



A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos?

Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now?

Martha Oliveira¹
Renato Veras²
Hésio Cordeiro³

Resumo

O artigo tem por objetivo analisar as mudanças ocorridas na saúde suplementar e seus reflexos na adesão e manutenção dos idosos nos planos de saúde, demonstrar o estado atual do modelo de assistência oferecido e iniciar o debate sobre a importância da mudança nos modelos assistenciais e de remuneração no setor. Pode-se perceber menor rotatividade dos idosos nos planos de saúde quando comparados à população não idosa, com maior adesão a planos individuais e anteriores à regulamentação; baixíssima adesão a planos odontológicos; e maior representatividade dos idosos no último ano, demonstrando maior necessidade de permanência em momentos de crise econômica. Dados assistenciais e de custo apontam a urgente necessidade de reformulação da prática de cuidado, com apoio de estruturas hoje praticamente não existentes na saúde suplementar brasileira e não financiadas no setor (como cuidados paliativos, médicos gerenciadores do cuidado, entre outras).

Abstract

The present article aims to analyze the changes in supplementary health and their effects on the adherence to and maintenance within health plans of the elderly, to demonstrate the current state of the care model offered, and to begin the debate regarding the importance of changing care models and remuneration in the sector. It was observed that turnover in health plans was lower among the elderly than among the non-elderly population, with greater adherence to individual and pre-regulation plans and a very low adherence to dental plans. The elderly were also more representative over the previous year, demonstrating a greater need for permanence in times of economic crisis. Care and cost data point to the urgent need to reformulate the care practice, supported by structures that are practically non-existent in Brazilian supplemental health care today and are not funded in the sector (such as palliative care and care management physicians, among others).

Palavras-chave: Assistência a Idosos. Saúde Suplementar. Assistência à Saúde. Serviços de Saúde para Idosos.

Keywords: Old Age Assistance. Supplemental Health. Delivery of Health Care. Health Services for the Aged.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Pós Graduação em Ciências Médicas (PGCM). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/ UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, o desenvolvimento do setor de saúde suplementar brasileiro se deu paralelamente ao desenvolvimento do mercado de trabalho formal, sobretudo através das grandes empresas. Apenas a partir da segunda metade dos anos 1980, verificou-se expansão dos planos de saúde em direção aos vínculos individuais¹. Com a publicação do Código de Defesa do Consumidor, sancionado pela Lei nº 8.078/1990, foram traçadas as primeiras diretrizes sobre a regulação dos planos de saúde no Brasil.

O resultado das pressões políticas e sociais para o setor foi a aprovação da Lei nº 9.656, de junho de 1998, que dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Em 2000 foi criada, pela Lei nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade de regulamentar o setor, que havia se expandido desordenadamente.

Para os planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou a ela adaptados (conhecidos como planos novos), foram asseguradas importantes garantias legais, tais como: cobertura dos procedimentos em saúde, de forma a abarcar todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); garantias para os beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria; regras para os atendimentos de urgência e emergência; garantia de acesso ao sistema suplementar a portadores de doenças ou lesões preexistentes e estabelecimento de parâmetros voltados para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, através de reservas técnicas e provisões financeiras. Muitas dessas “novas garantias” afetavam diretamente a população mais idosa, que possui maior carga de doenças e lesões preexistentes, além de não estar mais vinculada diretamente a um emprego formal.

Os planos de saúde representam uma parcela expressiva do sistema de saúde brasileiro, envolvendo cerca de 68 milhões de vínculos, dos quais 48 milhões referem-se a planos de assistência médica com ou sem odontologia (a diferença de 20 milhões de vínculos refere-se aos planos exclusivamente odontológicos). O atendimento a esse contingente populacional se

dá através de uma das mais de 800 operadoras de planos de saúde com beneficiários. Vinte e cinco por cento da população brasileira com acesso a planos de saúde se distribui de forma desigual pelo território nacional, pois a cobertura assistencial tende a ser maior entre os residentes das áreas urbanas e dos estados com maiores renda e oferta de emprego formal e de serviços de saúde².

No primeiro semestre de 2016, a receita de contraprestações foi de aproximadamente R\$ 77 bilhões, e as despesas assistenciais, de cerca de R\$ 65 bilhões, registrando-se uma sinistralidade média da ordem de 85% nas operadoras médico-hospitalares³. Com isso, estima-se o tíquete médio das operadoras médico-hospitalares em torno de R\$ 260,00 por mês, por cada beneficiário.

