UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

FATORES ASSOCIADOS À POSSE DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE MÉDICO E ODONTOLÓGICO NA POPULAÇÃO INFANTIL: ANÁLISE TRANSVERSAL DA COORTE DE NASCIDOS VIVOS DE RIBEIRÃO PRETO (SP) E SÃO LUÍS (MA).

MARINA FERNANDES DE SENA

RIBEIRÃO PRETO
2013

MARINA FERNANDES DE SENA

FATORES ASSOCIADOS À POSSE DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE MÉDICO E ODONTOLÓGICO NA POPULAÇÃO INFANTIL: ANÁLISE TRANSVERSAL DA COORTE DE NASCIDOS VIVOS DE RIBEIRÃO PRETO (SP) E SÃO LUÍS (MA).

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP) para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de Concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva

RIBEIRÃO PRETO
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sena, Marina Fernandes de

Fatores associados à posse de planos privados de saúde médico e odontológico na população infantil: análise transversal da coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto (SP) e São Luís (MA). Ribeirão Preto, 2013.
152 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Odontopediatria.
Orientadora: Saraiva, Maria da Conceição Pereira.

1. Seguro saúde. 2. Seguro odontológico. 3. Estudos transversais. 4. Saúde pública.

MARINA FERNANDES DE SENA

FATORES ASSOCIADOS À POSSE DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE MÉDICO E ODONTOLÓGICO NA POPULAÇÃO INFANTIL: ANÁLISE TRANSVERSAL DA COORTE DE NASCIDOS VIVOS DE RIBEIRÃO PRETO (SP) E SÃO LUÍS (MA).

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data da defesa: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____
Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____
Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

DADOS CURRICULARES

Nome:	Marina Fernandes de Sena
Sexo:	Feminino
Filiação:	Manoel Jackson de Sena Maria Madalena Fernandes de Sena
Nascimento:	24/05/1982 – Natal-RN/ – Brasil.

Formação Acadêmica/Titulação:

2001 - 2005	Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Brasil.
2007 - 2009	Mestrado em Odontologia (Conceito CAPES 3). Área de concentração: Odontologia Preventiva e Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Brasil. Título: Recidiva de câncer labial em pacientes atendidos no Hospital Dr. Luiz Antônio (Natal-RN) entre 1997 – 2004, ano de obtenção: 2009

DEDICO ESTE TRABALHO,

A **Deus**, pela presença constante em minha vida, dando-me força e paciência nos momentos de fraqueza.

"Tudo posso naquele que me fortalece"
(Filipenses 4:13)

A **Emerson**, meu marido, pelo amor, companheirismo, amizade e paciência. Obrigada por fazer parte da minha vida, enchendo-a de alegrias e emoções.

A **Gabriel**, personificação do amor e da esperança, que virá para iluminar nossas vidas.

"O amor é paciente, é bondoso. O amor tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta. O amor jamais acabará"
(I Coríntios 13, 4-7-8)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, **Maria Madalena Fernandes de Sena** e **Manoel Jackson de Sena**, por ter me proporcionado a base familiar adequada, para que, hoje, eu seja capaz de alcançar meus objetivos. Muito obrigada por tudo o que fizeram e fazem por mim!

Às minhas irmãs, **Marília Fernandes de Sena** e **Marisa Fernandes de Sena Trindade**, pela amizade e cumplicidade, apoiando nos momentos difíceis e torcendo e vibrando com as conquistas alcançadas.

Aos meus sobrinhos, **Mateus (Teteu)**, **Tiago (Tiaguinho)** e **Bruno (Bruninho)**, pelas brincadeiras e momentos agradáveis que passamos juntos e pelo amor tão puro transmitido, dando-me a oportunidade de ser um pouquinho a tia-mãe de vocês.

Aos meu sogros, Zileuza e Elger, por me acolherem sempre com muito carinho, sendo um exemplo de dedicação à família.

" ...Que marido e mulher tenham força de amar sem medida.
Que ninguém vá dormir sem pedir ou sem dar seu perdão.
Que crianças aprendam no colo o sentido da vida.
Que a família celebre a partilha do abraço e do pão...
Abençoa Senhor as famílias, AMÉM!
Abençoa Senhor, a minha também!"
(Padre Zezinho)

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na pessoa do atual diretor **Prof. Dr. Valdemar Mallet de Rocha Barros.**

Ao Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na pessoa do chefe do departamento **Prof. Dr. Paulo Nelson Filho.**

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na pessoa da Coordenadora **Profa. Dra. Léa Assed Bezerra da Silva**.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva**, pela generosidade em me aceitar como orientada e pelos conhecimentos científicos transmitidos durante esses anos que, com certeza, serão úteis para alcançar meus objetivos futuros.

À **Ana Larissa Fernandes de Holanda**, por ter estendido as mãos na minha chegada a Ribeirão Preto. Obrigada pelo companheirismo e pelo apoio!

À professora **Heloísa Bettiol**, pela colaboração na executação do trabalho, trazendo contribuições ao minimizar minhas dúvidas. Obrigada pela atenção!

A todos os docentes do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aos professores da Pós-Graduação por transmitirem o conhecimento com dedicação e competência.

A todos que fazem e fizeram parte da Clínica de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, agradeço pelo carinho, acolhimento e pelos momentos tão agradáveis. Espero que continuem fazendo este trabalho tão admirável, valioso e útil para a sociedade.

À **Profa. Dra. Aldevina Campos de Freitas**, exemplo de amor pelo o que faz, palavras são muito pouco para expressar a admiração que sinto pela senhora. Obrigada por ter tido o prazer de compartilhar com seus ensinamentos e sabedoria!

À **Profa. Dra. Alexandra Mussolino de Queiroz**, pela carinho e pelas parcerias feitas durante o curso. Obrigada pela atenção, dedicação e pelas palavras de incentivo transmitidas pela senhora que foram de grande importância durante minha caminhada.

Aos Professores da Universidade de Alberta (Edmonton-Canadá), **Carlos Flores-Mir** e **Maryam Sharifzadeh-Amin**, pela generosidade em me receber e aceitar como pesquisadora voluntária. Obrigada pela confiança!

Ao amigo **Francisco Wanderley Garcia de Paula e Silva**, por ter me dado a oportunidade de vivenciar outras linhas de pesquisa. Saiba que o admiro demais como pesquisador e pessoa. Além disso, quero agradecer a amizade, paciência e o apoio dado a mim durante esses anos.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, **Isabel Cristina Galino Sola** e **Regiane Cristina Moi Sacilottto**, pela dedicação na presteza de seus serviços.

Aos funcionários da Seção da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por mostrarem-se sempre atenciosos e solícitos quando requisitados.

Aos funcionários do Departamento de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, pela atenção e disposição em ajudar quando solicitados.

À **Micheli Cristina Leite Rovanholo**, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, por ser sempre atenciosa, dedicada e paciente. Obrigada pelas orientações, ajuda e apoio que me deste!

Aos amigos do Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, pela companhia sempre muito agradável e harmoniosa que fez deixar mais leve as pressões do dia-a-dia.

Às conterrâneas nordestinas, por representarem uma extensão da nossa terra, minimizando a saudade dos nossos costumes, compartilhando o banzo da família e do nosso lar.

À **Cíntia Guimarães de Almeida** e **Késsia Suênia Fidelis de Mesquita**, por serem tão parceiras. Obrigada pelas palavras de conforto, apoio e por compartilhar momentos sempre agradáveis.

À **Luciana Bastos**, por além de compartilhar o receio e ansiedade de iniciar uma nova etapa de nossas vidas em outra cidade, acolheu-me de forma tão carinhosa em sua casa, juntamente com **Patrícia Garani Fernandes**. Meninas, agradeço a valiosa companhia durante os meses que tive o prazer de dividir o apartamento com vocês.

À **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa concedida.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e aos professores da Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social que foram e são determinantes no meu processo de aprendizagem e crescimento acadêmico e profissional.

À **Profa. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira**, por ter me acompanhado desde a iniciação científica e me incentivar a trilhar os caminhos do mundo científico e acadêmico. Obrigada por me apoiar e mostrar que sou capaz! Tenho profunda admiração por tudo o que a senhora representa como pessoa e profissional.

"Minha vida é andar
Por esse país
Pra ver se um dia
Descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras por onde passei
Andando pelos sertões
E dos amigos que lá deixei.

Chuva e sol
Poeira e carvão
Longe de casa
Sigo o roteiro
Mais uma estação
E a alegria no coração

(...)

Chuva e sol,
Inverno e verão
Mostre o sorriso
Mostre a alegria
Mas eu mesmo não
E a saudade no coração

(...)"

Luiz Gonzaga

"Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes"

Marthin Luther King

RESUMO

SENA MF. **Fatores associados à posse de planos privados de saúde médico e odontológico na população infantil: análise transversal da coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto (SP) e São Luís (MA)**. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, 2013. 152 f.

O mercado de planos privados de saúde apresenta papel de destaque no sistema de saúde no Brasil. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2008, mais de 45,7 milhões de pessoas, cerca de 24% da população brasileira, estava coberta por algum plano de saúde. Melhor facilidade de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos seus beneficiários pode consistir em um fator que contribua para a expansão do mercado de planos privados de saúde. No Brasil, a abordagem a respeito da posse de planos privados de saúde para crianças é ainda escassa. Neste sentido, o estudo objetiva avaliar os fatores associados à posse de planos privados de saúde médico e odontológico pela população infantil. Estudo transversal foi realizado a partir de dados coletados do seguimento da coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto (SP) (2004/2005) e de São Luís (MA) (2005/2006). A coleta de dados consistiu de um questionário pré-estruturado respondido pelas mães. A população final compreendeu, em Ribeirão Preto/SP, 790 crianças com idade de 10 e 11 anos, tendo um percentual de seguimento de 68,7%, Em São Luís/MA, o total de crianças estudadas foi de 673 com idade de 7 a 9 anos, representando 72,7% das crianças da coorte. Realizou-se análise estatística bivariada seguida de análise multivariável por meio de modelo de equações generalizadas considerando distribuição de Poisson para o cálculo da razão de prevalência, com alfa de 0,05. Na análise multivariável, em Ribeirão Preto, a posse de plano de saúde médico foi estatisticamente significante com maior poder de compra, maior nível de escolaridade materna, chefe da família ser empregado com carteira assinada e composição familiar representada por pai sem mãe. Ainda, nesta cidade, observou-se menor probabilidade de posse de plano de saúde médico quando a criança apresentava maior número de irmãos e a mãe viver com parceiro. Em São Luís, a posse de plano de saúde médico foi mais provável nas crianças, cujas famílias apresentavam o chefe com ocupação não manual e quando as mães relatavam percepção de saúde bucal excelente / muito boa. O nível de escolaridade materna e o fato da mãe viver sem parceiro foram relacionados com a menor probabilidade de posse de plano de saúde médico. A posse de plano odontológico, na população de Ribeirão Preto, foi mais provável em famílias que apresentavam maior poder de compra cujo chefe era empregado com carteira assinada. Família composta pela mãe com padrasto e existência de necessidade de tratamento odontológico apresentaram menor probabilidade de ter plano odontológico. Conclui-se que a posse de plano de saúde médico e odontológico pode ser influenciada por fatores indicativos de disparidades sociais, como também por questões relacionadas a estrutura familiar.

Palavras-chaves: Seguro Saúde, Seguro Odontológico, Estudos Transversais, Saúde Pública.

ABSTRACT

SENA MF. **Factors associated with the possession of private medical and dental health plans in the child population: a cross-sectional analysis of a birth cohort of Ribeirão Preto (SP) and São Luís (MA)** [Thesis]. São Paulo: University of São Paulo, School of Dentistry of Ribeirão Preto, 2013. 152f.

The market for private health plans has a prominent role in the health system in Brazil. According to National Survey by Household Sampling (PNAD) in 2008, more than 45.7 million people, about 24% of the population was covered by some health insurance. Better access and utilization of health services for its beneficiaries may consist of a factor that is contributing to the expanding market for private health plans. In Brazil, the approach regarding the possession of private health insurance for children is still scarce. Thus, this study aimed to evaluate the determinants of ownership of medical and dental health plans by children. This cross-sectional study was performed using data from a cohort study of births follow-up in Ribeirão Preto (SP) (2004 / 2005) and in São Luís (MA) (2005/2006). Data collection consisted of a pre-structured questionnaire completed by the mothers. In Ribeirão Preto / SP, the final population consisted in 790 children aged 10-11 years, about 68% of the original sample. In São Luís / MA, the total of 673 children studied were aged 7-9 years, a total of 72,7% of this cohort children. Statistical analysis was bivariate followed by stratified analysis and multivariate analysis, through a model of generalized equations considering the disribution of Poisson to estimate the prevalence ratio, with an alpha of 0.05. In the multivariate analysis, in Ribeirão Preto, it was observed a significant relationship between the fact of being enrolled to a medical plan and a higher income, a higher mother's level of education, regular employment by the householder and families represented by fathers and no mothers. Furthermore, in this city it was observed a smaller probability of enrolment in a medical plan among children with bigger number of brothers and their mother lived with a partner. In São Luís, being enrolled in a medical plan among children was positively associated with families with a householder with a non-manual job and with a mother's perception of health characterized as excellent /very good. The level of education of these mothers and the fact of them living without a partner were associated with a smaller possibility of enrollment in a medical plan. The possession of a dental plan for the children in Ribeirão Preto was more often among families with higher income and a regular employed householder. Families represented by a mother and a stepfather and the presence of the need for dental treatment was related to a smaller possibility of possession of a dental plan. In conclusion, the enrollment in a health/dental plan can be influenced by factors that point to social disparities, and also by issues involving the structure of the family.

Keywords: Insurance, Health; Insurance, Dental; Cross-Sectional Studies; Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação das características dos indivíduos que participaram ao nascimento e no seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006)..... **62**

Tabela 2. Análise descritiva das características gerais dos participantes do seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006)..... **64**

Tabela 3. Características gerais das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006)..... **66**

Tabela 4. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que, aos 3 anos de idade, apresentavam plano de saúde médico..... **68**

Tabela 5. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que, aos 3 anos de idade, apresentavam plano de saúde médico..... **70**

Tabela 6. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 3 anos de idade, na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005)..... **71**

Tabela 7. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 3 anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006)..... **73**

Tabela 8. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que, nos 6 meses anteriores à entrevista, apresentavam plano de saúde médico..... **76**

Tabela 9. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentavam plano de saúde médico nos 6 meses anteriores à entrevista..... **79**

Tabela 10. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 10/11 anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 -2005)..... **80**

Tabela 11. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 7/9 anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006)..... **82**

Tabela 12. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentaram plano médico de saúde em qualquer período..... **85**

Tabela 13. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentaram plano de saúde médico em qualquer período..... **87**

Tabela 14. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico, na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 - 2005)..... **88**

Tabela 15. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico em qualquer período na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006)..... **90**

Tabela 16. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que apresentavam plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico..... **93**

Tabela 17. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentavam plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico..... **95**

Tabela 18 Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 -2005)..... **96**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 27
1.1. Planos Médicos Privados..... **31**
1.2. Planos Odontológicos..... **35**
1.3. Planos Privados de Saúde para Crianças..... **38**
2. JUSTIFICATIVA..... 41
3. PROPOSIÇÃO..... 45
4. METODOLOGIA..... 49
4.1. Tipo de Estudo..... **51**
4.2. Locais do Estudo..... **51**
4.3. População de Estudo..... **51**
4.4. Coleta de Dados..... **54**
4.5. Descrição das variáveis..... **54**
4.5.1. Variáveis Dependentes..... **54**
4.5.2. Co-variantes..... **55**
4.6. Análise Estatística..... **55**
4.7. Considerações Éticas..... **56**
4.7.1. Riscos e Benefícios..... **57**
5. RESULTADOS..... 59
5.1. Perfil dos participantes do estudo..... **61**
5.2. Planos de saúde aos 3 anos de idade..... **67**
5.2.1 Análise bivarida..... **67**
5.2.2 Análise multivariável..... **71**
5.3. Planos de saúde médico nos 6 meses anteriores à entrevista (aos 10-11 anos em Ribeirão Preto e 7-9 anos em São Luís)..... **74**
5.3.1 Análise bivariada..... **74**
5.3.2 Análise multivariável..... **80**
5.4. Apresentar plano de saúde médico em qualquer período..... **84**
5.4.1. Análise bivariada..... **84**
5.4.2. Análise multivariável..... **88**
5.5. Plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico..... **92**
5.5.1. Análise bivariada..... **92**
5.5.2. Análise multivariável..... **96**

6. DISCUSSÃO..... 99
7. CONCLUSÕES..... 115
REFERÊNCIAS..... 119
APÊNDICES..... 131
ANEXOS..... 147

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O mercado de planos privados de saúde apresenta papel de destaque no sistema de saúde no Brasil, podendo ser observado pelo crescimento do número de beneficiários com assistência médica (Albuquerque et al, 2008). Como fator que pode contribuir para esta expansão, podemos verificar uma busca por uma melhor facilidade de acesso e utilização dos serviços de saúde por parte dos seus beneficiários (Pinheiro, Torres, 2006; Pessoto et al., 2007; Noro et al., 2008).

No contexto internacional, observa-se uma maior preocupação em compreender a inserção do mercado de planos de saúde privados na assistência à saúde (Tuohy et al., 2004; King, Mossialos, 2005; Saliba; Ventelou, 2007), considerando as particularidades inerentes a cada modelo de sistema de serviço do local.

Desta forma, é necessário, inicialmente, fazer uma abordagem a respeito dos diferentes modelos de sistema de serviço de saúde, para melhor compreender as relações público-privadas da assistência à saúde.

Segundo a Organização Mundial de Sáude (OMS), os sistemas de serviços de saúde consistem no conjunto de atividades, cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (Organização Mundial da Saúde, 2000). A caracterização dos sistemas de serviços de saúde está relacionada com o papel desempenhado pelo mediador coletivo (Estado, empresa seguradora, plano de saúde) nas intervenções e articulação dos interesses dos prestadores de serviços e da população (Frenk, 1994). Assim, baseado nestes conceitos, se estruturam os principais tipos de sistemas de serviços de saúde: o sistema do tipo pluralista empresarial permissivo ou residual, o sistema de seguros sociais ou meritocrático e o modelo de seguro e serviços nacionais de saúde ou institucional-redistributivo (Conill, 2008; Júnior et al., 2006).

O sistema do tipo pluralista empresarial permissivo, característico do sistema de saúde norte-americano, reflete uma participação residual do Estado com relação à assistência de saúde dos seus cidadãos, apresentando uma dominância do mercado no atendimento das demandas. Destaca-se como características o financiamento predominantemente privado, a presença das empresas seguradoras como mediadores coletivos, a prestação dos serviços desempenhada por prestadores privados, escolha da empresa prestadora feita pelo cidadão pagante e regulação delegada ao mercado (Conill, 2008).

O sistema de seguros sociais consiste no modelo adotado na França, Alemanha e Áustria. Caracteriza-se por um modelo de financiamento, que conta com a participação igualitária de patrões e empregados e a contribuição mínima do Estado, o qual é responsável pelo financiamento do seguro aos trabalhadores desempregados. Ao contrário do sistema de dominância de mercado, garante à população um nível de assistência independente do poder de compra dos cidadãos (Júnior et al., 2006).

O modelo de seguro e serviços nacionais de saúde corresponde ao adotado no Reino Unido e Canadá. Este modelo é caracterizado pela presença do Estado nas principais macrofunções do sistema, que corresponde ao financiamento, organização/regularização e prestação dos serviços aos cidadãos (Júnior et al., 2006; Conill, 2008).

Conhecendo a caracterização pertinente de cada modelo de sistema de serviço de saúde, cabe compreender em que consiste o sistema brasileiro. No Brasil, o sistema de serviços de saúde é organizado de forma segmentada, não apresentando um modelo específico como os detalhados anteriormente. É composto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se aproxima do sistema de dominância estatal; o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS), representado pelas cooperativas médicas e os seguros privados de saúde e o Sistema de Desembolso Direto (SDD) – sistema de compra de serviços, consistindo o SAMS e o SDD sistemas privados de assistência à saúde (Mendes, 2001).

Especificamente, em relação à assistência privada, esta é oferecida, no Brasil, atualmente, por meio das operadoras de grupo (empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde médica ou odontológica), cooperativas (sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam planos privados de assistência à saúde médica ou odontológica), administradoras (empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde), autogestões (operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados) e filantropias (entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde) (Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução N° 39, 2000).

Como fator que contribuiu para a incorporação dos serviços de saúde suplementar, pode-se citar o aumento da demanda populacional para ter acesso aos serviços públicos de saúde, através da existência de um sistema público de saúde com falhas estruturais. Assim, a precariedade da assistência pode ter motivado a classe média a rejeitar os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde e buscar o sistema de saúde suplementar e de desembolso direto (Favaret; Oliveira, 1989).

Assim, no âmbito da assistência privada de saúde, pode ser verificado a presença de certo grau de acentuação da desigualdade social, visto que planos privados consistem em um bem adquirido, principalmente por famílias com melhores níveis de renda (Chollet, 2000; Neri, Soares, 2002; King, Mossialos, 2005; Saliba, Ventelou, 2007). Desta forma, para esta parte da população, a posse de planos privados de saúde - ao favorecer a acessibilidade aos serviços de saúde (Pinheiro, Torres, 2006; Pessoto et al., 2007; Noro et al., 2008) - pode promover uma melhor qualidade de vida (Bharmal, Thomaz, 2005).

A seguir, serão abordados aspectos a respeito dos planos médicos e odontológicos privados e sobre a posse de planos privados para crianças. A especificação, destes temas, contribui para conhecer o surgimento e as características do mercado privado de saúde, auxiliando na compreensão, de como o mesmo interfere nos serviços de saúde, prestados aos indivíduos.

1.1. PLANOS MÉDICOS PRIVADOS

O surgimento de planos privados de saúde, no Brasil, se inicia nos anos 60, na região do ABC Paulista. As indústrias multinacionais, instaladas nessa região, diante das deficiências da saúde pública, buscaram oferecer outros meios para propiciar atendimento médico aos seus empregados. Assim, estimularam médicos a formar empresas de medicina de grupo, com diferentes planos de saúde (Filho, 1999). A partir daí, os planos de assistência privada de saúde permaneceram por, aproximadamente, quarenta anos sem nenhum tipo de regulamentação específica (*C*ovre, Alves, 2002).

Com o advento da Lei n.° 9656, de 03 de junho de 1998 e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei n.° 9961, de 28 de janeiro de 2000, as operadoras de planos médico-hospitalares e as exclusivamente odontológicas passaram a ser reguladas e monitoradas. Atualmente, existem regras para a constituição dessas empresas, bem como para os produtos que elas oferecem no mercado (Brasil. n.° 9961, de 28 de janeiro de 2000).

No ano de 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), mais de 45,7 milhões de pessoas, cerca de 24% da população brasileira estavam coberta por algum plano de saúde. Destes, 15% possuíam vínculo a plano privado de assistência médica, pouco mais de 4% a planos públicos (vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar) com esta mesma cobertura e quase 3% estavam vinculados a planos de cobertura reduzida (que não contém consultas médicas, exames complementares e internações) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010).

A maior cobertura da população por planos de assistência médica - com consultas médicas, exames complementares e internações – concentra-se na região sudeste do Brasil. Segundo dados do PNAD 2008, a população brasileira, que apresenta plano privado completo, está distribuída 65,3% na região Sudeste, 14,9% na região Sul, 12,2% na região Nordeste, 4,5% na Centro-oeste e 3% na Norte. De acordo com estes resultados, observam-se inequidades regionais no país a respeito da possibilidade de acesso a serviços de saúde, a partir de planos privados (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010).

