

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE USUÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

MORBIMORTALITY PROFILE OF PRIVATE HEALTH PLANS USERS IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Cinthia Gomes Diniz¹, Bruna Flavia dos Santos¹, Maria Rackel Santos¹, Adriano Marçal Pimenta²

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Data de entrega do artigo: 05/04/2013

Data de aceite do artigo: 18/11/2013

RESUMO

Introdução: O perfil de morbimortalidade de beneficiários da saúde suplementar ainda não está bem elucidado, sendo esta uma temática importante para o planejamento de ações em saúde. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de morbimortalidade de beneficiários da saúde suplementar no Brasil a partir de uma revisão integrativa da literatura. **Materiais e Métodos:** Foi realizada busca de publicações sobre o tema nas bases de dados SciELO, Lilacs, Medline e na biblioteca online do Ministério da Saúde, tendo como descritores: saúde suplementar/*supplemental health*, hospitalização/*hospitalization*, morbidade/*morbidity* e mortalidade/*mortality*. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta de cinco publicações, nas quais se observou que as principais causas de morte dos beneficiários da saúde suplementar eram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Não foi possível caracterizar o perfil de morbidade em virtude da heterogeneidade de causas de internação identificadas. **Conclusão:** É necessário realizar novas pesquisas sobre o tema, especialmente no que diz respeito às causas de adoecimento dos beneficiários da saúde suplementar, por se tratar de informações importantes para o desenvolvimento de programas promoção da saúde.

Palavras-chave: morbidade; mortalidade; saúde suplementar.

ABSTRACT

Introduction: The morbimortality profile of supplementary health beneficiaries is not well elucidated yet, and this is an important issue for the planning of public health. **Objective:** This study aimed to characterize the morbimortality profile of supplementary health beneficiaries in Brazil based on integrative literature review. **Materials and Methods:** A search for publications on the topic was performed in SciELO, Lilacs, Medline and Brazilian Health Ministry online library databases. The descriptors used were: *saúde suplementar/supplemental health*, *hospitalização/hospitalization*, *morbidade/morbidity* and *mortalidade/mortality*. **Results:** The study sample was composed of 5 publications. It was observed that the main supplementary health beneficiaries death causes were cardiovascular diseases, cancer and respiratory diseases. It was not possible to characterize the morbidity profile due to the causes of hospitalization heterogeneity. **Conclusion:** It is necessary to develop new researches on this topic, especially about the causes of illness among supplementary health beneficiaries, as it is relevant information for the development of health promotion programs.

Keywords: morbidity; mortality; supplemental health.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso à saúde é garantido constitucionalmente, sendo um direito do cidadão a ser viabilizado pelo Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS), decretado a partir da Lei Orgânica da Saúde n° 8.080/90, é destinado a toda a população brasileira, de modo que ela tenha acesso aos serviços de saúde sempre que necessário. Neste sentido, o SUS se fundamenta em sete princípios básicos: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e o comando único, a resolutividade, a regionalização e hierarquização, e a participação popular¹.

Devido ao tamanho e à complexidade da distribuição territorial da população brasileira, os serviços dispensados apenas pelo SUS não conseguem atender à demanda requisitada. Para suprir, então, a necessidade de atendimento e complementar os serviços ofertados, o SUS tem como auxiliar a Saúde Suplementar (SS), que envolve os seguros e planos de saúde, além da assistência com pagamento direto. Dessa forma, o SUS se configura como um sistema misto de saúde².

No Brasil, por meio da Lei n° 9.656/98 e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, os seguros e planos privados de saúde foram regulamentados. A ANS tem como objetivos a regulação, a normatização, o controle e a fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde, promovendo a defesa do interesse público³.

Aproximadamente 47 milhões de pessoas possuem seguros e planos de saúde no Brasil, de acordo com dados da ANS, ou seja, cerca de 24% da população brasileira. Segundo Malta⁴, tem ocorrido uma migração de usuários do SUS para os serviços privados de saúde, devido, entre outras causas, à diminuição da qualidade e à dificuldade de acesso aos serviços públicos.

Nesse cenário, é muito importante conhecer o perfil de adoecimento e morte da população brasileira, visto que este se constitui em uma ferramenta gerencial para o planejamento de ações de vigilância com ênfase na promoção da saúde.

As características de morbimortalidade dos usuários do SUS estão bem consolidadas na literatura brasileira nos últimos anos, principalmente após a implantação do sistema de vigilância epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), no início da década passada, que culminou com a elaboração anual de um relatório sobre essa temática. Assim, no mais recente desses documentos, foi evidenciado que os principais motivos de internação dos usuários do SUS foram gravidez, parto e puerpério, seguido pelas doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e digestório. Diferentemente, entre as principais causas de

mortalidade encontravam-se as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório⁵.

Os dados de morbidade e mortalidade do SUS estão disponíveis, respectivamente, no Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do SUS (SIH/DATASUS) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS (SIM/DATASUS), que possuem abrangência nacional e são alimentados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e na Declaração de Óbito (DO).

A SS tem as informações de seus beneficiários organizadas pelo Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), que é um cadastro de vínculos mantido pela ANS desde 1998, com dados fornecidos mensalmente pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde sobre a movimentação dos beneficiários em cada plano de saúde — seja a inclusão de um novo beneficiário, a alteração dos seus dados ou o cancelamento do contrato daqueles que tenham saído do plano⁶.

Outra importante fonte de dados é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que investiga características gerais da população (educação, trabalho, rendimento, habitação, migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, segurança alimentar e outras), com periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o país⁷.

Assim, apesar de existirem distintas fontes de dados referentes à saúde que abrangem a SS, as características de adoecimento e morte da população beneficiária de planos privados de saúde são pouco exploradas em publicações científicas. Portanto, o presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil de morbimortalidade de beneficiários da SS por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2. MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Esta consiste na construção de uma análise da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos⁸.

O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores.

Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis e, assim, permitindo maior agilidade na divulgação do conhecimento⁸.

Na elaboração desta revisão integrativa foram utilizadas seis fases distintas. A primeira etapa se baseou na elaboração da questão de pesquisa, a qual foi formulada de maneira explícita e clara, a fim de nortear a definição das palavras-chave: “Qual é o perfil de morbimortalidade de beneficiários da saúde suplementar no Brasil?” Assim, os descritores empregados foram: saúde suplementar/*supplemental health/salud complementaria*, morbidade/*morbidity/morbilidad*, e mortalidade/*mortality/mortalidad*⁹.

Após concluída essa fase, iniciou-se a segunda etapa, ou seja, a busca na literatura. Neste estudo foram consultadas as bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *US National Library of Medicine* (Medline) e a biblioteca online do Ministério da Saúde (MS).

As publicações foram classificadas quanto ao nível de evidência científica, de acordo com a adaptação da classificação proposta por Kyzas¹⁰ e Hood¹¹, que estabelecem 10 níveis hierárquicos. O nível 1 classifica as revisões não sistemáticas da literatura, sendo o menor nível de evidência. O nível 2 corresponde às opiniões de especialistas, o nível 3 à pesquisa básica laboratorial, o nível 4 aos casos clínicos e série de casos, o nível 5 aos estudos observacionais (longitudinais ou transversais), o nível 6 aos estudos de coorte e caso controle, o nível 7 ao guia de prática clínica, o nível 8 aos ensaios clínicos randomizados, o nível 9 às revisões sistemáticas com metanálise e o nível 10, de maior evidência, são as revisões sistemáticas com metanálise de ensaios clínicos randomizados¹².

A terceira fase envolveu a elaboração de um instrumento para facilitar a coleta de dados sobre a temática da pesquisa. A quarta etapa abrangeu a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Foram identificados nas bases de dados SciELO, Lilacs, Medline e MS 13 publicações para possível análise. Os trabalhos foram analisados criticamente em relação aos critérios de inclusão, que consistiam na presença de dados que caracterizassem a SS no Brasil e o perfil de morbimortalidade dos seus beneficiários. Após a análise, 8 foram eliminados, pois não atendiam aos critérios de inclusão, resultando em uma amostra final de 5 publicações⁹.

A quinta fase consistiu em comparar os dados observados nos trabalhos selecionados para o estudo com o conhecimento teórico. Por fim, na sexta e

última etapa, foi construída uma tabela para a análise e síntese das publicações incluídas neste estudo⁹.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 são apresentadas as seguintes características das publicações selecionadas para este estudo: referência, nível de evidência científica, tipo de publicação, revista da publicação, tipo de estudo, amostra dos estudos, local/abrangência, indicador de saúde, informação, objetivos do estudo e principais resultados.

A maioria dos trabalhos analisados foi do tipo original com delineamento transversal (n=4), nível de evidência científica igual a 5 (n=4), publicado entre 2009 e 2010 (n=3) em revistas da área de saúde pública/coletiva (n=4). As publicações apresentaram diferenças no que se referem à amostra dos estudos, aos objetivos, às fontes de coleta de dados e aos principais resultados.

Em 2010, na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, foi realizado um estudo transversal com uma amostra de 112.703 pessoas com o objetivo de estudar as diferenças da morbidade hospitalar entre grupos sociais, considerando-se a fonte de financiamento da internação. As principais causas de internação entre os beneficiários da SS, com base em informações do centro de processamento de dados hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para o ano de 2006, foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (59,6%), as doenças do sistema osteomuscular (59,2%), as doenças do aparelho geniturinário (56,7%) e as doenças do aparelho digestivo (50%)¹³.

Em 2009, na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, foi desenvolvido um estudo transversal com uma população de 1.423 pessoas, tendo como objetivo apresentar uma proposta de hierarquização da demanda de idosos no sistema de SS com base em informações autorreferidas. Os principais diagnósticos clínicos considerados de risco para a internação hospitalar destes idosos foram diabetes *mellitus* (11,9%) e doença cardíaca (10,8%)¹⁴.

Em 2008, foi realizado um estudo transversal de abrangência nacional com o objetivo de analisar o inquérito telefônico deste ano para monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, por meio de dados autorreferidos. Para tanto, foi utilizada uma amostra de 54.236 brasileiros beneficiários da SS. A prevalência de hipertensão arterial para o sexo feminino foi de 25,2% e para o sexo masculino, 21,2%. Em relação ao diabetes *mellitus*, foi encontrada uma frequência

Tabela 1: Descrição dos estudos incluídos na revisão.

Referência	Nível de evidência	Tipo de publicação	Revista da publicação	Tipo de estudo	Amostra dos estudos	Local/ abrangência	Indicador de saúde	Informação	Objetivo do estudo	Principais resultados
Yazlle-Rocha et al. (2010) ¹¹	5	Artigo	Revista Médica de Minas Gerais	Transversal	112.703	Ribeirão Preto/ SP	Morbidade	Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP)	Estudar as diferenças da morbidade hospitalar entre grupos sociais	Principais causas de internação: 1º: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (59,6%) 2º: doenças do sistema osteomuscular (59,2%) 3º: doenças do aparelho geniturinário (56,7%) 4º: doenças do aparelho digestivo (50,0%)
Estrella et al. (2009) ¹²	5	Artigo	Cadernos de Saúde Pública	Transversal	1.423	Rio de Janeiro/ RJ	Morbidade	Autorreferida	Apresentar uma proposta de hierarquização da demanda de idosos em sistema de saúde complementar	Diagnósticos clínicos considerados de risco para internação hospitalar: - diabetes <i>mellitus</i> (11,9%) - doença cardíaca (10,8%)
Malta et al. (2011) ¹³	5	Artigo	Cadernos de Saúde Pública	Transversal	54.236	Brasil	Morbidade	Autorreferida	Analisar o inquérito telefônico de 2008 para o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis	F M Hipertensão arterial (25,2%) (21,2%) Diabetes <i>mellitus</i> (6,1%) (4,9%) Dislipidemia (22,1%) (15,3%) Osteoporose (7,5%) (1,5%) Asma (5,7%) (3,4%)
Brasil (2006) ⁶		Relatório	Ministério da Saúde	-	33.462.147	Brasil	Mortalidade	Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD)	Comparar o perfil de mortalidade de usuários do Sistema Único de Saúde com o perfil de mortalidade de usuários da saúde suplementar	Principais causas de morte: 1º: doenças do aparelho cardiovascular (31,8%) 2º: neoplasias (tumores) (21,3%) 3º: doenças do aparelho respiratório (12,0%)
Pinheiro et al. (2002) ¹⁴	5	Artigo	Ciência e Saúde Coletiva	Transversal	344.975	Brasil	Morbidade	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD)	Analisar o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde em homens e mulheres no Brasil	F M Doença de coluna/costas (19,7%) (15,1%) Hipertensão Arterial (13,0%) (8,1%) Artrite ou reumatismo (10,4%) (5,8%) Depressão (6,9%) (3,0%) Bronquite ou asma (5,0%) (4,7%)

de 6,1% para o sexo feminino e 4,9% para o sexo masculino. A dislipidemia se apresentava com uma prevalência de 22,1% no sexo feminino e 15,3% no sexo masculino. No que se refere à osteoporose, o sexo feminino apresentava uma prevalência de 7,5% e o sexo masculino, de 1,5%. Por fim, a asma foi mais frequente nas mulheres (5,7%) do que nos homens (3,4%)¹⁵.

O relatório Saúde Brasil 2006 do MS teve como objetivo comparar os perfis de mortalidade de usuários do SUS e de beneficiários da SS. As principais fontes de informação foram o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS) e o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/SS). As principais causas de morte encontradas nos beneficiários da SS foram as doenças do aparelho circulatório

(31,8%), as neoplasias (21,3%) e as doenças do aparelho respiratório (12,0%), respectivamente. As duas primeiras causas de mortalidade dos usuários da SS e do SUS foram semelhantes. A terceira causa de mortalidade dos usuários do SUS eram as causas externas, o que difere da SS⁶.

No ano de 2002, por meio de um estudo transversal com 344.975 brasileiros, objetivou-se analisar o perfil de morbidade referida, acesso e uso de serviços de saúde em homens e mulheres, sem distinção da fonte de financiamento, com base nos dados disponíveis da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD/IBGE). Os resultados encontrados para a doença de coluna/costas foi de 19,7% no sexo feminino e 15,1% no sexo masculino. A prevalência de hipertensão arterial no sexo feminino foi de 13,0%

e para o sexo masculino 8,1%. A artrite ou o reumatismo foram superiores no sexo feminino (10,4%) em relação ao sexo masculino (5,8%). A depressão no sexo feminino teve uma prevalência de 6,9% e no sexo masculino 3,0%. Ademais, a bronquite ou a asma apresentaram pouca diferença entre os sexos feminino (5,0%) e masculino (4,7%)¹⁶.

Com base nos resultados dos estudos descritos acima, observa-se que os padrões de mortalidade da SS e do SUS em relação às duas primeiras causas são semelhantes e estão em consonância com cenários de saúde atual, que sofrem influência dos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em maior prevalência de DANT. Em contrapartida, o terceiro principal motivo de óbito dos usuários do SUS, as causas externas, difere daquele identificado para os beneficiários da SS, as doenças do aparelho respiratório. Isso se justifica, entre outros motivos, pelo desfavorecimento socioeconômico da população usuária do SUS, expondo-a a maior vulnerabilidade social e risco de morte por violência¹³.

No que se refere aos dados de morbidade, identificou-se heterogeneidade nos perfis dos beneficiários da SS a partir das publicações selecionadas para este estudo, além de discrepância com o padrão característico dos usuários do SUS. As principais causas dos beneficiários da SS eram as DANT, que incluíam hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, bronquite, asma e doenças do sistema osteomuscular.

Um único estudo caracterizou de maneira mais consistente o perfil de morbidade dos beneficiários da SS no Brasil com base em dados do ano de 2006, identificando como principais causas as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as doenças do sistema osteomuscular, as doenças do aparelho geniturinário e as doenças do aparelho digestivo¹³. Por outro lado, no SUS, no mesmo ano, excluindo a gravidez, parto e puerpério, as principais causas foram as doenças dos aparelhos respiratório, cardiovascular, digestivo e geniturinário⁶.

Portanto, existe uma discordância entre as duas principais causas de adoecimento dos beneficiários da SS e os usuários do SUS no Brasil. Além disso, a discordância e a heterogeneidade dos resultados encontrados pode justificar-se devido às publicações selecionadas apresentarem objetivos distintos e muitas vezes sem a pretensão clara de se traçar um perfil de morbidade dos beneficiários da SS.

Por fim, ainda que não exista uma uniformidade das características de internação dos beneficiários da SS, as principais causas identificadas, assim como no SUS, foram as DANT. Essa situação se repete em relação às causas mais relevantes de mortalidade, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Portanto, esse cenário mostra

que as DANT são o problema de saúde pública de maior relevância no Brasil e ações de promoção da saúde devem ser estimuladas.

Nesse sentido o MS já tem consolidada uma Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁷ e a ANS, em 2005, publicou a Resolução Normativa nº 94, estimulando as operadoras de planos privados de saúde a implantarem ações de promoção da saúde. Como resultado dessa iniciativa da ANS, 420 programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças foram criados pelas operadoras de planos privados de saúde, porém, a maioria deles tinha baixa abrangência e cobertura, baixa consistência técnica, ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas e ausência de medidas que garantissem a sustentabilidade das ações. Em decorrência da baixa qualidade dos programas e na tentativa de aprimorá-los, a ANS realizou seminários nacionais de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar entre os anos de 2005 e 2007, além de publicar um manual técnico sobre o assunto¹⁸.

4. CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão indicam que não há um perfil sistematizado de morbidade dos beneficiários da SS no Brasil, uma vez que cada estudo identificou causas distintas para essa população, não contribuindo para uma padronização das informações. Ademais, o nível de evidência científica dos trabalhos foi baixo e a última caracterização sobre os principais motivos de óbito dessa população foi realizada há mais de 5 anos, demonstrando a incipiência e baixa consistência dos resultados das publicações sobre a temática.

Portanto, tendo apenas a descrição detalhada do perfil de morbimortalidade da população brasileira usuária do SUS, torna-se necessário identificar essas características com relação ao restante da população que utiliza planos privados de saúde, visto que ela tem aumentado no Brasil nos últimos anos. Além disso, a identificação do perfil de morte e adoecimento dos beneficiários da SS subsidiará o aperfeiçoamento dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças que estão sendo elaborados pelas operadoras de planos privados de saúde a partir da indução da ANS.

5. AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e ao Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsas de iniciação científica às alunas Cinthia Flávia Gomes Diniz e Bruna Flávia dos Santos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 1990; Seção 1:018055.
2. Castanheira CHC. Utilização de serviços públicos e privados de saúde, segundo inquérito telefônico na população de Belo Horizonte, 2009 [dissertação]. Belo Horizonte: Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
3. Brasil. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 2000; Seção Extra.
4. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996 [tese]. Campinas (SP): Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade de Campinas; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília (DF): MS; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília (DF): MS; 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. [acesso em: 03 jan. 2013]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto - enferm. 2008 Oct-Dec; 17(4):758-64.
9. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):434-8.
10. Kyzas PA. Evidence-Based Oral and Maxillofacial Surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2008; 66(3):973-986.
11. Hood PD. Scientific Research and Evidence-Based Practice. San Francisco: WestEd, 2003. 51p.
12. Cavalcanti YW, Freires IA, Carreiro Júnior E, Gonçalves DT, Morais FR, Lira-Júnior R, Batista AUD. Determinação do nível de evidência científica de artigos sobre próteses total fixa implanto-suportada. Rev Bras Ciênc Saúde. 2010; 14(4):45-50.
13. Yazlle-Rocha JS, Martinez EZ, Guedes GLM. Estudos das desigualdades na assistência hospitalar pela análise de correspondências. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(2):153-63.
14. Estrella K, Oliveira CEF, Sant'anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. Cad Saúde Pública. 2009; 25(3):507-12.
15. Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. Cad Saúde Pública. 2011 Jan; 27(1):57-66.
16. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4):687-707.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2006.
18. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.

Endereços para correspondência:

Cynthia Gomes Diniz
cynthiaflaviag@yahoo.com.br

Bruna Flávia dos Santos
brunafdse@gmail.com

Maria Rackel Santos
mariarackel@gmail.com

Adriano Marçal Pimenta
adrianomp@ufmg.br