Analisando o sistema de saúde brasileiro como um todo, de acordo com Levi e Mendes⁴, os gastos com saúde no Brasil em 2014 conformaram um total de R\$ 448 bilhões. Destes, 48,3% foram empreendidos pelo Estado – União, estados e municípios – e 51,7% foram realizados pelo setor privado. Dos R\$232 bilhões de gastos privados com saúde em 2014, R\$ 127 bilhões foram realizados com planos de saúde. Os demais gastos privados com saúde referem-se a medicamentos e desembolso direto a profissionais e serviços de saúde.

A figura 1 apresenta uma comparação entre o gasto *per capita* em saúde no Brasil (US\$) e em outros países e a expectativa de vida ao nascer. Pode-se observar que, para gastos *per capita* com saúde próximos aos observados para o Brasil, outros países conseguem resultados bem mais significativos em termos de expectativa de vida ao nascer, que pode ser entendida como uma *proxy* para a identificação da qualidade da atenção à saúde nos diferentes países, em termos de modelo assistencial e de gestão do sistema de saúde.

Da mesma forma, pode-se observar países com alto gasto *per capita* (como os Estados Unidos) e resultados em expectativa de vida piores que outros com menor gasto, o que reforça a necessidade de gestão e de um modelo de saúde mais eficiente.

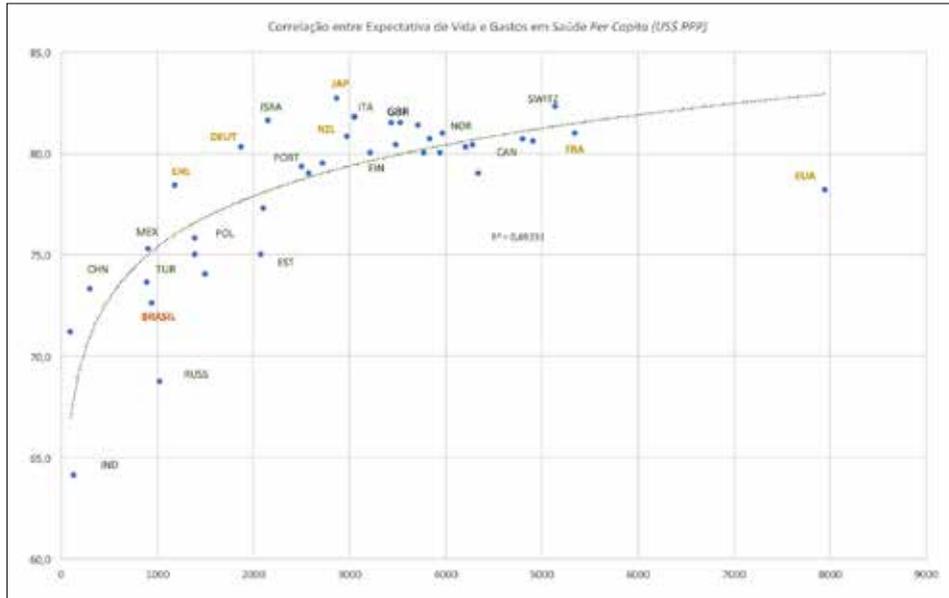


Figura 1. Expectativa de vida ao nascer x gastos *per capita* com saúde. Diversos países, 2013

Fonte: Dados do Banco Mundial (acessado em 3 de setembro de 2015).

Com esse pano de fundo, após a implementação da regulamentação da saúde suplementar em 1998, foram introduzidas diversas regras que passaram a exigir das operadoras maior eficiência no controle de seus custos, considerando ser inadequada a adoção de medidas prejudiciais à assistência à saúde, de forma abusiva, aos beneficiários. Além disso, também é possível obter maior controle dos custos por meio de ações voltadas para a ampliação do número de beneficiários, diluição dos riscos, redução do risco moral, entre outras.

A utilização de mecanismos de regulação por parte das operadoras busca inibir que seus beneficiários utilizem indiscriminadamente os serviços de saúde, reduzindo a carga de despesas provenientes desses atendimentos. Isso pode auxiliar na manutenção da sustentabilidade econômico-financeira do setor de saúde, tendo em vista o histórico de custos crescentes, por meio do aumento da procura de cuidados médicos e da incorporação de novas tecnologias. Ainda merece destaque que esse tipo de ação, se bem organizada, com diretrizes coerentes e bem definidas, pode melhorar a utilização dos serviços de saúde no setor privado e, conseqüentemente, as condições de saúde de sua população-objeto. Dentre os riscos descritos no uso desses mecanismos,

estariam: retardo no tratamento de doenças, aumento dos casos de internação e diminuição de utilização de procedimentos preventivos.