Além das desigualdades regionais, verifica-se maior concentração da cobertura de plano de saúde na população brasileira, nas áreas urbanas, nos grupos de maior rendimento e com melhor condição de saúde. Esta distribuição, focalizada em grupos populacionais com melhores condições socioeconômicas, pode acentuar desigualdades referentes ao acesso dos serviços de saúde, uma vez que aqueles mais pobres e doentes continuam desassistidos. Desse modo, a presença de desigualdade social, relacionada com a posse de planos de saúde, pode gerar limitada redução do gasto público em saúde, visto que uma parcela significativa da população fica à margem do acesso aos serviços de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

Explicitando a capacidade de aquisição de plano privado de saúde, relacionado à renda, dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) mostram que a participação das despesas com assistência à saúde geral (remédios, planos e seguros saúde, consulta e tratamento dentário, consulta e tratamento médico, serviços de cirurgia, hospitalização, exames, material de tratamento etc.) foi similar para indivíduos com rendimento mensal familiar de até R$ 830,00 (oitocentos e trinta reais) e acima de R$ 10. 375, 00 (dez mil trezentos e setenta e cinco reais). No entanto, os gastos com planos de saúde correspondem a 2,4% do rendimento mensal nas classes mais ricas e, apenas, 0,3% nas classes de rendas menores. Já para o gasto mensal com medicamentos, observa-se uma inversão, pois a classe com rendimento mensal familiar mais baixo apresenta dispêndio de 4,2% sobre o seu rendimento mensal, contra participação 1,9% do gasto mensal para a classe oposta (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísitca, 2010).

Além dos baixos níveis de renda, que dificultam a obtenção de planos de saúde, devem ser consideradas como barreiras a menor escolaridade e a não inserção no mercado de trabalho formal (Travassos et al., 2000; Almeida et al., 2002; Castro, 2006; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísitca, 2010).

Embora existam diferenças regionais e socioeconômicas na distribuição da aquisição de compra de planos privados de saúde, tem sido observada uma expansão no mercado de tais itens de consumo (Albuquerque et al., 2007). Tal expansão, de acordo com Reis et al.

(2002), pode ter ocorrido com a implantação do Plano Real, que promoveu uma leve redistribuição de renda, contribuindo para o crescimento do mercado de planos de saúde, bem como, em virtude do crescimento do consumo das camadas de renda intermediária superior e, em menor grau, das faixas de renda inferiores. A aquisição de planos privados de saúde para famílias de estrato social inferior e intermediário, segundo Farias (2001), pode ser representativo de um desejo de apresentar maior seguridade da saúde e indicar certo nível de status social.

Sugere-se, como outro motivo, que possa estar relacionado com a expansão do mercado de planos de saúde, a necessidade de assegurar um duplo acesso, no caso do SUS não conseguir oferecer os serviços de saúde satisfatórios, bem como apresentar qualidade de atenção inferior em relação aos serviços particulares (Reis et al., 2002).

Em países desenvolvidos, como Inglaterra (King, Mossialos, 2005) e França (Saliba, Ventelou, 2007), os modelos de sistema de serviço de saúde proporciona alta qualidade, mas incompleta assistência de saúde pública. Deste modo, sugere-se que a compra de seguro médico privado possa estar relacionada com fatores condizentes à dinâmica do atendimento, como, por exemplo, o tempo de espera de internação, como também, a necessidade de garantir mais rápido acesso aos cuidados de saúde (particularmente especialistas) (King, Mossialos, 2005; Saliba, Ventelou, 2007). Vale salientar fatores relacionados com questões socioeconômicas, como maior renda e nível de escolaridade (King, Mossialos, 2005), que devem ser analisados com atenção, visto que a existência de limitação de cobertura pública de saúde pode contribuir para proporcionar diversidades de indicadores de saúde e agravar desigualdades sociais (Saliba, Ventelou, 2007).

O sistema de serviços de saúde americano é caracterizado pela ausência da universalidade com garantia de assistência de saúde pelo Estado, através do Medcare (destinado a indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de idade) e Medcaid (destinado a indivíduos com baixa renda e recursos), restando aos demais segmentos da população seja de forma individual, seja por meio do empregador, assistência à saúde garantida com a aquisição de um seguro saúde (Conill, 2008). Neste caso, indivíduos cobertos pelo Medicaid podem apresentar piores condições de saúde geral; maior propensão a apresentar problemas crônicos de saúde; piores condições socioeconômicas e menor nível educacional (Ku, 2009). Ressalta-se também que a falta de seguro saúde (tanto público quanto privado) pode trazer repercussões para a saúde do indivíduo, visto que proporciona condições desfavoráveis para a busca de serviços de saúde e manutenção do estado de saúde (Hahn, Flood, 1995).

Desta forma, com a existência de um padrão de modelo de sistema de serviço de saúde caracterizado por um mix público-privado, surge a necessidade de entender a dinâmica desta relação na interferência do acesso e utilização dos serviços de saúde e atuação dos sistemas de saúde. As respostas, para compreender a interferência da relação público-privada nos serviços de saúde, ainda, são incertas. No entanto, sugere-se que o aumento da participação privada dos gastos totais em saúde, talvez não proporcione uma solução para os desafios enfrentados pelos sistemas de financiamento público (Tuohy et al., 2004). Tal consideração originou da análise do financiamento público e privado em países que compõem a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD), verificando que o sistema privado paralelo ao público não tem efeito de reduzir as filas, mas ao contrário, nas regiões de maior cobertura do seguro privado, as listas do setor público são mais extensas (Tuohy et al., 2004).

Neste contexto, pode ser observado, ao analisar o efeito da presença do setor privado paralelo ao setor público referente, por exemplo, as listas de espera, tanto uma associação negativa quanto positiva. Por um lado, como hipótese que pode justificar a correlação negativa entre a utilização de seguros privados e listas de espera, consista no fato da alternativa privada reduzir a demanda por serviços públicos. Por outro lado, a correlação positiva pode ocorrer em virtude dos provedores de serviços de saúde terem preferência pelo sistema privado, por este ser mais lucrativo, levando a redução da oferta de serviços financiados com recursos públicos. Como outra razão, pode-se citar o fato dos provedores de serviços de saúde poder estimular a manutenção de maior tempo de espera para os serviços financiados com recursos públicos, para aumentar a demanda por serviços de financiamento privado. Valendo acrescentar, a questão de que o financiamento privado pode aumentar a procura geral de serviços de saúde, proporcionando maior demanda para alguns serviços complementares financiados com recursos públicos (Tuohy et al., 2004).

Assim, diante da presença da dualidade público-privada, verifica-se a necessidade de aprofundar a investigação a respeito da utilização dos tipos de serviços de saúde por beneficiários de planos de saúde. Dados do PNAD (2008) podem auxiliar na identificação do perfil de utilização dos serviços de saúde ao ser observado que posto ou centro de saúde foi o local normalmente mais procurado (56,8%), seguido pelos consultórios particulares (19,2%) e pelo ambulatório de hospital (12,2%). No que condiz ao financiamento do atendimento, 56,5% deles foram financiados pelo SUS, 26,2% foram viabilizados através de planos de saúde e em 18,7% dos casos houve pagamento para atendimento (Instituto Brasilerio de Geografia e Estatística, 2010c).

Análise de microdados de 1998 e 2003 da PNAD/IBGE e de dados secundários da ANS mostraram que uma parcela importante da população conta com cobertura duplicada de serviços de saúde e faz uso das duas fontes de financiamento para o atendimento de suas necessidades, apresentando o SUS uma importante participação na assistência à saúde de beneficiários de planos de saúde. (Oliveira, 2009). A presença de uma proporção de usuários do sistema público, que refere a posse de plano privado, pode se dever ao fato de que parte da população, independentemente da posse de plano de saúde, utiliza o sistema público (Ribeiro et al., 2006). Além disto, também pode ser observada uma proporção relativamente alta de indivíduos sem planos de saúde que utilizou o sistema privado. Tal situação pode se dever a dificuldade da população em identificar corretamente se os serviços utilizados pertencem ao sistema público ou ao setor privado contratado, bem como em virtude da necessidade de utilização do sistema privado por insuficiências detectadas no setor público (Ribeiro et al., 2006).

Diante do exposto, verifica-se certa relação entre a posse de planos médicos de saúde e fatores socioeconômicos. Além disso, mostra-se necessário conhecer melhor a dinâmica da utilização de serviços de saúde pelos beneficiários de planos de saúde. Dessa forma, o aprofundamento da investigação deste tema permitirá auxiliar na formulação e planejamento de políticas que minimizem desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.

1.2 PLANOS ODONTOLÓGICOS

Historicamente, os serviços de saúde bucal, no Brasil, são caracterizados pela presença de uma assistência odontológica excludente e de baixa resolutividade, amparada, principalmente, por preceitos biologicistas e cirúrgico-restauradores (Nickel et al., 2008), apresentando limitada capacidade de resposta às necessidades da população (Crove, Alves, 2002). A existência de uma estrutura predominantemente privada da profissão odontológica pode consistirem um fator que contribua para a limitação da oferta e uso de serviços odontológicos. Este perfil privado da odontologia delega ao serviço público uma maior prioridade do atendimento odontológico, principalmente sobre aqueles que não podem custear os serviços (Crove, Alves, 2002).

As lacunas à assistência odontológica podem ser observadas nos dados do PNAD (2003), os quais mostraram que o financiamento proveniente tanto do SUS como de planos de saúde foram mais baixos para este setor (30,7% e 16,2%, respectivamente). Enquanto que para atendimentos gerais, observa-se 57,2% de financiamento pelo SUS e 26,0% com a

participação integral ou parcial de planos de saúde. Aliado a isto, há uma maior participação de desembolso para pagamento do atendimento odontológico em 48,2% pelo cidadão, contra 14,8% para financiamento de procedimentos de saúde gerais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

Baseado nestes dados, pode-se inferir certa marginalização do financiamento destinado à assistência odontológica, que, aparentemente, não é exclusividade do sistema brasileiro, visto que, em outros países, situação semelhante também pode ser encontrada (Moysés, 2008; Ku, 2009). Como exemplo, podemos citar o modelo de saúde americano (Ku, 2009), no qual os cuidados de saúde oral são caracterizados como um serviço opcional no Medcaid, verificando-se em alguns Estados ausência total da cobertura ou presença de serviços odontológicos mínimos para adultos.

Mesmo em um país com modelo de sistema de saúde universal, como o Canadá, observa-se uma maior participação privada da assistência odontológica, visto que embora este país apresente a quarta mais alta taxa de despesa odontológica *per capita*, consiste no segundo mais baixo nível de gasto público em relação aos países membros da OECD (Moysés, 2008).

Já em relação à oferta privada de serviços odontológicos, além do desembolso direto, podem ser inseridas neste contexto as operadoras de planos odontológicos, como por exemplo odontologia de grupo, cooperativa odontológica, administradora de serviços, outras operadoras que ofertam produtos odontológicos incluídos nos planos médicos e seguradoras especializadas em saúde (Brasil. Resolução N° 39, 2000).

A escolha do plano de saúde tradicional, em relação ao odontológico pela população, pode ocorrer em virtude do perfil das doenças bucais, as quais apresentam baixo grau de morbidade e mortalidade, facilidade de diagnóstico e a menor variedade em relação as patologias sistêmicas gerais. Outro fator pode se dever a assistência odontológica dificilmente ser emergencial. Valendo acrescentar aspectos referentes às características inerentes ao tratamento, visto que há ampla variedade de métodos terapêuticos odontológicos alternativos e extensa disponibilidade de meios de prevenir doenças bucais, os quais, efetivamente, são poupadores de gastos com assistência à saúde, fato este que não ocorre necessariamente com planos tradicionais de saúde (Covre, Alves, 2002).

No que diz respeito à distribuição de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, no Brasil, verifica-se uma predominância nas capitais (14,4%) e regiões metropolitanas (12,4%), principalmente, nas regiões sul e sudeste (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010). Estes dados podem refletir a existência de desigualdades entre grupos populacionais, explicitados, por exemplo, pelo fato de unidades da federação

brasileira, como Estados da região Norte e Nordeste, que possuem nível econômico mais desfavorável, apresentarem maior dificuldade de acesso aos serviços odontológicos (Pinheiro, Torres, 2006).

No entanto, embora exista um aparente caráter excludente na aquisição de planos odontológicos, observa-se neste segmento, segundo dados reunidos pela Agência Nacional de Saúde, uma expansão de pouco mais de três milhões de beneficiários, em 2001, para 7,448,151 em 2006 e para 8,590,076 em 2007, observando um crescimento, nos últimos sete anos, de cerca de 210% (Pietrobon et al., 2008). O terceiro trimestre de 2010 encerrou-se com 44,8 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica e 13,9 milhões a planos exclusivamente odontológicos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010).

Tal aumento dos beneficiários dos planos odontológicos pode ter ocorrido em virtude da expansão real do mercado (Santos et al., 2008) e de uma mudança no perfil profissional e da profissão odontológica (Vieira, Costa, 2008). Estes fatores podem ser decorrentes de uma baixa sustentabilidade econômica do modelo liberal da profissão, representado por consultórios particulares, impulsionando os profissionais a buscar mecanismos de permanência no mercado (Silveira, Oliveira, 2002), bem como o aumento da quantidade de profissionais, em virtude do crescimento do número de cursos de odontologia (Morita et al., 2010).

Vale salientar, também, como fator que pode ter contribuído para a expansão dos planos odontológicos privados, o aumento da expectativa de vida da população brasileira, que proporcionou o surgimento de maior número de indivíduos economicamente ativos e, desta forma, com possibilidades de uso de planos de saúde (Pietrobon et al.,2008). Podemos acrescentar, ainda, a presença de menores gastos das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica e a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde bucal (Vieira, Costa, 2008).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde bucal, tem sido observado redução na proporção de pessoas que nunca procuraram dentista. Ao comparar dados do PNAD 2003 com o de 2008, verifica-se uma queda de 15,9% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005) da população que nunca visitou o dentista para 11,7% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísitca, 2005). No entanto, ainda se observa um menor acesso e utilização de serviços odontológicos para indivíduos menores que 5 anos e na faixa etária de 5-19 anos, para moradores das áreas rurais e pessoas com menor poder aquisitivo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísitca, 2010c).

Acrescenta-se, no que se refere às condições socioeconômicas desfavoráveis, que as mesmas expressam uma probabilidade 13 vezes maior de renúncia a cuidados de saúde, principalmente odontológicos (Wollf, 2011). Esta afirmação, oriunda de um estudo suíço, reforça a magnitude da importância da organização dos sistemas públicos de saúde em garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde, devendo estar disponíveis a todos, inclusive, aos menos favorecidos (Wollf, 2011).

A fim de se ter uma abordagem mais abrangente a respeito do perfil de beneficiários que possuem planos odontológicos privados, será mostrada a situação de oferta de serviços odontológicos no Canadá. Nesse país, observa-se que, embora a população tenha acesso universal a serviços médicos e hospitalares, 53,6% do atendimento odontológico, de forma geral, são custeados por plano ou seguro privado de saúde (Moysés, 2008). Para esta população, indivíduos menos prováveis a apresentar seguro odontológico privado consistem os de baixa renda familiar e de acordo com a percepção da saúde oral possuem uma autoavaliação insatisfatória; indivíduos com idade superior a 65 anos (que, provavelmente, perderam a cobertura proporcionada pelas entidades patronais) e habitantes de Quebec (em virtude do benefício de saúde proporcionado pelo empregador ter sido sujeito ao imposto de renda pessoal nesta província) (Bhatti et al., 2007).

1.3 PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS

De uma forma geral, no Brasil, observa-se uma maior proporção de crianças sem plano privado, quando comparada à população com planos privados completos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010). A presença de um menor percentual de cobertura para a população infantil, em relação a indivíduos nas faixas etárias entre 20 e 59 anos, pode decorrer do fato dos adultos estarem inseridos no mercado de trabalho e, consequentemente, com possibilidade de acesso a planos de contratação coletiva (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010). Dados nacionais mostram uma distribuição de cobertura por planos privados de saúde para crianças aos 5 anos de idade em torno de 12%, havendo maior percentual de cobertura com o aumento do porte populacional do município (Pinto, Soranz, 2004).

No Brasil, a abordagem a respeito da posse de planos privados de saúde para crianças é ainda escassa, provavelmente em virtude das informações considerarem as despesas acumuladas nos gastos dos pais, ou de outros adultos, considerando, desta forma, as famílias como unidade de análise (Silveira et al., 2002). No entanto, verifica-se, em relação aos gastos com planos privados de saúde, que a presença de crianças entre 0-15

anos de idade, na família, esteja relacionada com menores dispêndios (Andrade et al., 2006). Tal resultado pode se dever ao fato de que famílias com renda mais baixa apresentam maior percentual de indivíduos nesta faixa etária, refletindo em uma menor aquisição deste bem para esta população, em virtude de fatores socioeconômicos (Andrade et al., 2006).

Uma maior repercussão sobre este tema ocorre na literatura americana, provavelmente em virtude do sistema de serviço de saúde dos Estados Unidos, caracterizado pela dominância do mercado, implicar obrigatoriedade de aquisição destes serviços.

Dados americanos mostram que o número de crianças sem seguro diminuiu entre 1990 e 2005 (Hill, Shaefer, 2011). Embora tenha ocorrido redução no número de crianças sem seguro, é necessário levar em consideração os fatores que podem estar relacionados com a deficiência na posse de planos privados de saúde para a população infantil. Neste sentido, podem ser cosiderados, por exemplo, os fatores socioeconômicos como baixo nível educacional dos pais (Guendelman, Pearl, 2004; Rodriguez et al., 2008), o desemprego dos pais (Fairbrother et al., 2010) e baixa renda familiar (Guendelman et al., 2000; Rodriguez et al., 2008). Estes aspectos podem ser exemplificados através de dados que apontam, para cada 1000 crianças com seguro privado, uma perda de cobertura para 311, quando seus pais ficam desempregados. Aliado a este fato, observa-se uma probabilidade 6,58 vezes maior desta perda de cobertura em comparação com aquelas, cujos pais estão empregados (Fairbrother et al., 2010).

Acrescenta-se, também, os aspectos relacionados à composição familiar, verificando que crianças, que vivem em famílias nucleares (8%) (constituída de uma ou mais crianças, que vivem com dois pais, biológicos ou adotivos, que são casados entre si), apresentam menor probabilidade de apresentar ausência de cobertura de assistência privada de saúde do que aquelas de famílias estruturadas de forma mais complexa, como crianças que vivem com adultos, que não são pais biológicos ou adotivos (15,2%) (Blackwell, 2010).

Além disso, destacam-se questões referentes à falta de cobertura de seguro para alguns membros da família (Guendelman, Pearl, 2004; DeVoe et al., 2008a), bem como a presença de pais sem seguro saúde (Lambrew, 2001), como fator que interfere na posse de seguros de saúde para crianças.

Vale salientar, também, aspectos referentes à interferência dos critérios americanos de elegibilidade de inclusão das crianças no programa público de saúde (Smith-Campbell, Pile, 2010), determinando uma não seguridade do indivíduo, que pode ser independente da situação empregatícia dos pais (Fairbrother et al., 2010). Para este caso, verifica-se a necessidade de formular meios de expandir a cobertura de seguro saúde de crianças, buscando conhecer as formas em que o seguro de saúde dos pais influencia a cobertura das crianças (DeVoe et al., 2008b).

Neste sentido, é de suma importância reconhecer que criança sem estado de saúde assegurado proporciona escassa satisfação de suas necessidades de saúde, promovendo falhas na identificação precoce de enfermidade, o que pode provocar impactos sociais em termos de saúde pública, proporcionando necessidade de tratamento de alto custo e, consequentemente, demandando maiores gastos públicos (Hughers et al., 2009).

Além disso, pode causar prejuízos na produtividade escolar das crianças e atividades laborais dos pais (Newacheck et al., 2000). Ressaltando-se ainda, a presença de efeitos negativos no acesso e no uso dos serviços em virtude da ausência de cobertura de saúde, sendo importante mantê-la em fases transitórias da vida a fim de proporcionar melhores condições de saúde (Halterman et al., 2008; Manski et al., 2001).

Diante do exposto, verifica-se, apesar da necessidade de conhecer os fatores relacionados na compra de planos médicos e exclusivamente odontológicos para crianças, escassez de estudos no Brasil.

Desta forma, a importância da realização do presente estudo se deve, ao explorar os determinantes e o perfil de aquisição de planos privados, tentar identificar possíveis desigualdades de acesso à assistência de saúde, que podem interferir na qualidade de vida e saúde dos indivíduos.

JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

O número de usuários com plano de saúde médico vem apresentando mudanças ao longo dos anos. De acordo com o Sistema de Informação do Beneficiário / Agência Nacional de Saúde Suplementar (SIB/ANS), em 2000 havia 31,2 milhões de beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial, no Brasil, ocorrendo um aumento deste valor para 48,7 milhões, em 2012 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012). Diante deste contínuo crescimento, é fundamental analisar os fatores associados com a posse de planos de saúde na população brasileira.

No entanto, a literatura brasileira relacionada ao perfil dos usuários de planos privados de saúde geral e odontológicos ainda é escassa. A deficiência de informações é ainda mais marcante quando considerada a população infantil.

Desta forma, o presente estudo ao investigar o perfil de compra de planos privados de saúde na população infantil, pretende por meio dos resultados obtidos possibilitar uma melhor compreensão a respeito da utilização de serviços de saúde, bem como, auxiliar no planejamento das ações de saúde.

Valendo acrescentar que optar como população de estudo crianças é de suma importância em virtude de, ao se conhecer o os fatores e o modo do acesso das mesmas aos serviços de saúde, contribuir no planejamento da execução de intervenções em fases precoces da vida que possam minimizar as lacunas referentes a utilização dos serviços de saúde.

PROPOSIÇÃO

3. PROPOSIÇÃO

Objetivos Gerais

Descrever a distribuição e os fatores associados à posse de planos privados de saúde para a população infantil, nas coortes de nascidos vivos em duas cidades brasileiras: Ribeirão Preto - SP, 1994 e São Luís - MA, 1997.

Objetivos Específicos

1) Avaliar os fatores associados à posse de planos privados médicos para a população infantil.
2) Avaliar os fatores associados à posse de planos privados exclusivamente odontológicos e vinculados a convênios médicos para a população infantil.

METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo consiste em uma análise transversal do seguimento de duas coortes de nascidos vivos.

4.2 LOCAIS DE ESTUDO

Ribeirão Preto/SP: Cidade situada 320 km a nordeste da capital do Estado de São Paulo/SP (Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto, 2011) na região Sudeste do país. O número de habitantes, em 1994, era de 461.427 (IBGE, 1994). O censo de 2010 registrou uma população de 605,114 habitantes (IBGE, 2010). Seu Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal (IDH-M), que avalia a esperança de vida ao nascer, nível de alfabetização e renda *per capita*, foi de 0,855 no ano de 2000 (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 2011), ocupando o 6º lugar no ranking paulista e 21º no ranking nacional, apresentando elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade) (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000).

São Luís/MA: Capital do Estado do Maranhão é localizada em uma ilha homônima, com uma população, em 1998, de 819,639 (Cardoso et al. 2007). Dados do IBGE mostram, em 2010, 1,011,943 habitantes (IBGE, 2010b). Situa-se na região Nordeste, em uma das áreas mais pobres do país e possui economia baseada no comércio. Seu IDH-M foi de 0, 778 no mesmo ano, ocupando o 1º lugar no ranking maranhense, mas o 1109º no ranking nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000). A renda *per capita*, em Ribeirão Preto, é duas vezes maior que em São Luís (Bettiol et al.,1998; Silva et al.,2001).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

AMOSTRAGEM INICIAL

Foram estudados os seguimentos de duas coortes de nascidos vivos, uma na cidade de Ribeirão Preto – SP, iniciada em 1994, e a outra, em 1997, no Município de São Luís - MA.

A primeira etapa, destas coortes, foi estabelecida com o objetivo de estudar os fatores determinantes do baixo peso e da prematuridade e, também, de acompanhar a saúde destas crianças. Nestas coortes, foram incluídas apenas crianças, cujas mães residiam nos municípios estudados, na época do nascimento. Além disto, também foi utilizado método similar para a coleta dos dados.

A coorte de Ribeirão Preto incluiu todos os nascimentos de um período de quatro meses (abril a agosto de 1994). Inicialmente, foram totalizados 2911 nascimentos de 10 maternidades da cidade, representando 99% de todos os nascidos vivos. Foi registrado um percentual de perdas menor do que 5% de todos os nascimentos. Após a exclusão dos gêmeos, a amostra final consistiu de 2846 nascidos vivos (Bettiol et. al. 1998).

