

CLARICE ANTONIA SOARES

**PLANOS DE SAÚDE E A DEMANDA FEMININA POR SAÚDE PREVENTIVA NO
BRASIL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Elaine Aparecida Fernandes
Coorientador: Evandro Camargos Teixeira

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2024**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

S676p
2024

Soares, Clarice Antonia, 1988-
Planos de saúde e a demanda feminina por saúde preventiva
no Brasil / Clarice Antonia Soares. – Viçosa, MG, 2024.
1 dissertação eletrônica (56 f.): il.

Orientador: Elaine Aparecida Fernandes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa,
Departamento de Economia, 2024.

Referências bibliográficas: f. 44-56.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2024.682>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Medicina preventiva - Brasil - Aspectos econômicos.
2. Serviços de saúde para mulheres - Brasil - Aspectos
econômicos. 3. Planos de pré-pagamento em saúde - Brasil.
I. Fernandes, Elaine Aparecida, 1977-. II. Universidade Federal
de Viçosa. Departamento de Economia. Programa de
Pós-Graduação em Economia. III. Título.

CDD 22. ed. 362.1


CLARICE ANTONIA SOARES

**PLANOS DE SAÚDE E A DEMANDA FEMININA POR SAÚDE PREVENTIVA NO
BRASIL**


Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 20 de setembro de 2024.

Assentimento:

Documento assinado digitalmente
 **CLARICE ANTONIA SOARES**
Data: 10/10/2024 11:04:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Clarice Antonia Soares
Autora

Documento assinado digitalmente
 **ELAINE APARECIDA FERNANDES**
Data: 10/10/2024 12:45:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Elaine Aparecida Fernandes
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À Professora Elaine, pela orientação, apoio e compreensão descomunais.

Ao meu grande amigo Tiê Tavares, que me incentivou a retomar essa formação.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

SOARES, Clarice Antonia, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, setembro de 2024. **Planos de saúde e a demanda feminina por saúde preventiva no Brasil**. Orientadora: Elaine Aparecida Fernandes. Coorientador: Evandro Camargos Teixeira.

A saúde preventiva é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a qualidade de vida da população. Ela promove hábitos saudáveis, previne e detecta doenças precocemente, reduzindo a necessidade de tratamentos mais caros. No entanto, desafios como a organização das agendas, os longos tempos de espera e os determinantes sociais da saúde persistem. Para as mulheres, há desafios adicionais como desigualdade de gênero e raça, falta de informação, violência, saúde mental e padrões culturais. A literatura, em especial a internacional, aponta que a cobertura de um plano de saúde pode reduzir barreiras financeiras, logísticas e de conscientização, facilitando o acesso à saúde preventiva. Desse modo, esse estudo investiga o efeito da posse de plano de saúde sobre a demanda feminina por serviços de saúde preventivos no Brasil, usando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A análise considera variáveis demográficas, socioeconômicas e o número de estabelecimentos de saúde por estado, construindo modelos de Regressão Logística e de Regressão Logística Multinível. Os resultados mostraram que a posse de plano de saúde aumenta em 53,3% a probabilidade de mulheres demandarem serviços de saúde preventiva primária e em 42% a probabilidade de elas demandarem serviços de saúde preventiva secundária. E, mulheres do Sudeste têm a maior demanda por esses serviços, seguidas pelas sulistas, devido à melhor infraestrutura de saúde e ao maior acesso a planos de saúde. Diante disso, o estudo destaca a importância de campanhas públicas de conscientização sobre saúde preventiva e a necessidade de equalizar a oferta de serviços de saúde pública entre as regiões, reforçando o papel da Estratégia Saúde da Família, principal recurso de atenção à saúde primária no Brasil, na melhoria da qualidade e da equidade no acesso à saúde preventiva.

Palavras-chave: Serviços de saúde preventivos. Demanda Feminina. Planos de Saúde. Brasil.

ABSTRACT

SOARES, Clarice Antonia, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, September, 2024. **Health insurance and women's demand for preventive healthcare in Brazil.** Advisor: Elaine Aparecida Fernandes. Co-advisor: Evandro Camargos Teixeira.

Preventive health is essential for the sustainability of the healthcare system and the overall quality of life of the population. It promotes healthy habits, prevents diseases, and detects them at an early stage, thereby reducing the need for more expensive treatments. However, challenges such as scheduling organization, long waiting times, and social determinants of health persist. For women, there are additional challenges, including gender and racial inequalities, lack of information, violence, mental health issues, and cultural traditions. International literature suggests that health insurance coverage can reduce financial, logistical, and awareness barriers, thus facilitating access to preventive healthcare services. This study investigates the impact of health insurance ownership on women's demand for preventive healthcare services in Brazil, using data from the 2019 National Health Survey (PNS). The analysis takes into account demographic and socioeconomic variables, as well as the number of healthcare facilities per state, employing Logistic Regression and Multilevel Logistic Regression models. The results indicate that having health insurance increases the likelihood of women utilizing primary preventive healthcare services by 53.3% and secondary preventive healthcare services by 42%. Women from the Southeast have the highest demand for these services, followed by those from the South, due to better health infrastructure and greater access to health insurance. Consequently, the study highlights the importance of public awareness campaigns about preventive health and the need to equalize the availability of public healthcare services across different regions, while also reinforcing the role of the Family Health Strategy, the main resource for primary health care in Brazil, in improving the quality and equity of access to preventive health services.

Keywords: Preventive Healthcare Services. Women's Demand. Health Insurance. Brazil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação entre demanda por saúde preventiva e plano de saúde (percentual da população)	26
Tabela 2 - Relação entre plano de saúde e regiões brasileiras (percentual da população)	27
Tabela 3 - Relação entre demanda por saúde preventiva e regiões brasileiras (percentual da população)	27
Tabela 4 - Relação entre demanda por saúde preventiva e rendimento domiciliar <i>per capita</i> (percentual da população).....	28
Tabela 5 - Relação entre demanda por saúde preventiva e percepção do estado de saúde para mulheres com 18 anos ou mais de idade (percentual da população).....	29
Tabela 6 - Relação entre demanda por saúde preventiva e idade (percentual da população) ..	30
Tabela 7 - Relação entre demanda por saúde preventiva e nível de instrução (percentual da população)	30
Tabela 8 - Relação entre demanda por saúde preventiva e estado civil (percentual da população)	30
Tabela 9 - Relação entre demanda por saúde preventiva e raça (percentual da população)	31
Tabela 10 - Modelos estimados para a demanda por serviços de saúde preventivos primários	32
Tabela 11 - Modelos estimados para a demanda por serviços de saúde preventivos secundários	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO E EMPÍRICO.....	12
2.1 Modelo Comportamental de utilização dos serviços de saúde de Andersen e Newman	12
2.2 Revisão de Literatura Empírica	15
3 METODOLOGIA.....	19
3.1 Fonte e Tratamento de Dados	19
3.2 Modelo Logit e Logit Multinível	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 Análise Descritiva.....	26
4.2 Resultados dos Modelos Econométricos.....	31
4.2.1 Demanda por Serviços de Saúde Preventiva Primária	31
4.2.2 Demanda por Serviços de Saúde Preventiva Secundária	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A saúde preventiva é composta por serviços de saúde preventivos primários e secundários. Os serviços de saúde preventiva primários são voltados para a prevenção de doenças antes que elas ocorram, incluindo medidas como vacinação, promoção de hábitos saudáveis e campanhas de conscientização sobre riscos à saúde, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças na população. Já os serviços de saúde preventiva secundários focam na detecção precoce e no tratamento imediato de doenças, visando impedir a progressão e minimizar as complicações, através de exames de rastreamento e *check-ups* regulares (Kenkel, 2000).

Ao evitar doenças ou tratá-las no início, a necessidade de tratamentos complexos, prolongados e dispendiosos é reduzida, implicando em menor necessidade de investimentos financeiros a médio e longo prazo (Ferreira *et al.*, 2022; Claro *et al.*, 2021; Domingues, 2021; Buss *et al.*, 2020; Moraz *et al.*, 2015). Além disso, a saúde preventiva impacta positivamente a produtividade do trabalho, pois trabalhadores saudáveis são mais produtivos e têm menos ausências por motivos de saúde (Hurtado, 2022). E, a promoção de um estilo de vida saudável contribui para a melhoria da qualidade de vida da população (Borges *et al.*, 2022; Buss *et al.*, 2020 e Saldiva e Veras, 2018). Desse modo, o investimento em saúde preventiva é uma das estratégias mais eficazes para a construção de um sistema de saúde sustentável que equilibre a saúde da população com o desenvolvimento econômico, promovendo equidade e eficiência de recursos financeiros (Machado *et al.*, 2012).

No Brasil, atualmente, a principal estratégia com enfoque em saúde preventiva é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento contínuo, campanhas de vacinação e programas de controle de doenças crônicas e, priorizando áreas rurais e regiões mais vulneráveis, promove a equidade no acesso à saúde (Giovannella *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2020; Silva, 2019; Macinko; Mendonça, 2018).

Entretanto, apesar dos avanços nos últimos anos devido à ESF, o Brasil ainda enfrenta desafios em relação ao acesso à saúde preventiva. Sousa e Shimizo (2021) analisaram o acesso à atenção básica entre 2012 e 2018 e evidenciaram melhorias na disponibilidade de serviços e nas condições físicas das unidades de saúde, mas também apontaram a necessidade de reduzir os tempos de espera e de melhorar a organização das agendas por meio de sistemas de agendamento online com dias e horários flexíveis. E, Buss *et al.* (2020) destacaram que ainda existem desafios importantes a serem superados para garantir um acesso mais equitativo e

eficiente à saúde preventiva devido aos determinantes sociais da saúde que incluem condições de moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego e acesso aos serviços de saúde.

Particularmente para a população brasileira feminina, diversos fatores agravam este cenário contribuindo para que as mulheres não demandem serviços de saúde preventiva. Dentre estes fatores, Cobo *et al.* (2021) enfatizam as responsabilidades domésticas e de cuidado, que limitam o tempo disponível para buscarem os serviços de saúde; os fatores socioeconômicos, como a falta de recursos financeiros próprios que gera incapacidade de pagar por serviços ou medicamentos; e as desigualdades raciais, que afetam especialmente mulheres negras e pardas, e intensificam ainda mais as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Além dessas circunstâncias, Trindade *et al.* (2021) acrescentam a desconfiança em relação aos profissionais de saúde e ao sistema como um todo que pode levar as mulheres a não buscarem ajuda médica, a dificuldade para conseguir consultas e exames e a falta de transporte. Ademais, muitas mulheres não têm acesso a informações adequadas sobre a importância da saúde preventiva ou não sabem onde procurar ajuda, especialmente aquelas com menor escolaridade (Trindade *et al.*, 2021).

Cobo *et al.* (2021) destacam também a violência de gênero, que causa medo e vergonha de buscar ajuda médica e que, conforme Teixeira e Paiva (2021), geralmente causa transtornos mentais que também dificultam a busca por cuidados preventivos (Teixeira; Paiva, 2021). Fora isso, a distribuição desigual de recursos e a diferença de qualidade e disponibilidade em relação ao setor privado, incluindo a falta de leitos hospitalares e as longas filas de espera, são problemas recorrentes no sistema de saúde público que, combinados aos demais fatores, reduz ainda mais a demanda e o acesso feminino à saúde preventiva (Cobo *et al.*, 2021).

Nesse âmbito, Cobo *et al.* (2021) mostram que o acesso a planos de saúde pode facilitar a demanda e o acesso das mulheres à saúde preventiva ao oferecer cobertura ampla e especializada, reduzir o tempo de espera para consultas e exames, proporcionar acesso a tecnologias médicas avançadas e a tratamentos modernos, e promover programas específicos de prevenção e bem-estar. E, Malta *et al.* (2021) acrescentam a estes fatores as ações de educação e conscientização promovidas pelos planos de saúde e a redução dos custos financeiros. Estes componentes associados tornam os serviços de saúde mais acessíveis reduzindo barreiras e incentivando um cuidado mais proativo e contínuo, essencial para a saúde preventiva das mulheres.

Diante do contexto referenciado, e tendo em vista a relevância da saúde preventiva feminina para o bem-estar social e econômico, o principal objetivo deste trabalho é mensurar o impacto do acesso aos planos de saúde sobre a demanda feminina por serviços de saúde

preventivos no Brasil. Para alcançar este objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: (1) caracterizar a demanda por serviços de saúde preventiva (primários e secundários) para mulheres com 18 anos ou mais; (2) analisar o efeito da posse de planos de saúde na demanda por serviços de saúde preventivos (primários e secundários) e (3) verificar o efeito de fatores individuais e regionais na probabilidade de se demandar serviços de saúde preventivos (primários e secundários).

Espera-se que a posse de planos de saúde seja um dos fatores primordiais que afetam a demanda por serviços de saúde preventiva feminina. Se comprovada esta hipótese, planos de saúde podem facilitar o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, gerando benefícios econômicos e impacto positivo no bem-estar da população feminina brasileira.

Na literatura internacional existe uma gama de estudos que investiga a relação entre a posse de seguros saúde e a demanda por saúde preventiva feminina. Esse é o caso de Tello-Trillo (2021) que revelou que a perda do seguro saúde TennCare no Tennessee, Estados Unidos, em 2005 resultou em uma redução de 4% a 5% na realização de mamografias e outros exames que detectam câncer de mama. Lee *et al.* (2019) que mostraram que a Lei Federal de Cuidados Acessíveis que ampliou a cobertura de seguro saúde entre as mulheres americanas resultou em aumento significativo no uso de cuidados preventivos, como exames de rotina e vacinas. Cita-se também Becker *et al.* (2021), Simon *et al.* (2017), Pagán *et al.* (2007), Harpole *et al.* (2000) e Kenkel (1994). Entretanto, os trabalhos nacionais ainda são incipientes, abrindo oportunidades para novos estudos nessa área.