Ao se tratar de indivíduos de maior idade, a tendência é que utilizem mais o sistema de saúde, havendo assim maior carga financeira quando utilizados os fatores moderadores. Por isso é importante haver regras para essa população, como limites de exposição financeira (limite de pagamento) e procedimentos em que a coparticipação não incida e favoreça o tratamento preventivo e crônico.

Quando os indivíduos procuram atendimento em saúde, o que estão procurando é, em grande medida, os conhecimentos e informações dos prestadores de serviços de saúde. Esta é uma relação baseada quase que exclusivamente na confiança que o paciente tem de que o profissional vai tratá-lo da melhor forma possível, com base na farmacologia existente, intervenções cirúrgicas e toda a sorte de procedimentos na área da saúde. O indivíduo/paciente não possui conhecimentos suficientes sobre o assunto para questionar a expertise do profissional de saúde. Esse fenômeno, ao qual a economia dá o nome de “assimetria de informação”, também se verifica nas operadoras de planos de saúde, que

dependem das informações que os prestadores de serviço na área da saúde fornecem e das informações prestadas pelos próprios beneficiários, em última instância.

Outra questão a ser levantada sobre os problemas de informação no setor da saúde suplementar refere-se à seleção adversa. Valores mais altos fazem com que indivíduos com menores chances de adoecer cheguem à conclusão de que não é necessário pagar um valor mais alto por seus planos de saúde. Com isso, à medida que aumentam os preços dos planos de saúde, produz-se um efeito denominado “seleção adversa”: os melhores riscos (no caso, os indivíduos mais saudáveis) decidem não comprar os planos. Porém, ao abandonarem o mercado, fazem com que o valor dos planos de saúde aumente ainda mais, pois permanecem no mercado apenas os indivíduos com maiores chances de necessitar de assistência à saúde. O equilíbrio no mercado é obtido quando o valor do plano de saúde se equipara ao que os indivíduos esperam gastar.

As modalidades de contratação existentes no setor de saúde suplementar brasileiro tornam evidente a existência de três produtos com características distintas: os planos individuais, os coletivos por adesão e os coletivos empresariais. Alguns aspectos da regulação incidem apenas sobre os planos de saúde na modalidade de contratação individual, tendo em vista esta modalidade ser entendida como a mais frágil no que se refere ao equilíbrio de poder de negociação contratual.

Nos últimos anos, tem-se observado a tendência de maior participação das operadoras de planos de saúde no mercado de planos coletivos em detrimento do mercado de planos individuais. Dados analisados no trabalho de Viegas⁵, ao comparar dois momentos no tempo, evidenciam que nos mercados de planos individuais praticamente não ocorreram grandes mudanças, ao contrário do observado no mercado de planos coletivos, onde a competição se tornou mais acirrada.

MÉTODOS E RESULTADOS

O processo de envelhecimento populacional é, como salientado por Beltrão, Camarano e Kanso⁶, composto por duas fases distintas e complementares: inicialmente o envelhecimento se dá pela base, consistindo no estreitamento da pirâmide populacional em função da redução da taxa de fecundidade e, conseqüentemente, do menor número de nascimentos; e o envelhecimento pelo topo da pirâmide populacional, em decorrência da redução da mortalidade, refletindo-se no aumento da expectativa de vida. Se, em um primeiro momento, foi marcante o aumento da expectativa de vida decorrente da redução da mortalidade infantil, já se pode dizer que no Brasil a redução da mortalidade do contingente de idosos pode ser considerada um dos fatores para o aumento da expectativa de vida, ou seja, os idosos estão ficando, em média, cada vez mais idosos.

Ainda que a população de beneficiários da saúde suplementar apresente nuances próprias, em grande medida associadas à forte inter-relação entre a participação no mercado de trabalho e o acesso aos planos de saúde, pode-se observar expressivo envelhecimento do próprio contingente de idosos beneficiários de planos de assistência à saúde no setor suplementar.

Dos aproximadamente 48 milhões de vínculos com o setor de saúde suplementar brasileiro, 12,6% atendem à população com 60 anos ou mais de idade. Dentre os idosos com acesso ao sistema de saúde suplementar, 59,6% são mulheres e 17% têm 80 anos ou mais de idade, segundo dados da ANS.