A coorte de São Luís incluiu 2541 nascimentos, ocorridos nas 10 maternidades públicas e privadas, selecionados por uma amostra estratificada sistemática entre março de 1997 e fevereiro de 1998. A seleção dos indivíduos, por esta técnica de amostragem, consistiu na seleção de 1 criança a cada 7 nascimentos. Ao serem consideradas as exclusões dos nascimentos múltiplos (n = 50) e natimortos (n = 48), a amostra final consistiu de 2443 nascidos vivos. Registrou-se 5,8% de perdas, em virtude da recusa ou impossibilidade de localizar a mãe (Silva et. al. 2001). Deste modo, obteve-se uma amostra representativa de nascidos na cidade, visto que os nascimentos nestas maternidades constituíram em 96,3% do total de nascimentos.

SEGUIMENTO DAS COORTES

A segunda etapa das coortes teve como objetivos estudar a saúde respiratória, crescimento físico e cognitivo das crianças, a utilização de serviços de saúde, percepção de saúde geral e bucal e necessidade de tratamento odontológico.

Cinco grupos do peso ao nascimento foram considerados para o seguimento das coortes: muito baixo peso ao nascer (<1500 g), baixo peso ao nascer (1500 a 2499 g), peso insuficiente ao nascimento (2500 a 2999 g) peso ao nascimento normal (3000 a 4249 g) e crianças, cujo peso ao nascimento era pelo menos dois desvios padrão acima da média da amostra, que foram classificadas como alto peso ao nascer (≥ 4250 g).

A localização das crianças, na segunda fase das coortes, foi realizada por meio de consultas aos cadastros de alunos matriculados em todas as escolas públicas e particulares.

Em Ribeirão Preto, a busca dos participantes foi realizada por meio do cadastro geral de alunos, gerenciado pela Secretaria Estadual da Educação. Este cadastro contém informações de todos os alunos (nome dos alunos e pais, data de nascimento, endereço da escola e série entre outras) das 125 escolas de ensino fundamental da cidade, incluindo escolas públicas (estaduais e municipais) e particulares.

Uma vez localizada cada criança pertencente à coorte, foram feitos contatos com as famílias e explicados os motivos da avaliação, solicitando autorização para a realização das diversas etapas do estudo (entrevista, avaliação clínica, avaliação da função pulmonar, teste cutâneo de sensibilidade a alérgenos, avaliação cognitiva, afetiva e comportamental). As avaliações das crianças foram efetuadas em escolas da rede pública de ensino e no Hemocentro de Ribeirão Preto e, eventualmente, foi necessária visita domiciliar, para minimizar perdas.

Os indivíduos elegíveis para o seguimento da coorte, referentes ao Município de Ribeirão Preto, consistiram em 1150 crianças (correspondente a todas as crianças de muito baixo peso ao nascer (< 1500g), baixo peso ao nascer (1500 a 2499g), alto peso ao nascer (>= 4250g) e uma em cada 3 das crianças pertencentes às outras faixas de peso (2500 a 2999g e 3000 a 4249g), após a exclusão dos óbitos no primeiro ano de vida (n=48). Em 2004/5, na cidade de Ribeirão Preto/SP, 790 crianças, com idade de 10 e 11 anos, foram reexaminadas, correspondente a um percentual de seguimento de 68,7% da amostra desejada.

O recrutamento de participantes, em São Luís, ocorreu, a partir do uso da listagem de alunos matriculados nas 1as e 2as séries do ensino fundamental (incluindo nome da criança, dada de nascimento, escola, nome da mãe e endereço), obtida por busca nas 432 escolas, que incluíam de ensino fundamental (77 municipais, 89 estaduais, 75 particulares, 86 particulares comunitárias e 105 particulares filantrópicas). As crianças, que não foram encontradas nas listas das escolas, foram procuradas diretamente nos endereços fornecidos, na época do nascimento. Após a identificação das crianças, foram enviadas cartas para os pais e/ou responsáveis, convidando-os para comparecer com suas crianças ao Hospital Materno Infantil-Hospital Universitário, para participarem da pesquisa.

Em São Luís/MA, após a exclusão de 65 mortes ocorridas no primeiro ano, obteve-se 2,378 crianças. No período de 2005 – 2006, 673 (81 crianças com baixo peso ao nascer (1500 a 2499g), 19 com alto peso ao nascer (>= 4250g) e 573 com muito baixo peso ao nascer e peso normal) das 926 crianças elegíveis para o estudo, com idades entre 7 e 9 anos, foram reavaliadas, o que correspondeu a 72.7% da amostra estipulada.

As perdas, durante o seguimento, ocorreram, devido à migração, impossibilidade de localizar algumas crianças, ausências de registros nas escolas e pela recusa em fornecer informações por uma parte dos pais ou responsáveis pelas crianças e pelos funcionários das escolas.

Assim, uma amostra de 673 crianças (São Luís) e 790 (Ribeirão Preto) contribuíram com um poder de 90% para determinar uma diferença mínima de 10% na prevalência das condições estudadas entre os grupos de expostos e não expostos, com uma probabilidade de 5% de cometer um erro do tipo I.

4.4 COLETA DE DADOS

As informações, nas duas coortes, foram coletadas por meio de entrevistas, utilizando questionários pré-testados, tanto nas coortes iniciais como nos reexames. A autorização, para participar do estudo, por meio de termo de consentimento (Apêndice A), foi obtida após os pais ou responsáveis serem informados das razões do estudo, deixando claro que os dados seriam mantidos em sigilo e a identidade dos indivíduos resguardada.

Após a coleta de dados, as informações foram codificadas, a partir do manual de códigos. Em seguida, construiu-se um banco de dados por meio do programa Access/2000. Posteriormente, importaram-se os dados para o programa SAS versão 8.02, sendo efetuada a limpeza de todo o banco.

4.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.5.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES

As informações, para compor as variáveis dependentes neste estudo, foram obtidas do seguimento das coortes (Apêndice B - Quadro 1). Para o objetivo de avaliar os determinantes das posses de planos de saúde, os desfechos foram separados em : posse de planos médicos e posse de planos odontológicos.

Posse de planos médicos

A informação sobre posse de planos médicos foi obtida pelas perguntas: *"Nos primeiros 3 anos de vida, seu filho (a) tinha seguro-saúde (convênio médico), que lhe dava direito ao atendimento médico?"* e *"Nos últimos seis meses, seu filho (a) tem tido direito a algum seguro médico ou plano de saúde?"*.

A partir destas perguntas, foram criadas 3 variáveis de desfecho (a) posse de planos de saúde aos 3 anos de idade, (b) posse de planos de saúde aos 6 meses anteriores a entrevista e (c) posse de planos de saúde médico relatado em qualquer período.

Em relação à posse de planos de saúde nos 6 meses anteriores a entrevista, a idade das crianças em Ribeirão Preto correspondia a 10-11 anos, e, em São Luís, a 7-9 anos.

Posse de planos odontológicos

A posse de plano odontológico foi derivada das perguntas *"Seu filho (a) tem algum plano de saúde específico para tratamento dentário (odontológico)?"* e "*No seguro-saúde ou convênio de saúde seu filho (a) tem direito a tratamento dentário (odontológico)?"* Estas perguntas foram agregadas para formar uma variável, denominada posse de plano odontológico, incluindo tanto planos exclusivos como associados à convênio médico. Tal decisão foi tomada, visto que houve baixo percentual de indivíduos nestas duas categorias.

4.5.2 CO-VARIANTES

Neste estudo, foram utilizados co-variantes, cujas informações foram coletadas tanto ao nascimento como no seguimento das coortes.

Das informações ao nascimento, foram incluídas nas análises: sexo da criança, histórico de prematuridade, idade materna, situação conjugal da mãe e trabalho materno fora do lar (Quadro 2 – Apêndice A).

Das informações coletadas no seguimento da coorte, serão incluídas nas análises: (I) variáveis ligadas à criança: cor da pele; (II) variáveis socioeconômicas: escolaridade do chefe da família, escolaridade materna, poder de compra - de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP, 2010) (mostrado no Anexo A), número de pessoas que contribuem no orçamento familiar e a pessoa que mais contribuiu para o mesmo, ocupação e situação de trabalho do chefe da família e da mãe; (III) variáveis relacionadas à família: composição familiar, aglomeração domiciliar (número de pessoas que residem na casa) e número de irmãos; (IV) variáveis relacionadas à condição de saúde da criança: percepção de saúde geral, percepção de saúde bucal, histórico de prematuridade, necessidade de tratamento odontológico e experiência de dor de dente (Apêndice A).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises, realizadas, levaram em consideração as amostragens complexas existentes nos seguimentos das coortes. Deste modo, foram considerados os estratos e calculados pesos para compensar a representatividade dos indivíduos da amostra original. A

estatística foi realizada separadamente para os desfechos de posse de planos médicos e odontológicos e para cada uma das cidades. As análises descritivas e bivariadas foram seguidas de análise estratificada e análise multivariável. Para as análises descritivas e bivariadas, calculou-se o qui-quadrado de Wald por meio do programa SAS (versão 9.2).

A análise multivariável foi realizada de forma hierárquica, utilizando regressão de Poisson, com estimadores robustos, para se calcular a razão de prevalência, com o programa SUDAAN callable (versão 10.01). A inclusão das variáveis, no modelo, foi executada, a partir da seguinte sequência: variáveis coletadas ao nascimento, informações socioeconômicas e, por último, informações ligadas à saúde da criança. Interações plausíveis e testes de tendência foram realizados, quando apropriados durante a análise multivariável. O nível de significância, utilizado no estudo, foi de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As coortes foram aprovadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP, processo n° 6828/2004) e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA, processo n° 3104-476/2005). Detalhes da metodologia foram publicados por Cardoso et al., 2007.

A autorização, para participar do estudo, foi obtida após os pais ou responsáveis serem informados das razões deste e explicados os motivos da avaliação, deixando claro que os dados seriam mantidos em sigilo e a identidade dos indivíduos resguardada, sendo esta autorização obtida por meio de um termo de consentimento.

Como o projeto global envolve outras avaliações, que não somente os objetivos deste estudo específico, o termo de consentimento contempla todas as avaliações pretendidas, em duas etapas. O presente estudo se baseia na primeira etapa, desta avaliação, que consistiu de aplicação de questionário padronizado para os pais ou responsáveis pelas crianças, questionário respondido pelas crianças e realização de exame físico: avaliação de peso, altura, circunferências de cintura e quadril, pressão arterial, entre outras. Como este projeto utiliza dados, para os quais os participantes já deram seu consentimento, solicita-se a liberação de um novo termo para a execução das análises.

A fim de obter autorização do uso dos dados das coortes no presente estudo, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP), para ser analisado, obtendo parecer favorável à sua execução, sob o número do processo 2011.1.867.58.5 (ANEXO B).

4.7.1 Riscos e Benefícios

O presente estudo não proporcionou risco aos seus participantes, uma vez que trabalhou apenas com informações, que foram obtidas verbalmente, não havendo intervenção de qualquer tipo.

Apesar de não haver benefício individual para os participantes do presente estudo, é de grande importância que esses dados sejam analisados, contribuindo para um melhor entendimento dos determinantes relacionados com a posse de planos de saúde geral e/ou odontológico por crianças. Esses esclarecimentos auxiliarão no entendimento e na avaliação da organização e utilização dos serviços de saúde nessas duas cidades estudadas.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em cinco partes: (I) análise descritiva dos participantes do seguimento dos coortes, (II) análise da posse de plano de saúde aos 3 anos de idade, (III) análise da posse de plano nos 6 meses anteriores à entrevista, correspondendo a idade de 10-11 anos em Ribeirão Preto e 7-9 anos em São Luís, (IV) análise da posse de planos de saúde relatado em qualquer período e (V) análise do desfecho posse de plano odontológico exclusivo e/ou vinculado a convênio médico.

Na análise dos desfechos, serão exibidas as análises bivariadas e multivariável para cada uma das cidades. A análise multivariável de planos odontológicos para São Luís não será apresentada, devido ao número insuficiente de indivíduos com planos odontológicos. Além disso, algumas variáveis, dos resultados apresentados a seguir, não totalizarão o número total de participantes em Ribeirão Preto e São Luís, em virtude da existência de perda de informação.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em Ribeirão Preto (tabela 1), ao comparar as crianças elegíveis para participar do seguimento do estudo com as incluídas inicialmente ao nascimento, observou-se que houve menor participação de crianças de mães com idade inferior a 20 anos ($p = 0,005$), que moravam com o parceiro ($p < 0, 001$) e mães com até quatro anos de estudo ($p < 0, 001$). No entanto, não foi observada diferença estatisticamente significante entre os indivíduos elegíveis com os que participaram do estudo, em relação ao número de filhos ($p = 0,361$) e sexo da criança ($p = 0,714$).

Para São Luís/MA, menor percentual de participação, no seguimento, foi verificado entre as mães que possuíam maior nível de escolaridade ($p < 0, 001$), primíparas ($p = 0,049$) e crianças do sexo masculino ($p = 0,001$). Para as variáveis idade materna ($p = 0,350$) e situação conjugal ($p = 0,670$), não se verificou diferença estatisticamente significante (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação das características dos indivíduos que participaram ao nascimento e no seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006).

	Ribeirão Preto					**São Luís**				
	n Inicial	**n Elegíveis**	**n Final**	**% Final**	***p****	**n Inicial**	**n Elegíveis**	**N Final**	**% Final**	***p****
Idade da mãe										
20-34	2051	832	563	67,7	0,005	1577	610	442	72,5	0,350
≥ 35	265	114	94	82,5		101	41	32	78,0	
<20	487	202	131	64,9		698	274	199	72,6	
Perdas†	7	2	2	85,7		2	1	0	0,0	
Situação conjugal										
Casada	1664	666	489	73,5	<0,01	695	266	199	74,8	0,670
Com parceiro	690	291	158	54,2		1107	437	314	71,9	
Sem parceiro	338	147	106	72,1		575	223	160	71,7	
Perdas†	118	46	37	80,4		1	0	0	0,0	
Escolaridade da mãe (anos)										
≥ 12	367	145	93	64,3	<0,001	119	46	14	30,4	<0,001
9-11	607	246	170	69,2		841	324	255	78,7	
5-8	1028	416	304	73,1		1007	397	301	75,8	
≤ 4	618	267	158	59,1		405	157	103	65,6	
Perdas†	190	76	65	85,2		6	2	0	0,0	
Número de filhos										
1	1148	467	313	67,0	0,361	1156	457	316	69,1	0,049
2-4	1474	600	423	70,5		1119	424	321	75,7	
≥5	160	73	46	63,0		103	45	36	80,0	
Perdas†	28	10	8	80,0		0	0	0	0,0	
Sexo										
Masculino	1425	581	402	69,2	0,714	1295	509	348	68,4	0,001
Feminino	1384	569	388	68,2		1083	417	325	77,9	
Perdas†	1	0	0	0,0		0	0	0	0,0	
Total	**2810**	**1150**	**790**	**68,7**		**2378**	**926**	**673**	**72,7**	

* Valor de p de Wald
† Perda de informação

A análise descritiva das características gerais das crianças participantes das duas coortes encontra-se na tabela 2. Em relação às características sociodemográficas, ambas as cidades apresentaram percentuais maiores de indivíduos que residiam em domicílios com um número de 4 a 6 pessoas, presença de apenas um irmão, família composta por mãe e pai, cujo chefe da família apresentava ocupação manual não qualificada e o mesmo ser empregado com carteira assinada, além de apresentar pai ou mãe que contribuem para o orçamento familiar. Nestas populações, embora tenha sido observado maior percentual de indivíduos do sexo masculino, a diferença entre os valores não se mostrou discrepante.

Algumas características sociodemográficas apresentaram padrões diferentes entre as populações estudadas. Por exemplo, em Ribeirão Preto/SP, observou-se uma maior frequência de brancos/amarelos, enquanto em São Luís /MA houve maior número de negros/pardos. Com referência ao nível de escolaridade do chefe da família, verificou-se em Ribeirão Preto/SP maior percentual de indivíduos com o primário completo e em São Luís / MA, o nível de escolaridade foi o médio completo. Em relação à quantidade de pessoas que contribuem para o orçamento familiar, em Ribeirão Preto/SP, observou-se maior participação de 2 indivíduos. Já em São Luís /MA, maior frequência de apenas um indivíduo que contribui no orçamento familiar. Levando em consideração o critério de classificação econômica ABEP, Ribeirão Preto/SP apresentou maior percentual de crianças inseridas em famílias da classe C, destacando-se em São Luís/MA as classes D e E (Tabela 2).

No que se refere à percepção e condições de saúde, Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA apresentaram maior percentual de criança não ter nascido preterma. No entanto, as demais variáveis apresentaram resultados distintos entre as duas cidades. Achados referentes à percepção de saúde geral demonstraram que, em Ribeirão Preto/SP, houve maior percentual das mães que percebiam a saúde geral de seus filhos como boa, enquanto, em Ribeirão Preto/SP, as mães consideravam a saúde como razoável/ruim. A variável, percepção de saúde bucal, apresentou o mesmo perfil dos achados descritos anteriormente, observando maior frequência de percepção da saúde bucal boa em Ribeirão Preto/SP e razoável/ruim em São Luís/MA. Em relação à experiência de dor de dente, em Ribeirão Preto/SP, verificou-se maior percentual de mães que relataram ausência de experiência de dor de dente. Em São Luís/MA, resultado distinto foi observado, visto que houve maior percentual de relato das mães de experiência de dor de dente nos filhos (Tabela2).

Tabela 2**.** Análise descritiva das características gerais dos participantes do seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006).

	Ribeirão Preto			**São Luís**		
	N	**%***	**EP**[†]	**N**	**%***	**EP**[†]
Sexo [‡]						
Masculino	402	50,77	1,8	348	51,72	1,9
Feminino	388	49,22	1,8	325	48,27	1,9
Cor da pele						
Branco ou amarelo	455	57,65	1,8	158	23,49	1,6
Negros e pardos	335	42,34	1,8	513	76,50	1,6
Escolaridade do chefe da família						
Nunca frequentou	75	9,86	1,14	63	9,89	1,21
Primário completo	297	38,30	1,85	185	29,04	1,84
Ginásio completo	148	19,70	1,52	128	20,51	1,63
Ensino médio completo	183	22,47	1,58	231	36,86	1,95
Superior	78	9,65	1,11	25	3,68	0,74
Aglomeração domiciliar						
1-3	138	16,97	1,41	86	12,31	1,27
4-6	565	71,80	1,70	414	62,04	1,90
>6	87	11,22	1,20	173	25,64	1,71
Número de irmãos						
Nenhum	141	16,58	1,39	176	25,96	1,71
1	311	39,84	1,85	263	39,26	1,92
2	207	26,55	1,67	149	22,17	1,62
>3	131	17,01	1,42	85	12,59	1,30
Composição familiar						
Mãe e pai	545	69,97	1,73	346	51,72	1,96
Mãe sem pai	142	18,01	1,45	165	24,30	1,68
Mãe com padrasto	63	7,52	0,98	60	9,10	1,13
Pai sem mãe	20	2,33	0,56	33	4,72	0,82
Sem pai e sem mãe	20	2,14	0,53	67	10,14	1,19
Ocupação atual do chefe da família						
Não manual	150	19,05	1,49	85	12,26	1,27
Manual qualificado	181	22,75	1,59	132	19,82	2,96
Manual semi-qualificado	115	14,74	1,34	68	10,05	1,18
Manual não Qualificado	340	43,43	1,88	384	57,84	1,93

Continuação tabela 2.

	Ribeirão Preto			São Luís		
	N	**%***	**EP†**	**N**	**%***	**EP†**
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	405	50,83	1,90	268	39,99	1,91
Empregado sem carteira assinada	62	8,20	1,05	134	20,38	1,58
Autônomo/proprietário	265	34,27	1,80	212	31,07	1,81
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	55	6,68	0,94	56	8,54	1,10
Pessoa da família que mais contribui no orçamento						
Pai ou mãe	661	84,87	1,33	440	65,43	1,86
Avô ou avó	50	5,61	0,84	108	15,88	1,43
Padrasto ou madrasta	49	5,92	0,87	61	9,15	1,13
Outros	29	3,58	0,69	63	9,52	1,16
Quantidade de pessoas na família que contribuem no orçamento						
Apenas 1	283	35,74	1,81	309	46,39	1,96
2 pessoas	431	54,70	1,88	258	37,71	1,90
Acima de 3 pessoas	75	9,55	1,11	105	15,89	1,44
ABEP						
A1, A2, B1	116	15,20	1,38	13	1,70	0,48
B2	139	18,52	1,50	25	3,73	0,74
C	335	44,88	2,90	275	44,12	2,02
D e E	165	21,38	1,58	315	50,43	2,03
Percepção saúde geral						
Excelente/muito boa	294	37,02	1,83	59	8,93	1,12
Boa	333	42,23	1,87	222	32,80	1,84
Razoável/ruim	161	20,74	1,54	390	58,25	1,94
Pretermo ‡						
Sim	184	12,04	0,82	88	11,80	1,19
Não	606	87,95	0,82	585	88,19	1,19
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	215	26,73	1,67	60	9,14	1,13
Boa	305	38,51	1,84	174	25,53	1,70
Razoável/ruim	270	34,74	1,80	439	65,32	1,86
Experiência de dor de dentes						
Sim	245	32,35	1,78	376	56,42	1,95
Não	540	67,64	1,78	292	43,57	1,95
Necessidade de tratamento odontológico (restauração/extrações/canal)						
Sim	530	68,57	1,77	508	77,18	1,65
Não	246	31,42	1,77	153	22,81	1,65

* = Porcentagem Ponderada; †= Erro Padrão; ‡ = Informação coletada ao nascimento

Na análise descritiva das características sociodemográficas das mães participantes do estudo, mostrada na tabela 3, observou-se que, em ambas, as cidades houve um maior percentual de mães na faixa etária entre 20 - 35 anos de idade e com nível de escolaridade, categorizado como primário completo. Além disso, em Ribeirão Preto e São Luís, houve maior percentual de mães casadas, que não trabalhavam fora do lar, com ocupação manual não qualificada e situação de trabalho desempregada/do lar/ aposentada/pensionista.

Tabela 3. Características gerais das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994 / (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997 / (2005 – 2006).

	Ribeirão Preto			**São Luís**		
	Total	**%***	**EP†**	**Total**	**%***	**EP†**
Idade da mãe‡						
<20	131	16,34	1,39	199	29,63	1,79
20-35)	563	72,20	1,69	442	65,78	1,86
>= 35	94	11,44	1,19	32	4,57	0,80
Situação conjugal‡						
Casada	489	65,67	1,82	199	29,82	1,80
Com parceiro	158	20,62	1,55	314	9,58	1,95
Sem parceiro	106	13,70	1,32	160	9,29	1,67
Escolaridade						
Nunca frequentou	87	12,28	1,31	67	10,21	1,20
Primário completo	281	38,13	1,92	230	34,84	1,87
Ginásio completo	160	22,18	1,64	201	29,19	1,77
Ensino médio	104	14,28	1,39	161	23,92	1,67
Superior/pós-graduação	93	13,10	1,34	14	1,81	0,49
Trabalho fora do lar‡						
Sim	287	38,04	1,88	140	20,98	1,60
Não	469	61,95	1,88	533	79,01	1,60
Ocupação atual						
Não manual	98	12,82	1,28	42	5,91	0,90
Manual qualificado	81	10,27	1,15	40	5,71	0,90
Manual semi-qualificado	64	7,86	1,01	35	5,37	0,89
Manual não qualificado	534	69,04	1,76	541	82,99	1,46
Situação de trabalho						
Empregado com carteira assinada	231	28,94	1,72	96	14,66	1,39
Empregado sem carteira assinada	86	11,49	1,22	104	15,94	1,46
Autônomo/proprietário	189	24,81	1,65	126	18,53	1,52
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	273	34,74	1,82	329	50,85	1,98

* = Porcentagem ponderada; †= Erro Padrão; ‡ Informação coletada ao nascimento

5.2 PLANOS DE SAÚDE AOS 3 ANOS DE IDADE

5.2.1 ANÁLISE BIVARIADA

O percentual de crianças, que, aos 3 anos de idade, apresentavam plano de saúde médico, foi de 53,24% (EP = 1,89) para a cidade de Ribeirão Preto (RP) e 12,70% (EP=1,28) para a cidade de São Luís (SL).