Os estudos existentes no Brasil não investigam o impacto regional do acesso aos planos de saúde na demanda por serviços de saúde preventiva feminina e se concentram na demanda por serviços específicos, como os exames Papanicolau e Mamografia, sem distinguir entre saúde preventiva primária e secundária (Moraes *et al.*, 2011). Além disso, analisam os resultados de ações de medicina preventiva promovidas por planos de saúde junto às mulheres já seguradas (Moura, 2024; Ascari *et al.*, 2013).

Há também estudos nacionais que examinam os determinantes da demanda por saúde preventiva de forma geral, sem priorizar a posse de planos de saúde e o sexo (Palmeira *et al.*, 2022; Fagundes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2020). E, outros trabalhos que mensuram o efeito da posse de planos de saúde no acesso feminino aos serviços de saúde de forma geral, sem dar ênfase à saúde preventiva (Oliveira *et al.*, 2024).

Sendo assim, as principais contribuições deste trabalho para a literatura são: a caracterização da demanda por serviços de saúde preventivos em primários e secundários e a estratificação dos impactos regionais do acesso aos planos de saúde sobre a demanda feminina

por serviços de saúde preventiva. Além disso, este trabalho também se diferencia dos demais ao usar os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a pesquisa mais abrangente e detalhada sobre saúde no Brasil, com foco nos determinantes sociais e ampla cobertura geográfica. E, ele é pioneiro ao estimar modelos de Regressão Logística e de Regressão Logística Multinível para essa finalidade específica.

Para cumprir com o propósito deste estudo, além da presente introdução, são apresentados, nesta ordem, o referencial teórico que embasa este estudo, a metodologia, os resultados e, por fim, as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E EMPÍRICO

Esta seção é composta por duas partes. A primeira subseção aborda os conceitos teóricos que definem a demanda e o acesso aos serviços de saúde, conforme o Modelo de Utilização dos Serviços de Saúde desenvolvido por Andersen e Newman (1973). Na segunda subseção, são apresentados resultados empíricos de estudos da literatura brasileira e internacional sobre os determinantes da demanda por serviços de saúde preventiva.

2.1 Modelo Comportamental de utilização dos serviços de saúde de Andersen e Newman

Existem diferentes modelos teóricos que explicam a utilização dos serviços de saúde e, os principais, conforme Pavão e Coeli (2008), são: o Modelo de Crenças em Saúde que foca nas crenças individuais; o Modelo de Dutton que destaca os fatores socioeconômicos; o Modelo de Evans e Stoddart que considera os determinantes sociais e ambientais; e o Modelo Comportamental de Andersen e Newman, amplamente utilizado, que incorporou as crenças em saúde e incluiu também como determinantes da utilização a necessidade e o acesso, tornando-se o modelo mais completo e servindo como base para os demais.

O Modelo de Andersen e Newman fornece uma base sólida para a análise de dados e para a interpretação de resultados devido à sua relativa facilidade de operacionalização e flexibilidade, podendo ser adaptado a diferentes sistemas de saúde e contextos culturais. Por isso, este modelo é uma ferramenta valiosa em estudos comparativos nacionais e internacionais (Pavão; Coeli, 2008).

De acordo com Andersen e Newman (1973), os serviços de saúde são caracterizados por tipo, finalidade e unidade de análise. Em tipo enquadram-se as formas de prestação de serviços, dentre as quais estão os serviços médicos; hospitalares; odontológicos; medicamentos; casas de repouso, entre outros. A finalidade classifica-se em atenção primária que tem o intuito de evitar que a doença se inicie; atenção secundária que visa a cura da doença devolvendo a saúde ao indivíduo; atenção terciária que busca estabilizar as doenças irreversíveis de longo prazo e, os cuidados de custódia que atendem as necessidades pessoais dos pacientes, mas não tratam as doenças subjacentes. E, a unidade de análise refere-se ao cenário analisado que pode ser o contato de um indivíduo com um serviço específico por determinado período ou o volume total de serviços recebidos no mesmo período.

Com relação à utilização dos serviços de saúde, demanda e acesso, conforme os autores, estes são resultantes de determinantes individuais, de determinantes sociais, das características

do sistema de saúde e da interação entre os três grupos de variáveis. Isso porque os determinantes sociais afetam os determinantes individuais diretamente e por meio do sistema de serviços de saúde. Os determinantes individuais são compostos por componentes de predisposição, de capacitação e pela necessidade em saúde. Os componentes de predisposição estão ligados ao fato de o indivíduo estar mais ou menos suscetível ao uso dos serviços de saúde. Esses são divididos entre características demográficas que representam características biológicas predeterminadas que conferem maior chance ao indivíduo de vir a necessitar dos serviços de saúde (idade; sexo e histórico de doenças); características sociais estruturais que determinam o status do indivíduo na comunidade, sua habilidade em lidar com problemas e o quão saudável ou não é o ambiente físico em que ele vive (educação; estado civil; raça; ocupação; número de integrantes da família; etnia; religião, região de residência e mobilidade); e crenças e conhecimento sobre os cuidados com a saúde e sobre os tratamentos de doenças que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, o uso de serviços (Pavão; Coeli, 2008; Andersen; Newman, 1973).

Os componentes de capacitação, também nomeados facilitadores, são aqueles que devem permitir que os indivíduos façam uso dos serviços, dentre os quais estão: renda; plano de saúde; acesso a fonte regular e acessível de cuidados com a saúde; quantidade de unidades de saúde disponível em uma comunidade; preços dos serviços de saúde; região de residência no país e se ela pertence à zona urbana ou rural, pois, pessoas que moram em regiões rurais podem utilizar menos serviços de saúde do que aquelas que moram em regiões urbanas devido às longas distâncias que precisam percorrer até o local onde terão assistência à saúde. Uma vez que estes fatores estejam adequados ao uso haverá um cenário de acesso potencial e, quando acontece o uso dos serviços de saúde tem-se o acesso realizado (Pavão; Coeli, 2008; Andersen; Newman, 1973).

Com relação à necessidade em saúde, quanto mais claro for o conhecimento do indivíduo sobre a ocorrência ou probabilidade de ocorrência de doença, maiores serão as chances de ele demandar serviços de saúde e aderir ao tratamento. E, esse conhecimento pode ser advindo da percepção dos sintomas; da incapacidade de realizar determinadas atividades; do autodiagnóstico ou a partir de um diagnóstico clínico de fato (Pavão; Coeli, 2008; Andersen; Newman, 1973).

Os determinantes sociais da utilização dos serviços de saúde incluem a tecnologia, que torna os diagnósticos mais precisos e os tratamentos mais eficazes. Isso reduz os custos, ampliando e facilitando a demanda e o acesso. Além disso, as normas sociais relacionadas à definição e ao tratamento das doenças, como as legislações vigentes e as crenças e os valores

da sociedade também são determinantes. Estas influenciam o financiamento governamental (Andersen; Newman, 1973).

Quanto às características do sistema de saúde, estas possuem duas dimensões: a de recursos e a organizacional. Os recursos de saúde são caracterizados pelo volume disponível em relação ao total da população e por sua distribuição. Espera-se que, conforme aumente a relação recursos/população aumente a demanda e o acesso aos serviços de saúde, mas, a distribuição geográfica desses recursos dentro do país pode não ser homogênea. Isso faz com que a relação recursos/população não reflita corretamente a disponibilidade de serviços de saúde para todas as regiões (Andersen; Newman, 1973).

Na dimensão organizacional, analisa-se como os recursos disponíveis são coordenados e controlados no processo de prestação dos serviços de saúde levando em consideração o acesso ao sistema de saúde e sua estrutura. O acesso é definido como as condições necessárias para a entrada do paciente no sistema de saúde e pela continuidade do seu tratamento especificando requisitos que devem ser atendidos e barreiras que devem ser superadas, tais como o custo direto do próprio bolso para assistência médica, a duração da fila para tratamentos e as definições gerais sobre as condições que qualificam o paciente para os tratamentos. Supõe-se que o acesso aumente com o aumento dos investimentos governamentais, com a ampliação do acesso aos seguros saúde, com a existência de tratamentos para uma maior variedade de doenças e com a redução do tempo de espera (Andersen; Newman, 1973).

Com relação à estrutura, ela se refere às características que determinam o que acontece com o paciente após a entrada no sistema de saúde abrangendo, dentre outros atributos, a natureza das práticas médicas dos serviços primários; a utilização de pessoal auxiliar; o processo de encaminhamento para outras fontes de cuidados; o meio de admissão no hospital; as características dos cuidados e a disposição e os cuidados aos pacientes hospitalizados. Este componente é altamente dependente dos recursos investidos nesse setor (Andersen; Newman, 1973).

Nesse modelo, o desfecho final é a satisfação do consumidor e não apenas o uso dos serviços de saúde. Além disso, as práticas de saúde pessoais, como a dieta e exercícios físicos, são fatores que interagem com o uso dos serviços e, conseqüentemente, influenciam os desfechos em saúde, mas não são consideradas determinantes do uso propriamente dito (Pavão; Coeli, 2008).

Ao utilizar o modelo de Andersen e Newman, os formuladores de políticas públicas podem desenvolver intervenções mais eficazes e direcionadas, como políticas de subsídio quando a renda for um fator limitante. Além disso, o modelo permite avaliar como diferentes

populações utilizam os serviços de saúde, identificando desigualdades e áreas que necessitam de melhorias. Isso é crucial para garantir que todos tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde, promovendo uma distribuição mais justa dos recursos e melhorando a qualidade dos serviços oferecidos.

2.2 Revisão de Literatura Empírica

Esta subseção apresenta estudos empíricos que investigam os determinantes da demanda por serviços de saúde, enfatizando aqueles que abordam a relação entre a posse de planos de saúde e a demanda feminina por serviços de saúde preventiva. Ao analisar-se a literatura internacional, a maior parte dos trabalhos utilizam modelos econométricos para estimar o impacto da posse de planos de saúde sobre a decisão dos indivíduos de buscar cuidados preventivos e sobre a probabilidade de eles obterem acesso a estes serviços. Estes modelos, assim como no presente trabalho, são controlados para variáveis demográficas e socioeconômicas, tais como, idade, sexo, nível educacional, condições de saúde pré-existentes, renda, região de residência e raça. Este é o caso dos trabalhos de Tello-Trillo (2021), Becker *et al.* (2021), Lee *et al.* (2019), Pagán *et al.* (2007), Sudano e Baker (2002), Harpole *et al.* (2000); Holly *et al.* (1998), Kenkel (1994) e Makuc *et al.* (1989). Todavia, com o mesmo intuito, estudos como os de Schansberg (2014), Georgakopoulos *et al.* (2013) e Hoffman e Paradise (2008) adotam uma abordagem teórica baseada em revisões de literatura. Estes trabalhos foram realizados em diferentes países ou regiões e analisam períodos distintos, mas, todos encontraram resultados que mostram que ter plano de saúde eleva as chances de uso de serviços preventivos de saúde.

Tratando-se da demanda feminina por serviços de saúde preventiva, em sua maioria, os estudos analisam a adesão a consultas médicas de rotina, Mamografia e Papanicolau, mas alguns deles diferem ao acrescentarem outras especialidades, tais como, triagem de infecções sexualmente transmissíveis e prescrições de contraceptivos (Becker *et al.*; 2021); visitas ao dentista (Simon *et al.*, 2017); imunizações por meio de vacinas (Simon *et al.*, 2017; Kenkel, 1994); exames que detectam colesterol alto, hipertensão e diabetes (Pagán *et al.*, 2007) e aconselhamento sobre saúde reprodutiva (Harpole *et al.*, 2000).

Entre os estudos internacionais mais recentes, Tello-Trillo (2021) investigou os impactos dos cortes significativos no programa de seguro de saúde público *TennCare*, ocorridos em 2005 no Tennessee, Estados Unidos, sobre a saúde preventiva, sobre a saúde autorrelatada e sobre o uso de serviços de emergência por mulheres adultas. A pesquisa revelou que a perda

do seguro de saúde público resultou em uma redução de 4% a 5% na realização de mamografias e outros exames que detectam câncer de mama, indicando uma diminuição no cuidado preventivo.

Lee *et al.* (2019) analisaram o impacto da Lei Federal de Cuidados Acessíveis (ACA), sancionada em março de 2010, na acessibilidade, acesso e cuidados preventivos para mulheres nos Estados Unidos, utilizando dados autorrelatados de 2010 a 2013 e de 2014 a 2017. A pesquisa mostrou que a ACA melhorou significativamente a acessibilidade ao seguro de saúde e o acesso a cuidados preventivos, especialmente para mulheres com renda abaixo de 138% do nível de pobreza federal, em comparação com aquelas com renda acima de 400%. Conforme os autores, essas melhorias, incluindo o aumento no uso de serviços preventivos, destacam o impacto positivo da ACA na saúde das mulheres americanas, particularmente as de baixa renda.

Para o México, Pagán *et al.* (2007) analisaram a relação entre a cobertura de seguros de saúde e o uso de serviços de saúde preventiva entre mulheres com 50 anos ou mais. Para isso, utilizaram os dados da pesquisa *Mexican Health and Aging Study* (MHAS) de 2001. Os resultados mostraram que mulheres sem seguro de saúde são menos propensas a realizarem exames preventivos e, com isso, os autores concluem que as iniciativas de políticas públicas para aumentar a cobertura de seguros de saúde no México podem melhorar significativamente a utilização de cuidados preventivos e a saúde dessa população.

Na literatura nacional, os trabalhos que mais se aproximam do presente são os de Ascari *et al.* (2013) e Moraes *et al.* (2011). Os autores estudam o impacto da posse de planos de saúde sobre a saúde preventiva feminina, mas ambos utilizam abordagens, bases de dados e metodologias distintas. No estudo de Ascari *et al.* (2013), o objetivo foi identificar se houve aumento na adesão à realização de exames preventivos de câncer de colo uterino e de mama após a implementação de um programa de medicina preventiva junto à população feminina beneficiária de um plano de saúde no Oeste catarinense. Realizou-se uma abordagem estatística descritiva, utilizando-se dados coletados de prontuários médicos e de entrevistas. E, constatou-se que cerca de 90% das mulheres estavam com exames de mama e de colo de útero atrasados há mais de 12 meses, e 39,4% delas nunca haviam realizado esses exames. Após a implementação do programa, 41,5% das mulheres realizaram os exames preventivos o que, conforme os autores, destaca a necessidade de ações educativas neste âmbito e, o impacto positivo do acesso regular a esses exames, por meio dos planos de saúde, para a detecção precoce de doenças.

Moraes *et al.* (2011) avaliaram a associação entre a posse de plano de saúde e a realização do exame Papanicolau entre mulheres com 35 anos ou mais, utilizando-se dados da

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003. Foram analisadas 6.299 mulheres residentes no Rio de Janeiro. A metodologia empregou o escore de propensão com técnica de pareamento para minimizar vieses, resultando em uma subamostra de 2.348 mulheres com características socioeconômicas e biológicas equilibradas entre os grupos com e sem plano de saúde. Os resultados indicaram que mulheres com plano de saúde têm 26,1% mais chances de realizarem o exame Papanicolau em comparação às mulheres sem plano, destacando a necessidade de ampliar as campanhas de saúde pública de rastreamento periódico do câncer de colo de útero para reduzir as desigualdades.

Uma série de outros estudos da literatura nacional se assemelha ao presente trabalho, mas em menor grau. É o caso do estudo de Moura (2024) que investiga o papel da saúde privada na melhoria da saúde preventiva, especialmente a feminina, por meio de investimentos em marketing e tecnologia. Oliveira *et al.* (2024) que analisam o efeito da posse de planos de saúde sobre o acesso feminino aos serviços de saúde de forma geral, sem dar ênfase à saúde preventiva. E, Palmeira *et al.* (2022), Fagundes *et al.* (2021) e Silva *et al.* (2020) que estudam os fatores que determinam a demanda e o acesso à saúde preventiva, onde a posse de planos de saúde e o sexo estão entre as variáveis de controle, mas não são o foco principal.

Além desses, há outros trabalhos como o de Souto e Moreira (2021) que analisa a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e reflete sobre a importância da abordagem de gênero na saúde pública. O trabalho destaca a importância de políticas públicas que promovam a saúde integral da mulher, incluindo a prevenção de doenças e a promoção de cuidado contínuo e abrangente. O de Szwarcwald *et al.* (2021) que analisa o impacto da posse de plano de saúde sobre o acesso à saúde feminina e masculina de forma geral. E, os trabalhos de Oliveira *et al.* (2015) e Bancher (2004) que analisam a eficácia de ações de prevenção promovidas por planos de saúde sobre a qualidade de vida dos beneficiários e sobre a redução de custos para o sistema de saúde. Cita-se também outros estudos que investigam o impacto do acesso à saúde privada sobre o acesso ou a demanda pela saúde preventiva, mas sem focar na população feminina, tais como: Franklin (2022), Cobo (2021), Dantas *et al.* (2021), Veras (2011), Dowbor (2008) e Pinto e Soranz (2004).

De forma geral, esses estudos utilizam metodologias estatísticas, tais como: Estudos Transversais; Escore de Propensão com Pareamento; Regressão de Poisson; Análise Interseccional e Modelos de Regressão. Porém, uma gama deles também utiliza metodologias qualitativas como revisões bibliográficas, análises documentais, entrevistas e estudos de caso.

Sobre a base de dados utilizada, os trabalhos de Cobo (2021), Dantas *et al.* (2021), Fagundes *et al.* (2021), Szwarcwald *et al.* (2021) e Silva *et al.* (2020) também utilizam os dados

da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). E, assim como na literatura internacional, quando se trata da saúde preventiva feminina, os serviços de saúde mais analisados são consultas médicas de rotina e os exames Papanicolau e Mamografia.

Com relação aos resultados, os estudos que analisam o impacto do acesso à saúde privada sobre a demanda e o acesso à saúde, de forma geral, constatam uma relação de causalidade positiva entre eles. Sendo assim, torna-se factível sugerir que a posse de planos de saúde é um fator determinante na demanda feminina por serviços de saúde preventivos.

3 METODOLOGIA

3.1 Fonte e Tratamento de Dados

A amostra do presente estudo é composta por mulheres de 18 anos ou mais de idade. Os dados são extraídos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2019.

A PNS é um inquérito de saúde de base domiciliar, de âmbito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ela tem o intuito de avaliar e acompanhar o funcionamento da assistência de saúde do ponto de vista do usuário e de obter informações sobre a morbidade referida e estilos de vidas saudáveis (ICICT, 2024). Assim sendo, ela é fundamentada no desempenho do sistema nacional de saúde; nas condições de saúde da população; na vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores associados; na determinação do padrão de morbimortalidade; na adoção de comportamentos saudáveis; na distribuição dos serviços e recursos de saúde e nos aspectos relacionados à equidade. Deve-se destacar que a PNS é uma amostra complexa e os pesos foram incluídos na análise.

O DATASUS é o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua missão é promover a modernização por meio da tecnologia da informação. Para isso ele realiza, dentre outras atividades, o fornecimento ao SUS das informações necessárias ao processo de planejamento, operação e controle da situação sanitária da população brasileira para que possam ser elaborados programas de ações em saúde. São levantados dados de morbidade; incapacidade; acesso a serviços; qualidade da atenção; condições de vida; fatores ambientais; cadastros das redes hospitalares e ambulatoriais e dos estabelecimentos de saúde, assim como, informações sobre recursos financeiros e dados demográficos e socioeconômicos (DATASUS, 2024).

As variáveis utilizadas, suas interações e fontes foram detalhadas no Quadro 1.

Quadro 1: Variáveis e fontes utilizadas

Variáveis dependentes		Literatura e Sinal Esperado
Demanda por Serviços de Saúde preventiva (PNS - Pesquisa Nacional de Saúde)		
	<i>Saúde preventiva primária</i>	Oliveira, 2014; Tavares e Barros, 2011; Kenkel, 2000.

SPP (se fez atividade física nos últimos 3 meses, pelo menos 3 vezes na semana)	Valor igual a '1' fez atividade física no período de referência e '0', caso contrário.	
SPS (caso tenha procurado atendimento preventivo de saúde)	<i>Saúde preventiva secundária</i>	
	Valor '1' se procurou atendimento médico, por motivos preventivos, nas últimas 2 semanas e '0', caso contrário.	
Variáveis explicativas de primeiro nível (PNS - Pesquisa Nacional de Saúde)		
	Literatura	Sinal Esperado
Plano de saúde (se possui algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público há pelo menos 6 meses)	Alba <i>et al.</i> , 2024; Hou <i>et al.</i> , 2022; Becker <i>et al.</i> , 2021; Malta <i>et al.</i> , 2018; Miraldo <i>et al.</i> , 2018; Luquis e Kensinger, 2017; Mpofo <i>et al.</i> , 2016; Liang e Lu, 2014; Aqtash e Servellen, 2013; Silva <i>et al.</i> , 2011; Wang <i>et al.</i> , 2009.	Positivo
Percepção do estado de saúde	Antunes <i>et al.</i> , 2011; Gomes <i>et al.</i> , 2021; Merege Filho <i>et al.</i> , 2014; Antunes <i>et al.</i> , 2011; Ciampo <i>et al.</i> , 2010; Reitzes e Mutran, 2006; Spence <i>et al.</i> , 2005.	Positivo
Raça	Ribeiro <i>et al.</i> , 2006	Positivo
Idade	WHO, 2024; Veras, 2012; Malta <i>et al.</i> , 2009.	Indefinido
(Idade) ²		Indefinido
Número de moradores no domicílio	Ruseski <i>et al.</i> , 2011	Negativo
Situação censitária	Franco <i>et al.</i> , 2021; Soares <i>et al.</i> , 2020; Arruda <i>et al.</i> , 2018; Malta <i>et al.</i> , 2009.	Positivo

Instrução	Ensino Superior Completo - referência	Soares, 2022; Fittipaldi <i>et al.</i> , 2021; Schwingel e Araújo, 2021; Simões <i>et al.</i> , 2021; Carvalho, 2015; Oliveira, 2014; Goes e Nascimento, 2013; Silva <i>et al.</i> , 2011; Malta <i>et al.</i> , 2009; Ribeiro <i>et al.</i> , 2006; Bós e Bós, 2004.	Negativo
	Sem Instrução e Fundamental Incompleto		
	Fundamental Completo e Médio Incompleto		
	Médio Completo e Superior Incompleto		
Estado civil	Valor '0' para viúvas, desquitadas e solteiras e valor igual a '1' para casadas.	Oliveira, 2014	Positivo
Doença crônica	Valor '1' para não diagnóstico de alguma doença crônica e '0', caso contrário.	Cobo <i>et al.</i> , 2021; Simões <i>et al.</i> , 2021; Malta <i>et al.</i> , 2018; Barbosa <i>et al.</i> , 2016; Oliveira, 2014.	Positivo
Dificuldade de locomoção (se respondeu sim para pelo menos uma das seguintes questões: se usa bengalas, muleta ou andador; se usa cadeiras de rodas; se faz uso de prótese ou órtese)	Valor igual a '1' para sim e '0', caso contrário.	Clemente <i>et al.</i> , 2022; Santos <i>et al.</i> , 2020; Silva e Ribeiro, 2020; Silva <i>et al.</i> , 2012; Toscano e Oliveira, 2009; Baretta <i>et al.</i> , 2007.	Negativo
Regiões	Nordeste - referência	Ferreira <i>et al.</i> , 2023; Lavor, 2021; Cavalcante <i>et al.</i> , 2020; Pitombeira e Oliveira, 2020; Arruda <i>et al.</i> , 2018; Guimarães <i>et al.</i> , 2018.	Indefinido
	Sul		
	Sudeste		
	Centro-Oeste		
	Norte		
Rendimento domiciliar <i>per capita</i> (reais)	Variável contínua	Soares, 2022; Oliveira, 2014; Andrade <i>et al.</i> , 2013; Goes e Nascimento, 2013; Travassos e Castro, 2012; Góes, 2011; Silva <i>et al.</i> , 2011; Ruseski <i>et al.</i> , 2011; Xu e Kaestner, 2010; Courtemanche, 2009; Ruhm, 2000, 2003, 2005; Bós e Bós, 2004; Penchansky e Thomas, 1981.	Positivo
Variáveis de interação Região e Plano de Saúde	Sul e Plano de Saúde		Indefinido
	Sudeste e Plano de Saúde		

	Centro-Oeste e Plano de Saúde		
	Norte e Plano de Saúde		
Variável explicativa de segundo nível (DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde)			
		Literatura	Sinal Esperado
Número de estabelecimentos	Número de estabelecimentos de saúde do estado dividido por sua população.	Soares, 2022; Simões <i>et al.</i> , 2021; Andersen e Newman, 1973; Penchansky e Thomas, 1981.	Positivo

Fonte: Elaboração própria.

Pode-se observar que a variável dependente do presente estudo (demanda por serviços de saúde preventiva) foi dividida em duas abordagens principais. A primeira delas, SPP - Saúde Preventiva Primária, é muito importante, pois as ações neste sentido visam impedir o surgimento de doenças. Atividades físicas, vacinação, alimentação saudável são medidas que podem ser incentivadas junto à população. Existe também a SPS (Saúde Preventiva Secundária). Nesta, o objetivo é a detecção de doenças em estágios iniciais com ações que impeçam o seu desenvolvimento. Exames de rotina como mamografias, hemogramas, urina, fezes dentre outros devem ser realizados. Pelo fato de serem abordagens diferentes e extremamente importantes, o presente estudo optou por tratá-las de forma separada no modelo econométrico.

A divisão foi feita com o objetivo de deixar os resultados encontrados mais próximos da realidade e diminuir problemas de sobrestimação, subestimação ou mesmo viés de medição. É comum ocorrer excesso de foco na detecção e tratamento de doenças em detrimento da prevenção primária.

A SPP foi construída considerando como período de referência os últimos 3 meses anteriores ao momento em que foi realizada a pesquisa. Além disso, filtrou-se os dados levando-se em consideração a realização de atividades físicas, no mínimo, 3 vezes na semana. Isso foi feito obedecendo as novas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) que recomendam pelo menos 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por semana (distribuídas em, no mínimo, 3 vezes) para todos os adultos, incluindo quem vive com doenças crônicas ou incapacidade (WHO, 2022).

A construção da SPS baseou-se na questão da PNS que diz se o indivíduo procurou atendimento médico e qual foi o motivo principal da procura, nas duas últimas semanas de

referência. O filtro foi feito considerando atendimentos relacionados à prevenção.

A variável Plano de Saúde foi construída levando-se em consideração mulheres que o possuíam a pelo menos 6 meses. Isso foi feito porque para muitos procedimentos podem existir carências. Para exames complexos e doenças preexistentes, por exemplo, as carências podem ser de 180 dias e 24 meses respectivamente (ANS, 2024).

A Percepção do Estado de Saúde foi outra importante variável utilizada. Ela reflete a autoavaliação do indivíduo do seu próprio estado de saúde. O indicador utilizado foi saúde como um estado de bem-estar físico e mental, já que a percepção do indivíduo de se sentir ou não doente pode ser resultado de sensações físicas e desconforto, como também advir de consequências sociais e psicológicas da doença (Szwarcwald et al, 2005). Assim sendo, se as mulheres de 18 anos ou mais tiverem uma percepção ruim, elas vão demandar mais serviços preventivos de saúde.

A introdução de variáveis de interação entre regiões e plano de saúde teve o objetivo de permitir uma melhor compreensão das dinâmicas e variações que podem existir entre diferentes contextos regionais. Os planos de saúde podem ter desempenhos e impactos distintos em diferentes localidades devido a fatores como disponibilidade de profissionais e estabelecimentos de saúde, infraestrutura local e políticas regionais. Por este motivo, também foi introduzida a variável número de estabelecimento de saúde que se diferencia bastante de um estado para outro.

A variável idade foi utilizada, inclusive, com a introdução deste termo ao quadrado. A razão disso é captar efeitos não lineares do aumento de tempo de vida do indivíduo. Por exemplo, mulheres mais jovens podem ter menor demanda, que aumenta na meia-idade devido ao aumento da conscientização sobre saúde. Esta demanda tende a cair novamente em idades mais avançadas devido, principalmente, a possíveis limitações físicas.

Por fim, tem-se as demais variáveis de controle como raça, rendimento, número de moradores no domicílio, situação censitária, nível de instrução, estado civil, doença crônica e dificuldade de locomoção que foram utilizadas sem grandes transformações.

3.2 Modelo Logit e Logit Multinível

O presente estudo utilizou como variáveis dependentes os indicadores ‘demanda por serviços de saúde preventiva primária’ e ‘demanda por serviços de saúde preventiva secundária’ que são qualitativos. Além de qualitativos, estes indicadores estão organizados em níveis hierárquicos, indivíduos (nível 1) aninhados em estados (nível 2). Nesse sentido, foram levadas

em consideração características do indivíduo e do estado onde reside, possibilitando uma análise mais completa do fenômeno estudado.

Como as variáveis dependentes são qualitativas e hierárquicas, o modelo Logit Multinível foi estimado, considerando dois níveis, conforme supracitado.

O primeiro nível se refere às características das mulheres brasileiras de 18 anos ou mais. As variáveis selecionadas foram a posse de plano de saúde; percepção do estado de saúde; raça; idade; nº de moradores no domicílio; estado civil; doença crônica; situação censitária; dificuldade de locomoção; rendimento domiciliar *per capita*; nível de instrução e região. Para o nível dois, foi utilizada a variável número de estabelecimentos *per capita* de cada estado.

Para se verificar, do ponto de vista estatístico, a necessidade da inclusão de variáveis de nível dois, o modelo nulo ou vazio, foi estimado, conforme expressão (1).

$$demandasaudepreventiva_{ij} = \beta_{00} + u_{0j} \quad (1)$$

em que *demandasaudepreventiva_{ij}* é igual a 1 se o indivíduo *i*, pertencente ao estado *j*, demandou serviços de saúde preventiva e 0, caso contrário. Quanto maior for a variância de *u_{0j}*, maior será a variação das probabilidades logarítmicas de demandar serviços de saúde preventiva de um estado para outro.

A partir da estimação do modelo nulo, calculou-se o coeficiente de correlação intraclasse (ICC) que varia de 0 a 1 e representa a proporção da variação entre os grupos no total da variação. Se o ICC for igual a 0, os resíduos são perfeitamente independentes, ou seja, as chances de *demandasaudepreventiva_{ij}* = 1 não dependem dos grupos, então, a regressão logística simples deve ser utilizada. Caso o ICC seja exatamente 1, existe interdependência perfeita entre os resíduos. O requisito para a utilização do modelo logístico multinível é o ICC ser maior do que zero e mais próximo de 1 possível (Park; Lake, 2005; Kamruzzaman *et al.*, 2015). A expressão (2) ilustra o cálculo do ICC.

$$ICC = \frac{\sigma_u^2}{\sigma_u^2 + \frac{\pi^2}{3}} \quad (2)$$

em que σ_u^2 representa a variabilidade entre os diferentes grupos e o termo $\frac{\pi^2}{3}$ representa a variância ao nível individual (nível 1) assumida para modelos logísticos.

Se for constatada a necessidade de se adicionar o nível dois, é utilizado o modelo

logístico multinível, conforme expressões (3) e (4).

$$\begin{aligned}
 SSP_{ij} = & a_{00} + a_1plano + a_2percepção + a_3raça + a_4idade + a_5(idade)^2 \\
 & + a_7moradores + a_8estcivil + a_9doençacronica \\
 & + a_{10}sitcensitaria + a_{11}sudeste + a_{12}sul + a_{13}norte \\
 & + a_{14}centroeste + a_{15}difloc + a_{16}renda \\
 & + a_{17}seminstrfundincompl + a_{18}fundcomplmedioincompl \\
 & + a_{19}mediocomplsupincompl + a_{20}mediocomplsupincompl \\
 & + a_{21}estab + u_{0j}
 \end{aligned} \tag{3}$$

$$\begin{aligned}
 SSP_{ij} = & a_{00} + a_1plano + a_2percepção + a_3raça + a_4idade + a_5(idade)^2 + \\
 & a_7moradores + a_8estcivil + a_9doençacronica + a_{10}sitcensitaria + a_{11}plano * \\
 & sudeste + a_{12}plano * sul + a_{13}plano * norte + a_{14}plano * centroeste + \\
 & a_{15}difloc + a_{16}renda + a_{17}seminstrfundincompl + \\
 & a_{18}fundcomplmedioincompl + a_{19}mediocomplsupincompl + \\
 & a_{20}mediocomplsupincompl + a_{21}estab + u_{0j}
 \end{aligned} \tag{4}$$

em que SSP é a demanda por serviços de saúde preventiva (primária e secundária); *plano* é a variável plano de saúde; *percepção* é a percepção do estado de saúde; *raça* é a raça autodeclarada; *idade* é a idade da moradora na data de referência; *moradores* é o número de pessoas no domicílio; *estcivil* é o estado civil da moradora na data de referência; *doençacronica* é o diagnóstico de alguma doença crônica; *sitcensitaria* é o tipo de situação censitária da moradora; *sudeste*, *sul*, *norte* e *centroeste* são *dummies* de região e na expressão (6) estas variáveis estão interagindo com plano de saúde; *difloc* é a existência ou não de dificuldade de locomoção; *seminstrfundincompl* é sem instrução ou que tenham Ensino Fundamental incompleto; *fundcomplmedioincompl* é Ensino Fundamental completo e Ensino Médio incompleto; *mediocomplsupincompl* é Ensino Médio completo e Ensino Superior incompleto. Por fim, tem-se a variável de nível dois *estab* que é o número de estabelecimentos *per capita* de saúde por estado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise Descritiva

Nesta seção, apresenta-se o impacto das características individuais e dos estados de residência dos indivíduos sobre a demanda por serviços de saúde preventiva. Busca-se, em especial, analisar o efeito da posse de planos de saúde e sua inter-relação com a região de residência sobre a probabilidade de o grupo analisado demandar saúde preventiva primária e secundária, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas existentes no Brasil.

Conforme apresentado na Tabela 1, o percentual de mulheres com plano de saúde é menor entre aquelas que não demandam SPP em comparação com aquelas que demandam. Especificamente, apenas 20,1% das primeiras possuem plano de saúde, enquanto 36,3% das mulheres que demandam o têm. Com relação à SPS, constata-se uma discrepância semelhante: entre as mulheres que demandam, 32,1% possuem planos de saúde, enquanto apenas 23,9% daquelas que não demandam têm acesso a esses planos.

Tabela 1 - Relação entre demanda por saúde preventiva e plano de saúde (percentual da população)

		Plano de saúde		
		Possui	Não possui	Total
Saúde preventiva primária	Sim	0,363	0,637	100
	Não	0,201	0,799	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,321	0,679	100
	Não	0,239	0,761	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra que 56,8% das mulheres que possuem planos de saúde residem na região Sudeste enquanto apenas 18,4% delas pertencem às regiões Norte e Nordeste. A região Sul ocupa o segundo lugar no *ranking* com 17%. Segundo Souza Júnior *et al.* (2021), ocorre uma grande concentração da cobertura de planos de saúde em grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Sul, entre aqueles com melhor nível socioeconômico.

Tabela 2 - Relação entre plano de saúde e regiões brasileiras (percentual da população)

		Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Plano de saúde	Sim	0,041	0,143	0,568	0,170	0,078
	Não	0,089	0,310	0,391	0,137	0,074

Fonte: Resultados da pesquisa.

Por meio da Tabela 3 pode-se observar a relação entre a demanda por saúde preventiva e as regiões brasileiras. Os dados mostram que o maior percentual da demanda feminina por serviços de saúde preventiva vem do Sudeste que representa 43,8% para a SPP e 48,2% para a SPS. No entanto, o Nordeste ocupa a segunda posição regional participando com 28,0% da demanda SPP e 23,9% da demanda por SPS.

De acordo com Soares Filho *et al.* (2022), a alta demanda por saúde preventiva na região Nordeste do Brasil se deve a vários fatores interligados. Os altos índices de pobreza e desigualdade limitam o acesso a serviços de saúde e aumentam a vulnerabilidade da população a doenças gerando uma demanda reprimida por serviços de saúde. A prevalência de doenças endêmicas como dengue, Zika e Chikungunya é alta, exigindo esforços contínuos de prevenção e controle. Além disso, a infraestrutura de saúde é frequentemente insuficiente, especialmente em áreas rurais e comunidades isoladas, dificultando o acesso a cuidados médicos e aumentando a necessidade de medidas preventivas. Kerr *et al.* (2020) reforçam que, muitas áreas do Nordeste têm acesso limitado a serviços de saúde, tornando a prevenção uma estratégia crucial para evitar complicações de saúde mais graves. Esses fatores combinados criam um cenário onde a saúde preventiva é essencial para melhorar a qualidade de vida e reduzir a carga de doenças na região.

Tabela 3 - Relação entre demanda por saúde preventiva e regiões brasileiras (percentual da população)

		Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Saúde preventiva primária	Sim	0,068	0,280	0,438	0,131	0,084
	Não	0,082	0,275	0,431	0,140	0,072
	Sim	0,061	0,239	0,482	0,151	0,067

Saúde						
preventiva	Não	0,082	0,276	0,421	0,143	0,078
secundária						

Fonte: Resultados da pesquisa.

Das mulheres que demandam SPP, a maior participação (54,9%) está entre aquelas que ganham entre 0,5 e 2 salários-mínimos e, as mulheres que não demandam SPP também estão entre os menores estratos de renda: 60,6% delas ganham 1 salário-mínimo ou menos. Observa-se cenário semelhante para a SPS, onde, a maior concentração tanto das mulheres que demandam quanto das que não demandam encontra-se no estrato de renda entre 0,5 e 2 salários-mínimos (56% e 57,6%, respectivamente). Observa-se, então, uma relação ambígua entre o rendimento domiciliar *per capita* e a demanda por serviços de saúde preventiva, assim, diferente do esperado, possuir maior renda não implica, necessariamente, em demandar mais serviços de saúde preventiva. A Tabela 4 sumariza estas informações.

Tabela 4 - Relação entre demanda por saúde preventiva e rendimento domiciliar *per capita* (percentual da população)

		Rendimento domiciliar <i>per capita</i> (salários-mínimos)							
		Até ¼	De ¼ a ½	De ½ a 1	De 1 a 2	De 2 a 3	De 3 a 5	Mais de 5	Total
Saúde preventiva primária	Sim	0,056	0,101	0,254	0,295	0,114	0,092	0,089	100
	Não	0,100	0,180	0,326	0,005	0,003	0,002	0,025	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,070	0,137	0,298	0,262	0,098	0,071	0,063	100
	Não	0,088	0,155	0,297	0,279	0,083	0,056	0,042	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

Como mostra a Tabela 5, o percentual de mulheres que demanda ou não demanda SPP e SPS é maior entre aquelas com positiva do estado de saúde. Isso ocorre porque, a percepção positiva do estado de saúde pode levá-las a negligenciarem a saúde preventiva por se sentirem saudáveis e acreditarem que estão menos suscetíveis a doenças, o que diminui a motivação para realizarem exames preventivos ou adotarem comportamentos saudáveis. Além disso, uma avaliação positiva do estado de saúde pode criar uma falsa sensação de segurança, levando as pessoas a adiarem ou ignorarem medidas preventivas, como vacinas e check-ups regulares.

Muitas vezes, as pessoas não estão cientes de que a saúde preventiva pode evitar problemas futuros, especialmente se elas se sentem bem no presente. Por fim, algumas pessoas acreditam que, por estarem saudáveis, seu sistema imunológico é forte o suficiente para combater qualquer doença sem a necessidade de intervenções preventivas (Carvalho *et al.*, 2023; Buss *et al.*, 2020; Câmara *et al.*, 2012). No entanto, ao utilizar serviços de saúde preventiva, a saúde e a autopercepção melhoram. Portanto, é mais provável que mulheres que realizam saúde preventiva e se autoavaliam positivamente realmente tenham um estado de saúde melhor em comparação com aquelas que não realizam saúde preventiva, mas também acreditam estar saudáveis.

Tabela 5 - Relação entre demanda por saúde preventiva e percepção do estado de saúde para mulheres com 18 anos ou mais de idade (percentual da população)

		Percepção do estado de saúde		Total
		Positiva	Negativa	
Saúde preventiva primária	Sim	0,802	0,198	100
	Não	0,674	0,326	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,616	0,384	100
	Não	0,752	0,248	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

Em termos de idade, a concentração de mulheres que demandam SPP está na faixa de 18 a 49 anos e 60 anos ou mais para aquelas que demandam SPS (Tabela 6). Isso acontece porque, mulheres mais jovens tendem a se preocupar mais com a estética e a manutenção da forma física, o que as motiva a praticarem mais exercícios físicos, enquanto mulheres mais idosas priorizam a saúde preventiva secundária devido ao aumento da incidência de doenças crônicas com o envelhecimento (Ribeiro; Neri, 2012). Além disso, a capacidade física e funcional diminui com a idade, limitando a prática de exercícios intensos por mulheres idosas, que passam a realizar mais exames preventivos para monitorar a saúde (Carvalho; Madruga, 2011). Mulheres mais jovens também têm mais acesso a academias e programas de educação física e são influenciadas por tendências de saúde e bem-estar, enquanto mulheres mais idosas têm mais contato com profissionais de saúde que recomendam exames preventivos regulares (FIMS, 1997).

Tabela 6 - Relação entre demanda por saúde preventiva e idade (percentual da população)

		Idade					Total
		18-29	30-39	40-49	50-59	60 ou mais	
Saúde preventiva primária	Sim	0,218	0,221	0,214	0,175	0,173	100
	Não	0,201	0,197	0,177	0,163	0,261	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,155	0,183	0,195	0,190	0,276	100
	Não	0,229	0,212	0,184	0,161	0,214	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

Das mulheres que demandam SPP, 71,8% possuem Ensino Superior e este grupo apresenta 49,5 p.p. acima das mulheres sem instrução ou que possuem Ensino Fundamental incompleto (Tabela 7).

Tabela 7:

Tabela 7 - Relação entre demanda por saúde preventiva e nível de instrução (percentual da população)

		Nível de instrução							
		SI-FI		FC-MI		MC-SI		SC	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Saúde preventiva primária	Sim	0,223	0,777	0,100	0,900	0,394	0,606	0,718	0,282
	Não	0,412	0,588	0,152	0,848	0,326	0,674	0,110	0,890
Saúde preventiva secundária	Sim	0,365	0,635	0,126	0,874	0,318	0,682	0,191	0,809
	Não	0,332	0,668	0,137	0,863	0,365	0,635	0,166	0,834

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: Sem instrução (SI); Fundamental incompleto (FI); Fundamental completo (FC); Médio incompleto (MI); Médio completo (MC); Superior incompleto (SI); e superior completo (SC).

Das mulheres que demandam SPP, 42,5% são casadas e 57,5% são viúvas, desquitadas ou solteiras. Agora, com relação à SPS, das mulheres que a demandam, a predominância está entre as casadas com 58,5%, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre demanda por saúde preventiva e estado civil (percentual da população)

		Estado civil		
		Outros	Casadas	Total

Saúde preventiva primária	Sim	0,575	0,425	100
	Não	0,618	0,382	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,415	0,585	100
	Não	0,610	0,390	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

A Tabela 9 mostra uma diferença positiva de 6,6 pontos percentuais na busca por cuidados preventivos de saúde primários a favor das mulheres brancas e amarelas em relação às mulheres pretas e pardas. Esse grupo também tem o maior percentual de demanda por SPS (53,3% contra 46,7% das demais).

Tabela 9 - Relação entre demanda por saúde preventiva e raça (percentual da população)

		Raça		
		Preta e parda	Branca e amarela	Total
Saúde preventiva primária	Sim	0,419	0,485	100
	Não	0,581	0,515	100
Saúde preventiva secundária	Sim	0,467	0,533	100
	Não	0,556	0,444	100

Fonte: Resultados da pesquisa.

Todavia, este estudo vai além dessa análise descritiva dos dados, ao aprofundar-se na análise da demanda feminina por saúde preventiva por meio da aplicação de modelos de regressão econométricos. Os resultados das estimações desses modelos são apresentados em seguida.

4.2 Resultados dos Modelos Econométricos

Nesta seção, analisa-se, tanto para a demanda por SPP quanto para a demanda por SPS os Modelos 1 (demanda por serviços de saúde preventiva) e 2 (demanda por serviços de saúde preventiva com interações diretas entre a posse de planos de saúde e a região de residência dos indivíduos). As Tabelas 10 e 11 apresentam os resultados estimados.

4.2.1 Demanda por Serviços de Saúde Preventiva Primária

Esta subseção tem como objetivo analisar como os determinantes individuais e sociais, bem como as características dos estados de residência, influenciam na demanda por SPP, com ênfase especial no impacto da posse de plano de saúde (Tabela 10).

Tabela 10 - Modelos estimados para a demanda por serviços de saúde preventivos primários

Variáveis	Modelo nulo	Razão de chances – Modelo 1	Razão de chances – Modelo 2
Raça		1,118*** (0,51)	1,041ns (0,043)
Idade		1,030*** (0,007)	1,030*** (0,007)
(Idade) ²		0,999*** (0,000)	0,999*** (0,000)
Nº de moradores no domicílio		0,899*** (0,013)	0,899*** (0,015)
Estado civil		1,058*** (0,045)	1,055ns (0,042)
Doença crônica		1,190*** (0,054)	1,181*** (0,045)
Situação censitária		1,358*** (0,071)	1,286*** (0,053)
Percepção do estado de saúde		1,586*** (0,0793)	1,547*** (0,050)
Dificuldade de locomoção		0,286*** (0,072)	0,295*** (0,257)
Rend. domiciliar <i>per capita</i> (reais)		0,995ns (0,003)	0,999ns (0,003)
Sem instrução e fund. incompl.		0,360*** (0,024)	0,330*** (0,065)
Fund. compl. e médio incompl.		0,367*** (0,028)	0,335*** (0,074)
Médio compl. e superior incompl.		0,603*** (0,024)	0,572*** (0,058)
Plano de saúde		1,535*** (0,083)	
Centro Oeste		0,835*** (0,048)	
Sul		0,640*** (0,039)	
Sudeste		0,699*** (0,036)	
Norte		0,754*** (0,040)	
Centro Oeste e plano de saúde			1,610***

			(0,0142)
Sul e plano de saúde			1,100ns
			(0,090)
Sudeste e plano de saúde			1,372***
			(0,098)
Norte e plano de saúde			1,305***
			(0,143)
Constante	-0,868***	0,419***	0,386*
ICC	0,011		
	(0,003)		
Qui-quadrado		1255,120***	1176,300***
Número de observações		40880	

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: ***, * significa significativo a 1 e 10% de probabilidade e ns - não significativo.

A posse de plano de saúde amplia em 53,5% a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPP. Resultado semelhante a este foi constatado por Hou *et al.* (2022) que estudaram o impacto da posse de apólice do seguro médico *New Rural Cooperative Medical Scheme* organizado pelo governo chinês sobre as melhorias na saúde da população pobre rural chinesa, utilizando-se os dados do *China Family Panel Studies* (CFPS) de 2018. Os autores detectaram um efeito significativo e positivo advindo do aumento na frequência da prática de atividades físicas ao ar livre, tais como jogos de bola e esportes de contato após a adesão ao seguro. Além desse trabalho, Liang e Lu (2014) e Wang *et al.* (2009) analisaram o mesmo seguro e comprovaram a mesma relação positiva e a justificaram como advinda da conscientização promovida pelo seguro sobre os benefícios da SPP para a melhoria da função física e para a prevenção de doenças.

Outro estudo que obteve conclusões semelhantes foi o de Miraldo *et al.* (2018). Ao utilizar dados do *Behavioural Risk Factor Surveillance System* de 2001 a 2010, para os Estados Unidos, o trabalho analisou o impacto da expansão do seguro saúde subsidiado pelo estado de Massachusetts no acesso à atenção primária. Os resultados sugerem um impacto positivo na demanda e acesso à SPP para adultos de baixa renda, em especial para a população da raça branca.

Para o Brasil, Malta *et al.* (2018), a partir da análise das tendências temporais do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), constataram que a prática de atividades físicas (demanda por SPP) foi maior na população que possui plano de saúde e que, entre 2008 e 2015, o percentual de usuários de planos de saúde que praticam atividades físicas aumentou em 8,9 p.p.

Outros estudos que corroboram com estes resultados são os de Mpofu *et al.* (2016);

Aqtash e Servellen (2013) e Silva *et al.* (2011). Estes trabalhos também sugerem que a posse de planos de saúde age como alavanca para a demanda por SPP por meio das ações de conscientização promovidos por eles. E, como apresentado na análise descritiva, a região brasileira que possui o maior percentual de mulheres com 18 anos ou mais que possuem planos de saúde é o Sudeste que também é a região com a maior demanda por SPP.

A relação não significativa encontrada para rendimento domiciliar e demanda por SPP foi contrária ao esperado. Trabalhos como o de Soares (2022), Andrade *et al.* (2013), Góes e Nascimento (2013), Travassos e Castro (2012), Góes (2011), Silva *et al.* (2011), Bós e Bós (2004) e Penchansky e Thomas (1981) mostram que quanto maior a renda maior deve ser a demanda por SPP. Todavia, estudos de Oliveira (2014), Xu e Kaestner (2010), Courtemanche (2009) e Ruhm (2000; 2003; 2005) também apresentaram resultados não esperados e constataram relação inversa entre renda e demanda por SPP, indicando a presença de ambiguidade na direção da relação entre as duas variáveis.

No estudo de Xu e Kaestner (2010), utilizando dados da *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), da *National Health Interview Survey* (NHIS) e do *Current Population Survey* (CPS) nos Estados Unidos, investigou-se o impacto do aumento da renda decorrente de expansões econômicas sobre a realização de atividades físicas, a realização de exames preventivos e sobre o consumo de cigarros para as pessoas com baixo nível de escolaridade. Os resultados indicaram que o aumento da renda está associado a jornadas de trabalho mais longas, o que, por sua vez, reduz o tempo disponível para atividades de lazer e, conseqüentemente, a prática de atividades físicas. Além disso, para indivíduos com recursos financeiros suficientes para arcar com os custos da assistência médica, o custo de oportunidade de dedicar tempo a atividades físicas, em vez de trabalhar e aumentar a renda, é mais elevado. E, estudos anteriores realizados por Ruhm (2000; 2003; 2005) corroboram com essa conclusão, acrescentando que o estresse causado pelas altas jornadas de trabalho pode diminuir a disposição física e mental para a prática regular de exercícios físicos. Courtemanche (2009) também chegou a uma conclusão semelhante, observando que a troca entre atividades físicas e a dedicação ao trabalho pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento de obesidade devido à redução do Índice de Massa Corporal (IMC).

Em consonância com essa conclusão, a região que ocupa a segunda posição na demanda por SPP é o Nordeste que possui a menor renda *per capita* entre as regiões (IBGE, 2024) e, sem a interação da região com o plano de saúde, vê-se, no Modelo 1, que o Nordeste apresenta a maior probabilidade de demandar SPP, o que demonstra um reforço na relação negativa entre renda e demanda por SPP. No entanto, ao associar a região com o plano de saúde (Modelo 2) o

Nordeste cai para a última posição no *ranking* de probabilidade de demandar SPP. Isso sugere um fator regional atrelado à posse de planos de saúde, pois, enquanto o Sudeste possui 56,8% das mulheres com 18 anos ou mais que possuem plano de saúde, o Nordeste possui apenas 14,3%, logo, a posse de plano de saúde para o Nordeste pode não ser significativa para explicar sua demanda por SPP.

Além da renda *per capita*, outro fator que pode explicar a maior probabilidade de as mulheres nordestinas com 18 anos ou mais demandarem SPP é a frequência elevada de atividade física de deslocamento ativo. De acordo com Mendonça *et al.* (2018), essa atividade tem maior participação nas classes econômicas mais baixas (C, D e E) devido à necessidade de deslocamento para estudos e trabalho, representando mais da metade do total de atividades físicas realizadas na região Nordeste do Brasil (55,2%). Ademais, em regiões em desenvolvimento, a ocupação e a locomoção compõem uma parte significativa da atividade física total do indivíduo (Hallal *et al.*, 2003; INCA, 2004). Além dessas justificativas, Siqueira *et al.* (2009), em estudo comparativo entre as regiões Sul e Nordeste, verificaram que os sulistas são mais sedentários do que os nordestinos e justificaram esse resultado pela diferença de clima entre as regiões que pode representar uma barreira ambiental à prática de atividades físicas nas regiões mais frias. Trost *et al.* (2002) corroboram com essa ideia.

No que se diz respeito à percepção do estado de saúde, ela ser positiva potencializa a demanda por SPP como resultado da sensação de maior aptidão funcional; autoestima e sensação de bem-estar físico, social e emocional e da menor probabilidade de possuir doenças (Antunes *et al.*, 2011; Ciampo *et al.*, 2010; Reitzes; Mutran, 2006; Spence *et al.*, 2005). A realização de atividades físicas também tem um impacto direto na liberação de neurotransmissores, como endorfina e serotonina, os quais desempenham um papel importante na sensação subjetiva de bem-estar influenciando positivamente a percepção do estado de saúde e realimentando esse fluxo (Merege Filho *et al.*, 2014).

Para a variável situação censitária, residir na zona urbana aumenta a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPP. Isso ocorre porque, as áreas urbanas, em sua maioria, apresentam maior oferta de espaços favoráveis à prática de atividades físicas, tais como: pistas de caminhada; ciclovias; praças públicas, além de maior segurança e facilidade de locomoção via transporte público (Malta *et al.*, 2009).

Com relação às mulheres com 18 anos ou mais diagnosticadas com doenças crônicas, elas têm 19% mais probabilidade de demandar SPP do que aquelas sem esse tipo de doença. Isso ocorre porque elas são orientadas pelos serviços de saúde a praticarem atividades físicas e temem a piora da doença e até a morte, já que doenças crônicas são uma importante causa de

mortes em adultos. Além disso, sabem que uma doença crônica pré-existente pode agravar uma nova doença que venha a ocorrer (Malta *et al.*, 2018; Barbosa *et al.*, 2016; Oliveira, 2014).

Outras características individuais que potencializam a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPP são: pertencer à raça branca ou amarela que aumenta em 11,8% a probabilidade; ser casada que aumenta em 5,8% a probabilidade e a idade, onde a cada ano a mais de vida amplia-se em 3% a probabilidade de demandar SPP.

No tocante à prática de atividades físicas, entre as mulheres brancas e amarelas, ela é influenciada por fatores socioeconômicos e culturais. Isso inclui o maior acesso a recursos financeiros e infraestrutura (academias e parques). Também há uma maior conscientização sobre os benefícios da SPP devido a níveis mais altos de educação. Além disso, essas mulheres têm mais tempo livre para lazer, já que pertencem majoritariamente a grupos socioeconômicos mais altos. Nesses grupos, a cultura e o estilo de vida incentivam a atividade física (PNUD, 2017).

Com relação ao estado civil, as mulheres casadas possuem maior probabilidade de demandarem SPP, de acordo com Oliveira (2014), por possuírem maior consciência da necessidade de prevenção devido às suas responsabilidades familiares, além de uma possível influência exercida pelo parceiro.

Para a variável idade, a probabilidade de praticar atividades físicas aumenta conforme a pessoa vai envelhecendo, devido à maior conscientização sobre a saúde, sobre a prevenção de doenças crônicas e para a manutenção da função física e bem-estar mental (WHO, 2024). E, de acordo com Malta *et al.* (2009), acredita-se que a menor conscientização sobre a importância dos SPP entre os mais jovens acontece por disfrutarem, em sua maioria, de melhor estado físico natural da idade.

Sobre o nível de instrução, as mulheres com ensino superior completo se destacam. Este resultado é corroborado por Malta *et al.* (2009) que mostraram que a frequência de pessoas ativas nos momentos de lazer aumenta com a escolaridade, chegando a 22,9% entre os homens e 15,2% entre as mulheres com 12 anos ou mais de estudo. Outros estudos com resultados semelhantes são os de Soares (2022), Simões *et al.* (2021), Oliveira (2014), Goes e Nascimento (2013), Silva *et al.* (2011), Ribeiro *et al.* (2006) e Bós e Bós (2004) que concluem que a maior instrução está atrelada a uma maior exposição à informação a respeito dos benefícios da atividade física, melhorando a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos.

De forma contrária ao supracitado, existem características individuais que reduzem a probabilidade de as mulheres demandarem SPP que são a dificuldade de locomoção (-71,4%) e o número de moradores no domicílio (-10,1). Com relação à dificuldade de locomoção, ela

pode reduzir a prática de atividades físicas devido a vários fatores, como dor e desconforto; medo de quedas e lesões; acesso limitado a locais apropriados; aumento da fadiga e cansaço, e falta de suporte adequado. Esses elementos combinados desmotivam a prática regular de exercícios entre pessoas com dificuldades de locomoção (Silva *et al.*, 2012 e Toscano e Oliveira, 2009). Ademais, resultados semelhantes também foram encontrados por Baretta *et al.* (2007) em estudo realizado com adultos de ambos os sexos junto à população da cidade de Joaçaba/SC. Os autores mostraram que entre as pessoas que relataram dificuldade de mobilidade, 75,4% são inativas.

Por fim, tem-se o número de moradores do domicílio. Quanto mais pessoas vivem sob o mesmo teto, menor a probabilidade de a mulher demandar SPP. O aumento das responsabilidades de cuidado, especialmente com crianças ou idosos; o espaço limitado para exercícios; a maior demanda de atividades domésticas e as maiores despesas, que deixam menos recursos para academias ou equipamentos de exercício, podem ser citados como fatores determinantes que afetam negativamente a demanda por SPP (Ruseski *et al.*, 2011).

4.2.2 Demanda por Serviços de Saúde Preventiva Secundária

O objetivo desta subseção é apresentar os impactos de cada variável explicativa sobre a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPS, destacando a posse de plano de saúde e o efeito regional (Tabela 11).

Observa-se na Tabela 11 que dentre as características das mulheres com 18 anos ou mais que mais potencializam a demanda por SPS está a posse de plano de saúde que aumenta em 42% a probabilidade. Além disso, o fato de possuir plano de saúde aumenta a probabilidade de demandar SPS nas regiões Sudeste; Sul; Norte e Centro Oeste, conforme mostra o Modelo 2. No entanto, há uma desigualdade acentuada entre as regiões, onde residir no Sudeste ou no Sul aumenta significativamente mais a probabilidade de demandar SPS em relação às demais regiões.

Tabela 11 - Modelos estimados para a demanda por serviços de saúde preventivos secundários

Variáveis	Modelo nulo	Razão de chances – Modelo 1	Razão de chances – Modelo 2
Raça		0,927* (0,040)	0,963ns (0,0400)
Idade		1,018*** (0,007)	1,018*** (0,007)

(Idade) ²		0,999*** (0,000)	0,999*** (0,000)
Nº de moradores no domicílio		0,970** (0,015)	0,967*** (0,015)
Estado civil		1,004ns (0,041)	1,013ns (0,042)
Doença crônica		2,500*** (0,120)	2,534*** (0,122)
Situação censitária		1,165*** (0,058)	1,223*** (0,062)
Percepção do estado de saúde		0,614*** (0,027)	0,622*** (0,027)
Dificuldade de locomoção		1,446*** (0,174)	1,458*** (0,175)
Rend. domiciliar <i>per capita</i> (reais)		1,004ns (0,003)	1,002ns (0,003)
Sem instrução e fund. incompl.		0,901* (0,060)	0,868** (0,055)
Fund. compl. e médio incompl.		0,890* (0,066)	0,870** (0,063)
Médio compl. e superior incompl.		0,892** (0,053)	0,878** (0,052)
Plano de saúde		1,420*** (0,072)	
Centro Oeste		1,001ns (0,056)	
Sul		1,188*** (0,068)	
Sudeste		1,239*** (0,060)	
Norte		0,979ns (0,052)	
Centro Oeste e plano de saúde			1,114ns (0,094)
Sul e plano de saúde			1,311*** (0,102)
Sudeste e plano de saúde			1,511*** (0,099)
Norte e plano de saúde			1,015ns (0,105)
Constante	-1,264***		
ICC	0,008 (0,002)		
Qui-quadrado			
Classificação correta do modelo		74,43%	74,45%
Número de observações		40880	

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nota: ***, **, * significa significativo a 1, 5 e 10% de probabilidade e ns - não significativo.

As mulheres que possuem planos de saúde tendem a demandar mais SPS porque os planos de saúde geralmente oferecem acesso mais fácil e rápido aos serviços médicos o que incentiva a utilização. Além disso, a cobertura financeira proporcionada pelos planos de saúde reduz o custo direto dos exames preventivos, tornando-os mais acessíveis. E, os planos de saúde frequentemente promovem programas de educação e conscientização sobre a importância da SPS, aumentando a adesão. Ademais, mulheres com planos de saúde têm maior probabilidade de realizar consultas regulares, durante as quais os médicos recomendam e agendam consultas e exames preventivos. Esses fatores combinados contribuem para a maior demanda por SPS entre mulheres com planos de saúde (Alba *et al.*, 2024; Becker *et al.*, 2021; Luquis; Kensinger, 2017).

Um estudo que constatou esse impacto positivo dos planos de saúde sobre a demanda por SPS é o de Malta *et al.* (2018). Os autores analisaram as tendências dos fatores de risco e de proteção de doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras para adultos com 18 anos ou mais com planos de saúde. Ao utilizar os dados do Vigitel (Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), os autores constataram que entre 2008 e 2015 as mulheres com planos de saúde realizaram mais mamografias e, apesar de os exames de Papanicolau terem permanecido estáveis, seu percentual manteve-se expressivo com mais de 85% da população feminina tendo realizado esse exame.

Sobre as desigualdades regionais, as mulheres que residem no Sudeste ou no Sul do Brasil têm maior probabilidade de demandarem SPS porque, essas regiões possuem uma infraestrutura de saúde mais desenvolvida, com um maior número de unidades de saúde e acesso a serviços médicos de qualidade. Ademais, níveis mais altos de educação e campanhas de conscientização sobre a importância dos exames preventivos são mais comuns nessas áreas. A população do Sudeste e do Sul, geralmente, também tem maior acesso a planos de saúde, que facilitam a realização desses exames. Além disso, essas regiões concentram pessoas com melhores condições socioeconômicas, o que facilita o acesso a serviços de saúde privados (Ferreira *et al.*, 2023; Cavalcante *et al.*, 2020).

Todavia, com relação ao rendimento domiciliar *per capita*, assim como para a demanda por SPP, esta variável não foi significativa para a demanda por SPS. Isso acontece porque, a relação entre renda e a probabilidade de mulheres realizarem exames preventivos é complexa e influenciada por diversos fatores além da renda. Mulheres com maior renda não necessariamente têm maior acesso à educação sobre a importância dos exames preventivos

(Trindade *et al.*, 2021). E, podem ter responsabilidades profissionais e familiares que limitam o tempo disponível para cuidar da própria saúde (Cobo *et al.*, 2021). Esses fatores mostram que a renda é apenas uma parte da equação e que uma abordagem multifacetada é necessária para aumentar a adesão aos exames preventivos entre as mulheres. Apesar disso, cada morador adicional no domicílio reduz em 3% a probabilidade de as mulheres demandarem SPS, o que possui relação direta com a renda, tendo em vista que, mais moradores no domicílio representam maiores despesas reduzindo a renda disponível para investir em saúde (Ruseski *et al.*, 2011).

Por conta dessas disparidades socioeconômicas e de acesso, é essencial a priorização que a Estratégia Saúde da Família (ESF) faz sobre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil em suas ações. Entre as principais iniciativas estão a melhoria da infraestrutura e da gestão das unidades de saúde, a formação de equipes multiprofissionais, a atenção especial à população ribeirinha e fluvial, e a priorização do cuidado pré-natal. No Norte, há uma relação direta entre a adequação da infraestrutura e contextos sociais com maior IDH e renda. No Nordeste, a ESF enfrenta desafios específicos do SUS e da Atenção Primária à Saúde, adaptando suas práticas para melhor atender a população. Essas ações visam melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica em regiões com desafios geográficos e socioeconômicos significativos (ESF, 2024; Lavor, 2021; Guimarães *et al.*, 2018).

Ademais, um agravador para essa desigualdade entre as regiões é a situação censitária porque, morar na zona urbana amplia em 16,5% a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPS (Tabela 11). Todavia, as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste possuem as maiores áreas rurais do país tendo, devido a isso, o acesso à saúde dificultado (Pitombeira; Oliveira, 2020; Arruda *et al.*, 2018). E, residir na zona urbana do Brasil aumenta a probabilidade de as mulheres demandarem SPS devido à maior concentração de unidades de saúde, clínicas e hospitais, além de melhor acesso à educação e campanhas de conscientização. A infraestrutura urbana, incluindo transporte público, facilita o deslocamento até os locais de exames, e as políticas públicas de saúde são mais frequentemente implementadas e monitoradas, garantindo a disponibilidade dos serviços preventivos (Franco *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2020; Arruda *et al.*, 2018).

As variáveis: diagnóstico prévio de doenças crônicas e dificuldade de locomoção aumentam a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPS em mais 150% e em mais 44,6%, respectivamente. Mulheres com doenças crônicas preexistentes tendem a realizar mais exames preventivos devido ao maior contato com o sistema de saúde, que facilita recomendações e a realização desses exames. A convivência com uma doença crônica aumenta

a conscientização sobre a importância da prevenção, enquanto médicos frequentemente enfatizam a necessidade de exames para detectar complicações precoces. Além disso, essas mulheres podem ter acesso a programas de saúde específicos e são motivadas pela experiência de lidar com uma condição crônica, tornando-se mais proativas em relação à sua saúde geral (Cobo *et al.*, 2021; Simões *et al.*, 2021). E, mulheres com dificuldades de locomoção podem superar as barreiras físicas através de programas de saúde específicos que facilitam o acesso a exames preventivos (Clemente *et al.*, 2022). Além disso, essas mulheres tendem a ser mais proativas em realizar exames preventivos devido à maior conscientização sobre sua saúde (Santos *et al.*, 2020). Também, a experiência de lidar com dificuldades de locomoção pode motivá-las a serem mais vigilantes, buscando ativamente exames preventivos para evitar complicações adicionais (Silva; Ribeiro, 2020).

Aliado a esses fatores está o aumento da idade que implica em mais 1,8% na probabilidade de as mulheres adultas demandarem SPS. Isso ocorre porque à medida que elas envelhecem apresentam maior risco de doenças crônicas que requerem monitoramento regular, recebem recomendações médicas frequentes desenvolvendo maior consciência sobre a importância da prevenção e, as mulheres idosas participam de programas de saúde específicos voltados para a faixa etária (Veras, 2012).

Em contrapartida, o presente estudo mostra que a percepção positiva do estado de saúde reduz em 38,6% a probabilidade de as mulheres com 18 anos ou mais demandarem SPS. Isso acontece porque a visão positiva sobre sua saúde faz com que elas acreditem estar menos propensas a doenças, diminuindo assim a percepção da necessidade de exames regulares (IBGE, 2019). Além disso, a confiança em um estilo de vida saudável e a ausência de sintomas também influenciam essa atitude (Gomes *et al.*, 2021).

Para a variável nível de instrução, observa-se que em relação às mulheres que possuem nível superior completo, as demais demandam menos SPS. Isso sugere maior conhecimento sobre a saúde, entendendo a importância da prevenção e os benefícios dos exames regulares. Além disso, mulheres com nível superior têm maior acesso a recursos financeiros e planos de saúde, o que facilita a realização desses exames (Fittipaldi *et al.*, 2021; Schwingel; Araújo, 2021; Carvalho, 2015). E, assim como para a demanda por SPP, as mulheres casadas possuem maior probabilidade de demandarem SPS, de acordo com Oliveira (2014), devido à influência do parceiro e à consciência da necessidade de prevenção para evitar doenças que as impossibilitem de cumprirem com suas responsabilidades familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar o impacto do acesso a planos de saúde sobre a demanda feminina por serviços de saúde preventivos primários e secundários no Brasil, destacando as variações regionais e utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Para isso, foram estimados modelos de Regressão Logística e de Regressão Logística Multinível com dois níveis, considerando que as variáveis dependentes são binárias e qualitativas, determinadas tanto por características individuais quanto pelas características do estado de residência.

Os resultados mostraram que as variáveis que mais explicam, tanto a demanda por SPP quanto a demanda por SPS, são: dificuldade de locomoção; percepção do estado de saúde; plano de saúde; situação censitária; doença crônica e região. Com relação aos planos de saúde, a relação é positiva, ou seja, comprovou-se que o acesso a plano de saúde aumenta a probabilidade de as mulheres demandarem saúde preventiva. Isso acontece porque os planos de saúde incentivam a demanda por serviços de saúde preventivos ao promoverem ações de conscientização sobre seus benefícios para a melhoria da função física e para a prevenção de doenças. Além disso, pessoas com planos de saúde geralmente têm acesso mais fácil e rápido aos serviços médicos, com menores custos, e são mais propensas a realizarem consultas regulares, durante as quais os médicos recomendam e agendam consultas e exames preventivos.

Em relação ao impacto regional, os resultados indicam que o Sudeste apresenta a maior demanda por SPP, devido ao maior percentual de mulheres com 18 anos ou mais que possuem plano de saúde. No entanto, a posse de plano de saúde não foi significativa para justificar o Nordeste na segunda posição, já que essa região representa apenas 14,3% do total de mulheres com 18 anos ou mais que possuem plano de saúde. Assim, de acordo com os autores estudados, os possíveis fatores que explicam esse resultado para o Nordeste são: a maior probabilidade de realização de atividade física no deslocamento e no trabalho; o clima quente, que favorece atividades de lazer; e a menor renda *per capita*. Esta última pode estar associada a jornadas de trabalho mais curtas, aumentando o tempo e a disposição física e mental para a prática de atividades físicas, além de reduzir o custo de oportunidade financeiro de investir tempo em atividades físicas ao invés de trabalho.

Residir no Sudeste também resulta na maior probabilidade de demandar SPS seguida pela região Sul. Isso acontece porque essas regiões possuem uma infraestrutura de saúde mais avançada, com mais unidades de saúde e acesso a serviços médicos de qualidade. Além disso, a população dessas áreas também tem mais acesso a planos de saúde e melhores condições

socioeconômicas, facilitando o uso de serviços privados e, há maior conscientização sobre exames preventivos devido a níveis mais altos de educação e campanhas de conscientização.

Em relação às demais variáveis incluídas nos modelos, as mulheres com 18 anos ou mais que apresentam a maior probabilidade de demandarem SPP são brancas ou amarelas, casadas, residem em área urbana, possuem ensino superior completo, pertencem às maiores faixas etárias e ao grupo com menor renda *per capita*, não compartilham a residência com outras pessoas, possuem percepção positiva do estado de saúde e doença crônica, mas não possuem dificuldade de locomoção. E, as mulheres com 18 anos ou mais que apresentam a maior probabilidade de demandarem SPS são as pretas ou pardas, casadas, que residem em área urbana, possuem ensino superior completo, pertencem às maiores faixas etárias e ao grupo com maior renda *per capita*, não compartilham a residência com outras pessoas, possuem percepção negativa do estado de saúde, doença crônica e dificuldade de locomoção. Estes resultados também podem servir como direcionadores para a definição do público-alvo para novas ações vinculadas à ESF que visem, especificamente, a promoção da saúde preventiva feminina.

Esses resultados destacam a importância de implementar ações públicas de conscientização e promoção da saúde preventiva para o bem-estar e para a saúde das mulheres brasileiras. Além disso, evidenciam a necessidade de expandir e equilibrar a oferta de serviços de saúde pública entre as regiões, facilitando o acesso e reduzindo a dependência do setor privado, o que, por sua vez, aumenta a demanda por saúde preventiva. Assim, este estudo reafirma o papel fundamental da Estratégia Saúde da Família como facilitadora do acesso e da demanda por saúde preventiva. Portanto, é crucial que os investimentos públicos na ESF sejam adequados para que ela possa atingir seus objetivos.

Recomenda-se para trabalhos futuros que este estudo seja repetido com dados atualizados da próxima PNS a fim de avaliar se, nos últimos anos, a população feminina brasileira se tornou menos dependente da posse de planos de saúde para demandar saúde preventiva como resultado das políticas públicas implementadas. Além disso, a atualização desse estudo também pode mapear se houve avanço na equidade regional em saúde preventiva. E, para uma compreensão mais completa do tema, também seria interessante aplicar metodologias alternativas para verificar a consistência dos resultados.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA IBGE. **Notícias**. 29 maio 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>. Acesso em: 7 ago. 2024.
- ALBA, Christopher; ZHENG, ZhaoNian; WADHERA, Rishi K. Changes in Health Care Access and Preventive Health Screenings by Race and Ethnicity. *JAMA Health Forum*, v. 5, n. 2, p. e235058, 2 fev. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.5058>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- ANDERSEN, Ronald; NEWMAN, John F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, v. 51, n. 1, p. 95, 1973. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3349613>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, p. 623-645, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-80502013000400005>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Carência**. 2024. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/carencia>. Acesso em: 15 de set. 2024.
- ANTUNES, Giselli; MAZO, Giovana Zarpellon; BALBÉ, Giovane Pereira. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista da Educação Física/UEM*, v. 22, n. 4, 4 dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v22i4.10825>. Acesso em: 25 out. 2023.
- AQTASH, Salah; VAN SERVELLEN, Gwen. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors among arab immigrants from the region of the levant. *Research in Nursing & Health*, v. 36, n. 5, p. 466-477, 30 ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.21555>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 21 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00213816>. Acesso em: 26 jan. 2024.
- ASCARI, Rosana Amora et al. Programa de Medicina Preventiva Voltado à Saúde da Mulher em uma Operadora de Planos de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 4, p. 67-80, 2014. Disponível em: <https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/files/article/view/137>. Acesso em: 06 abr. 2023.
- BANCHER, Andrea De Meo. **Medicina preventiva no setor suplementar de saúde brasileiro**: estudo das ações e programas existentes e das motivações para sua implantação. 2004. Repositório Institucional do FGV, [s. l.], 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/2284>. Acesso em: 10 mai. 2024.

BARBOZA, Miriane Lilian *et al.* Association between physical activity in daily life and pulmonary function in adult smokers. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 2, p. 130-135, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1806-37562015000000102>. Acesso em: 18 ago. 2023.

BARETTA, Elisabeth; BARETTA, Marly; PERES, Karen Glazer. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, jul. 2007a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000700010>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BECKER, Nora V. *et al.* Utilization of Women's Preventive Health Services During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Health Forum**, v. 2, n. 7, p. e211408, 2 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1408>. Acesso em: 12 jul. 2024.

BORGES, Fernanda Moura *et al.* Estratégias para promoção da saúde e seus impactos na qualidade de vida de adultos hipertensos: revisão integrativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, 10 jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230010110>. Acesso em: 14 jun. 2024.

BÓS, Antônio M. G.; BÓS, Ângelo J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 113-120, fev. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102004000100016>. Acesso em: 02 mai. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em: 14 fev. 2024.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1 suppl 1, p. 40-50, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000200006>. Acesso em: 07 jul. 2024.

CARVALHO, Rosane Beltrão da Cunha; MADRUGA, Vera Aparecida. Envelhecimento e prática de atividade física: a influência do gênero. Motriz. **Revista de Educação Física. UNESP**, v. 17, n. 2, 10 maio 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2011v17n2p328>. Acesso em: 23 abr. 2023.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312015000400009>. Acesso em: 05 ago. 2024.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; AKERMAN, Marco; COHEN, Simone Cynamon. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. **Estudos Avançados**, v. 37, n. 109, p. 89-104, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2023.37109.007>. Acesso em: 10 jul. 2024.

CAVALCANTE, Denise de Fátima Barros *et al.* Impacto financeiro da alteração do perfil de vulnerabilidade no Programa Mais Médicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 148, p. 11,

2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002156>. Acesso em: 18 set. 2023.

CIAMPO, Luiz Antonio Del *et al.* Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 3, p. 671, 1 dez. 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19975>. Acesso em: 29 out. 2023.

CLARO, Itamar Bento; LIMA, Luciana Dias de; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Diretrizes, estratégias de prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero: as experiências do Brasil e do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4497-4509, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11352021>. Acesso em: 08 mar. 2024.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 1 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>. Acesso em: 18 jun. 2024.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 21 set. 2023.

COURTEMANCHE, Charles. Longer Hours and Larger Waistlines? The Relationship between Work Hours and Obesity. **Forum for Health Economics & Policy**, v. 12, n. 2, 26 maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.2202/1558-9544.1123>. Acesso em: 03 fev. 2023.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>. Acesso em: 14 ago. 2023.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00344620>. Acesso em: 18 mai. 2024.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo**. 2008. 254 p. Tese de Doutorado — Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2008.tde-10042008-115233>. Acesso em: 08 abr. 2024.

ESF. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 8 maio 2024.

FAGUNDES, Maria Laura Braccini *et al.* Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. 2, p. 15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>. Acesso em: 13 jun. 2024.

FERREIRA, Márcia de Castro Martins *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2291-2302, jun. 2022c. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17002021>. Acesso em: 05 set. 2023.

FERREIRA, Haryelle Náryma Confessor *et al.* Screening and hospitalization of breast and cervical cancer in Brazil from 2010 to 2022: A time-series study. **PLOS ONE**, v. 18, n. 10, p. e0278011, 26 out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278011>. Acesso em: 22 mai. 2024.

FIMS. Fédération Internationale de Médecine Sportive. O exercício físico: um fator importante para a saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 3, n. 3, p. 87-88, set. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-86921997000300007>. Acesso em: 02 abr. 2024.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FRANCO, Cassiano Mendes; LIMA, Juliana Gagno; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00310520>. Acesso em: 11 jul. 2024.

FRANKLIN, Eduardo. Análise econômica dos planos de saúde: há racionalidade na regulação indutora de saúde suplementar preventiva? **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 204-209, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/jbes.v14.n3.p204-209>. Acesso em: 03 mar. 2023.

GEORGAKOPOULOS, Nicholas. An Insurance Structure to Encourage Investment in Preventative Health Care. **University of Michigan Journal of Law Reform**, n. 46.2, p. 477, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.36646/mjlr.46.2.insurance>. Acesso em: 11 set. 2023.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 1, p. 2543-2556, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 09 ago. 2023.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde**: uma análise sobre as desigualdades. 2011. www.pgenf.ufba.br, [s. l.], 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12547>. Acesso em: 17 fev. 2024.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571-579, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000400004>. Acesso em: 18 mai. 2024.

GOMES, Marília Miranda Forte *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02851>. Acesso em: 25 mai. 2023.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 10 maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00110417>. Acesso em: 12 jan. 2024.

HALLAL, PEDRO CURI *et al.* Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, nov. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000093615.33774.0e>. Acesso em: 07 mar. 2023.

HARPOLE, Linda H. *et al.* A comparison of the preventive health care provided by women's health centers and general internal medicine practices. **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, n. 1, p. 1-7, jan. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.07338.x>. Acesso em: 19 out. 2023.

HOFFMAN, Catherine; PARADISE, Julia. Health Insurance and Access to Health Care in the United States. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1136, n. 1, p. 149-160, 25 jul. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.007>. Acesso em: 13 set. 2023.

HOLLY, Alberto *et al.* An econometric model of health care utilization and health insurance in Switzerland. **European Economic Review**, v. 42, n. 3-5, p. 513-522, maio 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0014-2921\(98\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s0014-2921(98)00003-8). Acesso em: 02 nov. 2023.

HOU, Bin; WU, Yuxin; HUANG, Siyi. Participating in health insurance and health improvements for the relatively poor population: A propensity score analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 15 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.968009>. Acesso em: 128 abr. 2023.

HURTADO, Sandra Lorena Beltran *et al.* Intervenções em saúde do trabalhador - contexto, desafios e possibilidades de desenvolvimento: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/21120pt2022v47e15>. Acesso em: 13 mar. 2024.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

KAMRUZZAMAN, Md *et al.* Differentials in the prevalence of anemia among non-pregnant, ever-married women in Bangladesh: multilevel logistic regression analysis of data from the 2011 Bangladesh Demographic and Health Survey. **BMC Women's Health**, v. 15, n. 1, 29 jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0211-4>. Acesso em: 12 nov. 2023.

KENKEL, Donald S. The demand for preventive medical care. **Applied Economics**, v. 26, n. 4, p. 313-325, abr. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00036849400000078>. Acesso em: 10 jan. 2023.

KENKEL, D. S. (2000), "Prevention", in Culyer, A. J. and Newhouse, J.P. (Eds.), **Handbook of Health Economics**, Vol. 1, North Holland, pp. 1675-1720.

KERR, Ligia *et al.* COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, suppl 2, p. 4099-4120, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>. Acesso em: 22 set. 2023.

LAVOR, Antônio Carlile Holanda. Do mar ao sertão: a Estratégia Saúde da Família no Nordeste Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1600, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03762021>. Acesso em: 07 out. 2023.

LEE, Lois Kaye; MONUTEAUX, Michael Carl; GALBRAITH, Alison Amidei. Women's Affordability, Access, and Preventive Care After the Affordable Care Act. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 56, n. 5, p. 631-638, maio 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.028>. Acesso em: 9 out. 2024.

LIANG, Ying; LU, Peiyi. Medical insurance policy organized by Chinese government and the health inequity of the elderly: longitudinal comparison based on effect of New Cooperative Medical Scheme on health of rural elderly in 22 provinces and cities. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, n. 1, p. 37, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-37>. Acesso em: 15 mai. 2024.

LUQUIS, Raffy R.; KENSINGER, Weston S. Perceptions of Health Care and Access to Preventive Services Among Young Adults. **Journal of Community Health**, v. 42, n. 6, p. 1204-1212, 9 maio 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0371-2>. Acesso em: 18 fev. 2024.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet *et al.* Sustentabilidade, desenvolvimento e saúde: desafios contemporâneos. **Saúde em Debate**, v. 36, spe1, p. 26-35, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042012e05>. Acesso em: 8 out. 2024.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, spe1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MAKUC, D. M.; FREID, V. M.; KLEINMAN, J. C. National trends in the use of preventive health care by women. **American Journal of Public Health**, v. 79, n. 1, p. 21-26, jan. 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.79.1.21>. Acesso em: 23 mar. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742009000100002>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, suppl 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>. Acesso em: 04 set. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Análise da demanda e acesso aos serviços nas duas semanas anteriores à Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002.supl.2>. Acesso em: 08 mai. 2024.

MENDONÇA, Gerefeson; CHENG, Luanna Alexandra; FARIAS JÚNIOR, José Cazuza de. Padrões de prática de atividade física em adolescentes de um município da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2443-2451, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21782016>. Acesso em: 05 fev. 2024.

MEREGE FILHO, Carlos Alberto Abujabra *et al.* Influência do exercício físico na cognição: uma atualização sobre mecanismos fisiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 3, p. 237-241, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200301930>. Acesso em: 03 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/inquerito22_06_parte1.pdf

MIRALDO, Marisa; PROPPER, Carol; WILLIAMS, Rachael I. The impact of publicly subsidised health insurance on access, behavioural risk factors and disease management. **Social Science & Medicine**, v. 217, p. 135-151, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.028>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MORAES, José Rodrigo de *et al.* Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 589-597, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2011000400006>. Acesso em: 06 out. 2023.

MORAZ, Gabriele *et al.* Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3211-3229, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00962015>. Acesso em: 11 abr. 2023.

MOURA, Letícia Caroline Almeida. **Inovações em Saúde Preventiva: O Papel da Tecnologia e do Marketing na Promoção da Saúde**. 2024. 67 p. Dissertação de mestrado — Instituto Politécnico do Cávado e do Ave, Barcelos, Portugal, 2024.

MPOFU, Jonetta Johnson *et al.* Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil — 2011. **Preventive Medicine Reports**, v. 3, p. 333-337, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015>. Acesso em: 02 jun. 2024.

OLIVEIRA, Sandra Margarida Bernardes de. **The Demand for Preventive Health Care and Health Insurance: evidence for Portugal**. 2014. Doctoral thesis — [s. n., s. l.], 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/25747>. Acesso em: 03 jun. 2024.

OLIVEIRA, Karla Regina Dias de; LIBERAL, Márcia Mello Costa De; ZUCCHI, Paola. Application of preventive medicine resources in the health insurance system. **Einstein (São**

Paulo), v. 13, n. 4, p. 600-603, dez. 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082015gs3453>. Acesso em: 12 nov. 2023.

OLIVEIRA, Jossiane Teixeira de *et al.* Falta de acesso aos serviços de saúde por mulheres no contexto da pandemia de Covid-19: Interseccionando cor da pele, renda e escolaridade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/falta-de-acesso-aos-servicos-de-saude-por-mulheres-no-contexto-da-pandemia-de-covid19-interseccionando-cor-da-pele-renda-e-escolaridade/19085?id=19085>

PAGÁN, José A.; PUIG, Andrea; SOLDÓ, Beth J. Health insurance coverage and the use of preventive services by Mexican adults. **Health Economics**, v. 16, n. 12, p. 1359-1369, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hec.1226>. Acesso em: 02 mai. 2024.

PALMEIRA, Nathalia Campos *et al.* Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000300013>. Acesso em: 7 ago. 2024.

PARK, Sunhee; LAKE, Eileen T. Multilevel Modeling of a Clustered Continuous Outcome. **Nursing Research**, v. 54, n. 6, p. 406-413, nov. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006199-200511000-00007>. Acesso em: 16 abr. 2024.

PAVÃO, Ana Luiza Braz; COELI, Cláudia Medina. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 471-482, 2008.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The Concept of Access. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>. Acesso em: 02 jun. 2024.

PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232004000100009>. Acesso em: 13 mai. 2024.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Acesso em: 02 mar. 2024.

PNUD. **Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas**. Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano do Brasil 2017. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2017. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/relatorio-nacional-de-desenvolvimento-humano-do-brasil-2017>. Acesso em: 10 ago. 2023.

REITZES, D. C.; MUTRAN, E. J. Self and Health: Factors That Encourage Self-Esteem and Functional Health. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 61, n. 1, p. S44—S51, 1 jan. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.s44>. Acesso em: 01 fev. 2024.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232006000400022>. Acesso em: 18 set. 2023.

RIBEIRO, Luciana Helena Martins; NERI, Anita Liberalesso. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2169-2180, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800027>. Acesso em: 13 jun. 2024.

RUHM, C. J. Are Recessions Good for Your Health? **The Quarterly Journal of Economics**, v. 115, n. 2, p. 617-650, 1 maio 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1162/003355300554872>. Acesso em: 05 mar. 2024.

RUHM, Christopher J. Good times make you sick. **Journal of Health Economics**, v. 22, n. 4, p. 637-658, jul. 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(03\)00041-9](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(03)00041-9). Acesso em: 16 jan. 2024.

RUHM, Christopher J. Healthy living in hard times. **Journal of Health Economics**, v. 24, n. 2, p. 341-363, mar. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.007>. Acesso em: 11 jun. 2024.

RUSESKI, Jane E. *et al.* Family structure, time constraints, and sport participation. **European Review of Aging and Physical Activity**, v. 8, n. 2, p. 57-66, 15 jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11556-011-0084-y>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SALDIVA, PAULO HILÁRIO NASCIMENTO; VERAS, MARIANA. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>. Acesso em: 02 fev. 2024.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos *et al.* Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>. Acesso em: 21 set. 2023.

SCHANSBERG, D. Eric. "The Economics of Health Care and Health Insurance." **The Independent Review**, vol. 18, no. 3, 2014, pp. 401-20. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/24563243>. Accessed 15 jul. 2024.

SCHMIDT, Tauana Prestes *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00241619>. Acesso em: 15 out. 2023.

SCHWINGEL, Tatiane Cristina Possel Greter; PANSERA DE ARAÚJO, Maria Cristina. Educação em Saúde na escola: conhecimentos, valores e práticas na formação de professores. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 102, n. 261, 13 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.102i261.3938>. Acesso em: 02 mar. 2024.

SILVA, Zilda Pereira da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001000016>. Acesso em: 12 set. 2023.

SILVA, Maitê Fátima da *et al.* Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 634-642, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1809-98232012000400004>. Acesso em: 05 set. 2023.

SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da; TORRES, Juliana Lustosa; PEIXOTO, Sérgio Viana. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 783-792, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVA, Marcell Matoso da. Estratégia saúde da família: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, v. 06, n. 2, p. 51-62, 2019.

SILVA, Guilherme Henrique da; RIBEIRO, Jackeline Alves dos Santos. **Dificuldades de acesso ao serviço de saúde no Brasil por pessoas com deficiência física, auditiva e visual: uma revisão sistemática.** 2020. 37. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

SIMÕES, Taynãna César *et al.* Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 3991-4006, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021>. Acesso em: 03 set. 2023.

SIMON, Kosali; SONI, Aparna; CAWLEY, John. The Impact of Health Insurance on Preventive Care and Health Behaviors: Evidence from the First Two Years of the ACA Medicaid Expansions. **Journal of Policy Analysis and Management**, v. 36, n. 2, p. 390-417, 16 jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pam.21972>. Acesso em: 17 set. 2023.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes *et al.* Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, set. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000900006>. Acesso em: 26 jun. 2024.

SOARES, Amanda Nathale *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300332>. Acesso em: 16 mai. 2024.

SOARES, Laís de Sousa Abreu. **Efeitos do nível de escolaridade na procura e acesso a serviços de saúde preventivos no Brasil: uma análise multinível.** 2022. 44 p. Dissertação de mestrado — Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2022.499>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOARES FILHO, Adauto Martins *et al.* Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 377-386, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SOMMET, Nicolas; MORSELLI, Davide. Keep Calm and Learn Multilevel Logistic Modeling: A Simplified Three-Step Procedure Using Stata, R, Mplus, and SPSS. **International Review of Social Psychology**, v. 30, n. 1, p. 203-218, 8 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/irsp.90>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SOUSA, Allan Nuno Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-2995, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 1, p. 2529-2541, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>. Acesso em: 02 mai. 2024.

SPENCE, John C.; MCGANNON, Kerry R.; POON, Pauline. The Effect of Exercise on Global Self-Esteem: A Quantitative Review. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v. 27, n. 3, p. 311-334, set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1123/jsep.27.3.311>. Acesso em: 17 abr. 2024.

SUDANO, Joseph J.; BAKER, David W. Intermittent Lack of Health Insurance Coverage and Use of Preventive Services. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 1, p. 130-137, jan. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.1.130>. Acesso em: 12 abr. 2023.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 1, p. 2515-2528, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43482020>. Acesso em: 03 jul. 2024.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. suppl 1, p. S54-S64, 2005. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000700007>

TAVARES, Aida Isabel; BARROS, Pedro Pita. Ex-ante Moral Hazard and Primary Prevention, evidence from Portugal. **Working Papers in Economics**, E, n. 56, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1234.5678>. Acesso em: 02 abr. 2024.

TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção

Psicossocial. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310214>. Acesso em: 15 dez. 2023.

TELLO-TRILLO, Daniel Sebastian. Effects of losing public health insurance on preventative care, health, and emergency department use: Evidence from the TennCare disenrollment. **Southern Economic Journal**, v. 88, n. 1, p. 322-366, 29 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/soej.12504>. Acesso em: 02 jun. 2024.

TOSCANO, José Jean de Oliveira; OLIVEIRA, Antônio César Cabral de. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169-173, jun. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-86922009000300001>. Acesso em: 09 out. 2023.

TRAVASSOS, C., and CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]**. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 183-206. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>.

TRINDADE, Raquel Elias da *et al.* Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 2, p. 3493-3504, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>. Acesso em: 03 mai. 2024.

TROST, STEWART G. *et al.* Correlates of adults participation in physical activity: review and update. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 34, n. 12, p. 1996-2001, dez. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005768-200212000-00020>. Acesso em: 17 jun. 2024.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000400017>. Acesso em: 30 out. 2023.

VERAS, Renato. Inovação: uma saída para o setor saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 413-414, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000300001>. Acesso em: 06 set. 2023.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000100025>. Acesso em: 11 jul. 2024.

XU, Xin; KAESTNER, Robert. The Business Cycle and Health Behaviors. **Cambridge: National Bureau of Economic Research**, 2010. (NBER Working Paper, n. 15737). Disponível em: <https://doi.org/10.3386/w15737>. Acesso em: 02 ago. 2024.

WANG, Hong *et al.* The impact of rural mutual health care on health status: evaluation of a social experiment in rural China. **Health Economics**, v. 18, S2, p. S65—S82, 6 mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hec.1465>. Acesso em: 16 dez. 2023.

WHO. World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>. Acesso em: 15 de set. 2024.

WHO. World Health Organization. **Physical activity**. 26 jun. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 05 jul. 2024.