A figura 2 apresenta a pirâmide etária da população brasileira, comparada com a pirâmide etária calculada para o subgrupo da população que possui plano de saúde. Pode-se perceber que a participação dos idosos na saúde suplementar é bastante expressiva, especialmente entre as mulheres, as quais apresentam participação relativa superior à observada para o total da população.

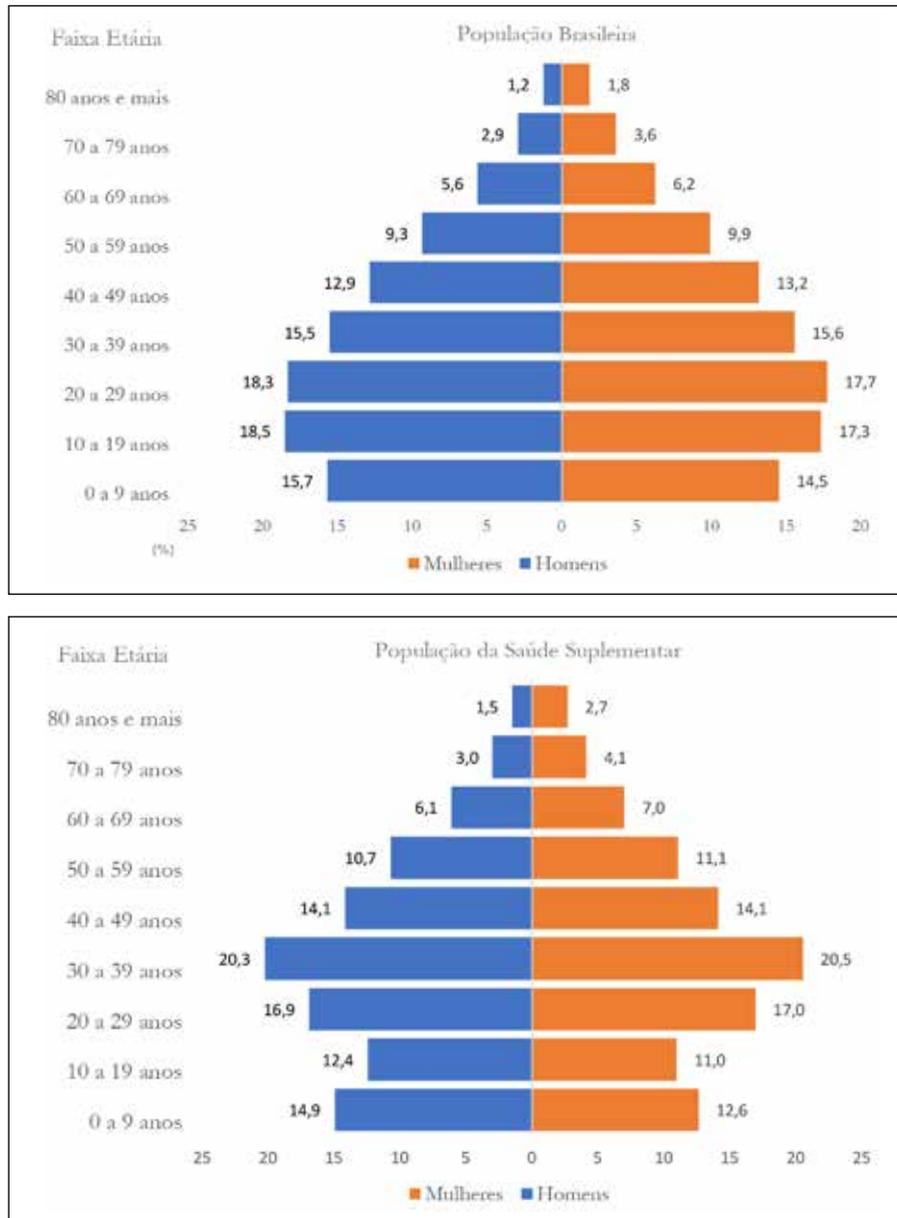


Figura 2. Pirâmides Etárias Brasil e Saúde Suplementar

Fonte: ANS

A variável idade também é definidora da época de contratação dos planos, o que sinaliza maior tendência a rotatividade entre os beneficiários de planos de saúde em idade adulta ou ativa perante o mercado de trabalho. Dessa forma, ainda que por ocasião da criação da ANS – e, portanto, dois anos após a publicação da Lei nº 9.656/98, que regulamentou o setor –, a proporção de idosos e não idosos vinculados a planos de saúde na modalidade médico-assistencial fosse bastante semelhante, a virtual totalidade dos beneficiários não idosos (mais

de 90%) estava vinculada a planos novos, ao passo que um quarto dos beneficiários idosos (25%) ainda se encontram vinculados a contratos anteriores à publicação da referida lei.

Outra especificidade relacionada à população idosa vinculada no setor da saúde suplementar refere-se ao tipo de contratação dos planos de saúde. Enquanto na população não idosa, independentemente do sexo dos beneficiários, prevalecem os contratos coletivos (80,4%), entre os idosos a participação percentual dos

contratos individuais é de 36% (chegam a alcançar 45% entre as idosas com 80 anos ou mais de idade), o que também reforça a menor mobilidade e rotatividade dos contratos entre a população mais idosa.

Com relação aos planos exclusivamente odontológicos, dos mais de 21 milhões de vínculos, somente 5,5% são de pessoas com mais de 60 anos.

Quanto à participação da população idosa na carteira das operadoras por modalidade de operadoras, observa-se o expressivo envelhecimento da carteira das operadoras na modalidade de autogestão. Estas, por estarem vinculadas a uma população fechada, normalmente conformada por funcionários ativos e inativos de uma mesma empresa, tende a ser mais afetada pelo processo de envelhecimento da população brasileira, da mesma forma que por políticas de recursos humanos que reduzem o efeito da rotatividade dos beneficiários entre os planos. Entre as demais modalidades, observa-se uma

tendência à estabilidade da participação de idosos, as seguradoras especializadas em saúde apresentando as menores participações de idosos.

Quando se analisa a quantidade de beneficiários idosos distribuídos pelas mais de 800 operadoras que comercializam planos de assistência médica, verifica-se grande concentração em poucas operadoras: metade dos beneficiários idosos encontram-se distribuídos em apenas 30 operadoras; enquanto 90% dos idosos encontram-se em 289, equivalente a aproximadamente um terço das operadoras com beneficiários.

Ao longo do tempo, justificado parcialmente pela menor rotatividade e maior concentração em planos individuais, percebe-se o esforço da manutenção do vínculo do idoso ao plano de saúde, influenciado por seu maior risco de adoecimento. Isso pode ser demonstrado pela queda no número total de beneficiários na saúde suplementar e aumento na representatividade dos idosos nos últimos anos.

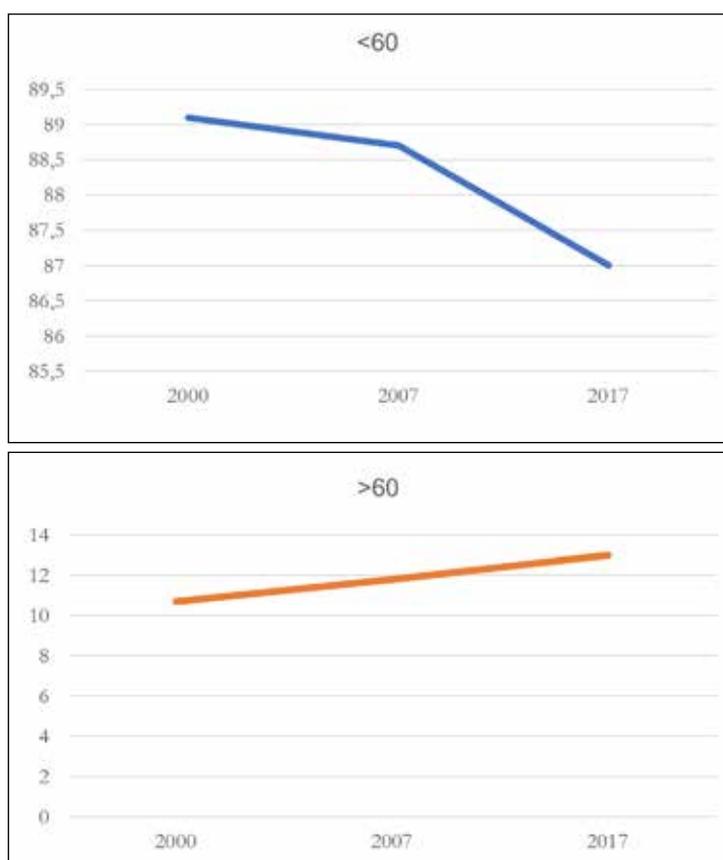


Figura 3. Evolução no número de não idosos e idosos, com vínculos em planos de saúde. 2000-2017.

A saúde suplementar realizou, no ano de 2016, 40,9% das internações do Brasil (7.833.282 internações), segundo dados da ANS e do Ministério da Saúde (MS). Em um cálculo aproximado, o custo médio das internações na saúde suplementar seria de R\$ 6.011,00.

Segundo dados do Observatório Anahp 2016⁷, o gasto médio com internações em maiores de 60 anos seria 2,6 vezes maior quando comparado com a faixa etária de 0 a 14 anos, no ano de 2014.

A troca de informações na saúde suplementar (TISS/ANS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da saúde suplementar. O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde.

Analisando o banco de dados do TISS/ANS, disponível a partir de 2015, apesar de suas limitações, por se tratar de uma base de dados nova e com conhecida subnotificação, pode-se fazer algumas importantes inferências sobre a utilização de procedimentos na saúde suplementar pelos idosos. A base de dados do Detalhamento dos Dados do TISS (D-Tiss) está disponível em www.ans.gov.br, em versão atualizada em junho de 2017, e foi analisada através do software *Tableau*.

Das internações realizadas entre junho 2015 e dezembro de 2016, houve a seguinte distribuição na população de maiores de 60 anos: idade média de 75 anos (percentil 25= 66 anos e percentil 75= 82 anos), com 54 % das internações do sexo feminino. Já a idade média das internações em menores de 59 anos foi de 31,5 anos (P25: 21 anos e P75: 45 anos). Na saúde suplementar, 30% das internações são em maiores de 60 anos, enquanto no SUS esse percentual é de 25%.

Quando se analisa a distribuição das internações segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) e segundo os procedimentos realizados na internação (figura 5), o que mais chama a atenção é a quantidade de CIDs não informados. Como se planejar, organizar, treinar, fazer gestão de uma população com novas características, sem uma informação tão básica quanto o motivo da internação? Esse dado é reflexo do atual modelo assistencial, que é desorganizado, aleatório, com muito pouca gestão em saúde. Como organizar outro modelo para essa nova configuração demográfico-epidemiológica, sem ao menos conhecer essa população?

Vale aqui destacar a necessidade de se rever também a cultura de algumas instituições, como o próprio Conselho de Medicina (neste caso, o do Rio de Janeiro –CREMERJ), que ao entrar com ação judicial contra o preenchimento obrigatório dessa informação (CID), impede que a melhor gestão da saúde possa ser feita no sistema de saúde suplementar brasileiro.

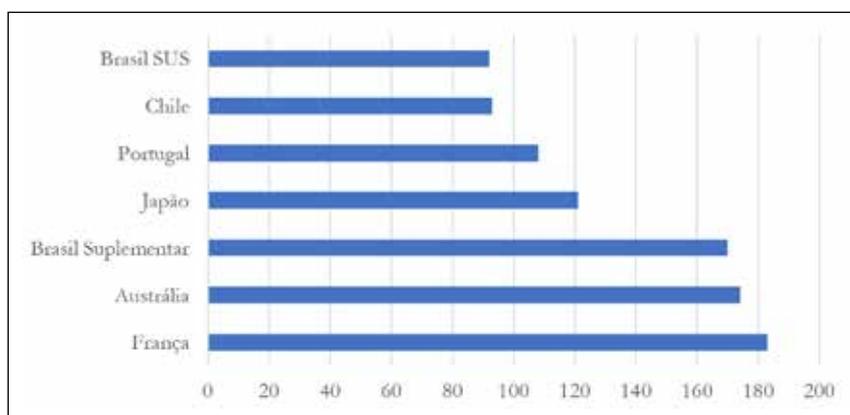


Figura 4. Internações por mil OCDE e Brasil, 2015-2106

Fonte: OCDE, MS, ANS.

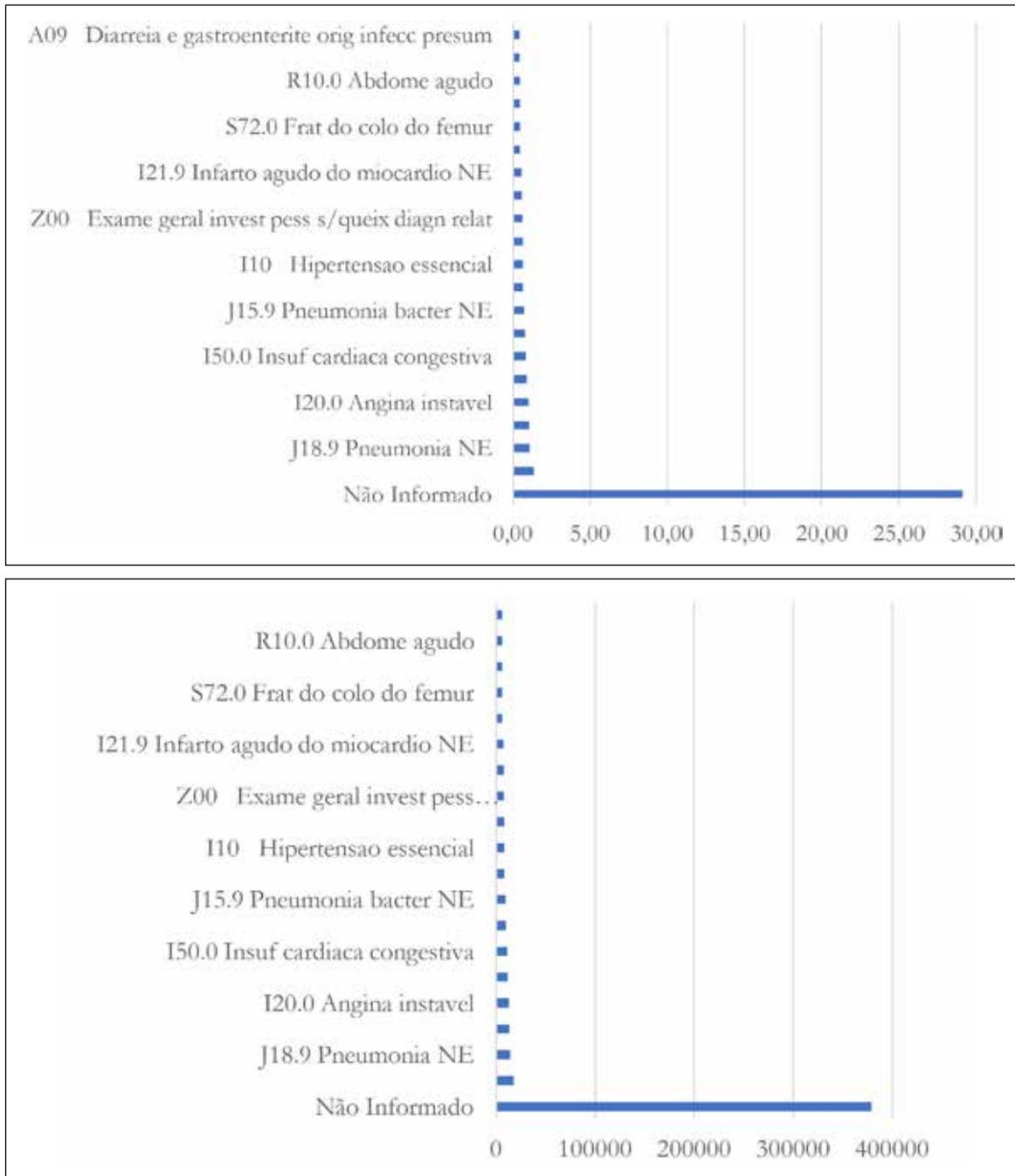


Figura 5. Distribuição de CID e procedimentos nas internações de idosos na saúde suplementar.

Fonte: Base dados DTISS.

DISCUSSÃO

A relação entre operadoras de planos de saúde e consumidores de mais idade sempre foi de grande desconfiança. A política da maior parte das operadoras é tentar reduzir o “peso” desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam do custo,

das dificuldades de atendimento e das negativas de cobertura a muitos dos exames solicitados – não existe outra relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas⁸.

Um dos pontos mais importantes para discussão e que precisa ser feito com urgência é: como se dá

o cuidado ao idoso na saúde suplementar? Ele é adequado? Tem qualidade? É efetivo? Pode haver redução de custo?

O sistema de saúde no Brasil precisa se ajustar aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de que esses anos a mais sejam saudáveis ou livres de enfermidades e dependência⁹. A prevenção, a manutenção da saúde, independência e autonomia, além do retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional¹⁰.

Envelhecemos. Isso é uma conquista. Mudamos nosso perfil epidemiológico, mas não mudamos nossa prática em saúde. Ainda estamos organizados como nos anos 1970, para tratamento de doenças agudas infecto contagiosas. O idoso não é o problema do sistema de saúde se este for organizado da maneira correta. É a mudança dos modelos assistenciais e de remuneração que precisa acontecer. Como enfrentar o envelhecimento populacional sem estruturas como cuidados de transição, cuidados paliativos, leitos de longa permanência e centros-dia de cuidado ao idoso?

Como cuidar dessa mudança de perfil epidemiológico sem a formação profissional adequada (a busca por especialidades médicas e de outros profissionais da área da saúde é obviamente moldada pela oferta de melhor remuneração), sem capacitação dos profissionais que já estão formados? Como realizar o acompanhamento de doenças crônicas através de visitas episódicas e pontuais a emergências, sem nenhuma organização para a continuidade do cuidado?

Como envelhecer e, portanto, morrer de condições crônicas, sem um debate em sociedade sobre morte digna? Será que todos os idosos gostariam de morrer na UTI, isolados do convívio familiar, com respiração mecânica e fazendo uso de quimioterapia nos últimos

dias de vida, como é a realidade de hoje? Sem falar na ineficiência gerada por esse modelo, obviamente muito custoso e insustentável.

Numa primeira abordagem, seria mais fácil tentar se afastar do “problema” mantendo o mundo conhecido. Mas isso não será possível por muito tempo, uma vez que o envelhecimento é uma realidade e não estamos nos preparando a tempo, enquanto sociedade.

Dois simples indicadores que vêm sendo acompanhados pela ANS desde outubro de 2016 sintetizam um pouco essa realidade e as mudanças que precisam ser feitas. Um deles é a razão de consultas com especialista/generalista. Esse indicador demonstra a grande desorganização no cuidado ao idoso na saúde suplementar. A pessoa idosa, mais do que ninguém, precisa de um cuidado centralizado, hierarquizado e que seja orientado ou navegado por um generalista (clínico geral, médico de família ou geriatra). Há hoje na saúde suplementar total distorção desse indicador: onde se esperariam mais consultas com generalistas do que com especialistas, há muito mais idas ao especialista – mais de 50:1, nos primeiros levantamentos, enquanto no sistema de saúde inglês (NHS – *National Health System*) essa mesma relação é de 1:15¹¹. Outro indicador é o de idas a emergências, um dos primeiros a sofrer alteração quando se instituiu uma organização mais adequada do sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Tudo isso mostra que é possível ter um cuidado mais adequado para com o idoso, mais efetivo e com menor custo. Mas para tanto é preciso mudar a forma como moldamos nosso modelo assistencial, desde o início, e para que isso aconteça precisa ser acompanhado de mudanças também no modelo de remuneração (hoje *fee-for-service*, que reforça a produção por volume, e não por qualidade ou necessidade). Desejamos um modelo de saúde mais generoso, no qual todos ganhem, inclusive o profissional de saúde (a performance eficiente precisa ser estimulada). Não há mais tempo a esperar.

REFERÊNCIAS

1. Da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, et al. Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
2. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos [Internet]. 2016 [acesso em 02 jul. 2016];10(2):1-65. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_JUNHO_2016_total.pdf
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da saúde suplementar [Internet]: Rio de Janeiro: ANS; 2016 [acesso em 02 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos/mapa-assistencial>
4. Levi ML, Mendes A. Gasto total em saúde no Brasil. Campinas: IDISA; 2015.
5. Andrade MV, Maia AC, Ribeiro MM, Lima HW, De Carvalho LR. Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ANS; 2015. (Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil).
6. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio De Janeiro: IPEA; 2004. (Texto para Discussão, nº 1034).
7. Revista Observatório [Internet]. 2016 [acesso em 19 maio 2016];8:1-132. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2016>.
8. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*. 2013;23(4):1189-1213.
9. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):497-502.
10. Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *J Bras Econ Saude*. 2011;3(3):31-9.
11. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y. Trends in Consultation Rates in General Practice 1995 to 2008: Analysis of the QResearch® database [Internet]. [no place]: NHS; 2009 [acesso em 15 set. 2016]. Disponível em: <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB01077/tren-cons-rate-gene-prac-95-09-95-09-rep.pdf>.

Recebido: 10/07/2017

Revisado: 22/08/2017

Aprovado: 12/09/2017