Na análise bivariada (tabela 4), em ambas as cidades, a posse de plano de saúde médico aos 3 anos de idade apresentou associação estatisticamente significante com o maior nível de escolaridade do chefe da família, menor número de irmãos, chefe da família, cuja atividade ocupacional consistia em trabalho não manual, maior poder de compra e percepção de saúde bucal excelente e muito boa.

Especificamente para Ribeirão Preto, observou-se associação estatisticamente significante na posse de planos de saúde médico para crianças categorizadas, em relação à cor da pele, como branco/amarela, menor número de indivíduos residentes no domicílio, chefe da família, cuja situação de trabalho é empregado com carteira assinada e ter pai e mãe contribuindo para o orçamento familiar (Tabela 4). Tais variáveis, mesmo mostrando significância apenas para Ribeirão Preto, comportaram-se, em termos de frequência, de forma semelhante nas duas cidades.

Já as variáveis, composição familiar, percepção de saúde geral e quantidade de pessoas que contribuem para o orçamento familiar apresentaram perfil diferente nas duas cidades. Por exemplo, em Ribeirão Preto, houve maior percentual de indivíduos com plano de saúde aos 3 anos de idade entre aqueles, cuja família era composta por pai sem mãe, apresentavam até 2 pessoas que contribuíam para o orçamento familiar e percepção de saúde geral excelente/muito boa, relatada pela mãe. Enquanto em São Luís, a maior distribuição dos indivíduos com plano de saúde médico aos 3 anos, em relação a tais variáveis, foram: família composta por mãe sem pai, presença de mais de 3 pessoas que contribuem para o orçamento familiar e relato da mãe de percepção de saúde geral boa. Valendo salientar que se observou diferença estatisticamente significante para essas variáveis apenas em Ribeirão Preto (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que, aos 3 anos de idade, apresentavam plano de saúde médico.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	N	**%***	**EP**†	***p***‡	**N**	**%***	**EP**†	***p***‡
Sexo§								
Masculino	401	51,18	2,66	0,2709	348	11,65	1,70	0,4014
Feminino	388	55,35	2,68		324	13,82	1,93	
Cor da Pele								
Branco ou amarelo	455	60,79	2,44	<,0001	157	15,05	2,89	0,3193
Negros ou pardos	334	42,92	2,89		513	11,83	1,42	
Escolaridade do chefe da família								
Nunca frequentou	75	20,73	5,00	<,0001	63	2,45	1,82	<,0001
Primário completo	296	38,70	3,02		184	3,64	1,38	
Ginásio completo	148	55,79	4,30		128	13,32	3,04	
Ensino médio completo	183	73,53	3,52		231	19,25	2,59	
Superior	78	94,08	2,67		25	41,20	10,12	
Aglomeração domiciliar								
1-3	138	58,15	4,52	<,0001	85	19,54	4,39	0,0710
4-6	565	57,45	2,21		414	12,93	1,65	
>6	86	18,35	4,37		173	8,88	2,13	
Número de irmãos								
Nenhum	141	57,45	4,53	<,0001	175	16,62	2,84	0,0043
1	311	66,67	2,81		263	14,58	2,17	
2	207	49,34	3,69		149	9,29	2,35	
>3	130	23,41	3,88		85	4,78	2,38	
Composição familiar								
Mãe e pai	544	58,68	2,49	<,0001	346	12,43	1,76	0,3151
Mãe sem pai	142	40,38	4,38		165	16,09	2,88	
Mãe com padrasto	63	30,34	6,29		60	6,85	3,31	
Pai sem mãe	20	62,91	11,28		32	15,15	6,43	
Sem pai e sem mãe	20	53,90	12,38		67	10,46	3,79	
Ocupação atual do chefe da família								
Não manual	150	88,78	2,69	<,0001	85	31,21	5,10	<,0001
Manual qualificado	181	59,13	3,93		132	13,26	2,96	
Manual semi-qualificado	115	57,67	4,87		67	18,78	4,85	
Manual não qualificado	339	33,54	2,73		384	7,67	1,35	

Continuação tabela 4.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	N	**%***	**EP†**	***p*‡**	**N**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Situação de trabalho do chefe da família								
Empregado com carteira assinada	404	60,19	2,61	0,0001	267	16,75	2,24	0,0870
Empregado sem carteira assinada	62	33,34	6,37		134	11,49	2,82	
Autônomo/proprietário	265	50,83	3,25		212	9,24	2,03	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	55	37,08	7,15		56	9,93	3,94	
Pessoa da família que mais contribui no orçamento								
Pai ou mãe	660	55,94	2,05	0,0005	439	13,61	1,64	0,5915
Avô ou avó	50	53,62	7,71		108	11,29	3,06	
Padrasto ou madrasta	49	26,59	6,95		61	8,49	3,48	
Outros	29	32,28	6,10		63	13,06	4,29	
Quantidade de pessoas na família que contribuem no orçamento								
Apenas 1	282	51,11	3,19	0,0387	309	10,57	1,77	0,2769
2 pessoas	431	56,93	2,53		257	14,05	2,16	
Acima de 3 pessoas	75	40,89	6,06		106	15,82	3,53	
ABEP								
A1, A2, B1	116	92,78	2,52	<,0001	13	65,92	14,01	<,0001
B2	139	72,67	4,06		25	71,45	9,29	
C	335	46,76	2,90		274	15,03	2,17	
D e E	164	18,84	3,28		315	4,29	1,17	
Percepção saúde geral								
Excelente/muito boa	294	65,96	2,96	<,0001	59	14,65	4,61	0,2358
Boa	332	47,76	2,91		222	15,58	2,45	
Razoável/ruim	161	42,46	4,13		389	10,84	1,57	
Pretermo§								
Sim	184	55,31	3,79	0,5869	88	20,70	4,41	0,0519
Não	605	52,95	2,09		584	11,62	1,32	
Percepção saúde Bucal								
Excelente/muito boa	215	72,59	3,21	<,0001	60	27,71	5,81	0,0003
Boa	305	52,33	3,05		174	17,74	2,86	
Razoável/ruim	269	39,30	3,16		438	8,62	1,35	

*= Porcentagem ponderada
†= Erro Padrão
‡= Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

O perfil das mães, cujos filhos apresentaram plano de saúde aos 3 anos de idade, mostrado na tabela 5, consiste em idade acima ou igual a 35 anos, casada, maior nível de escolaridade, trabalham fora do lar, apresentavam atividade ocupacional não manual e situação de trabalho caracterizada com empregado com carteira assinada. Tais características foram similares nas duas cidades.

Tabela 5. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que, aos 3 anos de idade, apresentavam plano de saúde médico.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP**†	***p***‡	**Total**	**%***	**EP**†	***p***‡
Idade da mãe§								
<20	131	41,32	4,61	0,0213	198	5,83	1,67	0,0003
20-35)	562	55,70	2,23		442	15,56	1,72	
>= 35	94	54,85	5,52		32	15,73	6,64	
Situação conjugal§								
Casada	488	65,20	2,28	<,0001	198	20,30	2,84	0,0030
Com parceiro	158	20,32	3,42		314	9,58	1,68	
Sem parceiro	106	39,32	5,06		160	9,29	2,28	
Escolaridade								
Nunca frequentou	86	20,28	4,57	<,0001	67	1,50	1,49	<,0001
Primário completo	281	38,92	3,12		229	5,93	1,56	
Ginásio completo	160	65,21	3,98		201	12,22	2,32	
Ensino médio	104	78,49	4,39		161	24,97	3,43	
Superior/pós-graduação	93	90,95	3,19		14	50,99	13,81	
Trabalho materno fora do lar§								
Sim	287	68,31	2,92	<,0001	140	24,37	3,66	0,0002
Não	468	42,86	2,49		532	9,59	1,26	
Ocupação								
Não manual	98	88,66	3,38	<,0001	42	37,59	7,64	<,0001
Manual qualificado	81	67,36	5,59		40	15,73	5,79	
Manual semi-qualificado	64	67,04	6,29		35	39,59	8,38	
Manual não qualificado	533	42,71	2,28		541	8,90	1,22	
Situação de trabalho								
Empregado com carteira assinada	231	59,31	3,46	0,0014	96	24,83	4,47	0,0004
Empregado sem carteira assinada	86	34,09	5,41		104	12,31	3,20	
Autônomo/proprietário	189	57,38	3,80		126	16,68	3,35	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	272	51,33	3,25		329	7,24	1,41	

*= Porcentagem ponderada; †= Erro Padrão; ‡= Valor de p de Wald; § = Informação coletada ao nascimento

5.2.2 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL

De acordo com a análise multivariável, apresentada na tabela 16, observou-se na população de Ribeirão Preto/SP maior probabilidade de apresentar plano de saúde médico aos 3 anos de idade em classes socioeconômicas mais altas, chefe da família com ocupação não manual e o mesmo ser empregado com carteira assinada , bem como a família ser composta pelo pai sem mãe.

Crianças com maior número de irmãos e famílias, cujas mães vivem com parceiro, consistiram em fatores associados com a maior possibilidade da criança apresentar plano de saúde médico aos 3 anos (Tabela 6).

Tabela 6. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 3 anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).

	Não ajustada			**Ajustada**		
	RP*	**IC 95%**[†]	***P***[‡]	**RP***	**IC 95%**[†]	***P***[‡]
ABEP						
A1,A2,B1	4,92	3,48-6,96	0,0000	2,35	1,55-3,57	0,0001
B2	3,86	2,69-5,53		2,24	1,50-3,34	
C	2,48	1,73-3,57		1,76	1,19-2,60	
D e E	1,00			1,00		
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	1,00		0,0000	1,00		0,1495
Primário completo	1,92	1,20-3,07		1,30	0,82-2,07	
Ginásio completo	3,22	2,03-5,09		1,63	1,01-2,64	
Ensino médio	3,87	2,45-6,11		1,58	0,97-2,56	
Superior/pós-graduação	4,48	2,87-7,02		1,55	0,94-2,53	
Número de irmãos						
Nenhum	1,00		0,0000	1,00		0,1807
1	1,16	0,97-1,38		0,98	0,83-1,15	0,0276 [§]
2	0,86	0,69-1,06		0,93	0,76-1,13	
>3	0,63	0,43-0,91		0,69	0,48-0,98	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	2,65	2,23-3,14	0,0000	1,28	1,06-1,54	0,0608
Manual qualificado	1,76	1,43-2,17		1,18	0,96-1,44	
Manual semi-qualificado	1,72	1,37-2,17		1,07	0,86-1,33	
Manual não qualificado	1,00			1,00		

Continuação tabela 6.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,18	1,02-1,38	0,0008	1,19	1,04-1,38	0,0803
Empregado sem carteira assinada	0,66	0,44-0,97		1,00	0,71-1,39	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,73	0,49-1,09		1,17	0,84-1,62	
Situação conjugal‖						
Casada	1,00		0,0000	1,00		0,0003
Com parceiro	0,31	0,22-0,44		0,51	0,36-0,73	
Sem parceiro	0,60	0,46-0,78		0,75	0,58-0,96	
Composição familiar						
Mãe e pai	1,00		0,0006	1,00		0,0419
Mãe sem pai	0,69	0,55-0,86		0,89	0,71-1,10	
Mãe com padrasto	0,52	0,34-0,78		0,74	0,52-1,05	
Pai sem mãe	1,07	0,75-1,54		1,66	1,06-2,58	
Sem pai e sem mãe	0,92	0,58-1,45		1,02	0,74-1,46	
Percepção saúde geral						
Excelente/muito boa	1,55	1,26-1,92	0,0000	1,04	0,92-1,29	0,8122
Boa	1,12	0,90-1,41		0,99	0,80-1,23	
Razoável/ruim	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	1,85	1,54-2,21	0,0000	1,09	0,92-1,30	0,4416
Boa	1,33	1,10-1,62		1,00	0,84-1,20	
Razoável/ruim	1,00			1,00		

* = Razão de prevalência
† = Intervalo de confiança
‡ = Valor de p de Wald
§ = Valor de p do trend test
|| = Informação coletada ao nascimento

A tabela 7 mostra, em São Luís/MA, maior probabilidade de apresentar plano de saúde médico aos 3 anos de idade nos indivíduos que apresentavam maior poder de compra, mãe trabalhar fora do lar e criança ter nascido prematura.

Verificou-se que, mães com menor nível de escolaridade e cuja situação conjugal é representada pelo fato delas viverem sem parceiro, foi relacionado com uma menor probabilidade da criança apresentar plano de saúde médico aos 3 anos de idade (Tabela 7).

Tabela 7. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 3 anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006).

	Não ajustada			**Ajustada**		
	RP*	**IC 95%**[†]	***P***[‡]	**RP***	**IC 95%**[†]	***P***[‡]
ABEP						
A1,A2,B1 e B2	16,23	9,08-28,99	0,0000	6,38	3,12-13,06	0,0000
C	3,50	1,91-6,42		2,02	1,09-3,77	
D e E	1,00			1,00		
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	0,06	0,01-0,40	0,0000	0,18	0,02-1,49	0,0198
Primário completo	0,22	0,12-0,39		0,36	0,18-0,71	
Ginásio completo	0,46	0,29-0,71		0,83	0,51-1,37	
Ensino médio/ superior/ pós-graduação	1,00			1,00		
Número de irmãos						
Nenhum/ 1	1,00		0,0204	1,00		0,9726
2	0,60	0,35-1,04		1,07	0,62-1,85	
>3	0,31	0,11-0,85		1,01	0,30-3,42	
Aglomeração domiciliar						
1-3	1,00		0,0559	1,00		0,2548
4-6	0,66	0,40-1,10		0,82	0,50-1,37	
>6	0,45	0,24-0,87		0,57	0,29-1,12	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	4,07	2,53-6,53	0,0000	1,11	0,64-1,93	0,3660
Manual qualificado	1,73	0,99-3,03		1,20	0,68-2,10	
Manual semi-qualificado	2,45	1,32-4,52		1,61	1,93-2,80	
Manual não qualificado	1,00			1,00		
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,81	1,09-3,01	0,0880	1,57	0,95-2,59	0,2773
Empregado sem carteira assinada	1,24	0,65-2,37		1,48	0,80-2,73	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	1,08	0,44-2,63		1,89	0,82-4,35	

Continuação tabela 7.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Trabalho materno fora do lar§						
Sim	2,54	1,71 – 3,77	0,0000	1,65	1,08-2,52	0,0209
Não	1,00			1,00		
Situação conjugal§						
Casada	1,00		0,0008	1,00		0,0992
Com parceiro	0,47	0,30-0,73		0,77	0,49-1,21	
Sem parceiro	0,46	0,26-0,80		0,53	0,30-0,97	
Pretermo§						
Sim	1,78	1,11-2,86	0,0175	1,88	1,21-2,93	0,0049
Não	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	3,21	1,92-5,38	0,0000	1,55	0,90-2,69	0,2732
Boa	2,06	1,32-3,20		1,24	0,80-1,91	
Razoável/ruim	1,00			1,00		

* = Razão de prevalência
† = Intervalo de confiança
‡ = Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

5.3 PLANOS DE SAÚDE MÉDICO NOS 6 MESES ANTERIORES À ENTREVISTA (AOS 10-11 ANOS EM RIBEIRÃO PRETO E 7-9 ANOS EM SÃO LUÍS)

5.3.1 ANÁLISE BIVARIADA

O percentual de crianças, que, nos 6 meses anteriores a aplicação do questionário, apresentavam plano de saúde médico, foi de 37,37 % (EP = 1,83) para a cidade de Ribeirão Preto (RP) e 9,55% (EP=1,13) para a cidade de São Luís (SL).

O perfil destes indivíduos (tabela 8), em Ribeirão Preto e São Luís, foi associado com maior nível de escolaridade do chefe da família, menor número de pessoas que residem no domicílio, menor número de irmãos, atividade ocupacional não manual do chefe da família, chefe da família empregado com carteira assinada e maior poder de compra. Dentre os fatores relacionados com a condição de saúde, observou-se associação estatisticamente significante entre apresentar plano de saúde médico e percepção de saúde bucal excelente/muito boa.

As variáveis sexo, composição familiar e nascimento prematuro não apresentaram associação estatisticamente significantes com a posse de plano de saúde médico, com o avanço da idade (Tabela 8).

Apenas em Ribeirão Preto, observou-se associação entre crianças com cor da pele branca/amarela, apresentar avô ou avó como pessoa que mais contribui para o orçamento familiar, presença de até duas pessoas na família, que contribuem para o orçamento familiar, percepção de saúde geral da criança excelente/muito boa e ter plano de saúde médico nos últimos 6 meses (Tabela 8). Dentre essas características, observou-se padrão da distribuição dos indivíduos de Ribeirão Preto e São Luís diferentes apenas para pessoas que contribuem para o orçamento familiar. Em São Luís, foi o pai e mãe e número de indivíduos que contribuem para o orçamento familiar, visto que, em São Luís, foi maior o percentual para acima de 3 pessoas, valendo salientar que, para a cidade nordestina, não foi observada diferença estatisticamente significante nos fatores, aqui relatados.

Tabela 8. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que, nos 6 meses anteriores à entrevista, apresentavam plano de saúde médico.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP**[†]	***p***[‡]	**Total**	**%***	**EP**[†]	***p***[‡]
Sexo[§]								
Masculino	402	36,40	2,54	0,5912	348	9,68	1,58	0,9078
Feminino	388	38,37	2,62		325	9,42	1,62	
Cor da Pele								
Branco ou amarelo	455	45,12	2,48	<,0001	158	11,75	2,54	0,2853
Negros ou pardos	335	26,82	2,57		513	8,71	1,24	
Escolaridade do chefe								
Nunca frequentou	75	7,84	3,27	<,0001	63	2,45	1,82	<,0001
Primário completo	297	24,13	2,64		185	4,20	1,50	
Ginásio completo	148	34,51	4,13		128	7,25	2,32	
Ensino médio completo	183	57,50	3,94		231	15,52	2,37	
Superior	78	81,89	4,62		25	36,51	9,83	
Aglomeração domiciliar								
1-3	138	44,25	4,54	<,0001	86	12,91	3,73	0,0144
4-6	565	39,08	2,17		414	10,79	1,52	
>6	87	15,98	4,14		173	4,93	1,57	
Número de irmãos								
Nenhum	141	44,08	4,54	<,0001	176	12,27	2,50	<,0001
1	311	47,08	2,98		263	11,74	1,98	
2	207	32,18	3,45		149	7,22	2,08	
>3	131	16,16	3,44		85	1,22	1,21	
Composição familiar								
Mãe e pai	545	40,77	2,22	0,0560	346	9,35	1,55	0,9448
Mãe sem pai	142	29,20	4,06		165	9,58	2,29	
Mãe com padrasto	63	26,94	6,00		60	9,32	3,96	
Pai sem mãe	20	34,12	11,52		33	14,65	6,24	
Sem pai e sem mãe	20	35,16	12,06		67	8,61	3,40	
Ocupação atual do chefe da família								
Não manual	150	76,66	3,65	<,0001	85	24,14	4,62	0,0001
Manual qualificado	181	41,98	3,91		132	10,00	2,59	
Manual semi-qualificado	115	38,83	4,81		68	16,50	4,61	
Manual não qualificado	340	17,19	2,18		384	5,20	1,15	

Continuação tabela 8.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP†**	***p*‡**	**Total**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Situação de trabalho do chefe da família								
Empregado com carteira assinada	405	44,87	2,63	<,0001	268	14,45	2,14	0,0073
Empregado sem carteira assinada	62	17,93	5,24		134	4,89	1,84	
Autônomo/ Proprietário	265	34,87	3,10		212	7,35	1,82	
Desempregado/ do lar/ aposentado/ pensionista	55	16,01	5,48		56	6,30	3,16	
Pessoa da família que mais contribui no orçamento								
Pai ou mãe	661	38,66	2,00	0,0307	440	10,35	1,45	0,6509
Avô ou avó	50	41,25	7,68		108	9,48	2,72	
Padrasto ou madrasta	49	27,29	6,82		61	7,29	3,51	
Outros	29	16,66	7,28		63	6,49	3,13	
Quantidade de pessoas na família que contribuem no orçamento								
Apenas 1	283	32,78	2,97	0,0154	309	8,63	1,61	0,7125
2 pessoas	431	42,05	2,52		258	10,05	1,87	
Acima de 3 pessoas	75	28,32	5,51		105	11,15	2,99	
ABEP								
A1, A2, B1	116	82,61	3,72	<,0001	13	64,50	14,16	<,0001
B2	139	52,93	4,50		25	51,47	10,25	
C	335	27,71	2,58		275	10,92	1,89	
D e E	165	8,75	2,30		315	3,47	1,05	
Percepção saúde geral								
Excelente/muito boa	294	49,90	3,10	<,0001	59	16,05	4,79	0,0878
Boa	333	32,18	2,71		222	11,56	2,14	
Razoável/ruim	161	25,36	3,65		390	7,48	1,33	
Pretermo§								
Sim	184	37,02	3,68	0,9263	88	10,05	3,16	0,8675
Não	606	37,41	2,01		585	9,48	1,21	
Percepção saúde bucal								
Excelente/muito boa	215	57,30	3,59	<,0001	60	27,36	5,85	0,0013
Razoável	305	37,06	2,93		174	11,23	2,36	
Ruim/muito ruim	270	22,38	2,70		439	6,40	1,15	

*= Porcentagem ponderada;†= Erro Padrão;‡= Valor de p de Wald; § = Informação coletada ao nascimento

De acordo com a tabela 9, as características das mães, que foram associadas com a posse de plano de saúde médico de crianças com idades avançadas, em ambas as cidades estudadas, foram o maior nível de escolaridade e situação de trabalho categorizada como empregado com carteira assinada. Ressalta-se, ainda, a variável tipo de ocupação, a qual apresentou diferença estatisticamente significante nas duas cidades, porém em categorias distintas. Por exemplo, atividade ocupacional não manual foi a mais representativa no Município de Ribeirão Preto e a manual semi-qualificada em São Luís.

Considerando-se os demais fatores, ser casada e trabalhar fora do lar, foram associados com a presença de plano de saúde médico apenas para Ribeirão Preto. Mães, na faixa etária entre 20 e 35 anos, apresentaram associação com a posse de plano de saúde médico especificamente para a população de São Luís (Tabela 9).

Tabela 9. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentavam plano de saúde médico nos 6 meses anteriores a entrevista.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP†**	***p*‡**	**Total**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Idade da mãe§								
<20	131	30,43	4,28	0,0587	199	4,55	1,49	0,0036
20-35	563	37,30	2,15		442	11,58	1,52	
>= 35	94	47,34	5,54		32	12,73	5,62	
Situação conjugal§								
Casada	489	45,86	2,39	<,0001	199	13,16	2,36	0,0716
Com parceiro	158	10,58	2,60		314	8,99	1,63	
Sem parceiro	106	34,60	4,97		160	6,13	1,91	
Escolaridade								
Nunca frequentou	87	7,89	2,91	<,0001	67	3,01	2,10	<,0001
Primário completo	281	20,86	2,59		230	4,18	1,32	
Ginásio completo	160	38,91	4,08		201	8,58	1,97	
Ensino médio	104	70,90	4,74		161	19,10	3,13	
Superior/pós-graduação	93	79,02	4,53		14	39,08	13,38	
Trabalho fora do lar§								
Sim	287	52,08	3,13	<,0001	140	13,65	2,92	0,1023
Não	469	27,70	2,18		533	8,46	1,20	
Ocupação								
Não manual	98	76,95	4,52	<,0001	42	20,99	6,22	0,0054
Manual qualificado	81	47,14	5,91		20	6,02	3,02	
Manual semi-qualificado	64	52,37	6,72		35	33,36	8,16	
Manual não qualificado	534	27,59	2,06		541	7,09	1,10	
Situação de trabalho								
Empregado com carteira assinada	231	49,10	3,52	<,0001	96	19,52	4,03	0,0050
Empregado sem carteira assinada	86	20,91	4,71		104	3,64	1,86	
Autônomo/proprietário	189	37,28	3,72		126	8,07	2,35	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	273	34,58	3,07		329	8,32	1,53	

*= Porcentagem ponderada
†= Erro Padrão
‡= Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

5.3.2 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL

De acordo com a tabela 10, a posse de plano de saúde aos 10-11 anos de idade, em Ribeirão Preto, foi mais provável com o maior nível de escolaridade materna, maior poder de compra, chefe da família apresentar ocupação não manual e ser empregado com carteira assinada.

A situação inversa é observada para a situação conjugal. Os achados mostram que a criança, cuja mãe vive com parceiro, apresenta menor probabilidade de ter plano de saúde médico aos 10/11 anos (Tabela 10).

Tabela 10. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 10/11 anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 - 2005).

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P‡***	**RP***	**IC 95%†**	***P‡***
ABEP						
A1,A2,B1	9,43	5,58-15,93	0,0000	3,20	1,68-6,11	0,0008
B2	6,04	3,51-10,41		2,73	1,45-5,14	
C	3,16	1,83-5,47		2,07	1,11-3,84	
D e E	1,00			1,00		
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	1,00		0,0000	1,00		0,0007
Primário completo	2,64	1,23-5,69		1,71	0,76-3,85	
Ginásio completo	4,93	2,32-10,49		2,34	1,03-5,30	
Ensino médio	8,99	4,30-18,79		3,16	1,39-7,18	
Superior/pós-graduação	10,02	4,81-20,87		2,91	1,25-6,75	
Número de irmãos						
Nenhum/1	1,00		0,0000	1,00		0,8688
2	0,70	0,55-0,88		0,99	0,79-1,24	
>3	0,35	0,23-0,54		0,88	0,54-1,42	
Aglomeração domiciliar						
1-3	1,00		0,0013	1,00		0,9759
4-6	0,88	0,70-1,11		0,99	0,77-1,26	
>6	0,36	0,21-0,62		0,94	0,52-1,70	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	4,46	3,42-5,82	0,0000	1,71	1,24-2,34	0,0088
Manual qualificado	2,44	1,79-3,33		1,49	1,10-2,01	
Manual semi-qualificado	2,26	1,59-3,20		1,33	0,94-1,89	
Manual não qualificado	1,00			1,00		

Continuação tabela 10.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P‡***	**RP***	**IC 95%†**	***P‡***
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,29	1,04-1,59	0,0001	1,56	1,28-1,90	0,0001
Empregado sem carteira assinada	0,51	0,28-0,94		1,03	0,63-1,69	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,46	0,23-0,92		0,93	0,50-1,70	
Trabalho materno fora do lar§						
Sim	1,88	1,55-2,29	0,0000	0,99	0,81-1,20	0,8847
Não	1,00			1,00		
Composição familiar						
Mãe e pai	1,00		0,1026	1,00		0,9219
Mãe sem pai	0,72	0,53-0,96		0,99	0,72-1,37	
Mãe com padrasto	0,66	0,42-1,04		0,96	0,65-1,41	
Pai sem mãe	0,84	0,43-1,64		1,48	0,61-3,61	
Sem pai e sem mãe	0,86	0,44-1,71		1,06	0,67-1,66	
Situação conjugal§						
Casada	1,00		0,0000	1,00		0,0459
Com parceiro	0,23	0,14-0,38		0,56	0,33-0,95	
Sem parceiro	0,75	0,56-1,02		1,14	0,86-1,53	
Percepção saúde geral						
Excelente/muito boa	1,97	1,45-2,68	0,0000	1,30	0,99-1,69	0,6461
Boa	1,27	0,91-1,76		1,21	0,92-1,59	
Razoável/ruim	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	2,56	1,96-3,34	0,0000	1,13	0,85-1,51	0,1608
Boa	1,66	1,25-2,20		1,05	0,77-1,42	
Razoável/ruim	1,00			1,00		

*= Porcentagem ponderada
†= Erro Padrão
‡= Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

A análise multivariável da presença de plano de saúde médico aos 7-9 anos de idade, em São Luís/MA, mostrada na tabela 11, foi associada com a situação de trabalho do chefe da família, que é empregado com carteira assinada, ocupação não manual do chefe da família e percepção de saúde bucal excelente/muito.

A menor probabilidade de apresentar plano de saúde médico, na faixa etária descrita, foi observada com o menor nível de escolaridade materna (Tabela 11).

Tabela 11. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico aos 7/9 anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006).

	Não ajustada			**Ajustada**		
	RP*	**IC 95%**[†]	***P***[‡]	**RP***	**IC 95%**[†]	***P***[‡]
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	0,15	0,04-0,60	0,0000	0,33	0,09-1,24	0,0203
Primário completo	0,20	0,10-0,41		0,35	0,17-0,72	
Ginásio completo	0,42	0,24-0,72		0,58	0,33-1,04	
Ensino médio/ superior/pós-graduação	1,00			1,00		
Aglomeração domiciliar						
1-3	1,00		0,0519	1,00		0,1192
4-6	0,84	0,44-1,57		1,45	0,79-2,66	
>6	0,38	0,16-0,89		0,77	0,33-1,77	
Número de irmãos						
Nenhum/1	1,00		0,0263	1,00		0,2379
2	0,60	0,32-1,13		0,83	0,43-1,58	
>3	0,10	0,01-0,73		0,22	0,03-1,38	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	4,64	2,61-8,25	0,0000	2,42	1,26-4,65	0,0400
Manual qualificado	1,92	0,98-3,76		1,25	0,62-2,51	
Manual semi-qualificado	3,17	1,57-6,39		1,83	0,92-3,64	
Manual não qualificado	1,00			1,00		
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,97	1,11-3,47	0,0086	1,87	1,11-3,15	0,0080
Empregado sem carteira assinada	0,67	0,27-1,62		0,65	0,28-1,51	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,86	0,29-2,57		1,05	0,37-2,95	

Continuação tabela 11.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Trabalho materno fora do lar§						
Sim	1,61	0,97-2,67	0,0632	1,09	0,68-1,77	0,7115
Não	1,00			1,00		
Situação conjugal§						
Casada	1,00		0,0781	1,00		0,5473
Com parceiro	0,68	0,41-1,13		1,00	0,60-1,67	
Sem parceiro	0,47	0,23-0,95		0,70	0,34-1,42	
Percepção saúde geral						
Excelente/muito boa	2,15	1,09-4,24	0,0556	1,30	0,65-2,60	0,6486
Boa	1,55	0,93-2,56		1,22	0,74-2,01	
Razoável/ruim	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	4,27	2,47-7,39	0,0000	2,70	1,55-4,71	0,0017
Boa	1,75	1,02-3,03		1,33	0,74-2,37	
Razoável/ruim	1,00			1,00		

*= Porcentagem ponderada
†= Erro Padrão
‡= Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

5.4 APRESENTAR PLANO DE SAÚDE MÉDICO EM QUALQUER PERÍODO

5.4.1 ANÁLISE BIVARIADA

O percentual de crianças, que apresentaram plano de saúde médico em qualquer período, foi de 59,38% (EP = 1,86) para a cidade de Ribeirão Preto (RP) e 16,56% (EP=1,43) para a cidade de São Luís (SL).

De acordo com a tabela 12, o perfil das crianças, nas duas cidades estudadas, associado à posse de plano médico de saúde, foi: cor da pele branco/amarelo, maior nível de escolaridade do chefe da família, presença 1-3 indivíduos residindo na casa, menor número de irmãos, atividade ocupacional não manual do chefe da família, situação de trabalho empregado com carteira assinada do chefe da família, maior poder de compra e percepção de saúde bucal classificada como excelente/muito boa.

Para Ribeirão Preto, a presença de plano de saúde médico foi associada com família composta por pai e mãe, apresentar como indivíduos, que mais contribuem para o orçamento familiar - pai ou mãe, presença de 2 pessoas na família, que contribuem para o orçamento familiar e percepção de saúde geral excelente/muito boa (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentaram plano médico de saúde em qualquer período.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP**†	***p***‡	**Total**	**%***	**EP**†	***p***‡
Sexo§								
Masculino	401	58,16	2,63	0,5081	348	15,64	1,94	0,5119
Feminino	388	60,63	2,63		324	17,54	2,13	
Cor da Pele								
Branco ou amarelo	455	66,99	2,35	<,0001	157	22,06	3,33	0,0485
Negros ou pardos	334	48,99	2,92		513	14,74	1,57	
Escolaridade do chefe								
Nunca frequentou	75	23,95	5,28	<,0001	63	2,45	1,82	<,0001
Primário completo	296	45,92	3,08		184	6,73	1,86	
Ginásio completo	148	62,43	4,18		128	15,72	3,25	
Ensino médio completo	183	80,19	3,21		231	25,74	2,88	
Superior	78	97,47	1,32		25	50,13	10,34	
Aglomeração domiciliar								
1-3	138	65,60	4,35	<,0001	85	22,29	4,64	0,0291
4-6	565	63,13	2,15		414	17,74	1,88	
>6	86	25,51	4,94		173	10,97	2,34	
Número de irmãos‡								
Nenhum	141	65,82	4,34	<,0001	175	21,67	3,15	0,0003
1	311	71,42	2,70		263	19,18	2,42	
2	207	55,38	3,66		149	11,94	2,65	
>3	130	30,90	4,28		85	6,00	2,65	
Composição familiar ‡								
Mãe e pai	544	64,80	2,18	0,0002	346	16,53	1,98	0,9009
Mãe sem pai	142	45,69	4,45		165	18,10	3,03	
Mãe com padrasto	63	41,4	6,66		60	12,77	4,50	
Pai sem mãe	20	65,87	11,10		32	18,53	7,00	
Sem pai e sem mãe	20	53,90	12,38		67	16,02	4,49	
Ocupação do chefe da família								
Não manual	150	91,84	2,31	<,0001	85	38,04	5,32	<,0001
Manual qualificado	181	64,57	3,84		132	16,79	3,26	
Manual semi-qualificado	115	68,20	4,59		67	26,88	5,54	
Manual não qualificado	339	39,60	2,83		384	10,34	1,56	
Situação de trabalho do chefe da família								
Empregado com carteira assinada	404	66,98	2,51	<,0001	267	22,12	2,52	0,0258
Empregado sem carteira assinada	62	37,17	6,52		134	14,10	3,05	
Autônomo/proprietário	265	56,88	3,22		212	12,60	2,32	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	55	39,59	7,23		56	11,74	4,25	

Continuação tabela 12.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	**%***	**EP†**	***p*‡**	**Total**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Pessoa da família que mais contribui no orçamento								
Pai ou mãe	660	61,62	2,01	0,0067	439	17,52	1,82	0,7216
Avô ou avó	50	60,80	7,49		108	15,30	3,45	
Padrasto ou madrasta	49	39,48	7,51		61	12,41	4,28	
Outras pessoas	29	36,64	9,44		63	16,30	4,70	
Quantidade de pessoas na família que contribuem no orçamento								
Apenas 1	282	55,60	3,17	0,0044	309	14,90	2,05	0,3390
2 pessoas	431	64,51	2,45		257	16,61	2,32	
Acima de 3 pessoas	75	45,04	6,12		105	21,43	3,94	
ABEP								
A1, A2, B1	116	95,50	1,98	<,0001	13	80,28	12,25	<,0001
B2	139	81,20	3,59		25	74,32	9,10	
C	335	54,62	2,89		274	20,03	2,43	
D e E	164	22,38	3,51		315	6,78	1,45	
Percepção saúde geral								
Excelente/muito Boa	294	71,83	2,81	<,0001	59	19,52	5,18	0,2371
Boa	332	54,74	2,91		222	19,56	2,68	
Razoável/r uim	161	46,73	4,17		389	14,50	1,78	
Pretermo§								
Sim	184	59,77	3,73	0,9177	88	23,67	4,60	0,0984
Não	605	59,33	2,05		584	15,60	1,50	
Percepção saúde bucal								
Excelente/muito boa	215	78,85	2,91	<,0001	60	33,32	6,16	0,0004
Razoável	305	57,83	3,02		174	21,63	3,11	
Ruim/muito ruim	269	46,06	3,23		438	12,22	1,56	

*= Porcentagem ponderada
†= Erro Padrão
‡= Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

Em ambas as cidades estudadas, as características das mães das crianças, associadas com a posse de plano de saúde médico, mostradas na tabela 13, foram: ser casada, maior nível de escolaridade, não trabalhar fora do lar e situação de trabalho classificada com empregado com carteira assinada.

No que se refere à variável atividade ocupacional, esta apresentou diferença estatisticamente significante em ambas cidades. No entanto, as categorias, que se destacaram, foram distintas, observando-se em Ribeirão Preto/SP maior percentual para a ocupação não manual e, em São Luís, a manual semi-qualificada (Tabela 13).

Tabela 13. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentaram plano de saúde médico em qualquer período.

	Ribeirão Preto				**São Luís**			
	Total	**%***	**EP†**	***p*‡**	**Total**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Idade da mãe§								
<20	131	50,42	4,65	0,1115	198	7,76	1,90	<,0001
20-35	562	61,16	2,19		442	20,26	1,92	
>= 35	94	61,24	5,39		32	20,01	7,09	
Situação conjugal§								
Casada	488	70,67	2,18	<,0001	198	24,61	3,05	0,0031
Com parceiro	158	25,60	3,71		314	13,87	1,98	
Sem parceiro	106	49,74	5,21		160	11,75	2,54	
Escolaridade								
Nunca frequentou	86	23,74	4,84	<,0001	67	3,01	2,10	<,0001
Primário completo	281	44,47	3,17		229	8,80	1,87	
Ginásio completo	160	72,41	3,72		201	15,72	2,59	
Ensino médio	104	84,18	3,93		161	31,58	3,70	
Superior/pós-graduação	93	96,63	1,90		14	56,48	13,77	
Trabalho fora do lar§								
Sim	287	74,00	2,73	<,0001	140	27,16	3,81	0,0013
Não	468	49,18	2,46		532	13,73	1,48	
Ocupação mãe								
Não manual	98	93,03	2,67	<,0001	42	42,25	7,74	<,0001
Manual qualificado	81	71,28	5,40		40	18,83	6,09	
Manual semi-qualificado	64	78,28	5,55		35	45,94	8,55	
Manual não qualificado	533	49,10	2,30		541	12,28	1,41	
Situação de trabalho								
Empregado com carteira assinada	231	67,13	3,32	0,0003	96	28,90	4,65	0,0030
Empregado sem carteira assinada	86	38,60	5,55		104	14,46	3,46	
Autônomo/proprietário	189	63,17	3,70		126	20,02	3,58	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	272	57,14	3,21		329	11,65	1,77	

*= Porcentagem ponderada; †= Erro Padrão; ‡= Valor de p de Wald; § = Informação coletada ao nascimento

5.4.2 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL

Segundo a tabela 14, em Ribeirão Preto/SP, a posse de plano de saúde médico, em qualquer período, foi associado com maior poder de compra, maior nível de escolaridade materna, chefe da família ser empregado com carteira assinada e composição familiar representada por pai sem mãe. Os fatores maior número de irmãos e situação conjugal materna com parceiro foram relacionados com a menor probabilidade de apresentar posse de plano de saúde médico.

Tabela 14. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 -2005).

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%**[†]	***P***[‡]	**RP***	**IC 95%**[†]	***P***[‡]
ABEP						
A1,A2,B1	4,27	3,13-5,82	0,0000	2,08	1,43-3,01	0,0001
B2	3,63	2,63-5,00		2,11	1,48-3,01	
C	2,44	1,76-3,38		1,72	1,21-2,43	
D e E	1,00			1,00		
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	1,00		0,0000	1,00		0,0449
Primário completo	1,87	1,23-2,86		1,33	0,86-2,06	
Ginásio completo	3,05	2,02-4,61		1,67	1,07-2,60	
Ensino médio	3,54	2,35-5,35		1,59	1,01-2,51	
Superior/pós-graduação	4,07	2,72-6,08		1,65	1,05-2,61	
Número de irmãos						
Nenhum	1,00		0,0000	1,00		0,2945
1	1,09	0,93-1,26		0,97	0,84-1,12	0,0309 [§]
2	0,84	0,70-1,01		0,95	0,80-1,13	
3	0,66	0,48-0,91		0,93	0,67-1,28	
Acima de 3	0,27	0,16-0,49		0,49	0,26-0,93	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	2,32	2,00-2,69	0,0000	1,22	1,04-1,43	0,0947
Manual qualificado	1,63	1,36-1,96		1,15	0,97-1,37	
Manual semi-qualificado	1,72	1,42-2,09		1,11	0,92-1,33	
Manual não qualificado	1,00			1,00		
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,18	1,03-1,35	0,0001	1,20	1,06-1,36	0,0334
Empregado sem carteira assinada	0,65	0,46-0,94		0,99	0,72-1,37	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,70	0,48-1,01		1,13	0,85-1,51	

Continuação tabela 14.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Trabalho materno fora do lar‖						
Sim	1,50	1,33-1,70	0,0000	1,06	0,93-1,19	0,3951
Não	1,00			1,00		
Composição familiar						
Mãe e pai	1,00		0,0012	1,00		0,0695
Mãe sem pai	0,71	0,58-0,86		0,87	0,72-1,06	
Mãe com padrasto	0,64	0,46-0,88		0,85	0,65-1,12	
Pai sem mãe	1,02	0,73-1,42		1,52	1,04-2,22	
Sem pai e sem mãe	0,83	0,53-1,31		0,89	0,64-1,25	
Situação conjugal‖						
Casada	1,00		0,0000	1,00		0,0021
Com parceiro	0,36	0,27-0,48		0,59	0,44-0,80	
Sem parceiro	0,70	0,57-0,87		0,87	0,71-1,07	
Percepção saúde geral						
Excelente/muito boa	1,54	1,27-1,86	0,0000	1,10	0,91-1,34	0,5312
Boa	1,17	0,95-1,44		1,05	0,86-1,28	
Razoável/ruim	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	1,71	1,47-2,00	0,0000	1,07	0,92-1,24	0,2740
Boa	1,26	1,06-1,49		0,96	0,82-1,13	
Razoável/ruim	1,00			1,00		

* = Razão de prevalência
† = Intervalo de confiança
‡ = Valor de p de Wald
§ = Valor de p do *trend test*
‖ = Informação coletada ao nascimento

A tabela 15 mostra que a posse de plano de saúde médico, na população de São Luís, foi mais provável nas crianças, cujas famílias apresentavam o chefe com ocupação não manual e quando as mães relatavam percepção de saúde bucal excelente / muito boa. O nível de escolaridade materna e o fato da mãe viver sem parceiro foram relacionados com a menor probabilidade de posse de plano de saúde médico em qualquer período.

Tabela 15. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano de saúde médico em qualquer período na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA 1997/(2005 – 2006).

	Não ajustada			**Ajustada**		
	RP*	**IC 95%**[†]	***P***[‡]	**RP***	**IC 95%**[†]	***P***[‡]
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	0,09	0,02-0,36	0.0000	0,17	0,04-0,66	0.0026
Primário completo	0,26	0,17-0,42		0,45	0,27-0,74	
Ginásio completo	0,47	0,32-0,69		0,68	0,45-1,03	
Ensino médio/ Superior/pós-graduação	1,00			1,00		
Número de irmãos						
Nenhum/1	1,00		0,0043	1,00		0.3182
2	0,59	0,37-0,95		0,79	0,50-1,26	
>3	0,30	0,12-0,72		0,56	0,22-1,41	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	3,68	2,45-5,52	0.0000	2,10	1,35-3,26	0.0053
Manual qualificado	1,62	1,00-2,64		1,22	0,74-2,00	
Manual semi-qualificado	2,60	1,57-4,30		1,78	1,11-2,86	
Manual não qualificado	1,00			1,00		
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,76	1,15-2,69	0.0234	1,66	1,11-2,48	0.0593
Empregado sem carteira assinada	1,12	0,64-1,96		1,14	0,66-1,95	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,93	0,42-2,07		1,23	0,59-2,59	
Trabalho materno fora do lar[||]						
Sim	1,98	1,40-2,80	0.0001	1,39	0,97-1,99	0.0763
Não	1,00			1,00		
Situação conjugal[||]						
Casada	1,00		0.0012	1,00		0.1255
Com parceiro	0,56	0,39-0,82		0,81	0,56-1,17	0.0398[§]
Sem parceiro	0,48	0,29-0,78		0,61	0,38-0,99	

Continuação tabela 15.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	2,73	1,75-4,24	0.0000	1,65	1,03-2,64	0.0719
Boa	1,77	1,21-2,59		1,40	0,97-2,03	0.0208§
Razoável/ruim	1,00			1,00		

* = Razão de prevalência
† = Intervalo de confiança
‡ = Valor de p de Wald
§ = Valor de p do *trend test*
|| = Informação coletada ao nascimento

5.5 PLANO ODONTOLÓGICO EXCLUSIVO OU ASSOCIADO A CONVÊNIO MÉDICO

5.5.1 ANÁLISE BIVARIADA

Em Ribeirão Preto, 25,86% (EP=1,70) das crianças apresentavam plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico. Na cidade de São Luís, o percentual foi de 6,87% (EP=1,00).

Segundo a tabela 16, a posse de plano odontológico foi associada nas duas cidades avaliadas com maior nível de escolaridade do chefe da família, presença de menor número de pessoas, que residem na casa, não ter irmãos, atividade ocupacional não manual do chefe da família, situação de trabalho empregado com carteira assinada do chefe da família e maior poder de compra.

Relacionado aos fatores inerentes à condição de saúde, em ambas as cidades, observou-se que crianças com plano odontológico apresentaram menos relatos de experiência de dor de dente devido cárie (Tabela 16).

No que condiz ao perfil da composição familiar, tal fator mostrou-se significante nas duas cidades. No entanto, em Ribeirão Preto/SP, destaque foi observado para a constituição sem pai e sem mãe e, em São Luís/MA, para as famílias que apresentavam pai sem mãe (Tabela 16).

As variáveis sexo, integrante da família que mais contribui para o orçamento familiar e pretermo não apresentaram associação estatisticamente significante com as crianças que apresentavam plano exclusivamente odontológico em Ribeirão Preto e São Luís (Tabela 16).

Apenas em Ribeirão Preto, verificou-se associação estatisticamente significante entre posse de plano exclusivamente odontológico e criança cuja cor da pele é branca/amarela e presença de até 2 pessoas que contribuem para o orçamento familiar. Em relação às variáveis relacionadas com a percepção e a necessidade de saúde, observou-se associação, apenas nas crianças de Ribeirão Preto, entre plano odontológico e percepção de saúde geral e bucal excelente/muito boa e não apresentar relato de necessidade de tratamento odontológico (Tabela16).

Tabela 16. Distribuição das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006) que apresentavam plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	N	**%***	**EP**†	***p***‡	**N**	**%***	**EP**†	***p***‡
Sexo§								
Masculino	398	25,46	2,32	0,8027	347	7,36	1,40	0,6777
Feminino	381	26,30	2,42		324	6,54	1,37	
Cor da pele								
Branco ou amarelo	450	30,00	2,31	0,0034	157	7,24	2,02	0,8182
Negros ou pardos	332	20,28	2,35		512	6,71	1,11	
Escolaridade do chefe da família								
Nunca frequentou	75	10,45	3,60	<,0001	63	3,24	1,98	0,0147
Primário completo	290	15,48	2,29		185	5,57	1,74	
Ginásio completo	147	30,53	4,03		128	3,20	1,57	
Ensino médio completo	180	39,10	3,91		229	11,00	2,05	
Superior	78	45,15	6,07		25	16,9	7,85	
Aglomeração domiciliar								
1-3	137	31,64	4,26	0,0018	85	12,49	3,75	0,0258
4-6	556	26,63	1,99		414	7,31	1,27	
>6	86	12,26	3,86		172	3,49	1,34	
Número de irmãos								
Nenhum	139	29,21	4,17	0,0007	174	10,13	2,31	<,0001
1	307	31,51	2,82		263	7,58	1,63	
2	203	22,94	3,14		149	5,74	1,91	
>3	130	14,04	3,25		85	0,76	0,76	
Composição familiar								
Mãe e pai	541	28,22	2,06	0,0321	345	7,52	1,40	0,0003
Mãe sem pai	138	20,95	3,70		165	7,85	2,13	
Mãe com padrasto	63	13,55	4,62		59	5,47	3,08	
Pai sem mãe	18	20,21	10,28		33	13,09	6,09	
Sem pai e sem mãe	19	39,17	12,46		67	0,72	0,72	
Ocupação do chefe da família								
Não manual	149	42,97	4,34	<,0001	85	15,1	3,99	0,0016
Manual qualificado	177	32,41	3,74		132	10,7	2,68	
Manual semi-qualificado	113	28,57	4,48		68	9,26	3,59	
Manual não qualificado	336	14,26	2,05		382	3,49	0,94	

Continuação tabela 16.

	Ribeirão Preto				São Luís			
	N	**%***	**EP†**	***p*‡**	**N**	**%***	**EP†**	***p*‡**
Situação de trabalho do chefe da família								
Empregado com carteira assinada	402	32,29	2,49	0,0001	268	10,94	1,92	0,0153
Empregado sem carteira assinada	62	12,85	4,38		133	4,32	1,74	
Autônomo/proprietário	260	20,44	2,66		212	4,84	1,48	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	52	16,04	5,73		56	2,68	1,98	
Pessoa da família que mais contribui no orçamento								
Pai ou mãe	654	27,28	1,85	0,0632	439	7,89	1,29	0,1770
Avö ou avó	47	22,85	6,81		108	3,33	1,57	
Padrasto ou madrasta	49	12,92	5,21		60	7,19	3,47	
Outros	28	17,48	7,59		63	6,57	3,17	
Quantidade de pessoas na família que contribuem no orçamento								
Apenas 1	280	25,23	2,79	0,0248	308	7,29	1,50	0,4274
2 pessoas	427	28,26	2,32		258	5,58	1,37	
Acima de 3 pessoas	71	14,35	4,27		104	9,41	2,88	
ABEP								
A1, A2, B1	115	48,66	4,98	<,0001	13	40,13	14,28	0,0060
B2	137	35,84	4,35		25	8,87	5,97	
C	330	22,87	2,46		273	9,67	1,78	
D e E	163	5,95	1,98		315	3,71	1,08	
Percepção Saúde geral								
Excelente/muito boa	292	32,71	2,95	0,0090	59	11,54	4,20	0,4780
Boa	326	22,84	2,47		221	7,06	1,73	
Razoável/ruim	159	20,16	3,39		389	6,25	1,22	
Pretermo§								
Sim	182	20,15	3,14	0,0857	87	9,32	3,66	0,4764
Não	597	26,53	1,87		584	6,60	1,03	
Percepção saúde bucal								
Excelente/muito boa	212	38,30	3,66	<,0001	59	16,62	4,99	0,0689
Boa	300	26,67	2,78		174	7,61	2,04	
Razoável/ruim	267	15,39	2,36		438	5,23	1,09	
Experiência de dor de dentes								
Sim	241	14,56	2,44	<,0001	376	4,62	1,10	0,0121
Não	533	31,41	2,20		290	9,98	1,82	
Necessidade de tratamento odontológico (restauração/extrações/canal)								
Sim	522	20,12	1,91	<,0001	508	6,05	1,08	0,2018
Não	244	39,57	3,41		152	9,51	2,47	

*= Porcentagem ponderada; †= Erro Padrão; ‡= Valor de p de Wald; § = Informação coletada ao nascimento

Condizente às características das mães, apresentadas na tabela 17, os achados, obtidos para Ribeirão Preto e São Luís, mostraram que, apresentar plano odontológico, está associado com maior nível de escolaridade da mãe. Enquanto a situação de trabalho materna não foi associada com posse de plano odontológico nas duas populações estudadas.

Especificamente para Ribeirão Preto, o desfecho foi associado com idade acima ou igual a 35 anos, ser casada, mãe trabalhar fora do lar e apresentar atividade ocupacional não manual (Tabela 17).

Tabela 17. Análise das características das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006) que apresentavam plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico.

	Ribeirão Preto				**São Luís**			
	Total	**%***	**EP**†	***p***‡	**Total**	**%***	**EP**†	***p***‡
Idade da mãe§								
<20	130	16,98	3,50	0,0326	198	3,89	1,44	0,0942
20-35)	555	27,61	2,06		441	8,17	1,32	
>= 35	92	28,27	5,27		32	7,23	4,92	
Situação conjugal§								
Casada	483	29,32	2,25	<,0001	197	8,28	2,00	0,2004
Com parceiro	156	10,24	2,62		314	7,38	1,52	
Sem parceiro	104	28,60	4,85		160	4,13	1,62	
Escolaridade								
Nunca frequentou	86	9,36	3,51	<,0001	67	2,07	1,60	0,0346
Primário completo	277	18,31	2,53		230	5,78	1,60	
Ginásio completo	156	29,03	3,94		200	5,50	1,65	
Ensino médio	102	39,06	5,31		160	11,42	2,57	
Superior/pós-graduação	93	45,76	5,62		14	18,36	11,60	
Trabalho fora do lar§								
Sim	283	31,93	3,02	0,0025	139	8,16	2,38	0,5328
Não	463	20,81	2,05		532	6,52	1,09	
Ocupação								
Não manual	97	43,20	5,46	<,0001	41	19,73	6,74	0,0688
Manual qualificado	79	38,60	5,94		40	3,75	1,97	
Manual semi-qualificado	64	30,67	6,32		35	15,58	6,41	
Manual não qualificado	527	20,05	1,90		540	5,38	1,00	
Situação de trabalho								
Empregado com carteira assinada	230	32,52	3,35	0,0770	96	11,40	3,28	0,3175
Empregado sem carteira assinada	84	19,38	4,68		104	5,67	2,33	
Autônomo/proprietário	185	23,27	3,39		126	4,38	1,82	
Desempregado/do lar/ aposentado/pensionista	271	23,59	2,83		329	6,42	1,40	

*= Porcentagem ponderada; †= Erro Padrão; ‡= Valor de p de Wald; § = Informação coletada ao nascimento

5.5.2 ANÁLISE MULTIVARIÁVEL

Na tabela 18, pode-se observar que a posse de plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico foi mais provável nos indivíduos com maior poder de compra e chefe da família empregado com carteira assinada. A menor probabilidade de apresentar plano odontológico foi relacionada com a composição familiar representada pela mãe com padrasto e indivíduos, cujas mães relataram a existência de necessidade de tratamento odontológico.

Tabela 18. Análise multivariável das características das crianças que apresentaram plano odontológico exclusivo ou associado a convênio médico na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994 / (2004 -2005).

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P‡***	**RP***	**IC 95%†**	***P‡***
ABEP						
A1,A2,B1, B2	6,99	3,57-13,71	0,0000	3,73	1,58-8,82	0,0058
C	3,84	1,93-7,64		2,64	1,15-6,03	
D e E	1,00			1,00		
Escolaridade da mãe						
Nunca frequentou	1,00		0,0000	1,00		0,5500
Primário completo	2,00	0,92-4,32		1,17	0,49-2,80	
Ginásio completo	3,14	1,45-6,81		1,46	0,59-3,59	
Ensino médio /superior/pós-graduação	4,54	2,15-9,60		1,52	0,60-3,82	
Aglomeração domiciliar						
1-3	1,00		0,0218	1,00		0,6191
4-6	0,84	0,62-1,14		0,94	0,65-1,35	
>6	0,39	0,20-0,76		0,66	0,29-1,52	
Número de irmãos						
Nenhum/1	1,00		0,0022	1,00		0,2540
2	0,74	0,55-1,01		1,24	0,89-1,72	
>3	0,46	0,28-0,74		1,48	0,82-2,66	
Ocupação do chefe da família						
Não manual	3,01	2,13-4,26	0,0000	1,48	0,97-2,25	0,2859
Manual qualificado	2,27	1,58-3,27		1,30	0,88-1,92	
Manual semi-qualificado	2,00	1,32-3,05		1,42	0,91-2,22	
Manual não qualificado	1,00			1,00		

Continuação da tabela 18.

	Não ajustada			Ajustada		
	RP*	**IC 95%†**	***P*‡**	**RP***	**IC 95%†**	***P*‡**
Situação de trabalho do chefe da família						
Empregado com carteira assinada	1,58	1,17-2,13	0,0009	1,81	1,32-2,46	0,0018
Empregado sem carteira assinada	0,63	0,31-1,29		1,10	0,53-2,30	
Autônomo/proprietário	1,00			1,00		
Desempregado/ do lar/ aposentado/pensionista	0,79	0,37-1,66		1,53	0,77-3,07	
Trabalho materno fora do lar§						
Sim	1,55	1,19-2,01	0,0012	0,96	0,72-1,28	0,7775
Não	1,00			1,00		
Composição familiar						
Mãe e pai	1,00		0,0875	1,00		0,1494
Mãe sem pai	0,74	0,51-1,08		0,79	0,49-1,27	
Mãe com padrasto	0,48	0,24-0,95		0,46	0,23-0,95	
Pai sem mãe	0,72	0,26-1,97		0,61	0,13-2,95	
Sem pai e sem mãe	1,39	0,73-2,64		1,30	0,70-2,42	
Situação conjugal§						
Casada	1,00		0,0003	1,00		0,1073
Com parceiro	0,35	0,21-0,59		0,86	0,51-1,46	
Sem parceiro	0,99	0,69-1,41		1,45	0,97-2,17	
Percepção saúde geral						
Excelente/Muito boa	1,62	1,11-2,36	0,0074	1,03	0,69-1,54	0,8605
Boa	1,13	0,76-1,68		0,94	0,62-1,43	
Razoável/Ruim	1,00			1,00		
Percepção saúde bucal						
Excelente/muito boa	2,43	1,72-3,43	0,0000	1,23	0,81-1,87	0,4584
Boa	1,70	1,19-2,42		1,27	0,87-1,84	
Razoável/ruim	1,00			1,00		
Experiência de dor de dentes						
Sim	0,47	0,33-0,66	0,0000	0,76	0,51-1,14	0,1816
Não	1,00			1,00		
Necessidade de tratamento odontológico						
Sim	0,51	0,40-0,65	0,0000	0,75	0,56-0,99	0,0459
Não	1,00			1,00		

* = Razão de prevalência
† = Intervalo de confiança
‡ = Valor de p de Wald
§ = Informação coletada ao nascimento

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O presente estudo contribuiu na identificação dos fatores associados a posse de planos médicos e odontológicos, verificando que crianças com plano de saúde apresentaram perfil de menor vulnerabilidade social. Assim, tais achados, ao auxiliar no conhecimento do perfil dos usuários de planos de saúde médico e odontológico, podem colaborar no planejamento e formulação de políticas de saúde no Brasil.

Neste estudo, obteve-se um valor de 59,56 % de crianças com plano de saúde médico em Ribeirão Preto e 15,98 % em São Luís. Os valores discrepantes, provavelmente, podem ser explicados pelas diferenças sociodemográficas presentes nas duas cidades. Por exemplo, entre os participantes de Ribeirão Preto, houve maior percentual de indivíduos da classe C e presença de até duas pessoas na família que contribuem para o orçamento familiar. Enquanto que, em São Luís, observou-se maior percentual de indivíduos da classe D e E, bem como a presença de apenas uma pessoa na família, que contribui para o orçamento.

Deste modo, foi possível identificar a polarização regional e social no perfil dos indivíduos que apresentam plano de saúde médico. Este padrão foi verificado pela PNAD – 2003, ao ser observada maior concentração da cobertura de plano de saúde em áreas urbanas, entre indivíduos com maior renda e com melhor condição de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

A discrepância, no número de usuários de planos de saúde, no Brasil, entre as regiões Sudeste e Nordeste, é observada em dados do SIB/ANS. Em tal sistema de informação, a região Sudeste apresenta uma taxa de cobertura de plano de saúde médico de 38,8%, sendo observado na região Nordeste uma taxa de 12,2% (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012).

Ressalta-se, também, as diferenças regionais e sociais na posse de planos de saúde, ao serem analisados dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989 e da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV) de 1996/97. Neste estudo, observou-se que a cobertura, por plano de saúde, foi marcada por variações importantes entre as regiões Sudeste e Nordeste, sendo tal cobertura duas vezes maior no Sudeste (34,44%) em comparação ao Nordeste (17,09%) (Travassos et al., 2000). A presença de desigualdades regionais, detectadas entre os indivíduos que apresentam planos de saúde privados no

Brasil, pode repercutir em uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, em virtude da condição do indivíduo ser assegurado (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005; Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010).

Além das inequidades regionais e sociais, observadas nos resultados discutidos acima, foi verificada uma redução no percentual de posse de plano de saúde pelas crianças aos 3 anos de idade e aos 10-11 anos, em Ribeirão Preto e 7-9 anos, em São Luís. Tal redução foi de 53,24% para 37,37% na população de Ribeirão Preto e de 12,70% para 9,50% em São Luís. A menor redução, verificada em São Luís, pode ter ocorrido em virtude do espaço de tempo nessa cidade (3 anos e 7/9 anos) ter sido menor que em Ribeirão Preto (3 anos e 10/11 anos).

A menor cobertura, por plano ou seguro de saúde em crianças e jovens, em relação à população adulta e idosa, foi detectada, a partir da análise de dados do PNAD-1998 (Ribeiro, 2005). Também, observa-se, na estrutura da pirâmide etária dos beneficiários de planos médicos privados um maior percentual na faixa entre 0-9 anos (20,2%) e queda do valor na faixa etária seguinte, 10-19 anos (12,5%), havendo elevação do percentual na faixa economicamente ativa entre 20-39 anos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012). Deste modo, a partir do padrão da distribuição etária dos planos de saúde, pode-se explicar a concentração de cobertura em adultos, a partir do fato de que tais indivíduos, ao estar inseridos no mercado de trabalho, apresentam maior possibilidade de adquirir planos individuais ou financiados parcialmente ou integralmente pelo empregador (Bahia et al., 2002; Pinto, Soranz, 2004).

Conhecendo-se, de forma geral, a descrição dos indivíduos que apresentavam plano de saúde médico nas duas populações investigadas, cabe discutir os fatores que podem estar associados com a posse de planos privados de saúde. Dentre os aspectos sociodemográficos, foram investigados a classe social, a partir do poder de compra, nível de escolaridade da mãe, número de irmãos, aglomeração domiciliar, ocupação do chefe da família, situação de trabalho do chefe da família e trabalho materno fora do lar.

Em relação aos fatores socioeconômicos, o presente estudo não analisou a renda familiar, devido à baixa porcentagem de resposta. No entanto, tal fato não compromete a validade e a discussão dos achados, visto que a variável poder de compra, representada pela ABEP, reflete as condições socioeconômicas que podem auxiliar na exploração da condição econômica do indivíduo, com o desfecho do estudo em questão.

Deste modo, o poder de compra, inferido na classificação econômica, a partir da posse de bens (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003), consistiu em importante determinante na posse de plano de saúde médico, nas duas cidades

investigadas, corroborando com outros estudos (Manski et al., 2001; Guendelman et al., 2005; Isong, Weintraub, 2006; Selden, Hudson, 2006; Liu et al., 2007) que apresentaram associação entre maior renda e presença de plano ou seguro de saúde por crianças.

Dados de estudo, que investigaram os gastos das famílias brasileiras, a partir das informações apresentadas no POF-1995/96 e PNAD-1998, destacam a importância do nível socioeconômico na aquisição de planos ou seguros de saúde. Tais achados mostram que indivíduos, com menor renda domiliciar *per capita*, apresentam como principal gasto em saúde, a compra de medicamentos, enquanto que, nas classes mais privilegiadas, a principal categoria de dispêndio consiste nos planos de saúde (Silveira et al, 2002).

Padrão semelhante entre pobres e ricos é verificado, também, ao serem analisados dados do POF-2002/03, verificando que famílias com maior renda mensal familiar gasta, em média, 117 reais para a compra de plano e seguro de saúde, e, nos indivíduos com menor renda, os gastos com este fim não ultrapassam 6 reais (Menezes et al., 2007). Reforçando estes relatos, segundo a POF-2008, observou-se uma participação de 2,4% correspondentes ao plano/seguro de saúde nas classes com maior renda, e na classe oposta um percentual de apenas 0,3% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Tal diferença entre as classes sociais e aquisição de planos e seguros de saúde é verificada na análise de dados do levantamento populacional norte- americano - Medical Expenditure Panel Survey (1998-2008). Esse estudo observou que indivíduos com menor renda familiar foram menos prováveis de apresentar filho e pai com seguro (Risco relativo = 0,69; intervalo de confiança: 0,63 – 0,74 em 1998; Risco relativo = 0,66; intervalo de confiança: 0,61 – 0,70 em 2008) do que famílias com maiores rendimentos (Angier et al, 2012).

Outro importante indicador social, a ser considerado, foi o nível de escolaridade. A escolaridade é utilizada em estudos epidemiológicos, para indicar as condições socioeconômicas, provavelmente, devido à maior facilidade em coletar tal informação, havendo, por sua vez, maior fidedignidade em comparação a outros indicadores (Nunes et al., 2001).

Os achados, encontrados em Ribeirão Preto e São Luís, mostraram uma associação positiva entre maior nível de escolaridade materna e posse de plano de saúde médico, estando de acordo com demais resultados presentes na literatura (Manski et al., 2001; Mitchell et al., 2002; Bahia et al., 2006; Isong, Weintraub, 2006; Selden, Hudson, 2006; Andrade, Maia 2007; Liu et al., 2007; Angier, 2012). Discordando com tais resultados, Corman et al. (2009), ao investigar a prevalência e os fatores associados ao status de seguro

saúde de pais de baixa renda de dados, oriundos de um estudo coorte, realizado em 20 cidades americanas, não observou associação entre o nível de escolaridade e apresentar plano ou seguro saúde. Tal achado pode se dever a limitação deste estudo, relacionada à maior taxa de não resposta de indivíduos com baixa escolaridade, sugerindo que os resultados referentes ao seguro privado entre os indivíduos pode estar superestimado, podendo, assim, não representar totalmente a população investigada (Corman et al.,2009).

A utilização do nível de escolaridade, como indicador socioeconômico, é de grande valia, visto que a educação pode permitir ao indivíduo o ingresso em uma determinada atividade ocupacional, obtendo uma melhor situação financeira. Deste modo, a ascensão social pode influenciar na busca e acesso aos cuidados relacionados à saúde (Gonçalves et al., 2002).

Portanto, sumarizando os fatores socioeconômicos supracitados, o presente estudo encontra-se de acordo com achados oriundos da análise de informações da PNAD-1998, que aponta a renda e escolaridade como os principais fatores para aquisição de plano de saúde individual (Bahia et al., 2002).

As relações empregatícias, juntamente com o processo de industrialização do país e a renda consistem em um importante aspecto relacionado ao mercado dos planos privados de assistência à saúde desde o seu surgimento (Albuquerque et al., 2008). Desta forma, o vínculo empregatício dos pais pode consistir em um fator que promova a aquisição de plano privado de saúde para a criança (Guendelman et al., 2000). Estudo americano, baseado no Medical Expenditure Panel Survey, que examinou o impacto da condição de trabalho dos pais na condição de cobertura de saúde das crianças, verificou que crianças, cujos pais perderam o emprego, foram 4 vezes mais prováveis de perder o seguro saúde (Fairbrother et al., 2010).

No que se refere ao perfil da atividade ocupacional e a situação de trabalho do chefe da família, os achados em Ribeirão Preto e São Luís mostraram que a ocupação não manual - que apresenta maior qualificação - e a presença de vínculo empregatício com carteira assinada foram associados positivamente com a posse de plano de saúde médico pelas crianças. O resultado obtido pode estar relacionado com o perfil socioeconômico mais favorável – maior poder de compra e nível de escolaridade - dos indivíduos que possuem melhor qualificação profissional e encontram-se empregados com carteira assinada.

O modo, como os fatores ocupacionais influenciam nos gastos das famílias com saúde, é observado ao serem analisados dados das POFs de 1987-1988, 1995-1996 e 2002-2003. Em tal estudo, observou-se que a diminuição do dispêndio com saúde entre 1995-

1996 e 2002-2003 pode ser atribuída a diminuição do rendimento real do trabalho em 1999 e o aumento da taxa de desemprego entre 1996 e 1999 (Diniz et al., 2007).

Ao considerar o trabalho materno fora do lar, esta variável mostra-se significante apenas na posse de plano de saúde médico aos 3 anos, em São Luís. Provavelmente, o fato da mãe participar do orçamento familiar, pode contribuir para uma melhor posição social da família. Isto é observado na população de São Luís, visto que mães, que trabalham fora do lar, apresentam melhor nível socioeconômico, representado pelo poder de compra. Nos demais desfechos, posse de plano de saúde médico nos 6 meses anteriores à entrevista e em qualquer período, a falta de efeito do trabalho materno fora do lar pode se dever à presença de interferência de variáveis, como poder de compra e escolaridade materna no modelo.

Para se fazer inferências sobre o perfil da distribuição dos planos privados de saúde, é necessário o conhecimento, de forma mais precisa, a respeito do comportamento e característica das famílias. O papel da família é bastante significativo, visto que, neste núcleo social, ao ser considerada a renda adquirida pela família e o modo de organização de um orçamento comum, que satisfaça as necessidades de cada membro, podem definir determinadas possibilidades de aquisição de bens e serviços (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Segundo dados do POF-2002/03, dentre as categorias que envolvem as maiores despesas das famílias brasileiras pode-se citar a habitação, seguida pelos gastos com a alimentação e o transporte. A saúde surge no quarto lugar, apresentando um percentual não menos importante de 5,7% do total das despesas (Menezes et al., 2007).

Além disso, o número de componentes no núcleo familiar pode consistir em um fator que interfere na capacidade de aquisição de bens, pois uma família pequena parece apresentar maior probabilidade de ter plano de saúde em relação a uma família com mais componentes (Bahia et al., 2002; Andrade, Maia, 2007). Vale ressaltar, condizente ao núcleo familiar, que se pode observar em famílias cujo casal não apresenta filhos, a presença de menor percentual de indivíduos sem plano de saúde (7,8%), comparado com casal que apresenta filhos (15,6%) (Bahia et al., 2002)

Questões, referentes à família, foram avaliadas no presente estudo, por meio das variáveis aglomeração domiciliar (número de pessoas que residem no mesmo domicílio) e número de irmãos. A aglomeração domiciliar não se apresentou relevante com a probabilidade de posse de plano de saúde médico nas duas populações pesquisadas.

No entanto, em Ribeirão Preto, observou-se associação entre falta de posse de plano de saúde aos 3 anos e presença de plano em qualquer período, com o aumento do número de irmãos. Este achado pode ser devido ao fato de haver maior percentual de indivíduos situados nas categorias de menor poder de compra, nas famílias, cujas crianças possuem maior número de irmãos. Esta hipótese pode ser justificada ao se verificar que entre as famílias mais vulneráveis socialmente (renda mensal *per capita* de até ½ salário mínimo), o número médio de pessoas por família chega a 4,2 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Já, em São Luís, não foi estabelecida a presença desta associação, provavelmente em virtude da aquisição de plano privado estar mais relacionado às demais variáveis socioeconômicas presentes no modelo.

Ainda no que se refere às questões inerentes ao núcleo familiar, convém abordar como a estrutura familiar pode influenciar na capacidade das crianças obterem recursos, como planos privados, que facilitam o acesso aos cuidados de saúde. Investigar as famílias e sua composição, é fundamental para compreender, por exemplo, os estudos de gastos e de distribuição de renda; o comportamento demográfico e a participação no mercado de trabalho, colaborando para a execução e formulação de políticas públicas específicas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Ao se investigar as questões familiares, devem-se destacar as mudanças na composição da família ao longo dos anos. Neste sentido, no Brasil, tem se verificado a influencia do processo de industrialização, a partir do declínio da fecundidade, no padrão de organização das famílias. A tendência, observada nas últimas décadas, consiste na diminuição do tamanho da família e do número de casais com filhos, bem como no surgimento de novos arranjos familiares, visto que o casamento, nos dias atuais, não consiste no foco principal, na vida das pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Deste modo, deve-se investigar as novas conformações familiares nos levantamentos epidemiológicos de uma forma mais ampla, considerando as dimensões que envolvem o conceito sociológico de família, evitando limitar-se a definição de família como condição de residência em um domicílio, fato este considerado, até pouco tempo, nas pesquisas domiciliares do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

No presente estudo, as variáveis, relacionadas com a estrutura familiar, consistiram na composição familiar e situação conjugal materna. Como resultados obtidos, em Ribeirão Preto, observou-se associação positiva entre a presença do pai, mesmo na ausência da mãe, e o fato das mães serem casadas e as crianças apresentarem plano de saúde médico. Tal

achado pode decorrer, provavelmente, do fato de, em Ribeirão Preto, o indivíduo, que mais contribui para orçamento familiar, ser o pai (62,91%), seguido da mãe (21,92%), além dos indivíduos, situados na situação conjugal de casado, corresponderem ao grupo que apresenta melhor nível socioeconômico.

Em São Luís, observou-se que crianças, cujas mães não apresentavam parceiro, tiveram menor probabilidade de possuir plano de saúde médico em comparação com aquelas, cujas mães eram casadas. O fato das mães sem parceiro caracterizar uma classe mais vulnerável socialmente pode, talvez, justificar este resultado. Para a variável referente à composição familiar, não foi encontrada qualquer associação, provavelmente, em virtude desta variável apresentar uma distribuição com valores menos discrepantes entre as categorias.

Vale ressaltar, como limitação do presente estudo, o fato da dúvida advinda para a figura do parceiro da mãe, pois sobre o qual não se sabe se o mesmo é ou não o pai da criança. No entanto, mesmo com esta limitação, pode-se fazer conjecturas sobre o padrão da organização familiar.

Dados, presentes na literatura, que fazem inferência ao PNAD-2003, mostram que famílias, com apenas a mãe, apresentam menores coberturas de plano de saúde (5,3%) do que aquelas com casal (42%) (Bahia et al., 2006). De acordo com levantamento populacional realizado nos Estados Unidos - National Health Interview Survey (2001-2007), observou-se que crianças, que vivem em famílias nucleares (8%), foram menos prováveis de não apresentar cobertura de seguro saúde do que as crianças que residem em famílias monoparentais (9,1%) ou com solteiro biológico ou adotivo (10,8%) (Blackwell, 2010). Outro estudo, que analisou dados do National Health Interview Surveys (1993-1995), verificou que filhos de mães solteiras apresentaram menor probabilidade de ter seguro saúde (35 versus 71 por cento) do que as crianças que viviam com os pais (Heck, Parker, 2002).

Diante de tais resultados, observa-se tanto no presente estudo como nos dados apresentados na literatura, a existência de indícios que apontam uma melhor cobertura de planos e seguro de saúde em crianças, quando há a presença do pai e famílias, cujos pais são casados (famílias nucleares). No entanto, deve ser enfatizada a necessidade de realização de mais estudos que abordem as questões familiares e que façam jus a complexidade inerente a este assunto.

Referente à percepção de saúde, esta variável consiste em um importante indicador da necessidade em saúde, visto que pode representar uma forma de medir o bem-estar geral do indivíduo (Neri, 2002), podendo estar relacionada com a posse de planos privados

de saúde. Dentre as variáveis que expressavam percepção e condição de saúde, no presente estudo, observamos a percepção de saúde geral e bucal e o fato da criança ter sido prematura.

Em relação à percepção de saúde geral, não foi observada associação entre esta variável e a posse de plano de saúde médico para crianças nas duas populações estudadas. Corroborando com este achado, um levantamento, realizado em Shangai, para descrever a cobertura de seguro de saúde em crianças, verificou a inexistência de relação entre o relato dos pais sobre a percepção de saúde da criança e a posse de seguro saúde (Lu et al., 2008).

No entanto, resguardadas a limitação da discussão com pesquisas nacionais, visto que as mesmas estão relacionadas à população adulta, segundo dados do PNAD-2008, observou-se que entre os indivíduos sem plano privado de assistência médica, 4,3% dos indivíduos (6,2 milhões) consideram sua saúde ruim ou muito ruim. Já, entre as pessoas que apresentam o plano privado, este percentual diminui para 1,9% (540 mil pessoas) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2010). De acordo com informações da PNAD-2003, indivíduos que consideraram seu estado de saúde muito bom e bom foram os que mais se encontraram cobertos por plano de saúde (26,2%), havendo diminuição da cobertura na medida em que a autoavaliação de saúde foi considerada regular (19,1%) e ruim ou muito ruim (14,1%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

Ainda relacionada à investigação dos fatores percepção e condição de saúde, acrescenta-se os achados referentes à prematuridade da criança, visto que foi hipotetizado que tal estado poderia demandar maior atenção e preocupação dos pais para com a saúde do filho (Linhares et al., 2000; Fraga e Pedro, 2004). Assim, no presente estudo, em São Luís, encontrou-se que crianças, com história de prematuridade, tiveram maior probabilidade de apresentar plano de saúde médico aos 3 anos de idade. A análise descritiva das crianças pretermas de São Luís, talvez, contribua na elaboração de uma justificativa para este resultado, visto que elas apresentaram um menor percentual de relatos maternos de percepção de saúde geral excelente/muito bom, podendo atrelar a posse de plano de saúde à preocupação com a saúde destas crianças. Outro fator que pode estar relacionado a maior probabilidade de crianças pretermas apresentar plano de saúde médico, consiste no perfil do poder de compra das mesmas, visto que ao analisar a distribuição das crianças pretermas, quanto ao poder de compra, observou-se maior percentual destas na categoria com maior poder aquisitivo (4,56%) em comparação com as crianças atermas (1,30%).

No que diz respeito à percepção da saúde bucal, os achados, encontrados, mostraram, em São Luís, associação entre relatos de percepção de saúde bucal excelente/muito boa e posse de plano de saúde por crianças aos 7-9 anos e em qualquer

período. Talvez este achado possa decorrer do fato das mães, que percebiam a saúde bucal dos seus filhos como excelente/muito boa, encontrarem-se em um patamar social representativo de um melhor poder aquisitivo. Desta forma, a percepção de saúde bucal pode estar relacionada com o poder de compra do indivíduo.

Em Ribeirão Preto, não foi possível encontrar associação entre percepção de saúde bucal e a posse de plano de saúde médico. A falta de efeito, nessa população, pode se dever a distribuição homogênea da frequência dos indivíduos entre as categorias pertencentes à variável percepção de saúde bucal.

Vale salientar, referente à percepção de saúde bucal e geral, a respeito do viés de resposta vinculado a esta variável, em virtude da autoavaliação do estado de saúde ser uma medida subjetiva, acrescentando-se, no caso do presente estudo, o fato de consistir em um relato dos pais sobre a saúde dos filhos. No entanto, a utilização, deste critério, promove uma abordagem global do estado de saúde do indivíduo, apresentando vantagem em relação a outras medidas que exploram padrões de morbidade específicos, refletindo, de forma diferenciada, a condição de saúde (Andrade, 2002).

Neste sentido, diante da análise e discussão dos resultados dos desfechos inerentes a posse de plano médico, pode-se detectar evidências da existência de um degrau social entre as crianças beneficiadas por planos de assistência médica. Destacando-se, assim, a necessidade de maior aprofundamento neste tema, no sentido de averiguar disparidades no acesso e utilização de serviços de saúde, bem como promover o incentivo no planejamento de políticas públicas de saúde, que contribuam para o surgimento de melhorias do sistema único de saúde. Deste modo, visto que os indivíduos, não cobertos por planos privados, recorrerão ao serviço público para ter suas necessidades de saúde atendidas, o melhor funcionamento do mesmo possa diminuir a desigualdade social existente na busca por serviços de saúde.

Referente aos planos odontológicos, tem-se observado um crescimento deste mercado em paralelo ao mercado de planos de saúde. Segundo o SIB/ANS, houve um crescimento de 4,50% no número de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos entre o último mês de 2011 e meados de 2012 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012). Entre 2001 e 2007, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde, observou-se um crescimento de 210% deste setor (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007).

Como fatores, que podem estar envolvidos com o dinamismo positivo do mercado de planos de saúde odontológico no Brasil, destacam-se: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, a dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, o gasto reduzido

das famílias com despesas por desembolso direto, relacionados aos serviços odontológicos e o maior peso das despesas com planos privados de assistência médica (Vieira, Costa, 2008).

No entanto, mesmo sendo evidente o crescimento do mercado de planos odontológicos, ainda há escassez na literatura a respeito do perfil dos beneficiários de planos odontológicos. Assim, os achados encontrados, no presente estudo, podem contribuir para o conhecimento da distribuição dos planos odontológicos na população infantil.

A respeito da distribuição de posse de plano odontológico nas duas populações estudadas, verificou-se que as crianças de Ribeirão Preto apresentaram maior percentual de plano odontológico (25,86 %), em relação aos indivíduos de São Luís (6,87 %). Tal achado pode expressar o perfil de desigualdade na concentração deste bem de consumo entre as regiões brasileiras. Perfil semelhante é verificado nas informações presentes, no SIB/ANS, referente a setembro de 2007 (Cadernos de Informação Suplementar, 2007). Os dados mostram um percentual de 65,4% de beneficiários na região Sudeste e 17,7% para a Nordeste. Assim, pode-se observar que esses valores seguem o perfil de distribuição desigual do desenvolvimento econômico da população brasileira, visto que há concentração de riquezas em cidades da região Sudeste, que pode promover uma melhor condição social para esta população (Pietrobon et al., 2008).

No entanto, não apenas uma maior desigualdade na distribuição da posse de planos odontológicos entre as regiões mais e menos favorecidas economicamente do país foi observada, como, também, a presença de inequidades sociais entre os indivíduos nas cidades pesquisadas, que possuem tal bem de consumo. A partir de achados do presente estudo, o maior poder de compra foi associado positivamente com a posse de planos odontológicos pelas crianças.

Esse resultado reforça os resultados de pesquisas nacionais, já discutidos anteriormente, que mostram maior cobertura de plano de saúde em indivíduos com maior rendimento familiar (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Deste modo, é necessária a elaboração de planejamento em saúde pública mais eficaz, a fim de promover menos inequidades nos serviços de assistência odontológica. Assim, pretende-se suprir as necessidades de saúde bucal dos indivíduos com maiores privações sociais, que são menos favorecidos por planos de assistência odontológica, os quais podem atuar como facilitadores no acesso aos cuidados de saúde bucal.

Outro fator sociodemográfico, que se mostrou relevante com a posse de planos odontológicos, foi a situação de trabalho do chefe da família. Crianças, que apresentavam chefe da família empregado com carteira assinada, apresentaram maior probabilidade de ter

plano odontológico. Esse achado é indicativo de uma característica inerente aos planos odontológicos, os quais apresentam sua expansão vinculada ao fato dos mesmos serem adotados como benefício trabalhista. Desta forma, apresenta, como parcela significante do número de beneficiários, indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009b), valendo salientar que a idade dos beneficiários, vinculados a planos odontológicos, situa-se em uma faixa etária representativa da população economicamente ativa, visto que 74% dos beneficiários encontram-se na faixa de 19 a 59 anos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2009).

Levando em consideração os aspectos referentes às características familiares, apenas a composição familiar, representada pela mãe e ausência do pai, se mostrou associada com a menor probabilidade da criança apresentar plano odontológico. Talvez, questões financeiras familiares podem influenciar esse resultado, como, por exemplo, o fato do pai consistir na pessoa que mais contribui no orçamento familiar, resultado esse encontrado na população de Ribeirão Preto. E, consequentemente, sua presença no núcleo da família possa contribuir para a aquisição de planos odontológicos.

No que diz respeito às questões relacionadas com a percepção de saúde geral e bucal, não foi encontrada associação com a posse de plano odontológico. Tal achado pode decorrer tanto do viés de resposta inerente da natureza subjetiva da variável percepção de saúde, como em virtude dos fatores socioeconômicos, discutidos previamente, consistirem em um indicador mais forte para a posse de planos odontológicos.

Quanto à análise condição de saúde bucal, representada pela experiência de dor de dente, decorrente da cárie, não foi encontrada associação com a posse de plano odontológico. A ausência de relação entre a cobertura de seguro e variáveis clínicas, também é verificada em outros estudos (Siegal et al., 2004; Macek et al., 2004; Brickhouse et al., 2007). A falta de associação entre o estado seguro e condição de saúde bucal indica que outros fatores, como nível de escolaridade, as variações regionais, raça / etnia e de renda pode sobrecarregar a influência isolada do status de segurado (Macek et al., 2004; Siegal et al., 2004). Em outras palavras, apenas fornecendo cobertura de seguro, pode não ser suficiente para reduzir as disparidades no estado de saúde oral.

Ainda como fator, que mostrou interferir com a posse de plano odontológico, foi a variável relacionada com a necessidade de tratamento odontológico da criança, relatada pela mãe. A análise, referente a essa variável, indicou uma associação negativa com a posse de plano odontológico. O achado encontrado pode representar certa relação com a condição social do indivíduo, visto que as crianças, cujas mães relataram a presença de necessidade

de tratamento odontológico, estavam inseridas em uma classe que apresentava menor poder aquisitivo.

O perfil, relacionado às disparidades sociais, que envolve a necessidade de saúde bucal, é observado ao ser analisadas informações do levantamento epidemiológico de saúde bucal (SB Brasil-2003) (Antunes et al., 2006). Nesse estudo, verificou-se a presença de contrastes regionais na prevalência da necessidade de tratamento odontológico, na dentição decídua. Por exemplo, as regiões Sul e Sudeste apresentaram menor prevalência desta condição do que as demais regiões brasileiras (Antunes et al., 2006). Ainda enfatizando a presença da discrepância entre as regiões brasileiras, no SB Brasil 2010, observou-se a persistência da desigualdade entre as regiões com maior potencial econômico e as menos desenvolvidas. Nesse levantamento, foi encontrado maior necessidade de tratamento odontológico (restaurações, tratamento endodôntico ou extrações) nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (Ministério da Saúde, 2011). Além das desigualdades regionais, pode-se observar que os indivíduos que relatam necessidade de tratamento odontológico, apresentam características relacionadas a uma maior vulnerabilidade social. Observa-se, como determinantes individuais que representam maior probabilidade do indivíduo apresentar necessidade de tratamento odontológico o fato de ser negro ou pardo, estudar na zona rural e em escola pública, fatores esses associados com condição social desfavorável (Antunes et al., 2006).

Diante do exposto, o presente estudo traz informações ricas, que podem contribuir para os cidadãos, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, entenderem o outro setor que faz parte do sistema de saúde brasileiro, que consiste no setor da saúde suplementar, setor esse que se encontra em constante expansão, bem como faz parte, atualmente, de tema central de discussões na sociedade sobre alterações de sua regulamentação e necessidade de fiscalização.

No entanto, a respeito dos resultados, aqui apresentados, é necessário analisá-los com cautela, em virtude da presença de limitações no estudo. Deste modo, deve ser considerada a realização de uma análise transversal dos dados, não sendo possível inferir causalidade. Porém, a origem dos dados, provenientes de duas coortes de nascidos vivos, apresentam alto nível de confiabilidade, pois os mesmos foram coletados de forma padronizada tanto no nascimento como no seguimento. Também, deve ser ressaltada a questão da temporalidade entre as duas populações, pois os participantes de São Luís eram mais novas que os de Ribeirão Preto. Assim, na primeira cidade, pode ter ocorrido uma menor possibilidade de apresentar viés de memória.

Outra limitação se deve aos dados utilizados terem sido previamente coletados, havendo a possibilidade de presença de lacunas referentes a determinadas informações, que poderiam ter sido abordadas durante a construção do questionário das coortes. Como informação, cujo conhecimento seria oportuno, pode-se relatar a respeito da interferência da cobertura por plano de saúde da criança, devido à escolha do tipo de plano, se coletivo (vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia) ou individual (livre escolha do beneficiário). A importância da investigação de tal fator se dá em conhecer se pais empregados podem ser favorecidos pela aquisição de plano de saúde fornecido pelo empregador, bem como a presença de pais sem seguro saúde, pode ser inerente ao plano individual, levar a ausência ou presença de plano de saúde pela criança.

Outro ponto, que poderia ser aprofundado, consiste na investigação da influência do estado de saúde com a presença de assistência privada de saúde pela criança (Guendelman, Pearl, 2004; de Voe et al., 2008c). Em relação a este tópico, poderiam ser incluídas informações como debilidades físicas, doenças crônicas e degenerativas, a fim de ampliar a identificação do perfil do estado de saúde. No entanto, foram analisados dados referentes à percepção de saúde geral e oral das crianças relatadas pela mãe, que embora esteja vinculada a essa informação viés de resposta, contribuiu para explorar os fatores associados com a posse de planos de assistência a saúde.

Ressalta-se, ainda, a falta de informação sobre renda, que, embora tenha sido coletada, não foi utilizada neste estudo ,devido à baixa porcentagem de resposta e o grande viés de resposta. Porém, foram inseridas outras variáveis (poder de compra, nível de escolaridade, situação de trabalho) relacionadas com condições socioeconômicas, que podem auxiliar na exploração do desfecho do estudo em questão.

A busca por tais dados, talvez, não consista em uma ideia adequada, visto que os mesmos poderão apresentar informações enviesadas, as quais não irão refletir a situação do indivíduo no momento, em que foram realizadas as coortes. No entanto, buscou-se inserir na análise outras informações que possam estar relacionadas com os dados ausentes.

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

- A posse de planos de saúde médico e odontológico, nas populações de Ribeirão Preto e São Luís, mostrou-se divergente entre as duas cidades, podendo refletir as diferentes condições socioeconômicas presentes nas duas cidades.
- O avanço da idade das crianças, de 3 para 10/11 anos em Ribeirão Preto e de 3 para 7/9 anos em São Luís, foi marcado por diminuição do percentual de posse de plano de saúde médico.
- Para o desfecho posse de plano de saúde médico aos 3 anos de idade, observou-se:

Em Ribeirão Preto, associação com maior poder de compra, menor número de irmãos, situação conjugal estável das mães e presença do pai na família.

Em São Luís, associação com maior poder de compra, nível de escolaridade materna, trabalho materno fora do lar e prematuridade da criança. A situação conjugal materna instável (sem parceiro) mostrou relação inversa com a posse de plano de saúde aos 3 anos.

- Os fatores, relacionados com a posse de plano de saúde médico aos 10/11 anos em Ribeirão Preto, foram: maior poder de compra, maior nível de escolaridade da mãe, ocupação não manual do chefe da família e chefe da família, cuja situação de trabalho é empregado com carteira assinada. O fato da mãe viver com parceiro apresentou uma associação negativa com o desfecho em questão.
- Considerando São Luís, a posse de plano de saúde médico aos 7/9 anos mostrou-se relacionada com fatores inerentes à ocupação e situação de trabalho do chefe da família, indicativos de melhor condição socioeconômica e à percepção de saúde bucal excelente/muito boa. O menor nível de escolaridade materna encontrou-se associado negativamente com tal desfecho.
- Para o desfecho plano de saúde médico em qualquer período, observou-se:

Em Ribeirão Preto, fatores indicativos de melhor condição socioeconômica e que representem melhor condição de trabalho do chefe da família, bem como, fatores familiares, como composição familiar, que apresente a figura paterna foram associados positivamente com este desfecho. Aumento do número de irmãos e situação conjugal materna com parceiro mostrou-se associado de forma inversa com o desfecho em questão.

Em São Luís, perfil de trabalho do chefe da família indicativo de melhor condição social e percepção de saúde bucal excelente/muito boa mostraram-se associados

positivamente com tal desfecho. No entanto, associação negativa foi verificada com a menor escolaridade materna e com a situação conjugal materna instável.

- A posse de plano odontológico mostrou-se relacionada com fatores que representam melhor condição socioeconômica dos indivíduos, como maior poder de compra e situação de trabalho empregado com carteira assinada do chefe da família. Crianças, cuja composição familiar consiste na mãe com padrasto e ter apresentado experiência de dor de dente, apresentaram-se associados negativamente com a posse de plano odontológico.

A avaliação dos resultados do presente estudo apontam para a necessidade de aprofundar a investigação dos fatores associados à posse de planos médicos e odontológicos na população infantil, principalmente as questões relacionadas às condições de saúde e à estrutura familiar. Além disso, futuras pesquisas a respeito da utilização dos serviços de saúde, pela população que apresenta plano de saúde seria interessante, contribuindo para o esclarecimento da existência de prováveis barreiras no acesso ao atendimento médico e odontológico.

Apesar da presença de algumas lacunas, as conclusões referidas, ao mostrar inequidades sociais no perfil dos indivíduos que apresentam plano de saúde médico e odontológico, reforçam a necessidade do planejamento de políticas públicas de saúde que ampliem as ações e assistência à saúde e minimizem os entraves do acesso aos serviços de saúde para grupos mais vulneráveis socialmente.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS[1]

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2007.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2008.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2012.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2009.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, 2010.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro; ANS; 2009b. 152 p.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39 de 30 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. [citado em: 21 maio 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=380.

Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Cienc saude coletiva 2008; 13 (5): 1421-1430.

Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Cienc saude coletiva 2002; 7 (4): 743-756.

Andrade MV, Maia AC. Demanda por planos de saúde no Brasil [Internet]. IPEA; 2007. [citado em: 21 out. 2012]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/15_Cap08.pdf

[1] De acordo como o Estilo Vancouver.

Andrade MV, Noronha KVMS, Oliveira TB. Determinantes dos Gastos das Famílias com Saúde no Brasil. Economia 2006; 7 (3): 485–508.
Andrade MV. A Saúde na PNAD. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002; (Texto para Discussão, 170): 31.

Angier H, DeVoe JE, Tillotson C, Wallace L, Gold R. Trends in Health Insurance Status of US Children and their Parents, 1998-2008. Matern Child Health J. 2012 Sep 27; [Epub ahead of print]. Available from: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-012-1142-4.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. Cienc saúde coletiva 2006; 11(1): 79-87.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico - 2000 – IBOPE. São Paulo, 2003 [citado em 2012 set. 20] Disponível em: http://www.marketanalysis.com.br/arquivosdownload/biblioteca/cceb-1.pdf.

Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti M L T. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. Ciênc saúde coletiva. 2002; 7(4): 671-686.

Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti M L T. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. Cienc saude coletiva 2006;11(4): 951-965.

Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ER. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. Rev Saúde Pública 1998; 32 (1): 18-28.

Bharmal M, Thomas J. Health Insurance Coverage and Health-related Quality of Life: Analysis of 2000 Medical Expenditure Panel Survey Data. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 2005; 16 (4): 643-654.

Bhatti T, Rana Z, Grootendorst P. Dental insurance, income and the use of dental care in Canada. J Can Dent Assoc 2007; 73 (1): 57.

Blackwell DL. Family structure and children's health in the United States: findings from the National Health Interview Survey, 2001-2007. Vital Health Stat 10 2010; Dec (246): 1-166.
Brasil. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. [citado em: 16 mai. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm.

Brasil. Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun. 1998. [citado em: 16 mai. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm

Brickhouse TH, Unkel JH, Porter AS, Lazar EL. Insurance status and untreated dental caries in Virginia schoolchildren. Pediatr Dent 2007; 29(6): 493-9.

Cardoso VC, Simões VM, Barbieri MA, Silva AA, Bettiol H, Alves MT, Goldani MZ. Profile of three Brazilian birth cohort studies in Ribeirao Preto, SP and Sao Luis, MA. Braz J Med Biol Res 2007; 40 (9): 1165-1176.

Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Cienc saude coletiva 2006; 11 (4): 987-998.

Chollet DJ. Consumers, insurers, and market behavior. Journal of Health Politics, Policy and Law 2000; 25 (1): 27-44.

Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS et al. (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 563 – 613.

Corman H, Noonan K, Carroll A, Reichman NE. Low-Income Fathers' Access to Health Insurance. J Health Care Poor Underserved 2009; 20(1): 152–164.

Covre E, Alves LS. Regulação & Saúde – Planos Odontológicos: Uma Abordagem Econômica no Contexto Regulatório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. 272 p. (Série Regulação e Saúde; v. 2).

DeVoe JE, Krois L, Edlund C, Smith J, Carlson NE. Uninsured but eligible children: are their parents insured? Recent findings from Oregon. Med Care 2008a; 46 (1): 3-8.

DeVoe JE, Krois L, Edlund T, Smith J, Carlson NE. Uninsurance among children whose parents are losing Medicaid coverage: Results from a statewide survey of Oregon families. Health Serv Res 2008b; 43 (1): 401-18.
DeVoe JE, Tillotson C, Wallace LS. Uninsured children and adolescents with insured parents. JAMA 2008c; 300 (16):1904-13.

Diniz BPC, Servo LMS, Eirado M, Piola SF. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LMS, Menezes T, Piola SF, organizadores. O gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília (DF): IPEA; 2007. p.143-166.

Fairbrother GL, Carle AC, Cassedy A, Newacheck PW. The impact of parental job loss on children's health insurance coverage. Health Aff (Millwood) 2010; 29(7):1343-9.

Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. Cienc saude coletiva 2001; 6 (2): 405-416.

Faveret Filho P, Oliveira PJA. A Universalização Excludente (Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde). Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989. (Série do IEI/UFRJ, Textos para Discussão, 216). (Mimeo.)

Filho LTP. Iniciativa privada e saúde. Estudos Avançados 1999; 13 (35): 109-116.

Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2004;25(1):89-97.

Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy 1994; 27 (1): 19-34.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). São Paulo: Governo do Estado de São Paulo. [citado em 01 jun 2011]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócioeconômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública 2002; 18(3): 699-706.

Guendelman S, Angulo V, Oman D. Access to health care for children and adolescents in working poor families: recent findings from California. Med Care. 2005; 43(1): 68-78.

Guendelman S, Pearl M. Children's ability to access and use health care. Health Affairs 2004; 23 (2): 235-244.

Guendelman S, Wyn R, Tsai Yi-Wen. Children of working low-income families in california: Does parental work benefit children's insurance status, access, and utilization of primary health care? Health Serv Res 2000; 35(2): 417–441.

Hahn B, Flood AB. No insurance, public insurance, and private insurance: do these options contribute to differences in general health? J Health Care Poor Underserved, 1995; 6 (1): 41-59.

Halterman JS, Montes G, Shone LP, Szilagyi PG. The impact of health insurance gaps on access to care among children with asthma in the United States. Ambul Pediatr 2008; 8 (1): 43-9.

Heck KE, Parker JD. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. Health Serv Res 2002; 37(1): 173-86.

Hill HD, Shaefer HL. Covered today, sick tomorrow? Trends and correlates of children's health insurance instability. Med Care Res Rev 2011; 68 (5):523-36.

Hughes D, Kreger M, Sabherwal S, Powell D, Sargent K. Universal Health Insurance for Children. J Health Care Poor Underserved 2009; 20(1): 4-17.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: 2003. Rio de Janeiro, 2005.
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro; 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. Rio de Janeiro, 2010b.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro; 2010c.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo Demográfico 1991: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 1994.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010a. [citado em 01 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010b. [citado em 01 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_maranhao.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2011.

Isong U, Weintraub JA. Dental check-up of California's State Children's Health Insurance program. Pediatr Dent. 2006; 28(4): 316-24.

Junior GB, Silva PLB, Dain S (orgs.). Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 400 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 13).

King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997-2000. Health Serv Res 2005; 40 (1): 195-212.

Ku L. Medical and Dental Care Utilization and Expenditures Under Medicaid and Private Health Insurance. Med Care Res Rev 2009; 66 (4): 456-471.

Lambrew JM. Health Insurance: A Family Affair. A national profile and state-by-state analysis of uninsured parents and their children. George Washington University, 2001. [citado em 28 abril 2011]. Disponível em: http://thecommonwealthfund.net/~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2001/May/Health%20Insurance%20%20A%20Family%20Affair/lambrew_familyaffair_464%20pdf.pdf

Lewis C, Mouradian W, Slayton R, Williams A. Dental insurance and its impact on preventive dental care visits for U.S. children. J Am Dent Assoc. 2007; 138(3):369-80.

Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. Paidéia (Ribeirão Preto) 2000; 10 (18): 60-69.

Liu J, Probst JC, Martin AB, Wang Jong-Yi and Salinas CF. Disparities in dental insurance coverage and dental care among US children: The National Survey of Children's Health. Pediatrics 2007; 119; S12.

Lu M, Zhang J, Ma J, Li B, Quan H. Child health insurance coverage: a survey among temporary and permanent residents in Shanghai. BMC Health Serv Res 2008; 8:238.

Macek MD, Wagner ML, Goodman HS, Manz MC, Marrazzo ID. Survey of Oral Health Status of Maryland Schoolchildren, 2000--2001. Pediatr Dent. 2004; 26(4): 329-36.

Manski RJ, Edelstein BL, Moeller JF. The impact of insurance coverage on children's dental visits and expenditures, 1996. J Am Dent Assoc 2001; 132(8): 1137-45.

Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 167 p. (Coleção saúde coletiva).

Menezes TA, Diniz BPC, Silveira FG, Servo LMS, Piola S. O Gasto e a Demanda das Famílias em Saúde: Uma Análise a partir da POF 2002-2003. In: Silveira FG, Servo LM; Menezes T; Piola S. (Org.). Gasto e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas. 1 ed. Brasília: IPEA, 2007, v. I, p. 1-374.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados principais. Brasília, 2011.

Mitchell JB, Haber SG, Khatutsky G, Donoghue S. Children in the Oregon Health Plan: how have they fared? Med Care Res Rev 2002; 59(2): 166-83.

Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010. 96p.

Moysés SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1º edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. cap. 19, p. 705 – 734.
Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad saúde pública 2002; 18 (supl): 77-87.

Newacheck PW, Hughes DC, Hung YY, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. Pediatrics. 2000;105(4 Pt 2):989-97.

Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24 (2): 241-246.

Noro LRA, Roncalli AG, Junior FIRM, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad. saúde pública 2008; 24 (7): 1509-1516.

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Viana SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

Oliveira CMF. Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

Organização Mundial da Saúde. The world health report 2000. Health systems: improving performance. [Citado em: 01 jun. 2011] Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.

Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, Junqueira Virginia, Rocha JL, Barboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Cienc saude coletiva 2007; 12 (2): 351-362.

Pietrobon L, Silva CM, Batista LRV, Caetano JC. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. Cienc saude coletiva 2008; 13(5): 1589-1599.

Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. Cienc saude coletiva 2006; 11(4): 999-1010.

Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2004; 9(1): 85-98.
Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. [citado em 01 jun. 2011]. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/crp/dados/local/101distancias.htm>.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000. [citado em: 01 jun 2011]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>.

Reis COO, Silveira FG, Andreazzi MFS. Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: o caso dos planos de saúde. Fonte: Rio de Janeiro; IPEA, 2002. 29 p. (IPEA. Texto para Discussäo, 921).

Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc saúde coletiva 2006; 11(4): 1011-1022.

Ribeiro MM. Utilização de serviços de saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas; 2005.

Rodríguez RL, Elliott MN, Vestal KD, Suttorp MJ, Schuster MA. Determinants of health insurance status for children of Latino immigrant and other US farm workers: findings from the National Agricultural Workers Survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162 (12):1175-80.

Saliba B, Ventelou B. Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? Health Policy 2007; 81 (2-3): 166-82.

Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Cien Saude Colet 2008; 13 (5): 1463-1475.

Selden TM, Hudson JL. Access to care and utilization among children: estimating the effects of public and private coverage. Med Care. 2006; 44(5 Suppl): I19-26.

Siegal MD, Yeager MS, Davis AM. Oral health status and access to dental care for Ohio Head Start Children. Pediatr Dent. 2004; 26(6): 519-25.

Silva AA, Coimbra LC, da Silva RA, Alves MT, Lamy Filho F, Carvalho Lamy Z, Gomide Mochel E, Aragão VM, Ribeiro VS, Tonial SR, Barbieri MA. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. Cad Saúde Pública 2001; 17 (6): 1413-23.

Silveira GS, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. Ciênc saúde coletiva 2002; 7(4): 719-731.

Silveira JLGC, Oliveira V. Experiência e expectativas dos cirurgiões-dentistas com os planos de saúde. Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2002; 2 (1): 30-36.

Smith-Campbell B, Pile D. Children's health insurance program and pediatric nurses. J Pediatr Nurs 2010; 25 (2): 138-41.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Cienc saúde coletiva. 2000; 5(1): 133-149.

Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. Journal of Health Politics, Policy and Law 2004; 29 (3): 359-396.

Vieira C, Costa NR. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. Cienc saude coletiva 2008; 13(5): 1579-1588.

Wolff H.,Gaspoz JM, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly 2011; 18 (141).

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

PROJETO DE PESQUISA PRIMÁRIO:
O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, cognitivo, afetivo e psicológico de crianças brasileiras (amostra de Ribeirão Preto).

Apresentação do estudo

Prezados pais ou responsáveis.

Somos um grupo de professores, pesquisadores e profissionais da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) que está realizando um estudo sobre a saúde de crianças nascidas em Ribeirão Preto em 1994. Este estudo é financiado pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Sua criança, ao nascimento, fez parte do estudo inicial e agora estamos fazendo novo contato para explicar os objetivos da nova avaliação e solicitar a sua colaboração. Agradecemos sua participação no início deste estudo em 1994, quando você nos respondeu um questionário e permitiu a medição do comprimento e peso de seu filho. Os resultados dessa avaliação têm contribuído em muito para entender os fatores relacionados com o desenvolvimento infantil. Este estudo é pioneiro no país, no qual vários aspectos de saúde e seus determinantes estão sendo avaliados ao mesmo tempo. Essas informações nos possibilitam entender a complexidade e chegar a estabelecer medidas preventivas para melhorar a saúde da população. Esperamos que você e seu(sua) filho(a) possam também fazer parte deste novo estudo.

Nosso estudo está avaliando vários aspectos da saúde das crianças, alguns destes aspectos através de questionários e outros através de exames de seu(sua) filho(a). Queremos saber quais os fatores ocorridos durante a época do nascimento que são importantes para determinar a saúde da criança. O questionário contém

perguntas sobre aspectos que são importantes na saúde da família e da sua criança. O exame é uma avaliação clínica do crescimento, peso e capacidade respiratória. Os resultados dos exames, assim que obtidos, serão fornecidos a você, e nenhuma outra pessoa terá acesso aos mesmos. O sigilo será garantido. No caso dos resultados dos exames que não forem obtidos na hora, estes serão encaminhados a você pelo correio no endereço fornecido por ocasião da resposta ao questionário.

A seguir você vai encontrar a descrição de cada passo de nosso estudo designadas etapas I e II. A etapa I contém apenas questionários e exames simples e comuns aplicados na clínica geral do dia-a-dia. A etapa II será apenas para as crianças que apresentarem sintomas importantes no aparelho respiratório. Para lhe dar liberdade de participar das etapas que achar conveniente, existe um termo de consentimento após a explicação de cada etapa. Por favor, assine cada um deles se concordar em participar de cada uma das etapas.

Ressaltamos que é importante a participação em todas as etapas da pesquisa para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da saúde das crianças. Porém, se você preferir, a sua criança poderá participar apenas da primeira etapa e, caso tenha sintomas de asma e/ou rinite, a avaliação ficará incompleta. Seu filho poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo estaremos à disposição para esclarecimentos. Qualquer pergunta ou duvida você poderá fazer contato com o responsável pelo estudo, Professor Marco Antonio Barbieri e sua equipe pelo telefone 602-3306, no horário comercial de segunda a sexta-feira de 8 às 17 horas.

Agradecemos sua colaboração.

_____

Assinatura do pesquisador

Universidade de São Paulo

Etapa 1 – Consentimento para participação nos aspectos principais: questionários e avaliação de peso, crescimento e pressão arterial e desenvolvimento cognitivo, afetivo e comportamental:

A etapa principal do estudo inclui um questionário e avaliações básicas de saúde de seu filho.

O questionário deverá ser respondido por um dos pais ou responsáveis pela criança, de preferência aquele que tem mais conhecimento sobre a criança. O questionário contém perguntas sobre algumas condições consideradas importantes para a saúde da criança. Estas informações se referem às condições de vida desde que a criança nasceu, hábitos, alimentação e fatores que influenciam em sintomas como espirros, coceira, entupimento de nariz (rinite), tosse, chiado no peito, dificuldades de respirar, falta de ar (asma), dor na barriga, problemas de digestão, na capacidade de aprender, de pensar e de se comportar e se adaptar ao ambiente da família e da escola, além de percepções sobre a saúde da família e da criança.

O exame clínico de seu(sua) filho(a) tem a finalidade de avaliar o crescimento do mesmo e a saúde geral através de medidas de peso, altura, espessura de pele (pregas de gordura) e a pressão arterial (diagnóstico de hipertensão).

A avaliação do desenvolvimento psicológico envolve testes sobre a capacidade de inteligência, de maturidade e de comportamento. Os três testes a serem aplicados envolvem tarefas simples, como identificar partes que faltam em um quebra cabeça, desenhar e responder perguntas. As crianças serão reunidas em pequenos grupos, de 8 a 10 indivíduos, para a realização dos mesmos, com duração de cerca de 20 minutos. Para essa avaliação comportamental e do desenvolvimento afetivo e cognitivo, além dos testes com a criança e das informações fornecidas pelos pais, é necessário que os professores respondam por escrito ao questionário relativo ao ambiente escolar e ao rendimento da criança. Assim, solicitamos a sua autorização para conversarmos com o(a) professor(a) de seu filho(a). Todos estes exames são rotineiros e não apresentam nenhum risco para a criança.

Todas as informações serão fornecidas ao responsável pela criança.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas que eu tive foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo que inclui um questionário que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(o) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Etapa 2- Consentimento para exames complementares em caso de diagnóstico de asma e/ou alergia:

Se seu filho apresentar sintomas sugestivos de asma e/ou alergia exames mais detalhados serão recomendados para que tenhamos diagnóstico preciso. Os exames serão realizados por especialistas nesta área no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Nenhuma dessas avaliações é dolorosa ou agressiva para a criança. Você e seu(sua) filho(a) receberão passe de ônibus para o deslocamento até o Hospital e, dependendo do horário que o exame for agendado, também o almoço.

Caso seu filho tenha sintomas sugestivos de asma é importante diagnosticar se seu filho tem a chamada “hiperreatividade brônquica”, ou seja, seus brônquios reagem de maneira mais intensa quando estimulados por uma substância estimulante que a criança respira. O exame consiste em inalar (cheirar) uma substância e medir a função pulmonar, isto é, como a criança respira. Este é um exame normalmente usado para o diagnóstico de asma, não é uma “experiência”. A contração dos brônquios (pulmão) durante a inalação poderá causar sintomas de asma, que serão rapidamente tratados por um médico especialista que vai acompanhar o exame. Como asma é uma reação alérgica, queremos saber a que seu filho tem alergia. Este teste é feito na pele do braço com algumas substâncias que freqüentemente provocam sintomas alérgicos, incluindo a asma. Este teste não tem riscos para a criança e o desconforto causado pela aplicação das substâncias na pele do braço é mínimo. Este teste será feito por profissional treinado e

supervisionado por médico especialista. Caso seja encontrada alguma alteração em qualquer um dos testes, você receberá a orientação adequada para o caso. Os dados obtidos poderão auxiliar os médicos a compreender melhor a asma e os fatores que a produzem, e melhorar o seu tratamento e a sua prevenção.

Todo diagnóstico será informado apenas aos pais ou responsável pela criança e será dada orientação para o tratamento.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas que eu tive foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo que inclui um questionário que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(o) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____

Data: _____

APÊNDICE B – QUADROS DE DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Quadro 1. Descrição das variáveis dependentes.

Variáveis dependentes	Definição	Categoria
Posse de plano médico.	Nos primeiros 3 anos de vida seu filho (a), tinha seguro-saúde (convênio médico) que lhe dava direito ao atendimento médico? Nos últimos 6 meses seu filho (a) tem tido direito a algum tipo de seguro médico (ou plano de saúde)?	Sim Não Sim Não
Posse de plano odontológico.	Apresentou plano de saúde específico para tratamento dentário (odontológico) ou seguro-saúde ou convênio de saúde que oferece tratamento dentário (odontológico).	Sim Não
Posse de plano médico em qualquer período	Sempre teve, teve e perdeu ou não tinha e adquiriu plano médico.	Sim Não

Quadro 2. Descrição das covariantes coletadas ao nascimento e seguimento.

NASCIMENTO		
Nome da variável	**Definição**	**Categoria**
Sexo	Sexo da criança.	- Feminino - Masculino
Idade materna	Idade da mãe em anos	- Variável quantitativa
Situação conjugal	Estado civil da mãe.	- Solteira - Casada - Amasiada - Desquitada - Divorciada - Separada - Viúva
Trabalho materno fora do lar	Trabalho materno fora do lar.	- Sim - Não
Pretermo	Criança nascida antes de 37 semanas.	- Sim - Não
SEGUIMENTO		
Nome da Variável	**Definição**	**Categoria**
Cor	Como você considera a cor do seu filho?	- Branca - Preta/negra Parda/multa/cabocla/morena - Amarelo/oriental - Indígena - Outros
Escolaridade do chefe da família	Nível de escolaridade completo do chefe da família.	- Nunca freqüentou; - Primário completo (1ª - 4ª série); - Ginásio completo (5ª - 8ª série); - Ensino médio completo (colegial, 2º grau, técnico profissionalizante); - Superior (completo); - Pós - graduação (completo).

Continuação quadro 2.

SEGUIMENTO		
Nome da variável	**Definição**	**Categoria**
Escolaridade materna	Nível de escolaridade completo da mãe.	- Nunca freqüentou; - Primário completo (1ª - 4ª série); - Ginásio completo (5ª - 8ª série); - Ensino médio completo (colegial, 2º grau, técnico profissionalizante); - Superior (completo); - Pós - graduação (completo).
Ocupação do chefe da família e da mãe	Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) de quem mais contribui para o orçamento familiar? Qual a ocupação atual da mãe?	**- Não manual:** Empregados assalariados com formação universitária ou cargos executivos; Pessoas em nível baixo de gerência ou assalariados com treinamento profissionalizante como enfermeiras ou professoras de escolas; Assalariados com níveis baixos de gerência ou trabalhadores com período curto de educação, como: policiais, auxiliares de enfermagem, etc; **- Trabalhadores qualificados**: ligadas a atividades ligadas a conhecimentos profissionais típicos de ensino fundamental. Ex.: operadores de guindaste, pedreiros, eletricistas, marceneiros, carpinteiros, pintores, etc; **- Trabalhadores semi-qualificados**: ligadas a atividades que podem ser aprendidas com orientação direta, requerendo alguma iniciativa e conhecimentos técnicos rudimentares. Ex.: meio-oficiais, serventes, ajudantes em geral, etc; **- Trabalhadores não qualificados**

Continuação quadro2.

SEGUIMENTO		
Nome da variável	**Definição**	**Categoria**
Situação de trabalho do chefe da família e da mãe	Qual a situação de trabalho da pessoa que mais contribui para o orçamento? Qual a situação de trabalho da mãe?	- Empregado com carteira assinada; - Empregado sem carteira ou terceirizada; - Autônomo; - Proprietário; - Desempregado; - Do lar; - Aposentado/pensionista.
Composição familiar	Informações sobre a estrutura e organização familiar coletadas a partir do conhecimento das pessoas que residem junto com a criança.	- Mãe e pai - Mãe sem pai - Mãe com padrasto - Pai sem mãe - Sem pai e sem mãe
Aglomeração Domiciliar	Quantas pessoas vivem atualmente na casa em que a criança mora?	Variável quantitativa
N^0 de irmãos	Número de irmãos da criança	Variável quantitativa
Características do Orçamento Familiar	Quantas pessoas contribuem para o orçamento familiar, isto é, que ajudam nas despesas da casa? Quem é a pessoa que mais contribui para o orçamento da família?	Variável quantitativa - Pai - Mãe - Avô - Avó - Tio (a) - Padrasto - Madrasta - Irmão (a) - Outra pessoa - Vivem de donativos
ABEP	Critério de Classificação Econômica Brasil	- A1/A2/B1 - B2 - C - D/E

Continuação quadro 2.

SEGUIMENTO		
Nome da variável	**Definição**	**Categoria**
Percepção de saúde geral	Em relação a saúde geral você considera que seu filho (a) tem uma saúde	- Excelente - Muito boa - Boa - Razoável - Ruim
Percepção de saúde bucal	Em geral você acha que a saúde bucal (dos dentes) do seu filho é?	- Excelente - Muito boa - Boa - Razoável - Ruim
Dor de Dente	A criança já reclamou alguma vez de dor de dente por causa de cárie?	- Sim - Não
Necessidade de Tratamento Odontológico	Você acha que seu filho precisa de algum tratamento nos dentes no momento?	- Sim - Não

APÊNDICE C - ORÇAMENTO DETALHADO DA PESQUISA

Ribeirão Preto, 05 de julho de 2011

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto,

Viemos, por meio desta, declarar que a pesquisa a ser realizada trata-se de um banco de dados já existente e que já passou por aprovação neste comitê. O projeto foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2000/09508-7) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP nº 7606/99.

Para a realização do presente projeto não haverá custo e financiamento algum, visto que os dados encontram-se coletados e armazenados e o trabalho com esse banco de dados ficará sob responsabilidade da aluna de doutorado, Marina Fernandes de Sena, e sua orientadora Profª. Drª. Maria da Conceição Pereira Saraiva.

Atenciosamente,

_____

Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva

Orientadora

_____

Marina Fernandes de Sena

Pós-graduanda

Ribeirão Preto, 05 de julho de 2011

Ilmo. Sr. Prof. Dr. **Sérgio Pereira da Cunha**

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP

Prezado Senhor:

Conforme solicitado, envio-lhe juntamente desta, o meu projeto de pesquisa de doutorado com os demais documentos necessários para que seja feita a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Informo que tanto eu, Marina Fernandes de Sena, quanto minha orientadora, Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva, possuímos currículo Lattes, e que por isso os mesmos não se encontram em anexo conforme solicitado.

Informamos que se trata de um projeto de pesquisa que faz parte de um projeto temático maior, financiado pela FAPESP (2000/09508-7) e que foi aprovado por esse Comitê (HCRP nº 7606/99). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido quando participaram da pesquisa em 2004/2005, conforme consta na metodologia do presente projeto. Portanto, estamos solicitando liberação de um novo termo de consentimento. Informamos também que está incluída na metodologia a declaração de sigilo e resguardo da identidade dos indivíduos.

Atenciosamente

_____

Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva

Orientadora

_____

Marina Fernandes de Sena

Pós-graduanda

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA

Av. Bandeirantes, 3900. Cep 14049-900 - Ribeirão Preto – SP
Telefone: (0XX16) 3633-2573 - FAX: (0XX16) 3602-2700
e-mail: rpp@fmrp.usp.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa denominado "*Planos privados de saúde: estudo das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto – SP e São Luís –MA*" a ser realizado pela Profa. Dra. Maria da Conceição Pereira Saraiva e pela aluna Marina Fernandes de Sena no Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social (FORP-USP), com dados derivados do projeto temático "*O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, cognitivo, afetivo e psicológico de crianças brasileiras (processo nº 2000/09508-7)*", por mim coordenado.

Ribeirão Preto, 29 de junho de 2011

Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri

Coordenador do Projeto Temático

ANEXOS

ANEXOS

Anexo - A

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas.**

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginasial incompleto	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo *"... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..."* não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R$)
A1	**30 a 34**	**7.793**
A2	**25 a 29**	**4.648**
B1	**21 a 24**	**2.804**
B2	**17 a 20**	**1.669**
C	**11 a 16**	**927**
D	**6 a 10**	**424**
E	**0 a 5**	**207**

Anexo B – Parecer do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Of.ATAc.CEP/34811/FORP-USP/23.08.2011
CHLS/geadd

Ref. processo n.º 2011.1.897.58.5
CAAE n.º 0042.0.138.000-11

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 122.ª Sessão, realizada em 18 de agosto de 2011, **aprovou** o desenvolvimento do projeto de pesquisa envolvendo seres humanos, intitulado *"Planos privados de saúde: estudo das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto-SP e São Luís-MA"*.

Na oportunidade, lembramos da necessidade de ser entregue, na secretaria do CEP, o **Relatório Parcial** em 18/08/2012 e o **Relatório Final** em 18/08/2013, com os respectivos formulários preenchidos pelo pesquisador responsável.

Lembramos ainda que, quando da submissão do relatório a este Comitê, quaisquer inclusões ou modificações no projeto original deverão ser comunicadas e justificadas ao CEP, através do formulário supracitado.

GISELE ELLENE DE ANDRADE DA DALTI
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.
Profa. Dra. MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA SARAIVA
Departamento de Clínica Infantil, Odontologia Preventiva e Social
desta Faculdade

RECEBI O ORIGINAL
24 / 08 / 11
Matheus

FOR USP SEÇÃO DE EXPED 24/08/2011 15:02

AVENIDA DO CAFÉ, S/N.º - TEL. (16) 3602-4123 / 3963 - FAX (16) 3602-4102
14040-904 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL