

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade Medicina
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia



Tese

**Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do
Sistema Único de Saúde**

Leonardo Ferreira Fontenelle

Pelotas, 2017

Leonardo Ferreira Fontenelle

Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências (área do conhecimento: Epidemiologia).

Orientador: Alúcio Jardim Dornellas de Barros

Coorientadoras: Maria Beatriz Junqueira de Camargo

e Ethel Leonor Noia Maciel.

Pelotas, 2017

Ficha catalográfica elaborada pelo autor com base no modelo fornecido pelo Sistema
Universitário de Bibliotecas da Universidade Federal da Bahia (SIBI/UFBA)

Fontenelle, Leonardo Ferreira
Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e
autoexclusão do Sistema Único de Saúde / Leonardo Ferreira
Fontenelle. -- Pelotas, 2017.
157 f. : il
Orientador: Aluísio Jardim Dornellas de Barros.
Coorientadoras: Maria Beatriz Junqueira de Camargo, Ethel Leonor
Noia Maciel.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia)
-- Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, 2017.
1. Seguro saúde. 2. Cobertura de serviços privados de saúde.
3. Fatores socioeconômicos. 4. Sistema Único de Saúde. 5.
Serviços de saúde ? utilização. I. Barros, Aluísio Jardim
Dornellas de. II. Camargo, Maria Beatriz Junqueira de. III. Maciel,
Ethel Leonor Noia. IV. Título.

CDU: 614

Banca examinadora:

Prof. Dr. Aluísio J. D. Barros (presidente)

Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Andréa Homsí Dâmaso (examinadora)

Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. André Carraro (examinador externo)

Universidade Federal de Pelotas

Profª Drª Maria Aurora Dropa Chrestani (examinadora externa)

Universidade Federal de Pelotas

AGRADECIMENTOS

Aos programas de pós-graduação em epidemiologia (PPGE), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), e em saúde coletiva (PPGSC), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), na pessoa de suas então coordenadoras Denise Petrucci Gigante e Ethel Leonor Noia Maciel, por promover este doutorado interinstitucional (DINTER) em epidemiologia.

A Nínive Camillo Figueiredo, através de quem tomei conhecimento da iniciativa.

À Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), na pessoa da coordenadora do curso graduação em medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Denise Rozindo Bourguignon, por viabilizar durante um ano e meio a compatibilidade meu doutoramento e minha ocupação como professor.

Aos professores da UFPel Alícia Matijasevic Manito, Aluísio Jardim Dornellas de Barros, Bernardo Lessa Horta, Denise Petrucci Gigante, Elaine Tomasi, Fernando César Wehrmeister, Iná da Silva dos Santos, Luiz Augusto Facchini, além da então monitora Suele Manjourany Silva Duro e da então pós-doutoranda Renata Moraes Bielemann, por terem-se deslocado de Pelotas até Vitória para a ministrar disciplinas, em alguns casos mais de uma vez, percorrendo dois mil quilômetros, com duas escalas, em cada perna da viagem.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nas pessoas de Andre Ferreira Lopes, José Carlos Prado Júnior, e especialmente Aline do Amaral Zils, pela paciente colaboração em 2013 quando considerei utilizar dados da atenção primária à saúde do Rio de Janeiro para a tese de doutorado.

Aos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros, Andréa Homsí Dâmaso e Helen Denise Gonçalves da Silva por generosamente permitir-me analisar os dados de seu estudo para esta tese de doutorado, bem como a Vera Maria Vieira Paniz, que esclareceu alguns aspectos do trabalho de campo, mesmo já tendo concluído havia anos a supervisão do mesmo. À Secretaria Municipal de Saúde de

Pelotas, pela colaboração no planejamento do trabalho de campo, e aos participantes da pesquisa, pelo seu tempo.

Aos colegas do DINTER e demais alunos do PPGE, pelo proveitoso contato, pessoal e acadêmico, ao longo destes mais de quatro anos, principalmente durante os oito meses de estágio.

A minha esposa, que me apoiou de todas as formas possíveis durante o curso, mesmo quando precisei abandonar os dois empregos e afastar-me da família por oito meses.

RESUMO

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema Único de Saúde**. 2017. 159f. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é universal, integral, financiado através de tributos e gratuito na ponta. Mesmo assim, o Brasil é um dos únicos países onde os planos de saúde respondem por mais de 20% dos gastos com saúde. Seguindo a taxonomia da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, no Brasil os planos de saúde desempenham uma função duplicada, cobrindo principalmente serviços já incluídos no SUS. O objetivo desta tese foi descrever a cobertura por plano de saúde e sua relação com variáveis sociodemográficas e com a utilização de serviços de saúde públicos por pessoas cobertas pela estratégia Saúde da Família (ESF). O primeiro artigo descreveu a cobertura por plano de saúde e cartão de desconto e analisou sua correlação com características demográficas, nível socioeconômico e características de saúde. Entre as 31% pessoas que se diziam cobertas por plano de saúde, 57% estavam cobertas apenas por cartão de desconto. Em ambos os casos, os motivos mais relatados para a cobertura foram “para a segurança” e para ter melhor atendimento”. Ambas as coberturas associaram à idade e ao nível econômico, e a cobertura por plano de saúde se associou à escolaridade. O segundo artigo descreveu a utilização das unidades básicas de saúde (UBS) do SUS conforme a cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto. A frequência média da busca por atendimento (médico ou não) foi de 1,6 vez em seis meses, sendo 56% menor entre as pessoas cobertas por plano de saúde do que as pessoas sem cartão de desconto ou plano de saúde. Dentre as consultas médicas, 36% tinham sido realizadas na UBS, sendo essa proporção 36% menor entre as pessoas cobertas por cartão de desconto e 88% menor entre as pessoas cobertas por plano de saúde, em comparação às pessoas sem ambas as coberturas. O terceiro artigo revisou a literatura sobre a utilização do SUS por pessoas cobertas por plano de saúde. Enquanto as pessoas sem plano de saúde utilizam o SUS na maioria das vezes, as pessoas cobertas por plano de saúde utilizam o SUS para um em cada 6–9 atendimentos, e recebem um em cada 8–14 atendimentos pagos pelo SUS. A utilização do SUS por pessoas cobertas por plano de saúde é mais comum em regiões geográficas menos desenvolvidas e fora de regiões metropolitanas; em planos de saúde com menor área de cobertura, menor mensalidade, sem cobertura para o procedimento em questão e com copagamento; e entre pessoas com pior estado de saúde. O motivo relatado por pessoas cobertas por plano de saúde para utilizarem o SUS é acreditarem ser difícil ou impossível conseguir o atendimento pelo plano de saúde. Em conclusão, pessoas com maior nível socioeconômico (mas não com pior saúde) se autoexcluem do SUS, preferindo utilizar a rede de credenciada de seus planos de saúde, especialmente no caso de consultas médicas. Outra conclusão é que as pessoas percebem os cartões de desconto como ocupando um nicho no setor saúde próximo ao dos planos de

saúde, de forma que inquéritos voltados ao segmento privado devem ser explicitamente planejados para diferenciar plano de saúde de cartão de desconto.

Palavras-chave: Seguro saúde. Cobertura de serviços privados de saúde. Demografia. Fatores socioeconômicos. Sistema Único de Saúde. Serviços de saúde/utilização.

ABSTRACT

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. **Socioeconomic position, private health insurance and self-exclusion from the public health system in Brazil**. 2017. 159f. Thesis (Doctorate) — Post-Graduate Program in Epidemiology. Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

Brazil's Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* — SUS) is universal, comprehensive, financed through taxes and free at the point of care. Nevertheless, Brazil is one of the few countries where private health insurance (PHI) accounts for more than 20% of health expenditures. According to Organization for Economic Cooperation and Development's taxonomy, PHI plays a duplicated role, covering mostly health services already covered by SUS. The objective of this thesis was to describe coverage by PHI and its correlation with demographic and socioeconomic characteristics and utilization of public health services among people covered by Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família* — ESF), the preferred model for primary health care in SUS. The first article described coverage by PHI and discount cards and analyzed its correlation with demographic, socioeconomic and health characteristics. Among the 31% people reporting being privately insured, 57% were in fact covered by discount cards. The reason described for both coverages was "for security" and "to receiving better care". Both coverage by PHI and by discount cards were associated with age and economic level, and coverage by PHI was associated with schooling. The second article described utilization of SUS' primary care centers (*unidades básicas de saúde* — UBS) according to coverage by PHI or discount cards. Average frequency of care seeking (medical or otherwise) was 1.6 times in six months, being 56% lower among privately insured people than among people without either PHI or discount cards. Of the medical visits, 36% had taken place in the UBS, and this proportion was 36% lower among people with discount cards and 88% lower among privately insured people than among people without either PHI or discount cards. The third article reviewed the literature on the utilization of SUS by privately insured people. While uninsured people use SUS most of the times, privately insured people use SUS once in every 6–9 times they use a health service, and SUS pays for one in every 8–14 times privately insured people use a health service. Utilization of SUS by privately insured people is more frequent in less developed geographic regions and outside metropolitan areas; for PHI policies with a smaller geographic coverage area, smaller premiums, co-payment and no coverage for the particular procedure; and among people with poorer health. Privately insured people explain their reason for using SUS as real or perceived impossibility or difficulty in obtaining care through their PHI. In conclusion, people with higher socioeconomic position (but not with poorer health) self-exclude themselves from SUS, using preferentially their PHI's provider network, especially for medical visits. Another conclusion is that people perceive discount cards as playing a similar role to the one played by PHI, and thus surveys on the private provision of health care must be specifically designed to distinguish PHI from discount cards.

Keywords: Health insurance. Private health care coverage. Demography. Socioeconomic factors. Unified Health System. Health services/utilization.

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	11
2 Projeto de pesquisa.....	13
Resumo.....	14
Termos e abreviaturas.....	15
Introdução.....	18
Breve histórico dos planos de saúde no Brasil.....	20
Revisão de literatura.....	24
Justificativa.....	48
Marco teórico.....	49
Objetivos.....	55
Hipóteses.....	55
Metodologia.....	56
Amostragem.....	57
Coleta dos dados.....	58
Controle de qualidade.....	58
Processamento de dados.....	59
Variáveis.....	59
Análise dos dados.....	60
Material.....	60
Aspectos éticos.....	60
Artigos.....	60
Limitações.....	63

Relevância.....	64
Cronograma.....	64
Divulgação dos resultados.....	66
Financiamento.....	66
Referências bibliográficas.....	66
Apêndice A – Chaves de busca.....	73
LILACS.....	73
MEDLINE.....	74
RePEc.....	74
EconLit.....	74
3 Relatório de trabalho de campo.....	76
4 Artigo 1.....	80
Resumo.....	82
Introdução.....	83
Métodos.....	85
Resultados.....	89
Discussão.....	94
Conclusão.....	98
Referências.....	98
Aceite.....	101
5 Artigo 2.....	102
Resumo.....	104
Introdução.....	105
Métodos.....	106

Resultados.....	108
Discussão.....	113
Referências.....	117
Aceite.....	120
6 Artigo 3.....	121
Abstract.....	123
Introduction.....	123
Methods.....	124
Results.....	126
Utilization of SUS for any service.....	132
Utilization of SUS for outpatient care.....	133
Utilization of SUS for hospitalization.....	137
Synthesis of the findings.....	140
Discussion.....	142
References.....	144
Normas da revista.....	149
7 Nota à imprensa.....	153

1 APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi elaborada conforme os moldes regimentais do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A primeira seção é constituída pelo projeto de pesquisa, defendido em setembro de 2014, enquanto a segunda é constituída pelo relatório do trabalho de campo. As três seções seguintes são constituídas pelos três artigos resultantes: “Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família” (aprovado para publicação pelos Cadernos de Saúde Pública); “Utilização das unidades básicas de saúde da ESF conforme a cobertura por plano de saúde” (aprovado para publicação pela Revista de Saúde Pública) e “Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review” (a ser submetido). A última seção é constituída por um comunicado à imprensa, que resume a tese.

2 PROJETO DE PESQUISA

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem caráter integral e universal, e seu financiamento é solidário, com recursos públicos provenientes de tributos. Desde sua criação, o SUS convive com um conjunto de planos de saúde e uma rede complementar de prestadores de assistência à saúde, tanto um quanto outro fortemente desenvolvidos graças às políticas de saúde da década de 1970 e do final da década de 1960. A partir da década de 1980, restrições orçamentárias prejudicaram a qualidade da atenção à saúde pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), restrições essas que se mantiveram após a universalização do acesso à assistência à saúde com a criação do SUS. De fato, a assistência à saúde pelo setor complementar é vista como mais satisfatória pela população, enquanto o SUS sofreria com problemas de qualidade, acesso e confiabilidade. Tanto no caso dos planos de saúde coletivos quanto no dos individuais, a cobertura por plano de saúde está fortemente ligada ao nível socioeconômico da família. No caso das famílias menos favorecidas, a contratação de plano de saúde é decidida caso a caso, sendo prioridade para pessoas com saúde considerada frágil. Mas os planos de saúde também têm suas limitações, de forma que seus beneficiários ainda recorrem em algum grau ao SUS para assistência à saúde. O objetivo desta tese é estudar as características dos planos de saúde e das pessoas por eles cobertas, bem como estudar a relação entre a cobertura por plano de saúde e a utilização da atenção primária à saúde do SUS por pessoas cobertas pela estratégia Saúde da Família.

TERMOS E ABREVIATURAS

ABrES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

ACS – Agente comunitário de saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

BVS ECOS – Biblioteca Virtual em Saúde Economia da Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia, da SCTIE, do Ministério da Saúde

DST/AIDS – Doenças sexualmente transmissíveis e síndrome de imunodeficiência adquirida

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPERGS – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

FiscSaúde – Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GEAP – Fundação de Seguridade Social

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de confiança

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MCT – Ministério da Ciência e da Tecnologia

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Plano de saúde coletivo – aquele cujo contrato com a operadora é firmado por uma pessoa jurídica

Plano de saúde coletivo empresarial – aquele cujo contrato com a operadora é firmado por uma entidade, para benefício de seus empregados ou servidores, além de possivelmente demitidos, sócios, aposentados etc.

Plano de saúde (empresarial) privado – plano de saúde coletivo empresarial cujo contratante é uma empresa ou outra entidade privada; não confundir com “plano privado de assistência à saúde”, que é o mesmo que plano de saúde

Plano de saúde (empresarial) público – plano de saúde coletivo empresarial cujo contratante é uma empresa ou outra entidade pública

Plano de saúde coletivo por adesão – aquele cujo contrato com a operadora é firmado por uma associação, entidade de classe ou similar, cujos associados podem então aderir individualmente

Plano de saúde individual / familiar – Aquele cujo contrato com a operadora é firmado por uma pessoa física, em oposição a plano de saúde coletivo

PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS

PSF – Programa Saúde da Família; hoje ESF

RC – Razão de chances

RePEc – Research Papers in Economics

RP – Razão de prevalência

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde

SESRS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SIB – Sistema de Informação de Beneficiários

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WHOQOL-bref – Versão abreviada do questionário de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL)

INTRODUÇÃO

A noção da saúde como um direito humano se consolidou durante a segunda metade do século 20. O ponto chave desse processo foi, sem dúvida, a resolução 30.43 da Assembleia Mundial da Saúde, mais conhecida pelo lema “Saúde para todos no ano 2000”. Através dessa resolução, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu em 1977 que

“... a principal meta social dos governos e da OMS nas próximas décadas deveria ser a obtenção por todos os cidadãos do mundo até o ano 2000 de um nível de saúde que os permita levar uma vida socialmente e economicamente produtiva.” (OMS, 1985)

Em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. O relatório dessa conferência, denominado “Declaração de Alma-Ata”, definiu a atenção primária à saúde como sendo a chave para a obtenção por todos de um nível aceitável de saúde, e ainda como uma parte integral dos sistemas de saúde dos países.

No Brasil, a defesa pelo direito à saúde fez parte do movimento pela redemocratização. Esse processo culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que traçou os princípios do sistema de saúde brasileiro, os quais seriam cristalizados pela Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. (Faleiros et al., 2005)

A Constituição define saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e estipula que “ações e serviços públicos de saúde” integrem um sistema único, regionalizado e hierarquizado. Estipula ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha como diretrizes a gestão descentralizada, a integralidade do atendimento, e a participação da comunidade. Estipula ainda que assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, que também pode participar do SUS, ainda que de forma complementar à rede própria.

Passados 25 anos da promulgação da Constituição, o Tribunal de Contas da União (TCU) identificou uma série de deficiências importantes no SUS, através do

Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde), (Zymler, 20114). No que diz respeito à assistência hospitalar,

Foram identificados problemas graves, complexos e recorrentes, tais como, insuficiência de leitos; superlotação de emergências hospitalares; carência de profissionais de saúde; desigualdade na distribuição de médicos no País; falta de medicamentos e insumos hospitalares; ausência de equipamentos ou existência de equipamentos obsoletos, não instalados ou sem manutenção; estrutura física inadequada e insuficiência de recursos de tecnologia da informação.

Já com relação à atenção primária à saúde, o FiscSaúde concluiu (como já se suspeitava no início do levantamento), que “apesar de o Ministério da Saúde estar envidando esforços para melhorar esse importante nível de atenção no SUS, a Atenção Básica ainda não logrou cumprir plenamente sua função de ordenadora do sistema de saúde.”

O FiscSaúde fez algumas recomendações para a melhoria da gestão do SUS, como a efetiva implementação do Cartão Nacional do SUS, o efetivo ressarcimento do SUS pelos planos de saúde (em função da utilização do SUS por beneficiários destes planos de saúde), e a regulação do mercado de medicamentos.

Com relação ao financiamento da saúde, o FiscSaúde apontou que o gasto total em saúde no Brasil é de 8,9% do Produto Interno Bruto (PIB), o que seria razoável em comparação à média de 9,3% dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (Note-se que o PIB brasileiro per capita é cerca de um terço da média da OCDE.) Por outro lado, apenas 43% desse gasto é público, frente aos 73% dos países da OCDE. Já se argumentou, inclusive, que o SUS não poderia ser considerado universal simplesmente porque seu orçamento não é compatível com a proposta (Gérvas & Perez Fernandes, 2012).

O FiscSaúde apresentou “graves desigualdades quando se compara o sistema público com o privado”. Os beneficiários de plano de saúde contam com 7,6 postos de trabalho médico para cada mil pessoas (o médico pode trabalhar em mais de um posto), enquanto o SUS conta com 1,95. Não surpreende, portanto, que os beneficiários de planos de saúde passem, em média, por 5,4 consultas médicas

anuais por mil pessoas, e 137 internações anuais por mil pessoas, enquanto as respectivas taxas no SUS são de 3,6 e 75,8, como relatado pelo FiscSaúde.

Apesar de a Constituição vedar a “destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” (artigo 199, parágrafo 2º), a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, autoriza a dedução de despesas com assistência à saúde da base de cálculo do imposto de renda (artigo 8º, inciso II, alínea a). De fato, o FiscSaúde aponta que em 2012 o governo federal teve um gasto tributário (ou seja, deixou de arrecadar) de R\$ 18 bilhões com saúde, representando um aumento de 24% em relação a 2008.

Associado a esse aumento do gasto tributário, o FiscSaúde traz que em 2012 o número de beneficiários de planos de saúde chegou a 25% da população brasileira. O número absoluto de beneficiados aumentou em 57% desde 2000.

Dessa forma, apesar do nome, o Sistema Único de Saúde convive com um forte setor de saúde suplementar, cuja relevância não pode ser ignorada ao discutirem-se políticas de saúde.

Breve histórico dos planos de saúde no Brasil

Originalmente, o setor privado de saúde consistia na medicina liberal e em entidades beneficentes, como as Santas Casas de Misericórdia. Nos anos 1950, os hospitais privados já eram mais numerosos que os dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) e do Ministério da Saúde, e grande parte de seu custeio era feito pelo poder público. (Médici, 1992)

Na década de 1940 surgiram as primeiras experiências de planos de saúde, como a CASSI, atendendo aos funcionários do Banco do Brasil, e a GEAP, atendendo aos funcionários do extinto Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. A prática se tornou cada vez mais comum em empresas públicas e, a partir da década de 1950, na recém-instalada indústria automotiva. As empresas forneciam a assistência médica através de serviços próprios, e de reembolso por atendimentos fora dos mesmos. (Bahia, 2001)

Atualmente denomina-se *autogestão* essa modalidade de plano de saúde em que a empresa gerencia e assume o risco financeiro da assistência à saúde de seus funcionários, seja diretamente ou através de fundações.

Em 1966, o Plano de Ação para a Previdência Social estipulou que os convênios com o setor privado seriam preferíveis aos investimentos na rede pública, e em 1967 a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) estendeu a cobertura de assistência médica a todos os que contribuíssem com a previdência social, sem que houvesse um aumento da oferta de serviços próprios. (Ocké Reis, 2000)

O INPS passou a estabelecer convênios com as empresas para que elas prestassem assistência à saúde de seus próprios funcionários, agora com financiamento público. Inicialmente os convênios eram restritos aos acidentes de trabalho (Decreto nº 61.784, de 28 de novembro de 1967), mas em meados da década de 1970 as empresas passariam a poder descontar do imposto de renda seus gastos com toda a assistência médico-hospitalar de seus funcionários. (Ocké Reis, 2000)

Na década de 1960 surgiram modalidades de plano de saúde mercantis, alternativas à autogestão. Uma modalidade é a *medicina de grupo*, cujas operadoras são empresas médicas, usualmente comparadas às *health maintenance organizations* dos Estados Unidos. Em oposição a essas empresas médicas surgiram as *cooperativas médicas*, como as Unimed. Ao menos em nível de discurso, as cooperativas teriam a vantagem (para o médico) de preservar a autonomia dos profissionais, através de seu status de cooperado, em vez de funcionário ou subcontratado. A terceira modalidade é o *seguro saúde*, regulamentado pelo Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. (Almeida, 1998)

Na época, tanto as operadoras mercantis quanto as próprias autogestões passaram a trabalhar na forma de pré-pagamento, ou seja, os pagamentos realizados pelos beneficiários são realizados mensalmente, independentemente da utilização de assistência médico-hospitalar. (Almeida, 1998)

A capacidade instalada do setor privado de assistência aumentou expressivamente na década de 1970, graças empréstimos a juros “negativos” para a construção de hospitais e aquisição de equipamentos. (Ocké Reis, 2000)

A lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que assumiu a assistência médica não apenas do INPS, mas também do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) e dos servidores públicos federais e do Distrito Federal. Assim como o INPS, o INAMPS era coordenado pelo Ministério da Previdência Social.

Com a crise econômica do fim da década de 1970, o INAMPS começou a conter custos, e sua remuneração por procedimento se tornou cada vez menos atraente. Em 1983 o INAMPS deixou de renovar os convênios através dos quais incentivava financeiramente as empresas a prover assistência médico-hospitalar a seus próprios funcionários. (Almeida, 1998)

Mesmo assim, os planos de saúde não se retraíram. Pelo contrário, experimentaram um novo ciclo de crescimento, desta vez às custas de planos individuais e familiares. A universalização da assistência à saúde, num contexto de contenção de custos, reduziu a qualidade dos serviços oferecidos, deslocando para o setor privado as famílias de médio e alto poder aquisitivo. Além disso, os seguros saúde deslancharam no fim da década de 1980 quando a Superintendência de Seguros Privados autorizou o funcionamento de seguros saúde coletivos, através da circular nº 5, de 1989. (Almeida, 1998)

A regulação dos planos de saúde avançou significativamente no fim da década de 1990. A lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, estipulou as condições de funcionamento para planos de saúde. A seguir foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a medida provisória nº 2.177-44, de 2001, modificou a lei nº 9.656/1998, subordinando os planos de saúde à ANS. As seguradoras especializadas em saúde foram submetidas a essa regulação através da lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

Além das modalidades de plano de saúde já mencionada, a ANS reconhece atualmente a modalidade *filantropia*, correspondendo às operadoras consideradas

filantrópicas; *odontologia de grupo e cooperativa odontológica*, com planos exclusivamente odontológicos; e *administradora de benefício*, para o caso de operadoras que não assumem risco financeiro pela assistência à saúde, essencialmente intermediando o plano de saúde.

De acordo com a nomenclatura da ANS, os plano de saúde podem ser categorizados em “coletivos empresariais”, “coletivos por adesão”, ou “individuais ou familiares”. Os contratos de plano de saúde coletivos são firmados por pessoas jurídicas, enquanto os contratos individuais ou familiares são firmados por pessoas físicas. Os planos de saúde coletivos empresariais cobrem pessoas vinculadas por vínculo empregatício ou estatutário a uma pessoa jurídica, como, por exemplo, funcionários de uma empresa privada ou servidores públicos. Já os planos de saúde coletivos por adesão cobrem pessoas associadas a entidade de classe, profissão ou setor, como associações profissionais ou sindicatos. (ANS, 2012)

De acordo com o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) da ANS, em março de 2014 a taxa de cobertura da população brasileira para planos de saúde com assistência médica é de 26,1%. Essa taxa é de 25,2% para as pessoas do sexo masculino, e 27,0% para as do feminino; e varia de acordo com a faixa etária, entre 17,0% (10 a 14 anos) até 34,0% (30 a 39 anos). “Taxa de cobertura” é a razão entre o número de vínculos e o tamanho da população, e não a proporção da população coberta.

A forma de contratação mais comum é a coletiva empresarial, com 65,8% dos contratos, seguida pela individual ou familiar (19,8%) e a coletiva por adesão (13,3%). As modalidades mais proeminentes são a cooperativa médica (37,0%) e a medicina de grupo (35,7%), seguidas por seguro saúde (14,1%), autogestão (10,6%) e filantropia (2,6%).

A taxa de cobertura para os planos exclusivamente odontológicos é de 10,8%, resultando numa taxa de cobertura combinada de 36,9% para planos de saúde.

A ANS regulamenta atualmente a cobertura de procedimentos pelos planos de saúde através de sua resolução normativa nº 338, de 21 de outubro de 2013, que define um conjunto mínimo de procedimentos a serem cobertos nos planos mais

completos, chamados de “referência”, mas também admitiu planos com cobertura exclusivamente ambulatorial, exclusivamente hospitalar, hospitalar com obstetrícia, e exclusivamente odontológicos.

Os medicamentos continuam a não ser necessariamente cobertos pelos planos de saúde. Dessa forma, apesar de o SUS dispensar medicamentos gratuitamente, “a meta de assegurar medicamentos básicos e essenciais à população envolve a disponibilização de medicamentos a baixo custo, para os cidadãos que são assistidos pela rede privada”, de acordo com governo federal, ao instituir o programa Farmácia Popular do Brasil (decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004).

Outro problema de cobertura que persiste é a dificuldade de acesso dos beneficiários a procedimentos teoricamente cobertos por seus planos, levando os beneficiários a procurar o SUS. A Lei nº 9.656/1998 obriga nesses casos os planos a ressarcir o SUS, mas o FiscSaúde atesta que, na prática, o ressarcimento fica prejudicado pela demora na sua solicitação, e pelos recursos judiciais sistematicamente interpostos pelas operadoras. Pior ainda, o relatório revelou que a ANS só estava solicitando o ressarcimento das despesas com internação hospitalar, ignorando os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, cujo valor total é quatro vezes aquele das internações.

O relatório não discute a utilização da atenção primária à saúde do SUS pelos beneficiários de planos de saúde.

Revisão de literatura

Segue-se um resumo da literatura científica a respeito dos planos de saúde não exclusivamente odontológicos no Brasil. Mais especificamente, sobre o perfil das pessoas cobertas por planos de saúde; sobre a evolução da cobertura pelos planos de saúde ao longo das últimas décadas; sobre a relação entre os planos de saúde e os gastos familiares com saúde; e sobre a relação entre a cobertura por planos de saúde e a utilização de serviços de atenção à saúde do SUS.

Pesquisaram-se documentos no banco de dados LILACS, através da BVS, sem limite de idioma ou data, em junho de 2014. A chave de busca se encontra no

anexo. Em resumo, essa chave de busca consiste nos descritores “seguro saúde” e “prática de grupo”, com seus descritores subordinados, acrescidos de termos livres como “planos de saúde”, “planos ambulatoriais”, “modalidade de operadora”, e “autogestão”. A pesquisa localizou 1.927 referências, das quais permaneceram 337 após a leitura dos títulos, e 132 após a leitura dos resumos. Dos 132 documentos, 19 não foram localizadas, e após a leitura dos demais, 76 foram considerados não elegíveis, 4 duplicatas, resultando em 33 documentos elegíveis. Seguindo as referências desses documentos foram localizados mais 5 documentos elegíveis não duplicados, de forma que a seguinte revisão incluiu 38 estudos. Os achados desses estudos foram então agrupados em cinco tópicos, previamente definidos como sendo os mesmos utilizados como critério de elegibilidade.

Perfil das pessoas cobertas por plano de saúde no Brasil. (Vide tabela 1.) A cobertura por plano de saúde está fortemente associada ao nível socioeconômico da família, seja ele indicado pela escolaridade (Lima Costa *et al.*, 2002; Lima Costa, 2003; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; Malta *et al.*, 2011; Hernandez *et al.*, 2012; Machado, Andrade & Maia, 2012), pela renda (IBGE, 2000; Kilsztajn *et al.*, 2001; Neri & Soares, 2001; Lima Costa *et al.*, 2002; Farias & Melamed, 2003; Pinto & Soranz, 2004; Lima Costa, Matos & Camarano, 2006; Pessoto *et al.* 2007; Albuquerque *et al.*, 2008; IBGE, 2010; Hernandez *et al.*, 2012; Andrade & Maia, 2012), por índice de bens (Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005) ou pela inserção no mercado de trabalho (Yazlle Rocha, Simões & Guedes, 1997; Farias & Melamed, 2003; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; Andrade & Maia, 2012). As mulheres apresentam cobertura discretamente superior à dos homens (IBGE, 2000; Lima Costa, 2003; Pinto & Soranz, 2004; IBGE, 2005; Veras *et al.*, 2008; IBGE, 2010), e as crianças e adolescentes constituem a faixa etária com menor cobertura (IBGE, 2000; Pinheiro *et al.*, 2002; Lima Costa, 2003; Pinto & Soranz, 2004; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; ANS, 2007; Veras *et al.*, 2008; ANS, 2010a; IBGE, 2010). Apesar de serem mais velhas, e de terem maior número de condições crônicas (Barros *et al.*, 2006), as pessoas cobertas por plano de saúde têm melhores níveis de saúde e de qualidade de vida que as não cobertas (IBGE, 2000; Lima Costa *et al.*, 2002; IBGE, 2005; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; Malta *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2011; Andrade & Maia, 2012). A cobertura

plano de saúde também está associada a mortalidade pós-neonatal (Ventura *et al.*, 2008).

As regiões brasileiras com maior desenvolvimento têm maior cobertura por plano de saúde (IBGE, 2000; Kilsztajn *et al.*, 2001; Pinheiro *et al.*, 2002; IBGE, 2005; IBGE, 2010; Malta *et al.*, 2011), assim como as capitais estaduais e as cidades de maior porte populacional e desenvolvimento econômico (Pinto & Soranz, 2004; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; ANS, 2007; Pessoto *et al.* 2007; Albuquerque *et al.*, 2008; Malta *et al.*, 2011; Andrade & Maia, 2012), e os bairros mais privilegiados (Silva, 2000; Barreto Jr., Ferreira & Silva, 2009).

As pessoas cobertas por plano de saúde individual têm maior idade e renda (Farias & Melamed, 2003) e são em maior parte do sexo feminino; têm prevalência de bom estado de saúde inferior à das pessoas com plano empresarial, mas nitidamente superior ao das pessoas sem cobertura por plano de saúde. As pessoas cobertas por planos de saúde empresariais são em geral mais saudáveis que as demais. As pessoas cobertas por planos de saúde empresarial privado são em geral demograficamente semelhantes ao resto da população economicamente ativa (Pessoto *et al.* 2007), enquanto a pirâmide etária da população coberta por plano de saúde empresarial público sugere manutenção da cobertura após a aposentadoria e maior presença de dependentes. (Bahia *et al.*, 2006)

Tabela 1: Revisão de literatura para o tema “perfil das pessoas cobertas por planos de saúde no Brasil”

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
1997	Yazlle Rocha, Simões & Guedes	Hospitalizações em Ribeirão Preto (SP), 1993	Transversal	A assistência médico-hospitalar se encontra polarizada: profissionais, técnicos e trabalhadores qualificados não manuais e seus dependentes utilizam preponderantemente sistemas privados de assistência médica, enquanto trabalhadores qualificados manuais, semiquilificados e não qualificados utilizam preponderantemente o sistema público de assistência médica.
2000	IBGE	Brasil, 1998 ¹	Transversal	A cobertura por planos de saúde é maior (29,2%) nas áreas urbanas do que nas rurais (5,8%); e entre as mulheres (25,7%) do que entre os homens (23,0%); varia de um mínimo de 20,7% entre pessoas de até 18 anos, a um máximo de 29,5% entre pessoas de 40 a 64 anos de idade; entre pessoas com mais de 65 anos é de 26,1% para os homens e 28,2% para as mulheres. A cobertura por plano de saúde é também maior entre as pessoas que avaliam seu estado de saúde como “muito bom e bom” (25,9%) e diminui na medida em que a autoavaliação do estado de saúde piora, até 14,5% entre as pessoas que avaliam como “ruim ou muito ruim” seu estado de saúde. A cobertura é de 2,6% na classe de renda familiar inferior a 1 salário mínimo, e cresce até 76% na igual ou superior a 20 salários mínimos.
2000	Silva <i>et al.</i>	Menores de 1 ano em Embu (SP), 1996 ²	Transversal	A cobertura por plano de saúde variou entre os quatro estratos sociogeográficos do município, de 42,2% no centro até 12,4% nas favelas.
2001	Kilsztajn <i>et al.</i>	Brasil, 1998 ¹	Transversal	A cobertura por plano de saúde variou de 2,6% para a classe com até um salário mínimo de renda mensal familiar até 76,2% para a classe com mais de vinte salários mínimos. Foi de 13,1% na região Norte-Nordeste e 30,3% na região Centro-Sul.
2001	Neri & Soares	Brasil, 1998 ¹	Transversal	A proporção de beneficiários varia de 2,9%, no decil mais pobre, até 74,4%, no decil mais rico.
2002	Lima Costa <i>et al.</i>	Idosos em Bambuí (MG), 1996	Transversal	Educação foi o fator mais fortemente associado à cobertura por plano de saúde: RC 1,6, 13,8 e 16,1 para 1 a 3, 4 a 7, e 8 ou mais anos de estudo, em comparação a nenhuma escolaridade. Outro fator foi a renda familiar, com RC 2,9 e 8,0 para 4,0 a 5,9 e 6,0 ou mais salários mínimos, em comparação a menos de 4,0 salários mínimos. A cobertura por plano de saúde se mostrou inversamente associada ao estado de saúde ruim (RC 0,47), à necessidade de que alguém respondesse pelo idoso (RC 0,11), e à restrição de atividades rotineiras devido a problemas de saúde nas últimas 2 semanas (RC 0,54).
2002	Pinheiro <i>et al.</i>	Brasil, 1998 ¹	Transversal	A cobertura por planos de saúde públicos ou privados é ligeiramente superior para mulheres (25,7%) do que para homens (23,1%), e é bem maior na região urbana (em torno de 29%) do que na região rural (em torno de 6%). Considerando-se as faixas etárias, nota-se que na região urbana a cobertura é praticamente constante, em torno

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
				de 25%, até a faixa etária 15-24 anos e cresce de maneira acentuada nas duas faixas etárias seguintes chegando ao patamar de 30-35% na faixa de 50-64 anos, decrescendo para os mais idosos. O comportamento é semelhante entre sexos, mas os diferenciais de gênero, sempre em favor das mulheres, aumentam a partir de 15 a 24 anos, na região urbana. Na área rural, a cobertura é menor e as diferenças de gênero são pequenas.
2003	Farias & Melamed	Brasil, 1998 ¹	Transversal	Os grupos com maior cobertura por plano de saúde são os militares com 70,9%, os funcionários públicos com 66,6%, os empregadores com 48% e os empregados com carteira com 39,2%. A renda familiar per capita (descontados os agregados) dos beneficiários de plano de saúde é de R\$569,34, enquanto para os demais é de R\$153,07. O salário mínimo em 1998 era de R\$130,00. A renda familiar per capita (descontados os agregados) dos beneficiários de plano pelo emprego é de R\$498,19, e para os de plano particular é de R\$736,02. Entre as pessoas que compõem o segmento dos quarenta por cento mais pobres apenas 5,1% possuem seguro saúde, seja este particular ou pelo emprego. Em contraste, no grupo formado pelos dez por cento mais ricos, 74% dos indivíduos possuem seguro saúde.
2004	Lima Costa	Adultos em Belo Horizonte (MG), 2003	Transversal	Em geral, 33,9% dos participantes estavam cobertos por planos de saúde. As chances de filiação são discretamente maiores para as mulheres, moderadamente maiores com o avançar da idade; e dramaticamente maiores com a escolaridade. Controlando para a escolaridade, as pessoas filiadas a planos de saúde têm menores chances de tabagismo, e maiores chances de praticar atividade física, consumir regularmente frutas, verduras e/ou legumes, e de já terem recebido orientação profissional sobre consumo de álcool e tabaco.
2004	Pinto & Soranz	Brasil, 2003 ^{1 3}	Transversal	Entre as pessoas cobertas por plano de saúde predominam as mulheres de idade fértil e os idosos, assim como as pessoas de maior renda familiar, as inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, e as moradoras de capitais ou regiões metropolitanas. A cobertura populacional por planos de saúde varia de 1,85% nos municípios menores de 5 mil habitantes até 33,81% nos maiores de 200 mil habitantes. A cobertura de menores de 5 anos de idade varia de 1,18% a 24,37%; a cobertura de mulheres em idade fértil varia de 2,23% a 35,96%; e a cobertura de idosos varia de 1,95% a 36,17%, dos municípios menores de 5 mil aos maiores de 200 mil habitantes.
2005	IBGE	Brasil, 2003 ¹	Transversal	A cobertura por plano de saúde era expressivamente maior (28,0%) na população residente em áreas urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais (6,0%). A cobertura por plano de saúde foi um pouco maior entre as mulheres (25,9%) do que entre os homens (23,1%) e aumentou com a idade. Em 2003, variou de 19,8%, entre as pessoas menores de 19 anos, a 29,8%, entre as pessoas com 64

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
				anos ou mais. No grupo de 40 a 64 anos de idade, esta cobertura era semelhante à cobertura dos mais idosos (29,7%). A cobertura por plano de saúde era maior para as pessoas que avaliaram seu estado de saúde como muito bom e bom (26,2%) e diminuiu na medida em que a autoavaliação do estado de saúde piorou: 19,1% para os que consideraram seu estado de saúde como regular e 14,1% para os que o consideraram ruim ou muito ruim.
2005	Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald	Brasil, 2003	Transversal	A cobertura por plano de saúde aumentou com os anos de idade (RC 1,03) e o número de bens domésticos (RC 1,56). Foi menor entre as pessoas que não completaram os ensinos fundamental (RC 0,32) e médio (RC 0,49) em comparação às que completaram pelo menos o ensino médio; entre os trabalhadores autônomos (RC 0,38), donas de casa (RC 0,64), estudantes (RC 0,64) e desempregados (RC 0,24), em comparação aos trabalhadores empregados; entre as pessoas com estado de saúde moderado (RC 0,77) e ruim ou muito ruim (RC 0,60), em comparação às com estado de saúde bom ou muito bom; e foi menor entre os residentes de municípios com menos de 50 mil habitantes (RC 0,73) do que entre os residentes em municípios com 400 mil ou mais habitantes. A associação com o sexo não foi estatisticamente significativa, assim como a diferença entre aposentados e empregados; e entre municípios com 50 a 399,9 mil habitantes e municípios com 400 mil ou mais.
2006	Bahia <i>et al.</i>	Brasil, 2003 e 1998 ¹	Transversal e série histórica	A população não coberta por plano de saúde tem uma pirâmide etária semelhante à do país como um todo, com predomínio da faixa etária dos 15 aos 19 anos. A população coberta por plano de saúde empresarial privado apresenta uma pirâmide etária alargada na faixa etária dos 25 aos 49 anos, às custas dos demais segmentos. A população coberta por plano de saúde empresarial público apresenta uma pirâmide etária estreitada na faixa etária dos 20 aos 34 anos, e alargada dos 35 aos 74 anos, onde predomina o sexo feminino. Já a população coberta por plano de saúde individual tem uma pirâmide etária nitidamente envelhecida, com predomínio do sexo feminino a partir dos 20 anos de idade. A média dos anos de estudo dos entrevistados que não tinham planos de saúde foi 5,5, elevando-se para 9,1 entre os que possuíam plano do tipo empresarial privado, para 9,4 entre aqueles com plano empresarial público, e para 8,9 entre aqueles com plano individual. Os valores medianos de renda familiar per capita segundo o tipo de plano foram de R\$ 145,00 para aqueles sem plano; R\$ 460,00 para plano empresarial privado; R\$ 466,60 para plano empresarial público; e R\$ 595,00 para plano individual. A proporção de pessoas com uma ou mais doenças diagnosticadas é de 28% entre as sem plano, 29,4% entre as com plano empresarial privado, 37,1% entre as com empresarial público, e 40,1% entre as pessoas com individual. A proporção de pessoas com bom estado de saúde autoavaliado é de 76,9% entre as não cobertas por plano de saúde, 88,6% entre as pessoas cobertas por plano de saúde

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
				empresarial privado, 82,5% entre as cobertas por empresarial público, 81,2% entre as cobertas por individual. A proporção de pessoas sem limitação de mobilidade física é de 72,9% entre as pessoas não cobertas por plano de saúde, 83,8% entre as cobertas por plano de saúde empresarial privado, 74,5% entre as cobertas por empresarial público, e 71,9% entre as cobertas por individual.
2006	Barros <i>et al.</i>	Brasil, 2003 ¹	Transversal	A prevalência de uma ou mais doenças crônicas é de 44,0% entre as pessoas cobertas por plano de saúde, em comparação a 38,6% entre as não cobertas (RP ajustada de 1,11).
2006	Lima Costa, Matos & Camarano	Brasil, 2003 e 1998 ¹	Série histórica	A associação entre cobertura por plano de saúde e renda familiar per capita menor do que 0,67 salário mínimo aumentou pouco de 1998 para 2003. Dos 20 aos 64 anos de idade: RC 0,08 para RC 0,09; dos 65 anos de idade em diante: RC 0,14 para RC 0,17.
2007	ANS	Brasil, 2000 a 2006 ³	Série histórica	Nas capitais, a cobertura dos planos de assistência médica é, em média, de 39,4%, ao passo que nos municípios do interior é de apenas 14,3%. A cobertura por plano de saúde é de 25,6% na população com 60 ou mais anos de vida, em comparação a 19,2% na população não idosa.
2007	Pessoto <i>et al.</i>	Região metropolitana de São Paulo (SP), 1998 ⁴	Transversal	A cobertura por plano de saúde variou de 38,6% a 71,5% entre os municípios estudados, e de 16,0% a 82,5% entre os quintis de renda familiar. Os planos de saúde são comprados majoritariamente pelas empresas empregadoras, cujos beneficiários são trabalhadores formais na faixa etária de 18 a 50 anos, com forte proeminência para a faixa de 31 a 50 anos (54,5%).
2008	Albuquerque <i>et al.</i>	Brasil, 2003 ¹ e 2000 a 2006 ³	Série histórica	Na maior parte dos municípios do país (70% dos 5.564 municípios), a cobertura é menor que 5% da população. A concentração maior de beneficiários encontra-se em 30% dos municípios do país, onde reside 70% da população brasileira. A cobertura por planos de saúde, seja público ou privado, está associada à renda da população. Entre os 10% com menor renda na população brasileira (primeiro décimo), 1,3% tem planos privados e 1,0%, planos públicos. O percentual da população com plano em cada décimo de renda cresce progressivamente, até que entre os 10% de maior renda, verifica-se que 31,1% têm planos privados e 28,6% têm planos públicos.
2008	Ventura <i>et al.</i>	Menores de 1 ano em Embu (SP), 1996 ²	Caso e controle	A cobertura por plano de saúde foi de 29,1% (IC%, 22,0 a 36,2%) no inquérito populacional. Dentre as famílias com algum óbito neonatal, 24,8% estavam cobertas por plano de saúde, e para as famílias com óbito infantil pós-neonatal essa proporção foi de 13,6%.
2008	Veras <i>et al.</i>	Brasil, 2003 ^{1 3}	Transversal	Para o total da população brasileira, 20,4% das mulheres tinham planos de assistência médica, comparados a 18,3% dos homens. Considerando-se a cobertura por faixa etária, o menor percentual foi observado entre as crianças – 14,2% na faixa de 0 a 19

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
				anos –, elevando-se no período de vida economicamente ativa (27,1% entre 50 e 59 anos), decaindo ao final desta (23,5% entre 60 e 69 anos) e voltando a subir nas faixas etárias de idosos. As maiores coberturas são observadas nas faixas etárias de 70 a 79 anos (26,7%) e 80 anos e mais (30,2).
2009	Barreto Jr., Ferreira & Silva	Região Metropolitana de São Paulo, 2006 ⁴	Transversal	A cobertura por plano de saúde é de 24,3% nas áreas de maior vulnerabilidade social, e 47,3% nas áreas de menor vulnerabilidade social.
2010a	ANS	Brasil, 2009 ³	Série histórica	A relação entre a proporção de idosos entre os beneficiários de planos de saúde e a população geral é de 1,1 para a faixa etária de 60 anos ou mais; 1,2 para a de 70 anos ou mais, e 1,3 para a de 80 anos ou mais. Os planos coletivos ainda são a maioria na população idosa, mas em menor proporção do que em outras faixas etárias.
2010	IBGE	Brasil, 2008 ¹	Transversal e série histórica	Nas áreas urbanas (29,7%) o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era maior do que nas rurais (6,4%). As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%). O percentual de mulheres cobertas por plano de saúde (26,8%) era maior do que o dos homens (24,9%), porém a maioria delas era na condição de dependentes de outra pessoa: 60,8%, em comparação a 42,5% no caso dos homens. A cobertura por plano de saúde crescia conforme a idade aumentava: no grupo de pessoas de 0 a 18 anos, 20,8% tinham pelo menos um plano de saúde, para o grupo de 19 a 39 anos, 26,7% o tinham. Nos grupos de 40 a 64 e de 65 anos ou mais de idade, o percentual de pessoas cobertas foi bastante similar, 29,8% e 29,7%, respectivamente. Verificou-se que a cobertura por plano de saúde estava positivamente relacionada ao rendimento mensal domiciliar per capita, para as pessoas em domicílios com rendimento per capita de até ¼ do salário mínimo, apenas 2,3% tinham plano de saúde, enquanto 82,5% dos que tinham rendimento de mais de 5 salários mínimos tinham plano de saúde.
2011	Malta <i>et al.</i>	Adultos e idosos em capitais brasileiras, 2008	Transversal	A cobertura por plano de saúde foi de 41,8%, variando de 19,3% em Boa Vista até 54,7% em Florianópolis. As maiores coberturas ocorreram nas capitais do Sudeste e Sul (variando de 45 a 54%), no Centro-oeste (entre 34 e 44%), e as menores coberturas ocorreram no Nordeste (23 a 39%) e Norte (19 a 39%). A cobertura de planos de saúde tende a ser maior com a idade, chegando a 51,2% em maiores de 60 anos. Cresce em quase três vezes com o aumento da escolaridade, passando de 27,1% entre aqueles que estudaram até oito anos para 80,7% naqueles com 12 ou mais anos de estudos. Em comparação ao resto da população, as pessoas cobertas por plano de saúde tiveram maior prevalência de diagnóstico médico de dislipidemia, e, no caso das mulheres, menor prevalência de estado de saúde ruim e de diagnóstico de hipertensão.

Ano	Autor(es)	População	Delineamento	Achados (Perfil das pessoas cobertas)
2011	Pereira <i>et al.</i>	Idosos em Teixeira (MG), [2004]	Transversal	O percentual de usuários do PSF que possuía plano de saúde privado foi de 18,8%. Em relação aos não usuários do PSF, 48,5% não possuíam plano privado. Não possuir plano de saúde está associado a uma razão de chances de 2,43 para baixo escore de qualidade de vida no domínio global, e 2,27 no domínio ambiental, do WHOQOL-bref.
2012	Hernandes <i>et al.</i>	Idosos em São Paulo, 2000 e 2006	Coorte	Escolaridade e renda se mostraram associados à cobertura por plano de saúde após ajuste para as demais variáveis (medidas de associação não informadas). Em 2000, a cobertura por plano de saúde aumentava de 20,4% das mulheres e 25,0% dos homens sem escolaridade até 83,6% e 74,6% dos com 8 ou mais anos de escolaridade; e aumentava de 29,0% das mulheres e 24,8% dos homens com renda menor do que 1 salário mínimo até 57,0% e 59,5% entre os com renda de 5 ou mais salários mínimos. Em 2006 o gradiente foi um pouco menos íngreme. Não houve uma associação clara da cobertura por plano de saúde com estado de saúde, número de doenças, e dificuldade em realizar atividades básicas de vida diária.
2012	Machado, Andrade & Maia	Adultos em 6 regiões metropolitanas, 2003 e 1998 ¹	Transversal	Um dos perfis extremos identificados incluía a cobertura por plano de saúde, a inserção no mercado de trabalho, a escolaridade de 8 ou mais anos (principalmente 12 ou mais), idade de 24 a 38 e 44 a 48 anos (principalmente 24 a 33), estado de saúde bom ou muito bom, maiores níveis de renda, e moradia em São Paulo. O outro perfil extremo incluía não cobertura por plano de saúde, inatividade, escolaridade menor que 8 anos (principalmente menor que 4 anos), idade a partir de 54 anos (principalmente 59 anos ou mais), estado de saúde moderado a muito ruim, menores níveis de renda, e moradia em Recife.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; RC: razão de chances; RP: razão de proporção. ¹ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; ² Mesmo inquérito; ³ Sistema de Informação de Beneficiários; ⁴ Pesquisa de Condições de Vida;

Motivos para a cobertura por plano de saúde no Brasil. (Vide tabela 2.)

As pessoas em geral ficam mais satisfeitas com o atendimento realizado pela saúde suplementar do que com o realizado pelo SUS, mesmo no caso das pessoas que têm experiência direta com ambos. Essa insatisfação com o SUS abrange não apenas a organização dos serviços, mas também a atuação dos profissionais de saúde e mesmo os resultados da atenção recebida. A desvantagem do SUS citada de forma mais recorrente é a dificuldade de acesso, expressa inclusive pela necessidade de “sorte” para conseguir atendimento. A própria experiência pregressa de cobertura por plano de saúde empresarial foi relatada como motivo para a obtenção voluntária de cobertura por plano de saúde não empresarial quando o vínculo empregatício é perdido. De uma forma geral, as evidências empíricas confirmam o senso comum de que a cobertura por um plano de saúde é desejável, até porque não se perde cobertura pelo SUS. (Farias, 2001; Gouveia *et al.*, 2005; Gerschman *et al.*, 2007)

Lima Costa e colaboradores (2002) excluíram a seleção adversa como sendo um motivo importante para a cobertura por planos de saúde. *Seleção adversa* é uma característica dos mercados de seguros, onde as pessoas mais propensas a utilizar o seguro são as mais propensas a contratá-lo. Examinando a população como um todo, Lima Costa e colaboradores (2002) encontraram que as pessoas cobertas por planos de saúde utilizam mais os serviços de saúde, mas são mais saudáveis, sugerindo que essa utilização adicional seja decorrente do acesso facilitado, e não que a cobertura seja decorrente de uma expectativa de utilização. Por outro lado, o nível socioeconômico, na forma da escolaridade ou da renda familiar, se confirmou como o principal preditor da cobertura por plano de saúde.

A relação do nível socioeconômico com a cobertura por plano individual parece ser a mais simples: na medida em que aumenta o nível socioeconômico, diminui a competição do preço do plano de saúde com itens de consumo essenciais. Isso é compatível com o achado de Bahia e colaboradores (2006) de que a renda mediana da população coberta por planos de saúde individuais é maior do que a dos demais grupos populacionais.

Mas o tipo de plano de saúde mais comum é o empresarial, de forma que na maioria dos casos a cobertura não é principalmente decidida pelas pessoas ou suas famílias. Machado, Andrade & Maia (2012) explicam a associação da cobertura por plano de saúde com o nível de escolaridade com base na teoria de que a rotatividade da mão de obra traria custos para a empresa. Dessa forma, ainda que a contratação de plano de saúde para os funcionários traga custos para a empresa (parcialmente compensados pela dedução no imposto de renda, como já foi dito), essa contratação seria benéfica para a empresa na medida em que diminuiria a rotatividade dos funcionários. Esse benefício seria maior para os cargos em que a experiência é mais relevante, donde a associação com o nível de escolaridade.

Por outro lado, o trabalho de Farias (2001) sugere que, pelo menos entre as pessoas de baixo nível socioeconômico não cobertas por plano de saúde empresarial, a seleção adversa seja uma realidade. Para as famílias abrirem mão de consumir outros serviços ou produtos que consideram importante, é necessário que a pessoa a ser coberta por plano de saúde tenha a previsão de precisar dele, por exemplo por ter a saúde percebida como frágil.

Tabela 2: Revisão de literatura para o tema “motivos para a cobertura por planos de saúde no Brasil”

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Motivos para a cobertura)
2001	Farias	Pessoas de baixo nível socioeconômicos, cobertas por plano de saúde individual ou coletivo por adesão e com história de utilização do SUS, em Petrópolis	Entrevistas semi-estruturadas	Os entrevistados consideram os planos de saúde superiores ao SUS com relação à qualidade da atenção, à acessibilidade, e à segurança, esta no sentido de não ser necessário sorte para conseguir atenção à saúde. Perder cobertura de um plano empresarial se mostrou um estímulo significativo para obter a cobertura por um plano de saúde. A adesão a um plano não empresarial é decidida pessoa a pessoa, em vez de, por exemplo, de uma só vez para toda a família. A priorização da cobertura por plano de saúde (em detrimento de outros gastos familiares) tem base na previsão de utilização de serviços de saúde ou na percepção de estado de saúde ruim. Idosos e mulheres são considerados como tendo pior saúde, e portanto com maior necessidade de cobertura por plano de saúde.
2002	Lima Costa <i>et al.</i>	Idosos em Bambuí, 1996	Transversal	Em comparação aos sem cobertura, os idosos cobertos por plano de saúde tiveram maiores chances ter realizado 4 ou mais consultas ao médico nos últimos doze meses (RC 1,62), em comparação a nenhuma consulta; e de ter utilizado 3 a 4 medicamentos (RC 1,75) ou 5 ou mais medicamentos (RC 2,8), em comparação a nenhum medicamento; mas apresentaram menores chances de ter saúde ruim ou muito ruim (RC 0,47) ou de não poder responder à pergunta (RC 0,11), em comparação a saúde boa ou muito boa; e menores chances de limitação de atividades diárias nas últimas duas semanas por problemas de saúde (RC 0,54). Além disso, tiveram maiores chances de ter 1 a 3 anos de estudo (RC 1,6), 4 a 7 anos de estudo (RC 3,82) ou 8 ou mais anos de estudo (RC 16,1), em comparação a nenhuma escolaridade; de ter renda familiar de 4 a 5,9 salários mínimos (RC 2,9) ou de 6 ou mais salários mínimos (RC 8,0), em comparação a uma renda menor do que 4 salários mínimos. Dessa forma, os autores concluem que a explicação para a cobertura por plano de saúde não é seleção adversa, e sim disponibilidade de recursos financeiros.
2005	Gouveia <i>et al.</i>	Brasil, 2003	Transversal	As pessoas cujo atendimento ambulatorial foi financiado pelo SUS se mostraram menos satisfeitas do que as demais com relação ao profissional de saúde, aos atributos do serviço de saúde, e à solução do problema de saúde. O item com maior diferença foi no aspecto do tempo de espera (73% versus 45,4%). Já no atendimento hospitalar as pessoas cujo tratamento foi financiado pelo SUS se mostraram menos satisfeitas com relação aos dois primeiros fatores, sem diferença significativa quanto ao terceiro. O item com maior diferença foi a liberdade de escolher o médico (82,9% versus 47,3%).
2007	Gerschman <i>et al.</i>	Pessoas cobertas por planos de saúde ligados a hospitais filantrópicos em três estados	Grupos focais	A dificuldade de acesso ao atendimento no SUS leva cidadãos que não dispõem de recursos financeiros para o pagamento da saúde privada a procurar os planos de saúde. Os beneficiários de classe social mais baixa buscam planos que tenham uma

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Motivos para a cobertura)
2012	Machado, Andrade & Maia	Adultos de 6 regiões metropolitanas, 1998 e 2003	Transversal	<p>mensalidade menor, enquanto planos mais caros e de maiores recursos são adquiridos pelos beneficiários de classe social mais alta. As razões para a satisfação com os planos são as certezas de acesso ao tratamento e a hotelaria e privacidade, que os beneficiários costumam chamar de “privilégio em relação ao SUS”.</p> <p>Com base nos achados relatados na tabela 1 desta revisão, os autores discutem que a relação positiva entre a cobertura por plano de saúde, o rendimento do trabalho, e em algum grau, a sindicalização sugere que as grandes empresas, públicas ou privadas, têm um papel na criação de um mercado de trabalho mais “protegido”, contribuindo colateralmente para fomentar o mercado de trabalhos privados. Discutem ainda que a decisão das empresas em ofertar plano de saúde é orientada pela relação custo-benefício. Nos segmentos de mercado em que a experiência do trabalhador não é elemento importante, os planos de saúde seriam a exceção.</p>

RC: razão de chances; SUS: Sistema Único de Saúde.

Evolução da cobertura por plano de saúde no Brasil. (Vide tabela 3.) A comparação da Pesquisa Suplementar de Saúde entre as diferentes Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) sugere um aumento muito discreto na cobertura por plano de saúde: de 24,5% em 1998 para 26,3% em 2008 (IBGE, 2000; IBGE, 2010). Como somente a partir de 2004 a PNAD atingiu abrangência nacional (IBGE, 2010), é possível que a cobertura por plano de saúde esteja superestimada nas PNAD de 1998 e 2003, e o aumento seja menor do que o aparente.

De 1998 para 2003, o aumento na cobertura foi mais expressivo para as pessoas de maior renda (de 76% para 84%) (IBGE, 2005). Tanto os planos de saúde individuais quanto os coletivos se tornaram mais comuns, mas o aumento mais expressivo foi na frequência relativa de planos que exigem copagamento. (Bahia *et al.*, 2006; Oliveira, 2009)

Entre 1998 e 2008, o principal aumento de cobertura por plano de saúde foi na área rural: de 5,8% para 6,7%.

De acordo com a ANS, a taxa de cobertura por planos de saúde aumentou de 18,7% em 2000 para 19,8% em 2006 (Albuquerque *et al.*, 2008)

Tabela 3: Revisão de literatura para o tema “evolução da cobertura por planos de saúde no Brasil”

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Evolução da cobertura)
2005	IBGE	Brasil, 1998 e 2003 ¹	Série histórica	Em 2003, cerca de ¼ da população brasileira estava coberta por plano de saúde, e esta cobertura não mudou com relação à verificada na PNAD 1998. Com relação à PNAD 1998, notou-se uma ligeira variação para mais na cobertura das pessoas com 65 anos ou mais (27,8%, em 1998 e 29,8%, em 2003). Verificou-se, também, que a cobertura praticamente não se alterou na menor classe de rendimento (2,6%, em 1998 e 2,9%, em 2003), entretanto, aumentou de modo expressivo na classe mais elevada (76%, em 1998 e 84%, em 2003).
2006	Bahia <i>et al.</i>	Brasil, 1998 e 2003 ¹	Série histórica	Em 1998, 60% dos titulares estavam vinculados a planos empresariais, e em 2003 essa proporção foi de 50,1%. Destaca-se um pequeno incremento da proporção dos planos individuais, de 29,8% em 1998 para 32,6% em 2003. Os padrões mais gerais de coberturas dos planos (p. ex. ambulatorial, hospitalar etc.) são semelhantes aos de 1998, exceto em relação à elevação da proporção de 21,4% para 24,6% dos planos que incluem o copagamento e à diminuição das coberturas dos planos que incluem assistência odontológica, de 31,2 para 28,6%. Conjugando-se esses resultados, depreende-se que não há uma grande variação do escopo das coberturas dos planos.
2007	ANS	Brasil, 2000 a 2006 ²	Série histórica	Em 2000 a 2006, enquanto o crescimento de não-idosos em planos coletivos supera seu crescimento em planos individuais em mais de 239%, entre idosos o crescimento dos planos coletivos supera o observado em planos individuais em 154%.
2008	Albuquerque <i>et al.</i>	Brasil, 2000 a 2006 ²	Série histórica	Nos últimos anos, o crescimento proporcional dos vínculos de beneficiários com assistência médica acompanhou o da população brasileira: em dezembro de 2000, representava uma cobertura aproximada de 18,7% e, em dezembro de 2006, 19,8%. A cobertura de beneficiários idosos (60 ou mais anos) passou de 22,7%, em dezembro de 2000, para 25,6%, em dezembro de 2006. A cobertura de beneficiários na faixa etária de 0 a 19 anos passou de 14,8%, em dezembro de 2000, para 13,8%, em dezembro de 2006 e na faixa etária de 20 a 59 anos, passou de 21,0% em 2000 para 23,5%, em 2006. Em relação ao percentual de beneficiários por faixa etária, em 2000, 31,8% dos beneficiários tinham até 19 anos, 57,6%, de 20 a 59 anos e 10,4%, 60 anos ou mais, e em 2006 esses percentuais são, respectivamente, 28,0%, 60,9% e 10,9%.
2009	Oliveira	Brasil, 1998 e 2003 ¹	Série histórica	Na comparação entre os dois anos da pesquisa, verifica-se que a maior redução na cobertura dos planos de saúde ocorreu na região Norte (-12,7%). Também apresentaram redução as regiões Nordeste e Sudeste, embora em taxas menores 2,6% e 1,4%, respectivamente. Já nas regiões Centro-Oeste e Sul do país a parcela da população com cobertura de planos de saúde aumentou em torno de 10%. De modo geral não houve alteração no formato do setor suplementar no tocante às características dos planos de saúde comercializados entre 1998 e 2003. Tanto os planos de contratação coletiva quanto

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Evolução da cobertura)
2010	IBGE	Brasil, 1998, 2003 e 2008 ¹	Série histórica	os planos individuais apresentaram crescimento de 1998 para 2003, sendo o incremento mais importante no caso dos planos contratados por pessoa física (16,5%). A frequência relativa dos planos que fazem uso do copagamento cresceu em 25,9%. A proporção de pessoas com cobertura por, pelo menos, um plano de saúde apresentou crescimento: em 1998, 24,5% de pessoas eram asseguradas; em 2003, permaneceu em 24,6% (43,0 milhões de pessoas); mas, em 2008, subiu para 26,3% (ou 49,1 milhões de pessoas). O aumento se deu principalmente na área rural: entre 1998 e 2008, o percentual de pessoas que possuíam algum plano de saúde cresceu de 5,8% para 6,7%; na área urbana, os valores foram 29,2% e 29,7% nestes anos.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. ¹ PNAD; ² Sistema de Informação de Beneficiários

Relação da cobertura por plano de saúde com os gastos familiares com saúde. (Vide tabela 4.) Nenhum dos estudos encontrou evidência de que a cobertura por plano de saúde reduza em média os gastos familiares com saúde, ou previna gastos desastrosos com saúde. Pelo contrário, Barros, Bastos & Dâmaso (2011) encontraram uma associação positiva entre a cobertura por plano de saúde e a prevalência de gastos desastrosos com saúde.

Uma das possíveis explicações discutidas por Barros, Bastos & Dâmaso (2011) é que a percepção de ter uma saúde vulnerável seria um motivo importante para a cobertura por plano de saúde. Isso vai ao encontro dos achados de Farias (2001), mas, como já foi discutido nesta revisão, a seleção adversa tem um papel secundário na aquisição de cobertura por plano de saúde na população como um todo.

Outra explicação seria o fato dos planos de saúde basicamente cobrirem apenas assistência médico-hospitalar, exames complementares, e medicação de uso hospitalar. Essa explicação encontra respaldo nos achados de Sisson e colaboradores (2011). Segundo estes autores, as limitações da cobertura dos planos de saúde seriam uma queixa recorrente, além dos custos da mensalidade e do copagamento.

Tabela 4: Revisão de literatura para o tema “relação da cobertura por plano de saúde com os gastos familiares.”

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Gastos)
2002	Lima Costa <i>et al.</i>	Idosos em Bambuí, 1996	Transversal	Análise bruta indica menores dificuldades em comprar medicação entre os idosos cobertos por planos de saúde em comparação aos não cobertos, por problemas financeiros (25.2 vs. 47.1%) ou outros (6.1 vs. 8.2%) ($p < 0.001$).
2011	Barros, Bastos & Dâmaso	Brasil, 2002 a 2003	Transversal	Em média, 5,1% do consumo doméstico foi gasto em saúde, variando de 4,4% entre os 20% mais pobres até 6,0% entre os 20% mais ricos. Foram observadas diferenças expressivas quanto à participação dos item domésticos no gasto total em saúde: entre os mais pobres, 78,3% foi relativo a medicamentos, em comparação a 36,5% entre os mais ricos. Inversamente, os mais pobres gastaram apenas 3,5% em planos de saúde, menos de um décimo dos 37,5% gastos pelos mais ricos. Os autores encontraram uma forte associação negativa do nível socioeconômico com o gasto em saúde de mais de 40% da capacidade de pagamento. Entre os mais pobres, 4,4% dos domicílios estavam nessa situação, em comparação a apenas 0,6% dos 20% mais ricos. Foi encontrada uma interação entre a posição socioeconômica e a cobertura por plano de saúde, sugerindo que domicílios com plano de saúde estão, na maioria dos casos, expostos um maior risco de gasto catastrófico em saúde do que aqueles sem plano de saúde.
2011	Sisson <i>et al.</i>	Usuários de saúde suplementar nas capitais do Sul com alguma de quatro situações traçadoras	Entrevista (semi-estruturada?)	A necessidade da inclusão e maior disponibilização, pelos planos de saúde, de assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, por exemplo, também foi bastante evidenciada pelos usuários. Além disso, o desejo de ampliação da rede de médicos beneficiados foi descrito por muitos usuários, sobretudo para consultas com especialistas. Quanto aos planos, cujo índice de satisfação é alto, porém menor do que em relação aos prestadores de serviços de saúde, as insatisfações nas quatro situações de saúde ficaram em torno do custo crescente, das necessidades de copagamento. No caso de mulheres em tratamento de câncer de mama, a dificuldade de acesso aos medicamentos para tratamento representou grande frustração para as beneficiárias, havendo necessidade de recorrerem ao SUS para seguirem com o tratamento.

Relação entre cobertura por plano de saúde e utilização do SUS.

(Vide tabela 5.) Como seria de se esperar, todos os estudos concordam com uma menor utilização do SUS pelas pessoas cobertas por planos de saúde (Ribeiro *et al.*, 2006; Conill *et al.*, 2008; Barreto Jr., Ferreira & Silva, 2009; Oliveira, 2009; Pereira *et al.*, 2010; Aziz *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2011; Hernandes *et al.*, 2012). Mesmo assim, o SUS continua a ser responsável por grande parte das internações hospitalares e dos atendimentos ambulatoriais das pessoas cobertas por planos de saúde, mesmo quando a análise é restrita às pessoas que em tese estariam teriam cobertura do plano de saúde para o tipo de atendimento (Farias & Melamed, 2003; Viacava, Souza Jr & Szwarcwald, 2005; Ribeiro *et al.*, 2006; Barret Jr., Ferreira & Silva, 2009; Oliveira, 2009; Pereira *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2011; Hernandes *et al.*, 2012). Mais ainda, essa participação do SUS tem aumentado ao longo dos anos (Oliveira, 2009).

Farias & Melamed (2003) encontraram maior utilização do SUS por pessoas de menor nível socioeconômico, em comparação às de maior nível, dentre as pessoas cobertas por planos de saúde. De acordo com os próprios autores, essa diferença seria provavelmente atribuível a uma variação nas características dos planos de saúde de acordo com o nível socioeconômico da pessoa coberta. Essa é uma das várias explicações possíveis para o fato da associação entre a cobertura por plano de saúde e a utilização de assistência pública à saúde infantil ter-se mostrado heterogênea entre as regiões de um município, definidas por critério socioeconômico, na reanálise dos dados apresentados por Silva e colaboradores (2000).

Em geral, os estudos apontaram falhas na cobertura por planos de saúde como sendo o principal motivo para a utilização do SUS (Gerschman *et al.*, 2007; Sisson *et al.*, 2011). Essa tese é reforçada pelo fato de Oliveira (2009) ter observado que a utilização do SUS é mais prevalente entre pessoas cobertas por planos de saúde quando a pessoa reside fora de regiões metropolitanas ou em regiões brasileiras com menor disponibilidade de leitos privados, ou ainda quando o plano de saúde tem abrangência municipal ou tem mensalidade de baixo custo.

Não surpreende, portanto, quando Oliveira (2009) relata que os serviços do SUS mais utilizados pelas pessoas cobertas por plano de saúde são o parto normal e procedimentos de alto custo como quimioterapia para câncer e hemodiálise.

A atenção primária à saúde também parece ser relativamente muito utilizada pelas pessoas cobertas por plano de saúde. A reanálise dos dados de Pereira e colaboradores (2010) estimou que os idosos cobertos por planos de saúde utilizem a estratégia Saúde da Família numa proporção 46% menor do que os não cobertos, uma redução modesta se comparada às chances 96% a 97% menores de atendimento pelo SUS em geral, estimadas pela reanálise dos dados tabulados, respectivamente, por Ribeiro e colaboradores (2006) e Silva e colaboradores (2011) a partir das edições 2003 e 2008 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. É possível, no entanto, que esse contraste resulte de diferenças metodológicas: enquanto a primeira estimativa diz respeito à utilização a longo prazo, as últimas duas dizem respeito ao último episódio de utilização de serviço de saúde. De qualquer forma, a cobertura por plano de saúde está associada a uma menor utilização da atenção primária à saúde, o que poderia justificar a menor cobertura vacinal para pneumococo entre idosas cobertas por plano de saúde, relatada por Hernandes e colaboradores (2012).

Reforçando a tese de que as pessoas utilizam o SUS na medida das limitações de seus planos de saúde, um dos motivos mais frequentes para essa utilização é a obtenção de medicamentos, como relatam Conill e colaboradores (2008), Barreto Júnior, Ferreira & Silva (2009), Sisson e colaboradores (2011), Aziz e colaboradores (2011).

Tabela 5: Revisão de literatura sobre o tema “relação da cobertura por plano de saúde com a utilização do SUS”

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delimitação	Achados (Utilização do SUS)
2000	Silva <i>et al.</i>	Menores de um ano de idade em Embu (SP), 1996	Transversal	Reanalizando os dados da tabela 4 do artigo, encontra-se que a razão de prevalência de utilização do Programa de Saúde Infantil entre as crianças cobertas e as não cobertas por plano de saúde varia entre as regiões da cidade: de 1,1 no centro até 0,8 na periferia (p para heterogeneidade entre os estratos: 0,02).
2003	Farias & Melamed	Brasil, 1998 ¹	Transversal	Considerando todos os indivíduos que declaram ter tido internação no SUS, os segurados do setor supletivo representavam 6,3%. Entre os indivíduos que possuem plano de saúde, e tiveram alguma internação nos 12 meses anteriores à pesquisa, 14% declararam que a última internação fora realizada através do SUS. Vale destacar que, para os segurados situados no estrato de renda correspondente aos 40% mais pobres, esse percentual alcança 33,7% ao passo que entre os 10% mais ricos atinge apenas 5,7%. O fato indica que os usuários do primeiro grupo provavelmente possuíam planos mais restritivos, principalmente se considerarmos que, no período investigado pela PNAD, os pacotes mínimos de serviços que deveriam ser ofertados nos produtos comercializados pelas empresas operadoras de planos ainda eram alvo de contestações, e o processo de regulação vivia um momento embrionário.
2005	Viacava, Souza Jr & Szwarcwald	Brasil, 2003	Transversal	Analisando a forma de pagamento do último atendimento entre as pessoas cobertas por plano de saúde, 19,3% das internações hospitalares no último ano foram pelo SUS, assim como 18,1% dos tratamentos ambulatoriais no último ano; 25,3% dos partos nos últimos 5 anos, 20,2% dos pré-natais nos últimos 5 anos; e 12,8% das mamografias nos últimos 3 anos.
2006	Ribeiro <i>et al.</i>	Brasil, 2003 ¹	Transversal	Dentre as pessoas que utilizaram serviço de saúde nas últimas duas semanas, e que utilizaram o SUS no último episódio, 7,3% tinham plano de saúde. Reanalizando a tabela 2, as pessoas cobertas por plano de saúde tinham uma razão de chances de 0,03 de que sua utilização tivesse sido financiada pelo SUS, em comparação às pessoas não cobertas.
2007	Gerschman <i>et al.</i>	Beneficiários de planos de saúde ligados a hospitais filantrópicos em 3 estados do Sudeste	Grupo focal	A relação dos planos de saúde dos hospitais filantrópicos com o SUS é marcada pela interdependência que se apresenta através do encaminhamento para o SUS em virtude de uma restrição que consta na cláusula do plano, do favorecimento de acesso ao SUS pelos usuários e da indistinção entre serviços prestados pelo SUS e pelo plano. A relação próxima entre beneficiários e administração pode ser fundada em noções de hierarquia como proteção e bondade, relação compadre /

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Utilização do SUS)
				tradicional ou em laços de amizade e camaradagem entre um círculo de pessoas privilegiadas, relação de igualdade de status. Para um beneficiário próximo, há sempre uma maneira de dar um "jeitinho". Muitas vezes, a solução está no encaminhamento com privilégio para o SUS.
2008	Conill <i>et al.</i>	Usuários de saúde suplementar nas capitais do Sul com alguma de quatro situações traçadoras	Entrevistas (semiestruturadas?)	Os autores identificaram um <i>mix</i> público-privado no sistema profissional de cuidados com a utilização de hospitais e urgências pertencentes ao SUS, mas tais situações foram pouco expressivas. Houve referências ao sistema público para obtenção da medicação de uso contínuo.
2009	Barreto Jr, Ferreira & Silva	Região metropolitana de São Paulo	Transversal	Dentre as pessoas que procuraram serviço de saúde (SUS, plano ou particular), a proporção de procura por posto ou centro de saúde foi de 30,1% em geral, 6,8% entre as cobertas por plano de saúde, e 45,4% entre as não cobertas.
2009	Oliveira	Brasil, 1998 e 2003 ¹	Série histórica	Os dados se referem à forma de financiamento da última internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, para as pessoas que utilizaram esses serviços dentro do período de referência. Dentre as pessoas cobertas por planos de saúde internadas pelo SUS, 56,8% relataram que seu plano de saúde cobria internação hospitalar. Os resultados a seguir se referem à utilização do SUS por pessoas cujos planos de saúde cobrem os procedimentos em questão. Em 2003, o SUS financiou 10,7% das internações e 11,0% dos atendimentos a pessoas cobertas pelo plano de saúde. Desde 1998 essa participação aumentou em 12,5% nas internações, e 29,6% nos atendimentos ambulatoriais, enquanto a participação dos planos de saúde e do desembolso direto diminuíram. Os procedimentos mais utilizados por pessoas cobertas por plano de saúde foram partos normais (29,2%) e os atendimentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (27,3%). Foram as pessoas cobertas por planos de abrangência municipal que mais buscaram outras fontes de financiamento para o atendimento de suas necessidades, tanto de internação (18,5% SUS e 2,8% pagamento privado direto) como de outros atendimentos (22,9% financiados pelo SUS e 4,7% por pagamento privado direto). A proporção de internação pelo SUS foi de 12% para as pessoas cobertas por plano de saúde individual, e 9,9% para as cobertas por plano de saúde coletivo. A proporção de atendimento pelo SUS diminuiu de 31,5% entre as pessoas cobertas por planos de saúde com mensalidade de até R\$ 30,00 reais, até 2,1% para as cobertas por planos com mensalidade na faixa de R\$ 300,00 a R\$ 500,00. O SUS financiou a internação hospitalar de 7,7% e o atendimento ambulatorial de 6,7% das pessoas residentes em regiões metropolitanas, e respectivamente 12,8% e 14,7% das residentes em outros municípios. O SUS também é responsável por uma maior parte das

Ano	Autor(es)	População de estudo	Delineamento	Achados (Utilização do SUS)
				internações de pessoas cobertas por planos de saúde nas regiões Norte (17,7%) e Nordeste (14,7%), onde há maior proporção de leitos públicos, enquanto na região Sudeste essa proporção é de 8,6. O aumento da participação do SUS nas internações de pessoas com cobertura pelo plano de saúde aumentou em todas as cinco regiões entre 1998 e 2003.
2010	Pereira <i>et al.</i>	Idosos em Teixeira (MG), 2004	Transversal	Reanalizando os dados, percebemos que a utilização dos serviços da estratégia de Saúde da Família foi relatada por 39,7% dos idosos cobertos por planos de saúde, e 73,0% dos não cobertos, o que resulta numa razão de prevalência de 0,54 (IC 95% 0,39 a 0,75).
2011	Aziz <i>et al.</i>	Idosos em Florianópolis, 2009/2010	Transversal	Dentre os idosos não cobertos por plano de saúde, 80,2% obtiveram ao menos um de seus medicamentos pelo SUS, em comparação aos 34,5% dos idosos cobertos por planos de saúde. Reanalizando os dados, chegamos a uma razão de prevalência de 1,68, IC 95% 1,49 a 1,89.
2011	Silva <i>et al.</i>	Brasil, 2003 e 2008 ¹	Série histórica	Em 2003 e 2008 a proporção de utilização do SUS foi, respectivamente, 82,8% e 79,9% entre as pessoas sem plano de saúde, 15,4% e 13,8% entre as pessoas com plano de saúde empresarial público, e 11,5% e 13,4% entre as pessoas com outros tipos de plano de saúde. Reanalizando os dados, a cobertura por plano de saúde esteve associada em 2008 a uma razão de chances de 0,04 de utilização do SUS.
2011	Sisson <i>et al.</i>	Usuários de saúde suplementar nas capitais do Sul com alguma de quatro situações traçadoras	Entrevista (semiestruturada?)	Embora inserido numa estrutura contratual de mercado, o imaginário dos usuários de planos de saúde é permeado por aspirações de uma cobertura universal. Na ausência de uma ampla cobertura, no que diz respeito à variedade de profissionais e ao número de consultas por ano, a tendência foi a utilização do SUS ou pagamento do próprio bolso, sobretudo nas consultas psiquiátricas. A dificuldade de acesso aos medicamentos para tratamento representou grande frustração para as beneficiárias em tratamento de câncer de mama, havendo necessidade de recorrerem ao SUS para seguirem com o tratamento.
2012	Hernandes <i>et al.</i>	Idosos em São Paulo, 2000 e 2006	Coorte	No que diz respeito à hospitalização em 2000, dentre os que afirmaram ter plano privado de saúde e que necessitaram de internação, 11,1% tiveram o procedimento custeado pelo SUS. Em 2006, essa proporção vai para 17,9%. Regressão logística múltipla (estimativas não mostradas) indicou que as mulheres cobertas por plano de saúde têm menor prevalência de vacinação nos últimos 12 meses contra influenza, tétano ou pneumococo.

IC: intervalo de confiança; SUS: Sistema Único de Saúde. ¹ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Conclusão da revisão de literatura. Em nível coletivo, a cobertura por plano de saúde é maior em locais com maior desenvolvimento econômico, e com uma infraestrutura de assistência suplementar à saúde mais desenvolvida em relação à infraestrutura do SUS. Em nível individual, a cobertura por plano de saúde aumenta com o nível socioeconômico. No entanto, a modalidade de plano de saúde mais comum no Brasil é a empresarial, o que a maior cobertura em níveis socioeconômicos superiores seja decorrente não apenas de maior poder aquisitivo, mas também de um interesse das empresas em evitar a rotatividade da força de trabalho quando a formação e/ou a experiência profissional são relevantes. Já os planos de saúde coletivos por adesão não parecem ter sido alvo de estudo até o momento.

As pessoas cobertas por plano de saúde individual ou familiar têm nível socioeconômico superior ao das cobertas por outros tipos de plano de saúde, ao mesmo tempo em que têm maior presença de idosos, piores indicadores de saúde, e maior renda. Dessa forma, ainda que o nível socioeconômico também seja relevante para a cobertura por plano de saúde individual ou familiar, este tipo de plano se diferencia do empresarial pela presença de seleção adversa, ou seja, pelo fato do plano de saúde individual ou familiar ser preferencialmente contratado pelas pessoas que mais acreditam precisar dele.

Em geral, as pessoas consideram desejável estarem cobertas por qualquer tipo de plano de saúde, frente a alternativa de não estarem cobertas por nenhum. Considera-se o Sistema Único de Saúde como tendo serviços de pior qualidade, menos acessíveis, e menos satisfatórios. Por outro lado, os planos de saúde também têm suas limitações, como uma pior infraestrutura em regiões de menor desenvolvimento econômico, e maiores restrições em planos voltados a pessoas de menor nível socioeconômico, além, naturalmente, do ônus financeiro das mensalidades. Na prática, portanto, a cobertura por planos de saúde não parece proteger as famílias de gastos catastróficos com saúde, e está associada a uma utilização do SUS nada desprezível, ainda que menor do que a do resto da população.

A cobertura da população por plano de saúde parece ter atingido uma espécie limite, dado que a taxa de cobertura geral tem aumentado discretamente, e principalmente às custas de planos de saúde com copagamento, que permitem menores mensalidades e portanto são mais acessíveis a pessoas de nível socioeconômico não tão elevado.

JUSTIFICATIVA

Reiterando, um quarto dos brasileiros são cobertos por planos de saúde, de forma que não se podem traçar políticas públicas de saúde responsáveis sem levar em consideração os planos de saúde.

A “nova classe média” valoriza o papel do Estado no direito à saúde mas, ao mesmo tempo, tem aversão ao risco, e não confia na capacidade do Estado em garantir esse direito. Dessa forma, a ascensão de pessoas pobres à classe média tem resultado no aumento pela demanda por planos de saúde, especialmente os de menor custo, que podem não ser tão efetivos quanto os demais. (CONASS, 2013)

As pessoas de classes média e alta, apesar de mais frequentemente estarem cobertas por plano de saúde, ainda utilizam o SUS naquilo em que ele é mais acessível que os planos, como o Programa Nacional de Imunização, e os serviços de alta densidade tecnológica (Vianna, 2013).

Entendendo a cobertura por plano de saúde como sendo, ao menos em parte, uma resposta a deficiências do SUS, compreender melhor os motivos para a cobertura por plano de saúde pode ajudar a identificar essas deficiências, instrumentando a gestão pública para melhorar a qualidade do SUS.

Tornar o SUS mais atraente para a classe média teria o potencial de aumentar a pressão por melhorias, beneficiando indiretamente até pessoas de menor nível socioeconômico (Unger, 1998). Essa possibilidade é respaldada pela participação da classe média em movimentos sociais exitosos como o da reforma sanitária (Paim *et al.*, 2011) e aquele pelo estabelecimento do Programa Nacional de DST/AIDS (Biancarelli, 2003).

Num cenário mais imediato, o planejamento do SUS só tem a ganhar com o melhor conhecimento da relação entre a cobertura por plano de saúde e a demanda pela assistência à saúde no SUS.

Uma das características da atenção primária à saúde, mais frequentemente encontrada na estratégia Saúde da Família (Starfield, 2002; Ministério da Saúde, 2011), é a clara definição de quem são as pessoas sob a responsabilidade de cada profissional, equipe ou estabelecimento de saúde. Dessa forma, compreender de que forma a cobertura por plano de saúde está relacionada com a demanda pela atenção primária à saúde contribui para predizer a capacidade do profissional, equipe ou estabelecimento de saúde de atender em tempo hábil às necessidades de saúde das pessoas sob sua responsabilidade. Com isso, a gestão municipal do SUS poderá, por exemplo, distribuir de forma mais equitativa a população entre as equipes de Saúde da Família.

MARCO TEÓRICO

Nota preliminar: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), conforme tabulados por Ribeiro e colaboradores (2006) e por Silva e colaboradores (2011), revela respectivamente que as chances ajustadas de utilização da saúde suplementar pelas pessoas cobertas por planos de saúde são 34,2 e 25,7 vezes as chances das pessoas não cobertas. A utilização de saúde suplementar pode, portanto, ser entendida como um indicador (*proxy*) da cobertura por plano de saúde. Dessa forma, estudos sobre a relação entre características das pessoas, dos locais, e do tempo com a utilização da saúde suplementar poderão ser utilizados para explicar a relação entre essas características e a cobertura por plano de saúde, caso esses estudos não tenham levado em consideração a cobertura por plano de saúde em suas análises.

O **modelo comportamental da utilização de serviços de saúde** foi adaptado para comportamentos de saúde em geral (Andersen, 1995). Considerando que, em princípio, ninguém é *obrigado* a ser coberto por plano de saúde, nem mesmo através de vínculo de trabalho, podemos conceituar que os componentes do

modelo comportamental se arranjam da mesma forma para determinar a **cobertura por plano de saúde**.

O primeiro componente desse modelo comportamental é o **ambiente**, no qual se inclui o sistema de saúde. A cobertura por planos de saúde apresenta uma clara variabilidade não apenas entre o meio rural e o urbano, mas também entre as regiões do país e entre as cidades, variabilidade essa associada a características como desenvolvimento econômico, porte populacional, e maior capacidade instalada do setor de saúde suplementar, e menor capacidade instalada do SUS (Pinto & Soranz, 2004; Bahia, 2006; ANS, 2007; Bos, 2007; Oliveira, 2009; IBGE, 2010).

É natural que os lugares com maior desenvolvimento econômico tenham mais famílias de maior nível socioeconômico, cujo papel na cobertura será examinado logo adiante. Mas, mesmo entre pessoas cujo plano de saúde cobre o procedimento em questão, a utilização da saúde suplementar (em vez do SUS) é maior em regiões onde a infraestrutura de atenção à saúde suplementar é relativamente mais desenvolvida (Oliveira, 2009), sugerindo que o grau de efetividade da cobertura por plano de saúde em melhorar o acesso a serviços de saúde seja um motivo importante para a variabilidade geográfica da cobertura por plano de saúde.

Ainda com relação ao primeiro componente, o SUS conta com menor infraestrutura do que a saúde suplementar, em termos, por exemplo, das taxas de postos de trabalho médicos e de leitos hospitalares por mil pessoas, como foi resumido pelo Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) do Tribunal de Contas da União (Zymler, 2014). Dessa forma, ainda que existam variações de uma parte para outra do Brasil, estar coberto por plano de saúde implica em ter maior acesso a serviços de saúde. Além da acessibilidade, espera-se também que a qualidade (como quer que ela seja definida) dos serviços ofertados (pelo SUS e pela saúde suplementar) também influencie na cobertura por plano de saúde.

O segundo componente do modelo comportamental são as **características da população**. Essas características se subdividem em características predisponentes, recursos facilitadores, e necessidade, nesta sequência.

No que diz respeito às **características predisponentes**, a importância de características demográficas como idade e sexo é claramente demarcada pela diferença entre as pirâmides etárias os grupos populacionais definidos pela forma de contratação (ou não) de plano de saúde, como descrito por Bahia e colaboradores (2006). Em que pese a universalmente reconhecida importância dos mecanismos biológicos, Farias (2001) destaca que as representações associadas à idade e ao gênero da pessoa são fundamentais na decisão de contratar plano de saúde, entre pessoas de baixo nível socioeconômico não cobertas por plano de saúde empresarial.

Outro fator predisponente à cobertura por plano de saúde é a visão dos brasileiros de que a saúde suplementar tem um desempenho melhor do que o SUS na assistência à saúde. Essa visão decorre não só de preconceitos, mas também da própria experiência de utilização dos dois sistemas de saúde (Farias, 2001; Gouveia *et al.*, 2005; Gerschman *et al.*, 2007). Duas conclusões que destacam a importância dessa visão são a utilização dos planos de saúde empresariais como um mecanismo de redução da rotatividade de funcionários qualificados (Machado, Andrade & Maia, 2012); e a priorização do plano de saúde em detrimento de outras despesas, no caso de pessoas de baixo nível socioeconômico com estado de saúde visto como frágil (Farias, 2001; Gerschman *et al.*, 2007).

A terceira característica predisponente é o status na estrutura social, indicado, por exemplo, por educação, ocupação e etnia. De fato, a cobertura por plano de saúde (ou utilização de saúde suplementar, em detrimento do SUS) é aumenta de forma muito clara com a escolaridade (Lima Costa *et al.*, 2002; Lima Costa, 2004; Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald, 2005; Bahia *et al.*, 2006; Malta *et al.*, 2011; Hernandez *et al.*, 2012; Machado, Andrade & Maia, 2012) a classe ocupacional (Dias da Costa & Facchini, 1997; Yazlle Rocha, Simões & Guedes, 1997). A importância da inserção no mercado de trabalho é sublinhada pelo fato dos planos de saúde empresariais responderem por 65,8% da cobertura por plano de saúde no Brasil, conforme informado pelo Sistema de Informação de Beneficiários da ANS. Já a etnia parece ter uma relação pouco expressiva com a cobertura por plano de saúde, ao levarem-se em consideração outros aspectos de situação social.

De acordo com Andersen (1995), a renda seria um **recurso facilitador** para a utilização de serviços de saúde – neste caso, para a cobertura por plano de saúde. Isso implica em conceituar a renda como decorrente da forma como a pessoa se insere na estrutura social. Isso está de acordo, por exemplo, com a diferenciação de classe social e nível socioeconômico por Krieger (1997). No entanto, a forte correlação entre esses aspectos (renda, escolaridade, ocupação etc.) torna difícil identificar o caminho exato pelo qual essas características influenciam a saúde das pessoas, e a própria renda tem sido utilizada como indicadora de classe (Institute ..., 2001). Desta forma, optou-se por considerar renda e outros indicadores de nível socioeconômico como pertencendo ao mesmo nível conceitual das características predisponentes, efetivamente evitando a diferenciação entre classe social e nível socioeconômico.

Estudos de base populacional indicam um gradiente claro de cobertura por plano de saúde (Pessoto *et al.*, 2007; Albuquerque *et al.*, 2008; IBGE, 2010; Hernandez *et al.*, 2012) de acordo com a renda, seja ela pessoal, familiar ou familiar per capita. Outro indicador de nível socioeconômico, o critério ABIPEME, também se mostrou fortemente associado à utilização de saúde suplementar, em vez do SUS (Dias da Costa & Facchini, 1997).

A terceira característica populacional do modelo comportamental é a **necessidade**. O conceito engloba tanto a necessidade conforme avaliada por profissionais de saúde quanto a necessidade conforme percebida pela pessoa. A cobertura por plano de saúde é vista como sendo especialmente relevante para as pessoas mais doentes (Farias, 2001), de forma que em famílias de baixo nível socioeconômico as pessoas com saúde considerada mais frágil podem passar a ser cobertas por plano de saúde individual, mesmo que isso represente o comprometimento de outros itens do orçamento familiar (Farias, 2001; Gerschman *et al.*, 2007).

O “**comportamento**” em questão, ou seja, a cobertura por plano de saúde, pode ser categorizado conforme a modalidade da operadora (autogestão, cooperativa, filantropia, medicina de grupo, ou seguro saúde), a forma de contratação (coletiva empresarial, coletiva por adesão, ou individual ou familiar), a

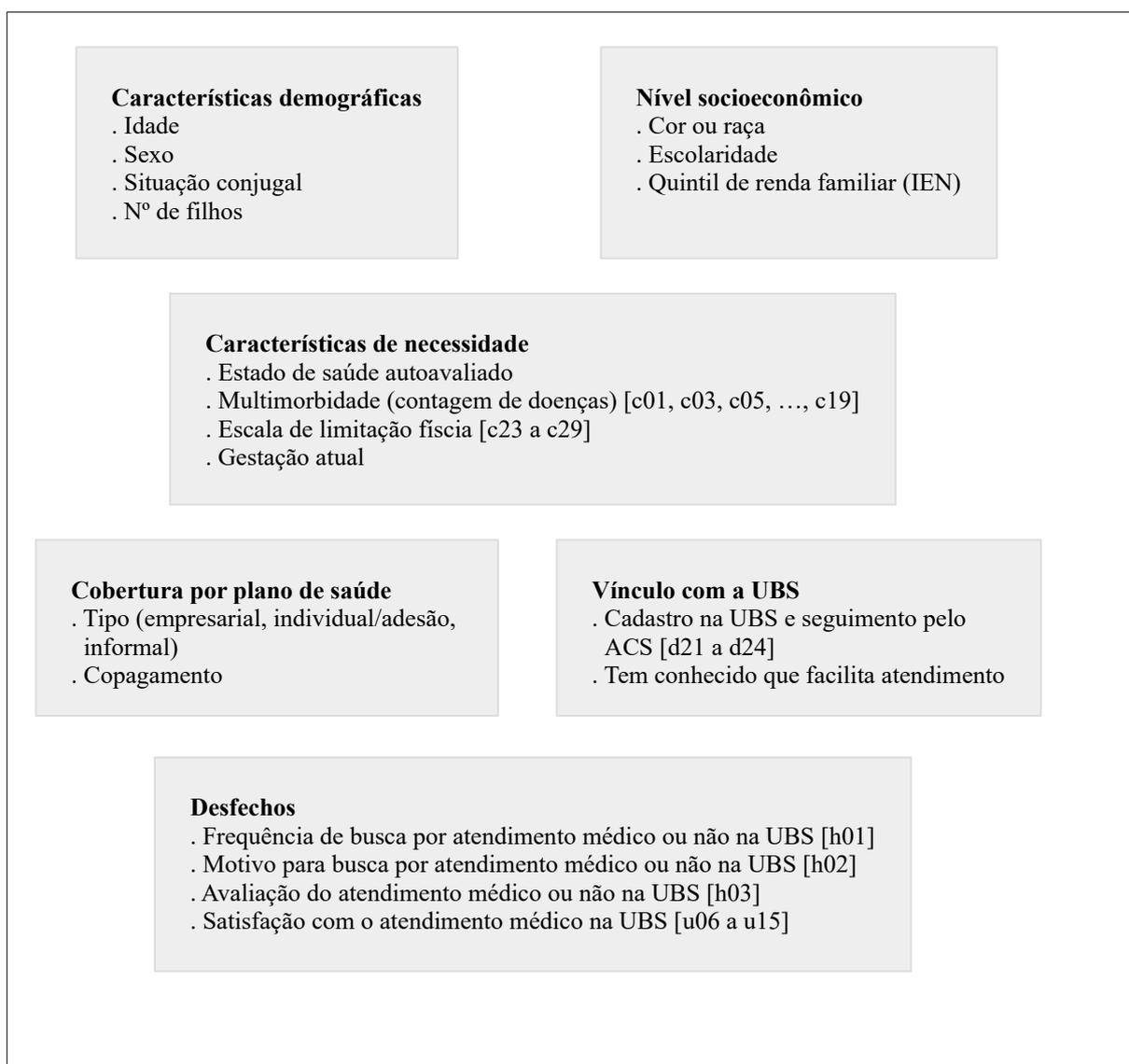
titularidade (titular ou dependente), a participação no rateio da mensalidade (entre empregador, pessoa coberta, e familiar), cobertura de procedimento (ambulatorio, exames complementares, internação, parto), e exigência de coparticipação (copagamento) mediante utilização. No entanto, parece que o mais importante para a pessoa é estar ou não coberta por algum plano de saúde. Apesar de 24,1% da população estar coberta por um ou mais planos de saúde com assistência médica, apenas 11,2% dessas pessoas (2,1% da população) relatam estar cobertas por dois ou mais planos de saúde (ANS, 2010b).

Mesmo quando uma família reside na área de cobertura de uma equipe de Saúde da Família, a família pode não estar cadastrada junto à equipe, ou estar cadastrada mas não receber visitas do agente comunitário de saúde. O vínculo da família com a equipe depende tanto da forma de trabalhar do agente comunitário de saúde (Nunes *et al.*, 2002) quanto de características da família (“não precisar” devido a cobertura por plano de saúde) e das relações pessoais entre o agente comunitário de saúde e a família (Mendonça, 2008). Por outro lado, a experiência profissional sugere que estar vinculado a uma equipe de Saúde da Família com desempenho satisfatório pode colaborar para que uma pessoa deixe de estar coberta por plano de saúde, em especial no caso de idosos de médio nível socioeconômico com plano de saúde individual. Dessa forma, o vínculo da família (e, por consequência, da pessoa) à equipe de Saúde da Família sofre influência dos mesmos fatores que a cobertura por plano de saúde, e ambos podem influenciar-se reciprocamente.

Dentre os aparentes **desfechos** da cobertura por plano de saúde, podemos listar uma maior procura de serviços de saúde (Pessoto *et al.*, 2007) e mais chances de conseguir o atendimento (Ribeiro *et al.*, 2006), resultando numa maior utilização de serviços de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). Outros desfechos seriam consultar especialistas focais em vez de médicos de família e comunidade (Rodríguez & Stoyanova, 2004), e utilizar saúde suplementar em vez do SUS (Ribeiro *et al.*, 2006; Silva *et al.*, 2011). Este último desfecho, por sua vez, está associado a maior satisfação ao usuário (Gouveia *et al.*, 2005).

Naturalmente, o vínculo com a equipe de Saúde da Família pode resultar na utilização da unidade básica de saúde onde a equipe trabalha, assim como influenciar a satisfação com a mesma.

Dessa forma, o **modelo conceitual hierárquico** para a cobertura por plano de saúde fica organizado como no diagrama a seguir. A omissão de características de ambiente se deve à pesquisa ser realizada dentro de um único município.



Quadro 1: Modelo conceitual hierárquico para a cobertura por plano de saúde

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é descrever e avaliar a prevalência da cobertura por plano de saúde e sua relação com variáveis sociodemográficas e com a utilização de serviços de saúde públicos por pessoas cobertas pela estratégia Saúde da Família.

Os objetivos específicos incluem:

- Estimar as diferenças entre as pessoas cobertas por plano de saúde (empresarial, individual/por adesão, e informal, ou seja, não regulamentado) e as pessoas não cobertas, com relação a características sociodemográficas e de estado de saúde.
- Descrever os motivos relatados pelas pessoas para a cobertura por plano de saúde (empresarial, individual/por adesão, e informal)
- Estimar a associação entre a cobertura por plano de saúde (empresarial/individual/por adesão, e informal) e a satisfação com o atendimento médico na atenção primária à saúde do SUS.
- Estimar a associação entre a cobertura por plano de saúde (sem copagamento, com copagamento, informal) e a busca por atendimento (médico ou não) na atenção primária à saúde do SUS, controlando por características sociodemográficas e de estado de saúde.

HIPÓTESES

- A cobertura de plano de saúde é mais comum em pessoas de nível socioeconômico mais elevado, maior escolaridade, e maior de 18 anos de idade, sem relação com o sexo.
- Em relação às pessoas sem plano de saúde, as pessoas com plano de saúde individual ou por adesão são menos saudáveis, e as pessoas com plano de saúde empresarial são mais saudáveis.

- As pessoas cobertas por plano de saúde ficam menos satisfeitas com o atendimento médico que recebem na atenção primária à saúde do SUS.
- As pessoas cobertas por plano de saúde sem coparticipação buscam menos atendimento (médico ou não) na atenção primária à saúde do SUS do que as pessoas não cobertas; e as pessoas cobertas por plano de saúde com coparticipação buscam com uma frequência intermediária.

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizará dados coletados pelo estudo “A utilização do SUS pela população: um estudo etno-epidemiológico do processo de autoexclusão do sistema”, conduzido em 2007 e 2008 pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros, Helen Gonçalves da Silva, e Andréa Homsí Dâmaso.

Os objetivos da pesquisa foram descrever a utilização de serviços de saúde, avaliar a cobertura por plano de saúde, estimar os gastos privados com saúde, estudar a percepção das pessoas sobre os serviços públicos e privados, explorar as estratégias de busca e utilização dos sistemas de saúde, e investigar a avaliação que as equipes da ESF faziam das diretrizes frente a realidade local.

A pesquisa combinou as abordagens da epidemiologia e da antropologia. Ambas as abordagens tiveram como sujeitos os gerentes, funcionários e população adscrita às unidades básicas da área urbana de Pelotas que implementam a estratégia Saúde da Família. A coleta de dados do primeiro componente consistiu em questionários estruturados, enquanto a coleta do segundo consistiu em entrevistas em profundidade com famílias e observação de visitas domiciliares, além de conversas informais, entrevistas semiestruturadas e observações do funcionamento das respectivas unidades básicas de saúde.

Este projeto de pesquisa utilizará dados do componente epidemiológico, que será descrito em mais detalhes a seguir.

Amostragem

A amostra foi dimensionada para possibilitar a estimativa de prevalências de cerca de 50% com 5 pontos percentuais de erro máximo, tanto em idosos quanto em adultos. Acrescentando-se 10% para compensar eventuais perdas, chegou-se a um tamanho amostral de 422 adultos e 422 idosos.

Na estratégia Saúde da Família, cada agente comunitário de saúde (ACS) tem responsabilidade sobre uma microárea geograficamente delimitada. Cada equipe da estratégia Saúde da Família (ESF) tem cerca de 5 ACS, e a somatória das microáreas compõe a área sob a responsabilidade da equipe. Cada unidade básica de saúde (UBS) da ESF contém uma ou mais equipes, e a somatória das respectivas áreas compõe o território da UBS.

Durante a realização do trabalho de campo, o município de Pelotas contava com 15 unidades básicas de saúde, sendo 11 as unidades básicas de saúde na área urbana. Ao todo, essas 11 unidades básicas de saúde tinham 23 equipes da estratégia Saúde da Família, e essas equipes somavam 118 microáreas.

A área de abrangência de uma equipe da estratégia Saúde da Família foi utilizada para o estudo piloto, de forma que apenas 22 equipes eram elegíveis. Visando otimizar a logística do trabalho de campo, foram excluídas as áreas de abrangência de 3 equipes da estratégia Saúde da Família que tinham menor população adscrita, assim como as microáreas descobertas, ou seja, sem agente comunitário de saúde. Dessa forma, a amostra foi selecionada dentro de 81 microáreas, que integravam 19 equipes da estratégia Saúde da Família, que estavam distribuídas entre 11 unidades básicas de saúde.

Em cada uma dessas 81 microáreas, sorteou-se uma das famílias cadastradas para ser a primeira incluída na amostra. A amostragem seguiu da frente para o fundo dos terrenos, seguindo para a esquerda do observador de frente à residência, pulando-se 5 domicílios para cada domicílio adicionado à amostra. Esse processo continuou em cada microárea até atingir um número proporcional ao de famílias cadastradas da microárea, de forma que a somatória das amostras em cada microárea componha o tamanho amostral planejado.

Coleta dos dados

Os dados quantitativos foram coletados por 10 entrevistadoras especialmente selecionadas e treinadas para este estudo. O treinamento durou uma semana, e foi seguido por um teste piloto que durou dois dias. Algumas questões foram reformuladas a partir do resultado do teste piloto. As entrevistas foram estruturadas por questionários desenvolvidos para este estudo pelos pesquisadores responsáveis, abrangendo:

- Questionário para os profissionais da ESF: identificação profissional; características da atuação profissional; treinamento recebido; percepção sobre as condições e processo de trabalho; e (se gerente) integração da UBS com a rede de atenção à saúde.
- Questionário domiciliar: dados de identificação do domicílio e de seus membros; condições de moradia e bens de consumo; situação de cadastro e seguimento pelo ACS; necessidade e provimento de visita domiciliar por outros profissionais da ESF; gastos com saúde; e cobertura por plano de saúde.
- Questionário individual: identificação e características demográficas; renda individual; cobertura por plano de saúde; condição de saúde; experiência da última consulta médica; recebimento de prescrição, e obtenção, de medicamentos; experiência de utilização da UBS.

Controle de qualidade

A equipe de pesquisa contou ainda com uma supervisora, que repetiu algumas perguntas, previamente selecionadas, para 25% das entrevistas estruturadas realizadas, sendo 20% por telefone, e 5% presencialmente, para assegurar que as entrevistas tivessem sido efetivamente realizadas. Além disso, foi realizado extensa verificação de consistência dos dados, e as inconsistências foram saneadas por repetição da respectiva parte das entrevistas pelas entrevistadoras.

Processamento de dados

Os questionários passaram por dupla digitação e verificação de inconsistências usando o aplicativo Epi-Info versão 6 (CDC, Atlanta, 2001).

Variáveis

A tabela 6 lista as variáveis a serem utilizadas no projeto de pesquisa, bem como de quais itens dos questionários elas são obtidas.

Tabela 6: Variáveis dos questionários individual e domiciliar a serem utilizadas

Variável	Itens	Forma
Nível socioeconômico		
Quintil de renda familiar (IEN)	d04 a d19	Nominal
Escolaridade	a09 a a11	Nominal
Cor ou raça	a08	Nominal
Características demográficas		
Idade	a06	Nominal; 15+ anos
Sexo	a05	Nominal
Situação conjugal	c32	Nominal
Nº de filhos	c30	Nominal
Características de necessidade		
Estado de saúde autoavaliado	b01	Dicotomizada
Multimorbidade (contagem de doenças)	c01, c03, c05, ..., c19	Discreta ou nominal
Escala de limitação física	c23 a c29	Índice global de limitação das atividades, em categorias nominais
Gestação atual	c50	Dicotômica
Cobertura por plano de saúde		
Tipo (empresarial, individual/adesão, informal)	b02 a b08, d37, d46, d55	Catagórica ou dicotomizada, conforme o modelo
Copagamento	b02 a b08, d44, d53, d62	Dicotomizada
Motivo	b02, b09	Nominal
Vínculo com a UBS		
Cadastro na equipe de Saúde da Família	d21	Dicotômica
Seguimento pelo ACS	d23	Nominal

Variável	Itens	Forma
Tem conhecido que facilita atendimento	h04	Dicotômica
Desfechos		
Frequência de busca por atendimento médico ou não na UBS	h01	Discreta
Motivo para busca por atendimento médico ou não na UBS	h02	Nominal
Avaliação do atendimento médico ou não na UBS	h03	Dicotomizada
Satisfação com o atendimento médico na UBS	u06 a u15	Contínua

Análise dos dados

Os dados serão analisados com o Stata, versão 13 (Stata Corp., College Station, 2013), utilizando correção por conglomerado quando necessário, bem como ponderação pós-amostragem baseada no Censo Demográfico de 2010 do IBGE.

Material

O estudo “A utilização do SUS pela população: um estudo etno-epidemiológico do processo de autoexclusão do sistema” utilizou questionários impressos, gravadores digitais, *scanner* (para digitalização dos questionários), material de escritório, câmera digital e computadores. O orçamento cobriu ainda transporte e o trabalho de entrevista estruturada, digitação dos questionários, entrevista em profundidade, transcrição das entrevistas gravadas.

Aspectos éticos

O estudo “A utilização do SUS pela população: um estudo etno-epidemiológico do processo de autoexclusão do sistema” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em dezembro de 2006.

ARTIGOS

1. Quem tem plano de saúde no Brasil, de que tipo, e por quê: revisão de literatura

O objetivo do artigo de revisão será compilar os fatores individuais e coletivos associados à prevalência de cobertura por plano de saúde no Brasil. Serão incluídos artigos indexados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Economia da Saúde (ECOS), na *Research Papers in Economics* (RePEc), no EconLit, e no Banco de Teses da CAPES.

A pesquisa será complementada por uma busca manual entre as publicações divulgadas no website da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), nos anais de eventos científicos da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), e no livro *A produção de conhecimento em Economia da Saúde: Uma perspectiva bibliográfica* (Brasil, OPAS & ABrES, 2013).

Os documentos serão localizados pelos descritores “seguro saúde” e “medicina de grupo”, bem como seus descritores subordinados e termos livres que descrevam planos de saúde, devendo ainda ter o descritor ou termo livre “Brasil” nas buscas realizadas no MEDLINE, e no EconLit (Apêndice A). Os termos de busca serão incluídos tanto em inglês quanto em português, mas não haverá limitação por idioma da publicação.

Serão elegíveis estudos originais que investiguem no Brasil o perfil das pessoas cobertas por planos de saúde; os motivos para a cobertura por plano de saúde; a evolução temporal do número de pessoas cobertas por planos de saúde; a relação entre o gasto familiar com saúde e os planos de saúde; e a utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) por pessoas cobertas por planos de saúde. Os documentos localizados em cada base de dados serão avaliados quanto à elegibilidade em três etapas: leitura do título, leitura do resumo, e leitura do texto completo. Os achados dos estudos serão tabelados e sintetizados por assunto.

2. Motivos para a cobertura por plano de saúde num país com um sistema universal de saúde

O objetivo geral do artigo é explorar o motivo das pessoas terem plano de saúde apesar de teoricamente não precisarem, por estarem cobertas pelo SUS. O artigo se concentrará na descrição da amostra, da prevalência de cobertura por

planos de saúde e nas características dos mesmos, e dos motivos relatados pelas pessoas para a cobertura pelos mesmos.

Além disso, será estimada associação entre a cobertura por plano de saúde (sem cobertura; cobertura por plano de saúde formal empresarial; cobertura por plano de saúde formal não empresarial; cobertura por plano informal) e características sociodemográficas, de estado de saúde, e de vínculo com a unidade básica de saúde. Os dados serão analisados por regressão múltipla, guiada por um modelo conceitual hierarquizado.

3. Busca por atendimento na atenção primária à saúde do SUS por pessoas cobertas por plano de saúde

O objetivo geral deste artigo será avaliar a relação entre a cobertura por plano de saúde e a busca por atendimento (médico e não médico) em unidades básicas de saúde que implementam a estratégia Saúde da Família.

A variável principal de exposição será a cobertura por plano de saúde, categorizada em: sem plano de saúde; com plano de saúde informal; com plano de saúde formal com coparticipação; e com plano de saúde formal sem coparticipação.

Além de descrever as características da amostra como um todo (características sociodemográficas, estado de saúde, vínculo com o serviço, cobertura por plano de saúde), o artigo iniciará descrevendo os motivos relatados para a busca por atendimento na unidade básica de saúde.

A seguir será estimada a associação entre a cobertura por plano de saúde e a frequência de busca por atendimento (médico e não médico) na unidade básica de saúde, por regressão de Poisson com variância robusta, controlando para as demais variáveis.

Além disso, será avaliada a associação entre a cobertura por plano de saúde e a satisfação com o atendimento médico, entre as pessoas que passaram por consulta médica durante os últimos 6 meses. A técnica estatística ainda será definida.

LIMITAÇÕES

Este projeto de pesquisa utilizará dados coletados há 7 anos, de forma que se faz necessário discutir as possíveis limitações decorrentes do hiato.

De acordo com o Sistema de Informação de Beneficiários, da ANS, a taxa brasileira de cobertura por planos de saúde com assistência médica passou de 19,7%, em 2007, para 26,1%, em 2014. O sistema não oferece dados específicos para Pelotas, mas o aumento no interior do estado do Rio Grande do Sul foi semelhante ao brasileiro. Dessa forma, mesmo que não existam estudos de base populacional desde 2008 avaliando a prevalência de cobertura por planos de saúde, é muito provável que essa prevalência tenha aumentado consideravelmente.

Desde sua criação, o Programa Farmácia Popular (Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004) tem sofrido constante ampliação de seu rol de medicamentos disponibilizados, de forma que se espera que os beneficiários de planos de saúde necessitem cada vez menos recorrer à assistência médica do SUS para obter medicamentos. Se a obtenção de medicamentos já prescritos em atendimento na saúde suplementar se mostrar um motivo frequente de busca por atendimento na atenção primária à saúde do SUS, e frequência dessa busca como relatada pelo estudo será provavelmente superior à atual.

A própria estratégia Saúde da Família cresceu consideravelmente durante os últimos anos. Em 2007, a estratégia Saúde da Família cobria 24,0% da população de Pelotas, proporção essa que se manteve aproximadamente constante até 2010 (24,2%), para então crescer paulatinamente até 34,0% em agosto de 2014. Por outro lado, não houve mudança qualitativa importante na estratégia Saúde da Família, tanto em Pelotas quanto nacionalmente. A atual Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) quanto a anterior (Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006), recente na época da coleta dos dados, reforçaram o papel da estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde, já destacado pela última Norma Operacional Básica (Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996). Tanto a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) quanto o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) se propuseram a aprimorar o desempenho da estratégia Saúde da Família (e, no caso do último, também do resto da atenção primária à saúde), mas desconhecemos avaliação de seu impacto em Pelotas.

Naturalmente, a utilização de dados previamente coletados implica algum grau de desalinhamento entre o instrumento de coleta e os propósitos deste projeto. Dessa forma, não existem dados sobre a frequência de atendimento médico na UBS dentro dos últimos 6 meses, dado este que teria sido muito interessante para o projeto. De qualquer forma, este projeto de pesquisa foi elaborado com atenção para a natureza dos dados disponíveis, sendo portanto perfeitamente viável.

RELEVÂNCIA

A tese deverá identificar as características das pessoas e de suas famílias cobertas ou não por tipo de plano de saúde, bem como os motivos relatados. Cerca de um quarto da população é coberta por plano de saúde de assistência médica, de forma que os resultados serão potencialmente relevantes para informar as políticas de saúde. Em especial, a tese deverá avançar na compreensão de como as pessoas decidem por tipo de plano de saúde, e de que forma isso repercute na demanda pela assistência à saúde, em especial na atenção primária à saúde.

CRONOGRAMA

O estudo “A utilização do SUS pela população: um estudo etno-epidemiológico do processo de autoexclusão do sistema” foi contemplado por edital de apoio a pesquisa e aprovado por comitê de ética em pesquisa em 2006. Ao longo de 2007 o instrumento de pesquisa foi definido, os domicílios foram selecionados, e as entrevistadoras foram treinadas. Os dados foram coletados em 2008, e nesse mesmo ano os pesquisadores apresentaram um trabalho no XVIII Congresso Mundial e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia a partir da pesquisa.

O seguinte cronograma descreve os passos da tese em si:

Tabela 7: Cronograma do projeto de pesquisa (parte 1 de 2)

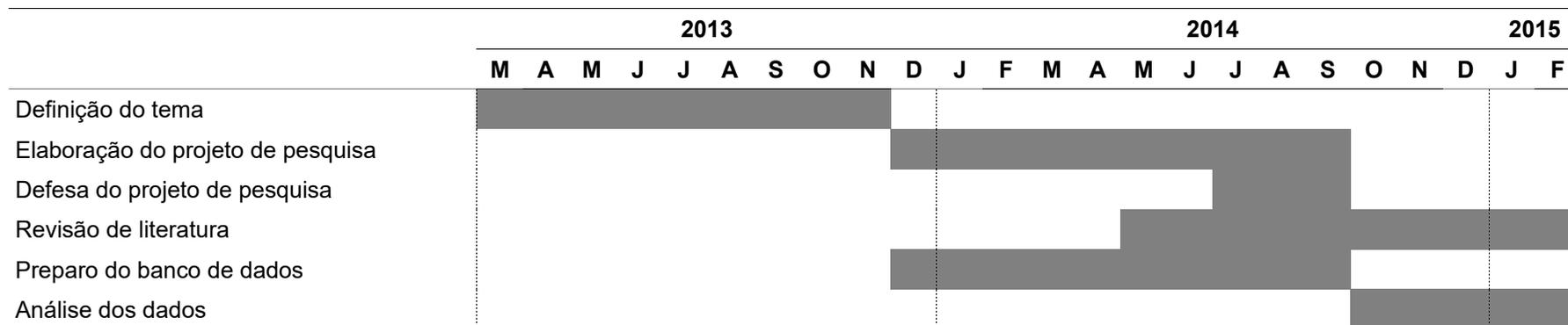
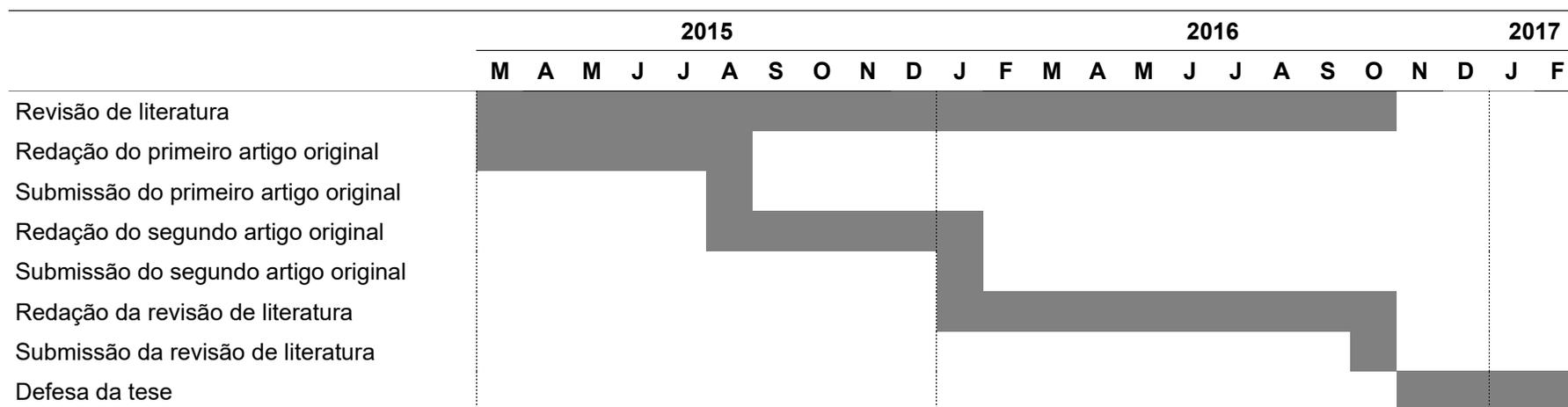


Tabela 8: Cronograma do projeto de pesquisa (parte 2 de 2)



DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados à comunidade científica através de 3 artigos, sendo um deles de revisão sistemática. Também serão divulgados à sociedade na forma de notas à imprensa, e relatório à Secretaria Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde.

FINANCIAMENTO

A pesquisa foi financiada com recursos do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 26 de 2006 – Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina; e pelo Edital FAPERGS/MS/CNPq/SESRS PPSUS/RS 07/0078.2.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2007 Jun.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro (RJ): Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010a mar.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos de saúde no Brasil: um estudo a partir da PNAD 2008. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. 2010B jun;9–28.

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático: saúde suplementar. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 122 p.

Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1421–30.

Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para Discussão. 1998;599:1–80.

Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995 Mar;36(1):1–10.

Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d' Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1939–50.

Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):951–65.

Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):329–39. DOI:10.1590/S1413-81232001000200005

Barreto IF Jr, Ferreira MP, Silva ZP. Pesquisa de Condições de Vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. *São Paulo Perspect*. 2008;22(2):5–18.

Barros AJD, Bastos JL, Dâmaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27:s254–s262.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911–26.

Biancarelli A. Pacientes organizados têm mais benefícios. *Folha de São Paulo*. São Paulo (SP); 2003 abr 13. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1304200308.htm>

Bos AM. Health care provider choice and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):41–50.

Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1501–10.

Dias da Costa JS, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4):360–9.

Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 300 p.

Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):405–16.

Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):585–98.

Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, Barbosa PR, Lima SML. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):487–500.

Gérvás J, Pérez Fernández M. Organização da Atenção Primária à Saúde em outros países. In: Gusso Diniz Franco G, Lopes JMC, editores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012. p. 42–51.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza PRB Jr, Szwarcwald CL. [Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil, 2003]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:S109–S118.

Hernandes ESC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1030–8.

Institute of Medicine (U.S.). Research, Practice and Policy Board. Committee on Health and Behavior. Chapter 4: Social Risk Factors. Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000. p. 138–78.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 1998: Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.

Kilsztajn S, Silva DF, Camara MB, Ferreira VS. Grau de cobertura dos planos de saúde e distribuição regional do gasto público em saúde. *Saúde Soc.* 2001;10(2):35–46.

Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. *Annu Rev Public Health.* 1997;18(1):341–78.

Lima Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(4):857–64.

Lima Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(1):177–86.

Lima Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):941–50.

Machado AF, Andrade MV, Maia AC. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):758–68.

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;27(1):57–66.

Médici AC. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev Adm Pública*. 1992;26(2):79–115.1.

Mendonça MK. Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade [Tese (doutorado)]. [São Paulo (SP)]: Universidade de São Paulo; 2008. 380 p.

Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819–32.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:S77–S87.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1639–46.

Ocké Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serviço Público*. 2000;51(1):124–47.

Oliveira CMF. Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde [Dissertação (mestrado)]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778–97.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2907–17.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, Campos MTF. Análise do perfil socio sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Méd Minas Gerais*. 2010;20(1):5–15.

Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, Junqueira V, Rocha JL, Barboza R, Cortizo CT, Martins LC, Luiz OC. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Apr;12(2):351–62.

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.

Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85–98.

Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011–22.

Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13(7):689–703.

Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(1):44–9.

Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003–2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807–16.

Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):123–36.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Zymler B. Relatório Sistêmico da Saúde – FiscSaúde. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União; 2014 Mar. Relatório TC 032.624/2013-1. Disponível em: http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf

Unger RM. A classe média e o social. Folha de São Paulo. São Paulo (SP); 1998 mar 3. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz03039807.htm>

Ventura RN, Puccini RF, Silva NN, Silva EMK, Oliveira EM. A expressão da vulnerabilidade na mortalidade infantil no município do Embu. *Sao Paulo Medical Journal*. 2008;126(5):262–8.

Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):497–502.

Viacava F, Souza PRB Jr, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:S119–S128.

Vianna SM (org.). Atenção de alta complexidade do SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2005. 160 p.

Yazlle Rocha JS, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(5):479–87.

APÊNDICE A – CHAVES DE BUSCA

LILACS

#1: MH:N03.219.521.576.343\$ OR MH:SP9.110.010\$ OR
MH:N04.452.758.244\$

#2: "planos de pré-pagamento" OR "plano de pré-pagamento" OR "planos de saúde" OR "plano de saúde" OR "planos privados de saúde" OR "plano privado de saúde" OR "planos de assistência à saúde" OR "plano de assistência à saúde" OR "planos privados de assistência à saúde" OR "plano privado de assistência à saúde" OR "planos próprios de saúde" OR "plano próprio de saúde"

#3: "planos ambulatoriais" OR "plano ambulatorial" OR "planos hospitalares" OR "plano hospitalar" OR "planos de referência" OR "plano de referência"

#4: "planos coletivos" OR "plano coletivo" OR "planos empresariais" OR "plano empresarial" OR "planos por adesão" OR "plano por adesão" OR "planos individuais" OR "plano individual" OR "plano familiar" OR "planos familiares"

#5: "modalidade de operadora" OR "modalidade da operadora" OR "modalidade das operadoras" OR "modalidades das operadoras" OR "operadoras de saúde" OR "operadora de saúde" OR "operadoras médico-hospitalares" OR "operadora médico-hospitalar"

#6: "autogestão" OR "autogestões" OR "cooperativas médicas" OR "cooperativa médica" OR ("modalidade" AND "filantropia") OR "medicinas de grupo" OR "medicina de grupo" OR "seguradoras especializadas em saúde" OR "seguradora especializada em saúde" OR "seguradoras de saúde" OR "seguradora de saúde" OR "seguradoras em saúde" OR "seguradora em saúde" OR "seguros saúde" OR "seguro saúde" OR "seguros-saúde" OR "seguro-saúde"

#7: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6

MEDLINE

#1: MH:N03.219.521.576.343\$ OR MH:SP9.110.010\$ OR
MH:N04.452.758.244\$

#2: "health insurance" OR "private health plan" OR "private health plans"

#3: "health insurer" OR "private health company"

#4: "self-management" OR "medical cooperative" OR "group medicine" OR
"health maintenance organization" OR "health maintenance organizations" OR
"philanthropy" OR "group medicine" OR "health benefit plan" OR "health benefit
plans"

#5 "Brazil" OR "Brasil"

#6: (#1 OR #2 OR #3 OR #4) AND #5

RePEc

#1: "health insurance" OR "private health plan" OR "private health plans"

#2: "health insurer" OR "private health company"

#3: "self-management" OR "medical cooperative" OR "group medicine" OR
"health maintenance organization" OR "health maintenance organizations" OR
"philanthropy" OR "group medicine" OR "health benefit plan" OR "health benefit
plans"

#4 "Brazil" OR "Brasil"

#5: (#1 OR #2 OR #3) AND #4

Outra chave de busca: #4 dentre os documentos JEL I13 – “Health insurance, public or private”.

EconLit

#1: I13.cc

#2: "health insurance" OR "private health plan" OR "private health plans"

#3: "health insurer" OR "private health company"

#4: "self-management" OR "medical cooperative" OR "group medicine" OR "health maintenance organization" OR "health maintenance organizations" OR "philanthropy" OR "group medicine" OR "health benefit plan" OR "health benefit plans"

#5 "Brazil" OR "Brasil"

#6: (#1 OR (#2 OR #3 OR #4).mp.) AND (#5).mp.

3 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

O presente relatório de trabalho de campo descreve a pesquisa que coletou os dados utilizados nos dois primeiros artigos desta tese. O doutorando não participou do trabalho de campo, nem nesta pesquisa nem em outra desenvolvida pelo PPGE.

A pesquisa “A utilização do SUS pela população: um estudo etno-epidemiológico do processo de autoexclusão do sistema”, foi conduzido em 2007 e 2008 sob a coordenação dos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros, Helen Gonçalves da Silva, e Andréa Homsí Dâmaso. Seu objetivo foi descrever a utilização de serviços de saúde, avaliar a cobertura por plano de saúde, estimar os gastos privados com saúde, estudar a percepção das pessoas sobre os serviços públicos e privados, explorar as estratégias de busca e utilização dos sistemas de saúde, e investigar a avaliação que as equipes da ESF faziam das diretrizes frente a realidade local. A pesquisa utilizou uma combinação de antropologia e epidemiologia para abordar gerentes, funcionários e população adscrita às unidades básicas de saúde (UBS) da área urbana de Pelotas que implementam a estratégia Saúde da Família.

Descreve-se a seguir o trabalho de campo do componente epidemiológico da pesquisa, particularmente com relação ao inquérito domiciliar na área de abrangência das UBS. O planejamento do trabalho de campo contou com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, que informou a distribuição das equipes da ESF entre as UBS, e a distribuição geográfica das microáreas dos agentes comunitários de saúde (ACS), das áreas das equipes da ESF e do território de abrangência das UBS.

Quando o trabalho de campo se iniciou, no fim de 2007, Pelotas em sua zona urbana contava com 23 equipes da ESF, distribuídas entre 11 UBS. Uma dessas equipes, em uma UBS que tinha quatro equipes, foi escolhida para o estudo piloto, e portanto excluída do estudo principal. Três outras equipes, com menor população adscrita, foram excluídas do estudo principal devido a considerações logísticas. A área das 19 equipes restantes era dividida em 101 microáreas, mas em

algumas delas não havia ACS para orientar o trabalho de campo. Dessa forma, o inquérito domiciliar foi realizado em 81 microáreas, pertencentes a 19 equipes da ESF, distribuídas entre 11 UBS.

Em cada microárea, o primeiro domicílio incluído no inquérito domiciliar foi o domicílio seguinte a um outro, escolhido por sorteio simples a partir do cadastro das famílias na UBS. Seguindo-se sempre da frente para o fundo dos terrenos, e da direita para a esquerda do observador posicionado em frente aos quarteirões, os domicílios seguintes foram selecionados pulando-se cinco domicílios e selecionando-se o sexto, até completar a amostra da microárea. Em cada domicílio selecionado, todas as pessoas residentes foram convidadas a participar da pesquisa. O número de domicílios selecionados em cada microáreas foi aquele suficiente para atingir o tamanho amostral de adultos e de idosos para a microárea. O tamanho total da amostra foi dividido entre as microáreas proporcionalmente ao tamanho da população adscrita em cada uma delas.

Os dados foram coletados por entrevista estruturada, utilizando dois questionários, um domiciliar e outro individual. Os questionários foram aplicados por uma equipe de entrevistadoras, com segundo grau completo, treinadas especificamente para a pesquisa, e sua supervisora era mestre em epidemiologia. O questionário domiciliar foi respondido pelo membro da família que melhor pudesse fornecer as informações, e cada membro da família respondeu ao questionário que lhe dizia respeito. A exceção foram exceção de crianças e adolescentes com menos de quinze anos de idade, cujos questionários foram respondidos pelos responsáveis.

Os questionários eram compostos por múltiplos módulos. As questões foram extraídas de outros inquéritos domiciliares quanto possível, mas também foram adaptadas com base no estudo piloto para garantir a compreensão pela população de estudo. O questionário domiciliar continha questões sobre identificação do domicílio e de seus membros; condições de moradia e bens de consumo; situação de cadastro e seguimento pelo ACS; necessidade e provimento de visita domiciliar por outros profissionais da ESF; gastos com saúde; e cobertura por plano de saúde. Já o questionário individual continha questões sobre identificação e características demográficas; renda individual; cobertura por plano de saúde; condição de saúde;

experiência da última consulta médica; recebimento de prescrição, e obtenção, de medicamentos; experiência de utilização da UBS.

Os domicílios foram visitados até três vezes, em horários e dias da semana diferentes, em caso de impossibilidade de contato ou recusa. A supervisora conferiu 25% das entrevistas, sendo 20% por telefone e 5% presencialmente, para garantir que os dados tivessem sido devidamente coletados. Ao longo do trabalho de campo, os dados foram digitados em duplicata, a supervisora verificou extensivamente sua consistência interna, e as entrevistadoras retornaram aos domicílios quando qualquer esclarecimento fosse necessário.

4 ARTIGO 1

COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE OU CARTÃO DE DESCONTO: INQUÉRITO DOMICILIAR NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

(Artigo aprovado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública)

Autores:

1. Leonardo Ferreira Fontenelle – leonardof@leonardof.med.br, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Definiu o objetivo do estudo, analisou os dados, discutiu os resultados e rascunhou o manuscrito.
2. Maria Beatriz Junqueira de Camargo – bia.jcamargo@gmail.com, +55 (53) 3225-6741 R.125. Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Rua Gonçalves Chaves, 457, Pelotas, RS, CEP 96015-560, Brasil. Colaborou na análise dos dados e na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
3. Andréa Dâmaso Bertoldi – andreadamaso.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Planejou e coordenou a coleta de dados, colaborou na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
4. Helen Gonçalves – dgs.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Planejou e coordenou a coleta de dados, colaborou na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
5. Ethel Leonor Noia Maciel – ethel.maciel@gmail.com, +55 (27) 3335-7281. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde,

Departamento de Enfermagem. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, CEP 29040-091, Brasil. Colaborou na discussão dos resultados e revisou o manuscrito.

6. Aluísio J. D. Barros – abarros.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Colaborou na definição do objetivo do estudo, no seu desenho, na análise dos dados e na discussão dos resultados, revisou o manuscrito, e coordenou a coleta dos dados.

Conflitos de interesse: não

Agradecimentos: Os autores são gratos à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (RS) pela valiosa colaboração no planejamento do trabalho de campo.

Fontes de financiamento: A pesquisa foi financiada com recursos do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 26 de 2006 – Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina; e pelo Edital FAPERGS/MS/CNPq/SESRS PPSUS/RS 07/0078.2.

RESUMO

Este estudo foi desenhado para avaliar a cobertura por plano de saúde e seus motivos em uma população coberta pela estratégia Saúde da Família. Nesta análise, descrevemos a cobertura por plano de saúde, total e por tipos, e analisamos sua associação com características de saúde e sociodemográficas. Entre as 31,3% (IC 95%: 23,8–39,9) pessoas que relatavam cobertura por “plano de saúde”, 57,0% (45,2–68,0) estavam cobertas por cartões de desconto, que não oferecem qualquer tipo de cobertura para assistência médica, apenas descontos em farmácias, clínicas e hospitais. Tanto no caso dos planos de saúde quanto no dos cartões de desconto, os motivos para cobertura mais frequentemente relatados foram “para a segurança” e “para ter melhor atendimento”. Ambas as coberturas se associaram à idade (65+ versus 15–24 anos: razão de chances ajustada [RCa] de 2,98 [1,28–6,90] e 3,67

[2,22–6,07], respectivamente) e ao nível econômico (desvio padrão adicional: RCa 2,25 [1,62–3,14] e 1,96 [1,34–2,97]). Além disso, a cobertura por plano de saúde se associou à escolaridade (RCa 7,59 [4,44–13,00] para ensino superior completo e 3,74 [1,61–8,68] para nível médio completo, em comparação a menos do que ensino fundamental completo). Por outro lado, nem a cobertura por plano de saúde, nem a por cartão de desconto se mostraram associadas ao estado de saúde ou ao número de doenças diagnosticadas. Em conclusão, estudos que pretendam avaliar a cobertura por saúde suplementar deveriam ser planejados de forma a poderem distinguir entre cartões de desconto e planos de saúde formais.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Seguro Saúde; Características da População; Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou significativamente desde sua criação, mas ainda sofre problemas graves de gestão. Os serviços de atenção à saúde são mal integrados entre si, e a força de trabalho da atenção primária à saúde tem uma elevada rotatividade. Além disso, desde sua criação o SUS recebe um financiamento inferior àquele inicialmente previsto. O resultado desses problemas é que, em 2008, apenas 56% dos atendimentos médicos foram financiados pelo SUS; 19% foram financiados diretamente pelas pessoas, e 25% através de planos de saúde ¹.

Os planos de saúde médico-hospitalares surgiram no Brasil, na década de 1940, e sua cobertura tem aumentado desde então ²⁻⁴. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora essa cobertura desde 2000, quando foi criada pela Lei Federal nº 9.961 para regular o setor. A ANS estima a cobertura por plano de saúde na forma da razão entre o número de beneficiários e o tamanho da população, de forma que seu numerador conta mais de uma vez as pessoas com cobertura múltipla. De junho de 2000 a junho de 2015, essa “razão de cobertura” por planos de saúde no Brasil aumentou de 18,6% para 26,0% (dados obtidos pelo sistema ANS Tabnet – <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>).

A cobertura por plano de saúde é maior nas regiões Sul e Sudeste, nos municípios com maior porte populacional e nas áreas urbanas⁵⁻⁸. Além disso, a cobertura por plano de saúde também aumenta conforme a idade⁵⁻⁸ (com pouca diferença entre homens e mulheres⁸) e o nível socioeconômico (indicado por escolaridade, tipo de ocupação, renda familiar ou índice de bens)⁵⁻¹². Já a relação entre a cobertura por plano de saúde e as condições de saúde não é tão clara. Apesar de um estudo qualitativo ter evidenciado a necessidade de assistência à saúde como explicação para a cobertura por plano de saúde¹³, inquéritos domiciliares têm encontrado maior cobertura por plano de saúde entre as pessoas com bom estado de saúde^{7,11,12}, e associação ausente ou de pequena magnitude dessa cobertura com a presença de doenças crônicas^{7,10-12,14}. Em análises ajustadas para idade e nível socioeconômico, a cobertura se mostrou discretamente maior entre as pessoas com bom estado de saúde em dois inquéritos^{7,11}, mas moderadamente menor em outro¹².

Ao contrário dos planos de saúde, os cartões de desconto não oferecem propriamente uma cobertura para assistência médico-hospitalar ou odontológica. O que os cartões de desconto oferecem, mediante mensalidades de baixo custo, são descontos em serviços de instituições ou profissionais conveniados^{15,16}. Tipicamente, esses descontos não se aplicam a procedimentos de alto custo, como internações hospitalares ou cirurgias, porque os cartões de desconto não são obrigados a uma lista mínima de procedimentos¹⁵. Isso acontece porque, apesar de competirem com os planos de saúde pelo mesmo mercado, os cartões de desconto não são regulados pela ANS^{15,16}. Ao contrário dos planos de saúde, os cartões de desconto não foram objeto de estudo epidemiológico até o momento, sendo que frequentemente inquéritos questionam sobre adesão a planos de saúde sem qualificá-los, de forma que cartões de desconto podem ser equivocadamente computados em estimativas de cobertura por plano de saúde.

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência e as características da cobertura por cartão de desconto e plano de saúde médico-hospitalar entre pessoas residentes em área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, bem como analisar a associação entre essa cobertura e características de saúde e sociodemográficas.

MÉTODOS

Este estudo foi baseado em um inquérito domiciliar realizado na zona urbana do município de Pelotas, RS. Foram incluídas no estudo pessoas com 15 anos de idade ou mais, residentes em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é o modelo prioritário para a organização da atenção primária à saúde no Brasil ¹⁷. Esse modelo é caracterizado por equipes multidisciplinares, cada uma delas responsável por uma área de abrangência com cerca de 3 mil pessoas ¹⁷. Por sua vez, a área de abrangência de cada equipe é subdividida em microáreas, cada uma delas sob a responsabilidade de um agente comunitário de saúde (ACS) integrante da equipe ¹⁷. Cada unidade básica de saúde (UBS) pode abrigar uma ou mais equipes da ESF.

O inquérito domiciliar foi realizado entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2008, utilizando um delineamento amostral baseado em dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Na época, a zona urbana de Pelotas contava com 23 equipes da ESF, distribuídas entre 11 UBS. Quatro equipes da ESF foram excluídas da pesquisa: uma por ter sido utilizada no estudo piloto, e outras três devido ao número reduzido de famílias. As 19 equipes restantes, distribuídas entre todas as 11 UBS, abrangiam um total de 101 microáreas. Dessas 101 microáreas, 30 foram excluídas por falta de ACS para colaborar com o inquérito, restando 81 microáreas. Os domicílios foram amostrados a partir dessas 81 microáreas, proporcionalmente ao número de domicílios cadastrados. O primeiro domicílio selecionado em cada microárea foi o domicílio seguinte a um ponto de partida definido por sorteio simples no cadastro mantido pelo ACS. Seguindo-se sempre da frente para o fundo dos terrenos, e da direita para a esquerda do observador posicionado em frente aos quarteirões, os domicílios seguintes foram selecionados pulando-se cinco domicílios e selecionando-se o sexto, até os domicílios somarem o número de adultos e de idosos esperados para a amostra da microárea. Esse processo respeitou os limites geográficos das microáreas, ao mesmo tempo em que permitiu a inclusão de domicílios não cadastrados pelos ACS. Para cada domicílio selecionado, foram incluídas todas as pessoas residentes.

Cada pessoa foi abordada ao menos três vezes antes de ser considerada uma perda (por impossibilidade de contato) ou uma recusa. O único critério de exclusão da coleta de dados foi a incapacidade de participar da pesquisa, por exemplo por surdez ou demência. Na análise deste artigo foram excluídas ainda as pessoas com menos de 15 anos de idade, devido a não terem sido coletadas algumas das variáveis explanatórias.

Todas as variáveis do estudo foram obtidas a partir de um questionário abrangendo múltiplos domínios, incluindo demografia, nível econômico, condições de saúde, e vários aspectos da interação com os sistemas de saúde público (SUS) e privado. Quando possível, os itens do questionário foram extraídos de outros inquéritos domiciliares, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ¹⁸. Mesmo assim, o questionário inicial foi aprimorado com base em um estudo piloto, adequando sua linguagem ao entendimento da população. Os dados coletados passaram por um extensivo controle de qualidade, incluindo digitação dupla, verificação de consistência interna dos dados e verificação presencial ou por telefone de trechos de 25% das entrevistas. As entrevistas com alguma inconsistência foram repetidas.

As variáveis explanatórias foram agrupadas em dois níveis de um modelo hierárquico de análise ¹⁹. No primeiro nível hierárquico ficaram as variáveis sociodemográficas: faixa etária, sexo, cor da pele (autorrelatada e classificada em branca, parda e preta), situação conjugal, escolaridade e nível econômico (indicado por um índice baseado em bens, o Índice Econômico Nacional ²⁰ [IEN], padronizado). No segundo nível hierárquico ficaram as variáveis de condições de saúde: bom estado de saúde (autoavaliado) e número de diagnósticos médicos referidos (*diabetes mellitus*; hipertensão arterial; cardiopatia; doença cerebrovascular; ansiedade e/ou depressão; artropatia; lombalgia; câncer; asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica).

A cobertura por plano de saúde foi definida para cada pessoa a partir da resposta à pergunta “O(a) senhor(a) é coberto(a) por plano de saúde?” e da listagem, pela pessoa, do nome dos “planos de saúde” pelos quais referia estar coberta. Cada “plano de saúde” foi classificado como cartão de desconto ou plano

de saúde após investigação cuidadosa de cada empresa citada em relação aos contratos e coberturas oferecidos. A classificação foi realizada por três *experts* (profissionais que lidavam com faturamento em serviços de saúde suplementar), e as discrepâncias foram resolvidas pelo contato com as próprias organizações nomeadas. O critério para a classificação dos “planos de saúde” foi o pagamento dos serviços de saúde suplementar. Os planos foram classificados como cartão de desconto no caso de desembolso direto (pagamento do próprio bolso), e como plano de saúde no caso de pagamento pela operadora do plano de saúde, independente da existência de algum tipo de copagamento (frequentemente utilizado pelas operadoras como moderador de utilização). Depois de os “planos de saúde” terem sido classificados em planos de saúde propriamente ditos ou em cartões de desconto, a cobertura de cada pessoa foi categorizada como sem cobertura, cartão de desconto ou plano de saúde. Pessoas cobertas por um ou mais planos de saúde foram classificadas como cobertas por plano de saúde, mesmo que também estivessem cobertas por cartão de desconto.

Foi investigado também o principal motivo para a cobertura por “plano de saúde” (cartão de desconto ou plano de saúde propriamente dito), relatado livremente pelos participantes, e codificado *a posteriori*. O caráter empresarial foi classificado a partir da pergunta “Esse plano é pago por quem?”. Os “planos de saúde” foram considerados empresariais caso a pessoa respondesse “empresa (oferece)”, ao invés de “morador do domicílio” ou “outra pessoa que não mora no domicílio”.

A associação entre as variáveis explanatórias e a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde foi inicialmente descrita através de proporções, e então analisada através de razões de chances (*odds ratios*) e seus intervalos de confiança (IC), obtidos por regressão logística multinomial simples. A regressão logística multinomial é uma extensão da regressão logística que admite variáveis de resposta com múltiplos níveis, não ordenados. As razões de chances estimadas pela regressão logística multinomial têm a mesma interpretação das razões de chances estimadas por duas ou mais regressões logísticas, cada uma delas comparando um nível diferente da variável de resposta com o mesmo nível de referência da variável de resposta. No caso deste estudo, o nível de referência da variável de resposta foi

a ausência de cobertura, e os outros níveis foram a cobertura por cartão de desconto e a cobertura por plano de saúde.

Depois da regressão logística multinomial simples, realizou-se a regressão logística multinomial múltipla. As variáveis do primeiro nível hierárquico (sociodemográficas) foram introduzidas simultaneamente e então eliminadas uma a uma, iniciando com aquela com o maior valor p , até que todas as variáveis tivessem $p < 5\%$. A seguir, foram introduzidas as variáveis do segundo nível hierárquico (condições de saúde), repetindo-se entre estas a eliminação para trás.

No caso do IEN padronizado e do número de diagnósticos médicos referidos, foi verificada a linearidade de sua associação com a cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto. Para isso, foram introduzidos no modelo de regressão termos quadráticos, cuja significância foi interpretada como evidência de fuga da linearidade.

O tamanho da amostra foi escolhido inicialmente com propósitos descritivos. Estimou-se que 422 idosos e 422 adultos mais jovens seriam o suficiente para estimar, em cada uma das faixas etárias, prevalências de 50% com uma margem de erro de 5 pontos percentuais, mesmo com uma proporção de recusas de até 10%. Como nesta análise foram incluídos também os adolescentes com 15 anos de idade ou mais, a amostra foi ainda maior.

As análises foram realizadas com o software estatístico Stata 13. O prefixo `svy` foi utilizado para corrigir as análises pelo efeito do delineamento amostral, considerando a UBS como unidade primária de análise e atribuindo pesos iguais a todas as observações, visto que foi utilizada uma amostra autoponderada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (ofício nº 133/2006), e pela Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Todos os participantes foram entrevistados apenas após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Durante o trabalho de campo foram selecionados 550 domicílios, nos quais residiam 1.491 pessoas. Entre estas, houve 22 recusas, 13 exclusões por incapacidade de participar e duas perdas por impossibilidade de contato. Nesta análise, 369 pessoas não foram incluídas por terem menos de 15 anos de idade, de forma que a amostra consistiu em 1.085 pessoas. A idade mediana foi 45 anos (variando de 15 a 95); houve predomínio de pessoas do sexo feminino (53,8%), sem ensino fundamental completo (68,2%) e que relatavam bom estado de saúde (58,7%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características da amostra e distribuição da cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde em pessoas com 15 anos de idade ou mais residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família na área urbana de Pelotas, 2008

	Total (%)	Tipo de cobertura*		
		Sem cobertura (%)	Cartão de desconto (%)	Plano de saúde (%)
Idade				
15 a 24 anos	196 (18,1%)	145 (74,4%)	25 (12,8%)	25 (12,8%)
25 a 44 anos	333 (30,7%)	245 (74,7%)	41 (12,5%)	42 (12,8%)
45 a 64 anos	341 (80,2%)	225 (68,4%)	61 (18,5%)	43 (13,1%)
65 ou mais anos	215 (18,8%)	130 (62,8%)	52 (25,1%)	25 (12,1%)
Sexo				
Masculino	501 (46,2%)	356 (72,2%)	82 (16,6%)	55 (11,2%)
Feminino	584 (53,8%)	389 (68,7%)	97 (17,1%)	80 (14,1%)
Situação conjugal				
Casado	665 (61,4%)	441 (67,7%)	123 (18,9%)	87 (13,4%)
Solteiro	216 (19,9%)	165 (76,7%)	29 (13,5%)	21 (9,8%)
Separado	74 (6,8%)	59 (80,8%)	7 (9,6%)	7 (9,6%)
Viúvo	128 (11,9%)	79 (66,9%)	19 (16,1%)	20 (16,9%)
Cor da pele				

	Total (%)	Tipo de cobertura*		
		Sem cobertura (%)	Cartão de desconto (%)	Plano de saúde (%)
Branca**	721 (66,6%)	477 (68,5%)	128 (18,4%)	91 (13,1%)
Parda	166 (15,3%)	128 (77,1%)	22 (13,2%)	16 (9,6%)
Preta	196 (18,1%)	138 (70,8%)	29 (14,9%)	28 (14,4%)
Escolaridade				
Menos que fundamental completo	735 (68,2%)	537 (75,3%)	117 (16,4%)	59 (8,3%)
Fundamental completo	163 (15,1%)	113 (70,2%)	31 (19,2%)	17 (10,6%)
Médio completo	161 (14,9%)	85 (53,5%)	28 (17,6%)	46 (28,9%)
Superior completo	18 (1,7%)	5 (27,8%)	2 (11,1%)	11 (61,1%)
Quintis de nível econômico (IEN)				
1º (mais pobre)	217 (20,0%)	184 (86,4%)	19 (8,9%)	10 (4,7%)
2º	205 (18,9%)	164 (80,8%)	32 (15,8%)	7 (3,4%)
3º	216 (19,9%)	175 (82,9%)	16 (7,6%)	20 (9,5%)
4º	212 (19,5%)	122 (58,9%)	50 (24,1%)	35 (16,9%)
5º (mais rico)	245 (21,7%)	100 (44,4%)	62 (27,6%)	63 (28,0%)
Nº de doenças				
Nenhuma	328 (30,2%)	230 (71,4%)	50 (15,5%)	42 (13,0%)
1 a 2	461 (42,5%)	324 (71,2%)	72 (15,8%)	59 (13,0%)
3 a 9	296 (27,3%)	191 (67,7%)	57 (20,2%)	34 (12,1%)
Bom estado de saúde				
Não	448 (41,3%)	312 (71,2%)	78 (17,8%)	48 (11,0%)
Sim	637 (58,7%)	433 (69,7%)	101 (16,3%)	87 (14,0%)
Total	1085	745 (70,4%)	179 (16,9%)	135 (12,7%)

IEN, Indicador Econômico Nacional * 26 participantes não puderam ter sua cobertura categorizada;

** Incluindo cor amarela (9) e indígenas (19)

A proporção de pessoas que relataram estar cobertas por plano de saúde foi de 31,3% (IC 95%: 23,8 – 39,9); dentre estas pessoas, 57,0% (IC 95%: 45,2 – 68,0) estavam cobertas exclusivamente por cartão de desconto. Assim, 12,7% (IC 95%: 7,8 – 20,1) de todas as pessoas estavam cobertas por plano de saúde e 16,9% (IC 95%: 13,6 – 20,8) apenas por cartão de desconto. Essas duas proporções não somam 31,3% porque, para 26 participantes, não foi possível classificar com segurança a cobertura como sendo por cartão de desconto ou por plano de saúde.

Nem sempre a assistência à saúde era o principal produto do cartão de desconto. Dentre os sete cartões de desconto identificados, um deles era um benefício adicional para membros da respectiva associação, e outro era um benefício adicional a um serviço de assistência funerária. Identificamos ainda um cartão de desconto que, apesar de ter a assistência à saúde como principal produto, também mantinha convênio com academias de ginástica e com profissionais liberais fora da área da saúde.

Considerando tanto os cartões de desconto quanto os planos de saúde, os motivos para cobertura mais frequentemente relatados foram “para a segurança” (36,7%, IC 95%: 28,6 – 45,7), “para ter melhor atendimento” (22,7%, IC 95%: 15,5 – 31,9) e “porque a empresa oferece” (9,6%, IC 95%: 5,1 – 17,3). Este último motivo foi mais frequente entre as pessoas cobertas por plano de saúde (15,6%; IC 95%: 7,8 – 29,0) do que entre as cobertas por cartão de desconto (5,0%; IC 95%: 1,8 – 13,0) ($p = 0,016$). De fato, a proporção de “planos de saúde” empresariais (oferecidos pelo empregador) foi maior entre os planos de saúde propriamente ditos (36,5%) do que entre os cartões de desconto (20,9%).

Tanto a cobertura por plano de saúde quanto a cobertura por cartão de desconto aumentaram conforme o nível econômico (Tabela 2). A cobertura por cartão de desconto aumentou discretamente com a faixa etária, e a cobertura por plano de saúde aumentou com a escolaridade, de 8,3% (IC 95%: 5,7 – 11,9) entre as pessoas sem o ensino fundamental completo até 61,1% (IC 95%: 30,5 – 84,9) entre aquelas com o ensino superior completo (razão de chances 20,0; IC 95%: 7,36 – 54,44) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 2: Regressão logística multinomial simples da cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde em pessoas com 15 anos de idade ou mais residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família na área urbana de Pelotas, 2008

	Tipo de cobertura			
	Cartão de desconto		Plano de saúde	
	Razão de chances	IC 95%	Razão de chances	IC 95%
Idade (p = 0,16)				
15 a 24 anos	1	-	1	-
25 a 44 anos	0,97	0,53; 1,79	0,99	0,64; 1,54
45 a 64 anos	1,57	0,67; 3,69	1,11	0,73; 1,67
65 ou mais anos	2,32	1,46; 3,68	1,11	0,61; 2,04
Sexo (p = 0,38)				
Masculino	1	-	1	-
Feminino	1,08	0,84; 1,39	1,33	0,84; 2,10
Situação conjugal (p = 0,18)				
Casado	1	-	1	-
Solteiro	0,63	0,32; 1,25	0,64	0,43; 0,96
Separado	0,42	0,17; 1,04	0,60	0,19; 1,91
Viúvo	0,86	0,42; 1,75	1,28	0,84; 1,95
Cor da pele (p = 0,18)				
Branca	1	-	1	-
Parda	0,64	0,38; 1,07	0,65	0,38; 1,14
Preta	0,78	0,38; 1,59	1,06	0,49; 2,32
Escolaridade (p = 0,02)				
Menos que fundamental	1	-	1	-
Fundamental completo	1,26	0,74; 2,15	1,37	0,85; 2,20
Médio completo	1,51	0,77; 2,96	4,92	2,35; 10,34
Superior completo	1,84	0,22; 15,4	20,0	7,36; 54,44
Nível econômico (IEN) (+ 1 DP) (p < 0,001)	1,90	1,35; 2,67	2,63	1,84; 3,76
Nº de doenças (p = 0,68)	1,05	0,93; 1,18	1,03	0,91; 1,16
Bom estado de saúde (p = 0,43)				
Não	1,07	0,74; 1,55	0,77	0,50; 1,16
Sim	1	-	1	-

DP, desvio padrão; IC, intervalo de confiança; IEN, Indicador Econômico Nacional. A categoria de referência da variável "tipo de cobertura" é "sem cobertura".

Na análise por regressão múltipla, a idade e o nível econômico se mostraram positivamente associados tanto à cobertura por plano de saúde quanto à cobertura por cartão de desconto (Tabela 3). A escolaridade se manteve associada apenas à cobertura por plano de saúde, com uma razão de chances ajustada de 7,59 (IC 95%: 4,44 – 13,00) para o ensino superior completo e de 3,74 (IC 95%: 1,61 – 8,68) para o ensino médio completo, em comparação ao grupo com menos do que ensino fundamental.

Tabela 3: Regressão logística multinomial múltipla da cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde em pessoas com 15 anos de idade ou mais residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família na área urbana de Pelotas, 2008

	Tipo de cobertura			
	Cartão de desconto		Plano de saúde	
	Razão de chances	IC 95%	Razão de chances	IC 95%
Idade (p = 0,013)				
15 a 24 anos	1	-	1	-
25 a 44 anos	1,04	0,52; 2,07	1,09	0,61; 1,92
45 a 64 anos	1,88	0,77; 4,59	1,71	0,77; 3,76
65 ou mais anos	3,67	2,22; 6,07	2,98	1,28; 6,90
Escolaridade (p = 0,004)				
Menos que fundamental	1	-	1	-
Fundamental completo	1,35	0,73; 2,52	1,25	0,61; 2,57
Médio completo	1,43	0,66; 3,10	3,74	1,61; 8,68
Superior completo	0,93	0,09; 9,19	7,59	4,44; 13,0
Nível econômico (IEN) (+ 1 DP) (p = 0,001)	1,96	1,34; 2,97	2,25	1,62; 3,14

DP, desvio padrão; IC, intervalo de confiança; IEN, Indicador Econômico Nacional. A categoria de referência da variável “tipo de cobertura” é “sem cobertura”.

Tanto na análise bruta (Tabela 2) quanto na ajustada, as variáveis relativas às condições de saúde não se mostraram associadas à cobertura por cartão de desconto ou por plano de saúde. Ter um diagnóstico médico a mais correspondeu a uma razão de chances ajustada de 0,95 (IC 95%: 0,81 – 1,11) para cobertura por cartão de desconto e de 1,10 (IC 95%: 0,95 – 1,28) para cobertura por plano de saúde (p = 0,19). Não ter um bom estado de saúde correspondeu a uma razão de

chances ajustada de 1,03 (IC 95%: 0,70 – 1,50) para cobertura por cartão de desconto e de 0,91 (IC 95%: 0,56 – 1,49) para cobertura por plano de saúde ($p = 0,91$).

A Figura 1 mostra como a cobertura por cartão de desconto e plano de saúde varia por grupos de escolaridade e por nível econômico (contínuo). Pela figura vemos que indivíduos com escolaridade de nível fundamental (completo ou incompleto) têm padrão muito similar. A cobertura por cartão de desconto diminui progressivamente entre indivíduos com ensino médio completo e superior completo. De forma inversa, a cobertura por plano de saúde aumenta progressivamente com maior escolaridade. O efeito do nível econômico sobre cobertura por cartão de desconto é bastante mais marcado entre os dois grupos de escolaridade mais baixa. Entre indivíduos de nível superior completo, a cobertura por cartão de desconto se mantém baixa e estável. Sobre a cobertura de plano de saúde, o efeito de nível econômico é bastante maior, sendo que a figura indica um aumento marcado de cobertura, passando, entre os indivíduos com ensino médio completo, de cerca de 20% para os de nível econômico na média da distribuição para mais de 60% no topo da distribuição de riqueza.

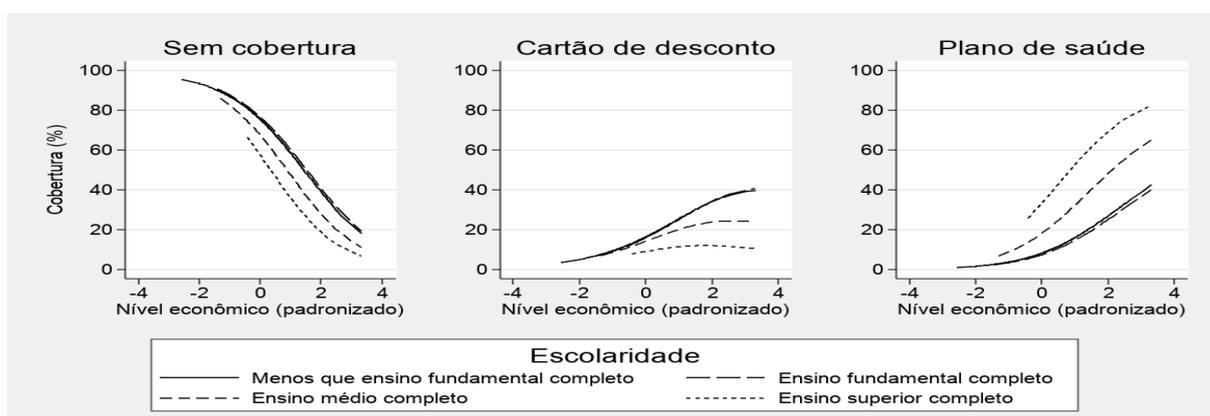


Figura 1: Distribuição da cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde conforme escolaridade e nível econômico (Índice Econômico Nacional – IEN) em pessoas com 15 anos de idade ou mais residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família na área urbana de Pelotas, 2008

DISCUSSÃO

O principal achado deste inquérito domiciliar, realizado na área de abrangência da ESF da zona urbana de Pelotas, foi que 57% das pessoas que

relatavam estar cobertas por plano de saúde estavam efetivamente cobertas por cartão de desconto. Tanto para os cartões de desconto quanto para os planos de saúde, os principais motivos para a cobertura mais frequentemente relatados foram “para a segurança” e “para melhor atendimento”. Ambas as coberturas foram positivamente associadas à faixa etária e ao nível econômico (IEN), e nenhuma das coberturas se mostrou associada às características de saúde avaliadas (número de diagnósticos médicos referidos e estado de saúde autoavaliado). A escolaridade se associou positivamente à cobertura por plano de saúde e, como ilustrado na Figura 1, as pessoas com maior escolaridade tiveram menor probabilidade de estarem cobertas por cartão de desconto ou de não estarem cobertas por qualquer uma das duas opções.

Os achados deste estudo sugerem que tanto os cartões de desconto quanto os planos de saúde tenham a sua cobertura explicada pela capacidade de pagamento das famílias (nível econômico), pela expectativa de necessitar da cobertura (faixa etária) e pela percepção do SUS como uma alternativa inferior (principais motivos relatados), mas não necessariamente pela efetiva necessidade atual (número de diagnósticos médicos, estado de saúde). Em linhas gerais, isso está de acordo com as conclusões de outros inquéritos realizados no Brasil⁶⁻¹¹, além de um estudo qualitativo¹³.

No caso específico dos planos de saúde, sua maior cobertura entre pessoas com maior escolaridade é um achado recorrente em estudos na área^{5-7,9-12,21}. A escolaridade é um importante indicador de nível socioeconômico^{22,23}, e implica diretamente em ocupação e renda^{22,23}, que por sua vez estão fortemente associadas à cobertura por plano de saúde^{7-9,11,12,24}. Além disso, a escolaridade está positivamente associada a uma série de comportamentos saudáveis, como abster-se do tabagismo, ingerir frutas, verduras e legumes, praticar atividade física durante o lazer e passar por exames de rastreamento⁵. De fato, Bahia e colaboradores¹¹ observaram que a escolaridade estava principalmente associada não à cobertura por plano de saúde empresarial, mas sim à cobertura por plano de saúde individual, o que sugere que a ocupação não seja a principal explicação para a maior cobertura entre pessoas com maior escolaridade. No presente estudo, como o nível econômico das famílias foi avaliado através do IEN (um indicador composto que

inclui a escolaridade do responsável pela família entre seus itens ²⁰), é pouco provável que a renda familiar atual seja a principal explicação para a associação entre a escolaridade das pessoas e sua cobertura por plano de saúde. Dessa forma, associação entre escolaridade e cobertura por plano de saúde neste estudo é mais provavelmente explicada por uma combinação de (1) acesso a empregos formais e (2) diferentes prioridades com relação à seguridade em saúde. Note-se que, ao contrário da idade e do nível econômico, a escolaridade não se associou à cobertura por cartão de desconto. Seria desejável confirmar esse achado em inquéritos posteriores, e explicá-lo através de estudos qualitativos.

No caso específico dos cartões de desconto, é possível que sua cobertura seja em parte explicada pela expectativa de necessitar de assistência funerária, e não apenas de assistência à saúde: neste estudo, o cartão de desconto com o maior número de pessoas cobertas era um benefício adicional a um plano funerário.

É digno de nota que nem a cobertura por plano de saúde, nem a cobertura por cartão de desconto tenham guardado relação com as condições de saúde estudadas (estado de saúde e número de diagnósticos médicos). As razões de chances estimadas neste estudo são semelhantes àsquelas encontradas nas análises ajustadas de Bahia e colaboradores ¹¹, ao estudarem a cobertura por plano de saúde individual versus ausência de cobertura na PNAD 1998, e de Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald ⁷, ao estudarem a cobertura por qualquer plano de saúde na Pesquisa Mundial de Saúde, de 2006. É provável, portanto, que a falta de significância estatística neste estudo se deva ao menor tamanho de sua amostra. De qualquer forma, tanto neste estudo quanto naqueles citados ^{7,11} as razões de chance estimadas foram muito baixas, reforçando que as diferenças em cobertura por plano de saúde e cartão de desconto sejam explicadas principalmente por características predisponentes e facilitadoras, e não por características de necessidade. Já em um estudo da coorte de Bambuí, Lima Costa e colaboradores ¹² relataram associação positiva entre a cobertura por plano de saúde e o estado de saúde, uma discordância que é possivelmente atribuível à diferença de faixa etária (a coorte de Bambuí é restrita a idosos). De qualquer forma, os resultados de Lima Costa e colaboradores ¹² corroboram a noção de que a necessidade atual de assistência à

saúde não seja, em geral, a principal explicação para a cobertura por plano de saúde.

Embora este inquérito domiciliar tenha sido desenhado especificamente para entender as estratégias de busca e utilização de serviços por uma população coberta pela ESF, ele também incluiu um levantamento detalhado sobre planos de saúde, oferecendo uma perspectiva única sobre os tipos de cobertura. O inquérito domiciliar foi representativo da população de estudo, graças não apenas a seu plano amostral, mas também à sua baixa proporção de perdas e recusas e ao seu extensivo controle de qualidade. No entanto, assim como em outros estudos epidemiológicos e inquéritos populacionais, os dados deste inquérito domiciliar foram relatados pelas pessoas entrevistadas, as quais poderiam incorrer em erro de informação. É provável, portanto, que em algum grau os detalhes da cobertura por plano de saúde tenham escapado aos entrevistados.

Os resultados deste estudo são provavelmente generalizáveis para o resto do país, pois existem cartões de desconto em outros estados ^{15,16}. A realização deste estudo em um único município não é necessariamente um problema, já que outros estudos realizados neste mesmo município de porte médio têm encontrado resultados semelhantes aos de estudos de abrangência nacional ²⁵⁻²⁷. Além disso, acreditamos que a realização deste estudo na área de abrangência da ESF não tenha influenciado os resultados quanto aos motivos para a adesão a cartão de desconto e plano de saúde, que eram o nosso principal objetivo nesta análise. Essa suposição é reforçada pela semelhança entre a amostra e a população do município quanto à cobertura por plano de saúde e à proporção de planos de saúde empresariais. Utilizando a população estimada pelo IBGE para o município em 2007 e o número de vínculos de plano de saúde no município em setembro do mesmo ano de acordo com a ANS, estima-se uma razão de cobertura de 13,3%, frente à proporção de cobertura de 12,7% neste estudo. Além disso, calcula-se, a partir desses dados da ANS, que 40,2% dos vínculos de plano de saúde sejam empresariais, frente a 36,5% neste estudo.

Conclusão

Pelo que sabemos, este foi o primeiro estudo epidemiológico capaz de diferenciar cartões de desconto de planos de saúde. Ao falhar em fazer essa distinção, é presumível que estudos anteriores tenham tido suas estimativas de cobertura por plano de saúde superestimadas. Também é presumível que as associações descritas em estudos anteriores reflitam mais propriamente o conjunto de cartão de desconto e plano de saúde do que um ou outro. Isso sugere ser importante que novos estudos sobre a cobertura por plano de saúde tenham seus questionários explicitamente construídos para poderem diferenciar os dois tipos de cobertura. Somente desse modo será possível compreender melhor tanto as implicações da cobertura por plano de saúde quanto aquelas da cobertura por cartão de desconto.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1778–97.
2. Almeida C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. *Texto Para Discussão*. 1998;599:1–80.
3. Ocké-Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serviço Público*. 2000;51(1):124–47.
4. Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):329–39.
5. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2011–22.
6. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):85–98.
7. Viacava F, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:S119–28.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 250 p.
9. Machado AF, Andrade MV, Maia AC. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):758–68.
10. Hernandez ESC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF. Health insurance coverage of the elderly and socioepidemiological characteristics associated. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1030–8.
11. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):671–86.
12. Lima Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):177–86.
13. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):405–16.
14. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911–26.
15. Salvatori RT, Ventura CAA. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organ Soc*. 2012;19(62):471–88.
16. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1463–75.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.
18. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Supl. 1):98–112.
19. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224–7.
20. Barros AJD, Victora CG. A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):523–9.
21. Lima Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre

- adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):957–64.
22. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7–12.
 23. Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, Onwujekwe O, et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *Int J Epidemiol*. 2012;41(3):871–86.
 24. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):585–98.
 25. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):372–8.
 26. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1894–906.
 27. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2594–606.

ACEITE

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

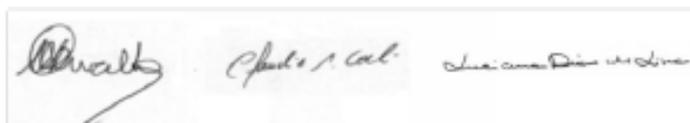
Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2016.

Ilmo(a) Sr(a). Leonardo Ferreira Fontenelle:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Maria Beatriz Junqueira de Camargo, Andréa Dâmaso Bertoldi, Helen Gonçalves, Ethel Leonor Noia Maciel, Aluísio J D Barros, intitulado "Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



Marília Sá Carvalho

Cláudia Medica Coeli

Luciana Dias de Lima
Editoras

5 ARTIGO 2

UTILIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ESF CONFORME A COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE

(Aprovado para publicação pela Revista de Saúde Pública.)

Autores:

1. Leonardo Ferreira Fontenelle – leonardof@leonardof.med.br, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Definiu o objetivo do estudo, analisou os dados, discutiu os resultados e rascunhou o manuscrito.
2. Maria Beatriz Junqueira de Camargo – bia.jcamargo@gmail.com, +55 (53) 3225-6741 R.125. Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Rua Gonçalves Chaves, 457, Pelotas, RS, CEP 96015-560, Brasil. Colaborou na análise dos dados e na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
3. Andréa Dâmaso Bertoldi – andreadamaso.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Planejou e coordenou a coleta de dados, colaborou na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
4. Helen Gonçalves – dgs.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Planejou e coordenou a coleta de dados, colaborou na discussão dos resultados, e revisou o manuscrito.
5. Ethel Leonor Noia Maciel – ethel.maciel@gmail.com, +55 (27) 3335-7281. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe,

Vitória, ES, CEP 29040-091, Brasil. Colaborou na discussão dos resultados e revisou o manuscrito.

6. Aluísio J. D. Barros – abarros.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 — 3º Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Colaborou na definição do objetivo do estudo, no seu desenho, na análise dos dados e na discussão dos resultados, revisou o manuscrito, e coordenou a coleta dos dados.

Conflitos de interesse: não

Fontes de financiamento: A pesquisa foi financiada com recursos do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 26 de 2006 – Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina; e pelo Edital FAPERGS/MS/CNPq/SESRS PPSUS/RS 07/0078.2.

RESUMO

Objetivo: Descrever a utilização de unidades básicas de saúde (UBS) conforme a cobertura por cartão de desconto e plano de saúde. **Métodos:** Realizou-se um inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Pelotas (RS), entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2008, incluindo pessoas de todas as faixas etárias. A frequência de busca por atendimento (médico ou não) na UBS nos últimos seis meses e a prevalência do uso da UBS para a última consulta médica (caso esta tivesse sido realizada até seis meses atrás, e tivesse tido um motivo que não rotina) foram analisadas por regressão Poisson ajustada para o delineamento amostral. **Resultados:** Foram incluídas 1423 pessoas, das quais 75,6% não estavam cobertas por cartão de desconto ou plano de saúde. A frequência média da busca por atendimento (médico ou não) foi de 1,6 vez em seis meses (IC 95%, 1,3 – 2,0); essa frequência foi 55,8% menor ($p < 0,001$) entre as pessoas cobertas por plano de saúde, em comparação às pessoas sem cartão de desconto ou plano de saúde. Dentre as últimas consultas médicas, 35,8% (25,4% – 47,7%) tinham sido realizadas na UBS; essa prevalência foi 36,4% menor ($p =$

0,003) menor entre as pessoas cobertas por cartão de desconto e 87,7% menor ($p = 0,007$) entre as pessoas cobertas por plano de saúde, em comparação às pessoas com ambas as coberturas. **Conclusões:** A cobertura por plano de saúde e, em menor grau, a cobertura por cartão de desconto se associam a uma menor utilização das UBS. Isso pode ser utilizado para dimensionar a população sob a responsabilidade de cada equipe de ESF, na medida em que os agentes comunitários de saúde sejam capazes de diferenciar cartão de desconto e plano de saúde durante o cadastramento das famílias.

Descritores: Planos de Pré-pagamento em Saúde; Cartões de Desconto; Atenção Primária à Saúde/utilização; Satisfação do Paciente; Preferência do Paciente.

INTRODUÇÃO

Apesar de ser denominada de “saúde suplementar”,¹ a operação de planos privados de assistência à saúde tem efetivamente uma função “duplicada” no Brasil,²⁵ seguindo a taxonomia da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).²⁰ Uma consequência dessa função duplicada é que, em algum grau, as pessoas cobertas por plano de saúde utilizam serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) cobertos por seus planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora a utilização do SUS para internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de alto custo por pessoas cobertas por plano de saúde, e em 2015 cobrou das operadoras o ressarcimento por cerca de 500 mil atendimentos – cerca de um a cada 100 beneficiários.⁶

Inquéritos têm encontrado uma menor utilização da atenção primária do SUS entre pessoas cobertas por plano de saúde.^{7,8,12,14,18,19,23,26} É possível, no entanto, que as estimativas desses inquéritos tenham sido distorcidas por não terem tomado o cuidado de diferenciar planos de saúde de cartões de desconto. Em um inquérito domiciliar realizado em uma cidade de médio porte populacional (Pelotas), quase metade das pessoas que se diziam cobertas por plano de saúde estavam, na verdade, cobertas por cartão de desconto.¹³ Ao contrário dos planos de saúde, os cartões de desconto oferecem, mediante mensalidades de baixo custo, acesso a

uma lista de serviços de saúde remunerados através do desembolso direto pelo próprio paciente.¹³ Apesar de não oferecerem nem pré-pagamento, nem compartilhamento de risco, os cartões de desconto têm sido considerados concorrentes dos planos de saúde.^{22,24}

O objetivo deste artigo foi descrever, entre pessoas cobertas pela Estratégia Saúde da Família na zona urbana de Pelotas, a utilização das UBS conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde.

MÉTODOS

Neste estudo analisaram-se os dados de um inquérito domiciliar realizado na área de abrangência da ESF, na zona urbana de Pelotas (RS), entre dezembro de 2007 e fevereiro de 2008. O plano amostral do inquérito consistiu na amostra sistemática de domicílios microárea a microárea, proporcionalmente ao número de famílias cadastradas na ESF. Dessa forma, era possível selecionar um domicílio mesmo se ele não estivesse cadastrado. Em cada domicílio selecionado, todos os moradores foram convidados a participar do estudo, excluindo-se apenas moradores incapazes de participar, como os hospitalizados, os surdos sem tradutores ou os com demência. Os moradores participantes ou, quando necessário, seus responsáveis responderam a um questionário abrangendo múltiplos domínios: sociodemográfico, nível econômico, condições de saúde e interação com serviços públicos e privados de saúde. O questionário foi respondido preferencialmente pela própria pessoa (95% dos casos) a partir dos 15 anos de idade, e pelo pai ou mãe (94% dos casos) entre os mais jovens. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadoras com segundo grau completo, contratadas e treinadas especificamente para a pesquisa. Maiores detalhes do inquérito foram descritos em outro artigo.¹³ O inquérito foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (ofício nº 133/2006), mediante anuência da Secretaria Municipal de Saúde, que colaborou no planejamento do inquérito.

A utilização da UBS foi avaliada com relação à busca por atendimento (médico ou não médico) e à última consulta médica. Com relação à busca por

atendimento, os participantes informaram o número de vezes que buscaram qualquer atendimento, médico ou não, na UBS de seu bairro ao longo dos últimos seis meses. Os participantes que buscaram atendimento na UBS ao menos uma vez nesse período relataram livremente o principal motivo para a busca de atendimento (codificado *a posteriori*), e avaliaram o atendimento numa escala de cinco níveis (variando de “muito ruim” a “muito bom”) que foi dicotomizada em bom (muito bom e bom da resposta original) e regular/ruim (regular, ruim, muito ruim).

Com relação à última consulta médica, nos casos em que ela tivesse sido realizada havia seis meses ou menos e seu motivo não tivesse sido rotina (por exemplo, consulta de pré-natal, renovação de prescrição ou controle de doença crônica), os participantes informaram o local dessa última consulta médica, o principal motivo de escolha do local (codificado *a posteriori*) e a sua satisfação com a consulta. A satisfação com a última consulta foi avaliada por dez questões, que foram adaptadas de Kloetzel *et al.*¹⁵ através de um pré-piloto (realizado na área de abrangência de uma equipe da ESF, que não foi incluída na amostra deste estudo¹³) a fim de garantir o entendimento das perguntas pela população de estudo. Cada uma das dez questões admitia uma resposta em cinco níveis, de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”, sendo codificadas numericamente num intervalo de 0 a 10 conforme descrito por Kloetzel *et al.*¹⁵ A satisfação de cada pessoa foi descrita na forma de um escore geral, composto pela média simples das dez questões.

A exposição principal foi a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde. Conforme descrito anteriormente,¹³ essa variável foi avaliada para cada pessoa com base nos nomes dos “planos de saúde” pelo qual a pessoa relatava estar coberta. Esses nomes foram categorizados como cartões de desconto nos casos em que a assistência à saúde fosse remunerada diretamente pela própria pessoa, mediante desembolso direto. As pessoas com um ou mais planos de saúde foram categorizadas como cobertas por plano de saúde mesmo que também contassem com cartão de desconto. Neste estudo, foram excluídos da análise os participantes para os quais não foi possível verificar a natureza do “plano de saúde” relatado.

As covariáveis da análise ajustada foram a idade (0 a 14, 15 a 24, 25 a 44, 45 a 64, ou 65 ou mais anos), o sexo (masculino ou feminino), a cor da pele ou raça (dicotomizada em branca/amarela/indígena e parda/preta), o nível econômico (avaliado pelo Índice Econômico Nacional⁴ [IEN] e dividido em quintis conforme sua distribuição na amostra) e o estado de saúde autorreferido, dicotomizado em bom (muito bom e bom da resposta original) e regular/ruim (regular, ruim, muito ruim). A cor da pele ou raça foi dicotomizada por causa do pequeno número de pessoas indígenas ou de cor amarela, da semelhança entre elas e as pessoas de cor branca com relação aos desfechos estudados, e de tratar-se de uma variável para ajuste, cuja associação com o desfecho não seria interpretada. A seleção das covariáveis pressupôs as variáveis sociodemográficas e o nível econômico como determinantes distais da utilização de serviços de saúde e o estado de saúde como determinante proximal, junto à cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde.

Na análise de desfechos categóricos ou dicotômicos, foi utilizado o teste χ^2 de Pearson para testar a independência das variáveis, e a regressão Poisson para estimar razões de prevalência. No caso da frequência de busca por atendimento (variável numérica discreta), foi utilizada regressão Poisson para estimar razões de taxa de busca por atendimento, e ainda para explorar a possibilidade de moderação da associação por características socioeconômicas e de saúde. Por fim, foi utilizada regressão linear para estimar diferenças de satisfação com a consulta médica na UBS (variável numérica contínua).

A análise foi realizada com o software estatístico Stata, versão 13 (StataCorp. College Station, Estados Unidos da América). Todas as análises foram ajustadas para o efeito do delineamento amostral utilizando o prefixo *svy*, considerando a unidade básica de saúde como unidade primária de amostragem e atribuindo igual peso a todas as observações.

RESULTADOS

A pesquisa abordou 550 domicílios, onde residiam 1491 pessoas. Depois de 22 recusas, 13 exclusões por incapacidade de participar e duas impossibilidades de contato, o inquérito incluiu 1454 (97,5%) pessoas. Neste estudo, foram excluídas

ainda 31 pessoas para as quais não foi possível ter certeza da cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde, restando assim 1423 (95,4%) participantes.

Os participantes tinham uma idade mediana de 32 anos, variando de 0 a 95; pouco mais da metade (52,2%) eram do sexo feminino, e dois terços (66,1%) relatavam bom estado de saúde (Tabela 1). A maioria (75,6%) dos participantes não estavam cobertos nem por cartão de desconto, nem por plano de saúde. Conforme descrito anteriormente,¹³ a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde variou com a idade e o nível socioeconômico.

Tabela 1. Características socioeconômicas e de saúde da amostra conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde

Característica	Sem cobertura (75,6%)	Cartão de desconto (15,8%)	Plano de saúde (11,6%)	Total
Idade (n = 1.423)				p < 0,01
0 a 14 anos	288	46	30	364
15 a 24 anos	145	25	25	195
25 a 44 anos	245	41	42	328
45 a 64 anos	225	61	43	329
65 ou mais anos	130	52	25	207
Sexo (n = 1.423)				p = 0,07
Masculino	509	105	66	680
Feminino	524	120	99	743
Cor da pele ou raça (n = 1.419)				p = 0,05
Branca, amarela ou indígena ^a	642	164	118	924
Parda ou preta	387	61	47	495
Quintis do IEN (n = 1.423)				p < 0,01
1º (mais pobre)	259	19	10	288
2º	242	39	7	288
3º	239	23	25	287
4º	165	72	47	284
5º (mais rico)	128	72	76	276
Estado de saúde autorreferido (n = 1.423)				p = 0,53
Regular ou ruim	352	81	50	483
Bom	681	144	115	940
Total	1033	225	165	1423

IEN: Índice Econômico Nacional. (a) 12 pessoas com pele amarela e 23 indígenas. Os valores p são para teste de independência entre as respectivas características e a cobertura por cartão de

Característica	Sem cobertura (75,6%)	Cartão de desconto (15,8%)	Plano de saúde (11,6%)	Total
----------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------

desconto ou plano de saúde.

A frequência média da busca por atendimento (médico ou não médico) na UBS do bairro foi de 1,6 vez em seis meses (IC 95%, 1,3 a 2,0) (Tabela 2). Essa frequência foi menor entre as pessoas cobertas por plano de saúde do que entre aquelas sem cartão de desconto ou plano de saúde ($p < 0,01$), mesmo após o ajuste para características socioeconômicas e de saúde ($p < 0,01$). A associação entre a frequência e a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde não variou conforme a faixa etária ($p = 0,13$), sexo ($p = 0,38$), cor da pele ou raça ($p = 0,96$), IEN ($p = 0,39$) ou estado de saúde autorreferido ($p = 0,41$).

Tabela 2. Frequência média de busca por atendimento na unidade básica de saúde do bairro nos últimos seis meses conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde

	Frequência (média, IC 95%)	Razão (IC 95%)	
		Bruta	Ajustada ^a
Cobertura		$p < 0,01$	$p < 0,01$
Sem cobertura	1,77 (1,40; 2,24)	referência	referência
Cartão de desconto	1,42 (1,07; 1,89)	0,80 (0,58; 1,11)	0,89 (0,67; 1,19)
Plano de saúde	0,78 (0,53; 1,14)	0,44 (0,31; 0,63)	0,55 (0,42; 0,73)
Total	1,60 (1,26; 2,02)		

IC, intervalo de confiança. Análise bruta com $n = 1.398$ e análise ajustada com $n = 1.394$. (a) Análise ajustada para idade, sexo, cor da pele ou raça, quintil do IEN e estado de saúde autorreferido.

Dentre as pessoas que tinham buscado atendimento na UBS de seu bairro pelo menos uma vez nos últimos seis meses, 61,4% (IC 95%, 54,1% a 68,2%) avaliaram o atendimento como bom (Tabela 3). Essa avaliação não variou com a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde ($p = 0,07$), mesmo na análise ajustada ($p = 0,26$).

Tabela 3. Avaliação do atendimento na unidade básica de saúde nos últimos seis meses conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde

	Atendimento bom (%, IC)	Razão (IC 95%)	
		Bruta	Ajustada ^a
Cobertura		p = 0,07	p = 0,26
Sem cobertura	60,7 (54,7; 67,4)	referência	referência
Cartão de desconto	70,5 (59,6; 83,5)	1,16 (0,99; 1,36)	1,14 (0,94; 1,39)
Plano de saúde	50,0 (31,6; 79,2)	0,82 (0,55; 1,22)	0,85 (0,56; 1,29)
Total	61,4 (54,1; 68,2)		

IC, intervalo de confiança. Análise bruta com n = 658 e análise ajustada com n = 655. (a) Análise ajustada para idade, sexo, cor da pele ou raça, quintil do IEN e estado de saúde autorreferido.

O principal motivo para procurar a UBS para atendimento foi tratar-se do serviço mais próximo para 80,2% (IC 95%, 74,8% a 84,7%) das pessoas que procuraram o serviço. Os outros motivos mais comuns foram atendimento de boa qualidade (7,0%; IC 95%, 4,9% a 9,9%) e já ser conhecido / costumar ser atendido no serviço (5,0%; IC 95%, 2,7% a 9,2%). O principal motivo para procura da UBS para atendimento não variou conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde (p = 0,22).

Considerando consultas médicas em quaisquer locais, 65,2% (IC 95%, 61,7% a 68,6%) das pessoas tinham tido uma ou mais consultas médicas nos últimos seis meses. Destas, 73,1% (IC 95%, 66,0% a 79,2%) tinham um motivo que não de rotina para a última consulta médica. Ambas as proporções não variaram conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde (respectivamente, p = 0,11 e p = 0,18).

Dentre essas pessoas cuja última consulta médica tinha sido realizada nos últimos seis meses e tinha um motivo que não rotina, 35,8% (IC 95%, 25,4% a 47,7%) tiveram sua última consulta médica realizada na UBS de seu bairro (Tabela 4). Essa proporção foi menor tanto entre as pessoas cobertas por cartão de desconto quanto entre aquelas cobertas por plano de saúde, em comparação àquelas sem cartão de desconto nem plano de saúde (p < 0,01).

Tabela 4. Local da última consulta médica conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde

	Distribuição (%, IC)			Total
	Sem cobertura	Cartão de desconto	Plano de saúde	

Local da consulta médica	Distribuição (% , IC)				p < 0,01
	Unidade básica de saúde do bairro	43,4 (33,1; 54,3)	27,6 (17,8; 40,2)	5,3 (1,2; 21,0)	
Consultório ou clínica médica	7,3 (3,4; 14,9)	29,5 (18,7; 43,2)	60,0 (43,2; 74,7)	18,0 (10,7; 28,5)	
Pronto-socorro ou pronto-atendimento	18,8 (14,8; 23,5)	10,5 (4,7; 21,5)	13,3 (8,3; 20,8)	16,6 (13,4; 20,4)	
Outros ^a	30,5 (23,8; 38,1)	32,4 (21,3; 45,9)	21,3 (16,6; 27,0)	29,7 (24,1; 35,9)	
Total	100	100	100	100	

IC, intervalo de confiança. Análise restrita às pessoas com alguma consulta médica nos últimos 6 meses por um motivo que não rotina (n = 590). (a) centro de saúde fora do bairro, hospital, domicílio etc. O valor p é para o teste de independência entre as variáveis.

De uma forma geral, as pessoas cuja última consulta médica tinha sido realizada na UBS tiveram um escore médio de satisfação de 8,0 pontos, numa escala de 0 a 10 (Tabela 5). A satisfação com a última consulta médica na UBS não variou conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde (p = 0,58), mesmo após o ajuste da análise por características socioeconômicas e de saúde (p = 0,55).

Tabela 5. Satisfação com a consulta médica entre as pessoas cuja última consulta médica foi realizada na unidade básica de saúde do bairro, conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde

	Escore de satisfação			
	Mediana (IIQ)	Média (IC 95%)	Diferença bruta (IC 95%)	Diferença ajustada ^a (IC 95%)
Cobertura			p = 0,58	p = 0,55
Sem cobertura	8,2 (7,3; 9,1)	7,9 (7,7; 8,2)	referência	referência
Cartão de desconto	8,4 (7,8; 9,3)	8,3 (7,4; 9,1)	0,4 (-0,4; 1,1)	0,3 (-0,4; 1,0)
Plano de saúde	8,1 (7,6; 8,6)	8,1 (7,3; 8,8)	0,1 (-0,6; 0,8)	0,1 (-0,8; 1,0)
Total	8,2 (7,3; 9,1)	8,0 (7,7; 8,3)		

IC, intervalo de confiança. IIQ, intervalo interquartil. Análise bruta com n = 211 e análise ajustada com n = 210. (a) Modelo de regressão linear ajustado para idade, sexo, cor da pele ou raça, quintil do IEN e estado de saúde autorreferido.

O principal motivo para a escolha da UBS como local para a consulta médica foi a proximidade para 73,9% (IC 95%, 62,2% a 83,0%). Outros motivos principais

mais comuns foram conhecer e ser conhecido no serviço para 8,5% (IC 95%, 3,9% a 17,5%), só conseguir consulta naquele serviço para 5,7% (IC 95%, 2,9% a 10,7%) e a boa qualidade do atendimento para 4,7% (IC 95%, 2,4% a 9,3%). Esses motivos não variaram com a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde ($p = 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou variações na utilização das UBS conforme a cobertura por plano de saúde e, em menor grau, cartão de desconto. Em uma população urbana coberta pela ESF, a prevalência de utilização da UBS para a última consulta médica foi cerca de 90% menor entre as pessoas cobertas por plano de saúde e cerca de 35% menor entre as pessoas cobertas por cartão de desconto, em comparação à utilização pelas pessoas sem ambas as coberturas. Além disso, a frequência de busca por atendimento (médico ou não) na UBS foi cerca de 55% menor entre as pessoas cobertas por plano de saúde. A direção dessas associações é compatível com inquéritos anteriores,^{7,8,12,14,18,19,23,26} mas não é possível comparar diretamente sua magnitude devido a tratarem-se de diferentes estimativas.

Ressalta-se que a redução na utilização da UBS para a última consulta médica tenha sido mais expressiva do que a redução da busca por qualquer tipo de atendimento na UBS. Uma possível explicação está no fato de as UBS oferecerem serviços que não necessariamente são oferecidos por planos de saúde ou cartões de desconto, como assistência odontológica e distribuição de medicamentos.²¹ Outra possível explicação é que, mesmo que as pessoas com plano de saúde ou cartão de desconto utilizassem a UBS para consulta médica com a mesma frequência, elas teriam uma menor proporção de consultas realizadas na UBS pelo simples fato de utilizarem outros serviços de saúde com mais frequência do que outras pessoas.^{3,11,12,25,27} Ainda que ambas as explicações sejam provavelmente válidas em algum grau, não foi possível quantificar neste estudo a importância relativa de cada uma, devido à falta de informações sobre o número de consultas médicas nos últimos seis meses, dentro e fora das UBS.

Outro achado deste estudo foi a boa avaliação das UBS pelas pessoas que de fato a utilizam. Três quintos das pessoas que buscaram atendimento na UBS

avaliaram o atendimento como “bom” ou “muito bom”, e em média o escore geral de satisfação com a consulta médica foi de 8,0 (numa escala de 0 a 10). Esse escore geral de satisfação está próximo à avaliação geral da consulta tanto no estudo que originalmente propôs o instrumento¹⁵ (numa unidade docente assistencial) quanto em um estudo subsequente realizado em vários serviços de Porto Alegre²⁸ (fazendo-se a média entre os serviços com alto e com baixo escore de orientação à atenção primária à saúde).

Essa boa avaliação do atendimento não variou conforme a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde, sugerindo que a forma de avaliar as UBS não seja influenciada pelo acesso ao atendimento em outros serviços. No entanto, dado o caráter transversal deste estudo, não se pode excluir a possibilidade de “causalidade reversa”: que as pessoas cobertas por cartão de desconto ou plano de saúde só busquem atendimento na UBS caso a avaliem bem, já que essas pessoas têm maior facilidade para utilizar serviços privados de assistência à saúde. Além disso, no caso da consulta médica na UBS não foi possível estimar com precisão a satisfação das pessoas cobertas por plano de saúde, já que neste estudo apenas quatro dessas pessoas informaram ter realizado ali sua última consulta médica.

Um terceiro achado deste estudo é que o principal motivo para a utilização das UBS é a proximidade do serviço, independentemente da cobertura ou não por cartão de desconto ou plano de saúde. Outros motivos frequentemente relatados, como vínculo com o serviço (conhecer ou ser conhecido no serviço), podem ser entendidos como outras faces do mesmo motivo, já que remetem a características preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para os serviços de atenção primária à saúde.¹⁷ A PNAB estabelece a acessibilidade (que inclui proximidade geográfica) e o vínculo como alguns dos princípios da atenção primária à saúde, e estipula que as UBS tenham um território de atuação definido.¹⁷ Dessa forma, no Brasil a UBS que as pessoas podem procurar é, geralmente, a mais próxima de seus domicílios, fato que tende a contribuir para que as pessoas sejam conhecidas pelos profissionais de sua UBS e vice-versa.

As limitações deste estudo precisam ser levadas em consideração ao interpretar seus achados. Assim como em qualquer inquérito, a confiabilidade e a

acurácia das estimativas dependem das informações fornecidas pelos participantes. Em especial, sabe-se que inquiridos tendem a subestimar a frequência da utilização de serviços de saúde, tanto em comparação a dados administrativos e prontuários médicos⁵ quanto em comparação a diários preenchidos pelos próprios participantes.² Essa subestimação aumenta com os extremos de idade, a frequência de utilização, a benignidade do problema de saúde e o período de referência da pergunta sobre utilização, entre outros fatores.^{2,5} É possível, portanto, que neste estudo a utilização e sua associação com a cobertura por cartão de desconto ou plano de saúde tenham sido subestimadas. Para minimizar essa limitação, neste estudo utilizou-se um período de referência relativamente curto (seis meses, em vez de doze), e a pergunta sobre utilização foi formulada informando o nome de mês de início do período de recordação.⁵

Outra limitação deste estudo é que, dado o seu delineamento transversal, não foi possível estabelecer com segurança a direção das associações. Embora seja razoável que as pessoas cobertas por plano de saúde ou cartão de desconto troquem em parte a utilização de serviços públicos de saúde (como as UBS) por serviços privados, também é possível que pessoas com uma visão mais crítica dos serviços públicos sejam mais propensas a aderir a cartão de desconto ou plano de saúde. Esta última possibilidade é reforçada pelo fato de que, em estudo anterior deste mesmo inquérito,¹³ os principais motivos para adesão a plano de saúde ou cartão de desconto foram “segurança” e “qualidade no atendimento”. De qualquer forma, o objetivo deste estudo não foi investigar o motivo, mas sim *descrever* a utilização das UBS por pessoas cobertas por cartão de desconto ou plano de saúde.

A validade dos achados deste estudo é reforçada pelos cuidados em seu planejamento e execução. Seu plano amostral respeitou o território de abrangência das UBS, ao mesmo tempo em que permitiu a inclusão de domicílios que não estivessem cadastrados por quaisquer motivos. Além disso, foi realizado um extensivo controle de qualidade, passando por digitação dupla de questionários, verificação de consistência dos dados e verificação de 25% das entrevistas (5% presencialmente e 20% por telefone).

Apesar desses cuidados, é necessária cautela ao generalizar os resultados deste estudo para populações diferentes daquela estudada. Neste estudo, os participantes residiam na área de abrangência da ESF, no perímetro urbano de um único município, de médio porte e localizado no extremo sul do país, de forma que não foi possível avaliar de que forma a utilização das UBS por pessoas cobertas por cartão de desconto ou plano de saúde varia com fatores como o modelo de atenção primária à saúde, a ruralidade ou características do município. Por outro lado, inquéritos domiciliares realizados na área urbana desse mesmo município têm encontrado resultados comparáveis aos de inquéritos domiciliares de abrangência nacional.^{9,10,16} Mesmo se as medidas de associação não se modificarem por essas características, espera-se que a utilização das UBS por sua população adscrita varie com a proporção de pessoas cobertas por plano de saúde e, em menor grau, cartão de desconto.

Os resultados deste estudo podem ser aplicados na gestão da atenção primária à saúde. A PNAB estabelece que cada equipe da ESF seja responsável em média por 3 mil pessoas, devendo esse número variar conforme a vulnerabilidade da população.¹⁷ Na medida em que pessoas sem cartão de desconto ou plano de saúde demandam mais atendimento pelas UBS, as equipes da ESF podem ser distribuídas de forma mais equitativa, atribuindo maior peso a essas pessoas. Na prática, essa aplicação dependerá da qualidade da informação sobre a proporção de pessoas cobertas por cartão de desconto ou plano de saúde. Enquanto as pessoas cobertas por plano de saúde pouco utilizem as UBS, as pessoas cobertas por cartão de desconto utilizam as UBS de forma semelhante às pessoas sem ambas as coberturas. Usualmente, a única informação disponível é a proporção de pessoas cobertas por plano de saúde, como no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ou em inquéritos domiciliares como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) ou a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). No entanto, conforme já foi discutido, parte das pessoas que se declararam cobertas por plano de saúde neste inquérito domiciliar estavam efetivamente cobertas apenas por cartão de desconto.¹³ Na gestão da atenção primária à saúde, a proporção de pessoas cobertas por plano de saúde estará tipicamente disponível através do SISAB, cujos cadastros familiares são mantidos pelos agentes comunitários de saúde. Dessa

forma, a efetiva utilização das UBS pelas pessoas supostamente cobertas por plano de saúde dependerá da capacidade dos agentes comunitários de saúde de diferenciar cartão de desconto de plano de saúde durante o cadastramento das famílias.

Em resumo, pessoas cobertas por plano de saúde e (em menor grau) cartão de desconto utilizam menos as UBS, embora avaliem o atendimento de forma semelhante e relatem os mesmos motivos para a escolha do local, em comparação às pessoas sem ambas as coberturas. Isso pode ser utilizado para dimensionar a população sob a responsabilidade de cada UBS ou equipe da ESF, na medida em que os agentes comunitários de saúde sejam capazes de estabelecer com segurança a diferença entre cartão de desconto e plano de saúde durante o cadastramento das famílias.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Ansah EK, Powell-Jackson T. Can we trust measures of healthcare utilization from household surveys? *BMC Public Health*. 2013;13:853. DOI: 10.1186/1471-2458-13-853
3. Barreto IF Jr, Ferreira MP, Silva ZP. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. *São Paulo Em Perspect*. 2008;22(2):5–18.
4. Barros AJD, Victora CG. A nationwide wealth score based on the 2000 Brazilian demographic census. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):523–9. DOI: 10.1590/S0034-89102005000400002
5. Bhandari A, Wagner T. Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev MCRR*. 2006;63(2):217–35. DOI: 10.1177/1077558705285298
6. Boletim informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. Abril/2016. Rio de Janeiro (RJ): Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
7. Bonello AADLM, Corrêa CRS. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4397–406. DOI: 10.1590/1413-812320141911.13922013

8. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com «alta» cobertura do subsistema privado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2913–21. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100008
9. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1894–906. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000900004
10. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2594–606. DOI: 10.1590/0102-311X00118713
11. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):585–98. DOI: 10.1590/S1413-81232003000200019
12. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595–603. DOI: 10.1590/S0034-89102009005000040
13. Fontenelle LF, Camargo MBJ, Bertoldi AD, Gonçalves H, Maciel ELN, Barros AJD. Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. no prelo.
14. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Paepe PD, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2014;28(6):480–8. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.05.010
15. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I — A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):263–8. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000300020
16. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):372–8. DOI: 10.1590/S0034-89102003000300017
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out 2011.
18. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc*

Saúde Coletiva. 2012;17(11):3047–56. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100021

19. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, et al. Análise do perfil socio sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Médica Minas Gerais*. 2010;20(1):5–15.
20. Private health insurance in OECD countries. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2004.
21. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS — PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011–22. DOI: 10.1590/S1413-81232006000400022
22. Salvatori RT, Ventura CAA. A agência nacional de saúde suplementar — ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organ Soc*. 2012;19(62):471–88. DOI: 10.1590/S1984-92302012000300006
23. Santiago AX, Barreto ICHC, Sucupira ACSL, Lima JWO, Andrade LOM. Equitable access to health services for children aged 5 to 9 in a medium city of northeast of Brazil: a result of Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(suppl 2):39–52. DOI: 10.1590/1809-4503201400060004
24. Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1463–75. DOI: 10.1590/S1413-81232008000500012
25. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431–40. DOI: 10.1590/S1413-81232008000500009
26. Silva NN, Pedrosa GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(1):44–9. DOI: 10.1590/S0034-89102000000100009
27. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003–2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3807–16. DOI: 10.1590/S1413-81232011001000016
28. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2009;4(16):270–6. DOI: 10.5712/rbmfc4(16)233

ACEITE

2017-6-29

ScholarOne Manuscripts

Revista de Saúde Pública

Decision Letter (RSP-2016-0383.R2)**From:** rspline@fsp.usp.br**To:** leonardof@leonardof.med.br**CC:****Subject:** Revista de Saúde Pública - Decision on Manuscript ID RSP-2016-0383.R2**Body:** 20-Jun-2017

Dear Mr. Fontenelle:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Utilização das unidades básicas de saúde da ESF conforme a cobertura por plano de saúde" in its current form for publication in the Revista de Saúde Pública.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista de Saúde Pública, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Carlos Augusto Monteiro
Rita de Cássia Barradas Barata
José Leopoldo Ferreira Antunes
Euclides Castilho
Revista de Saúde Pública
rspline@fsp.usp.br

Date Sent: 20-Jun-2017 Close Window

6 ARTIGO 3

UTILIZATION OF THE BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM BY PRIVATELY INSURED INDIVIDUALS: A LITERATURE REVIEW

(Artigo a ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública.)

Autores:

1. Leonardo Ferreira Fontenelle – leonardof@leonardof.med.br, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 – 3° Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Concebeu e delineou o estudo, coletou e interpretou os dados, e rascunhou o manuscrito.
2. Thiago Dias Sarti – tdsarti@gmail.com, +55 (27) 3335-7225, Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Medicina Social. Avenida Marechal Campos, nº 1.468, Vitória, ES, CEP 29.040-090, Brasil. Coletou e verificou os dados e colaborou com a revisão do manuscrito.
3. Maria Beatriz Junqueira de Camargo – bia.jcamargo@gmail.com, +55 (53) 3225-6741 R.125. Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Rua Gonçalves Chaves, 457, Pelotas, RS, CEP 96015-560, Brasil. Colaborou na concepção e delineamento do estudo e na interpretação dos dados e revisou o manuscrito.
4. Ethel Leonor Noia Maciel – ethel.maciel@gmail.com, +55 (27) 3335-7281. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Avenida Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória, ES, CEP 29040-091, Brasil. Colaborou na interpretação dos dados e na revisão do manuscrito.
5. Aluísio J D Barros – abarros.epi@gmail.com, +55 (53) 3284-1300, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em

Epidemiologia. Rua Marechal Deodoro, 1160 – 3° Piso, Pelotas, RS, CEP 96020-220, Brasil. Colaborou na concepção e delineamento do estudo e na interpretação dos resultados e revisou o manuscrito.

Conflitos de interesse: não.

Fontes de financiamento: Nenhuma.

ABSTRACT

More than one in four Brazilians have private health insurance (PHI), despite the latter covering mostly the same procedures as the Unified Health System (SUS). This literature review included articles, dissertation and theses published since 1990 about the utilization of SUS by privately insured people. In general, these people use SUS for one in 5–23 ambulatory visits and one in 5–8 hospitalizations, and receive one in 3–15 outpatient visits and one in 13–18 hospitalizations financed by SUS. Besides varying with the type of service, frequency of utilization of SUS is larger in less developed regions, for more limited health insurance plans, and for people with poorer health. Privately insured people identify limitations of their PHI plans as the reason for using SUS. Sometimes, beneficiaries of PHI plans owned by nonprofit hospitals (which also provide health care financed by SUS) have easier access than uninsured people to health care financed by SUS. Anecdotally, privately insured people are satisfied with their utilization of SUS, but not to the point of SUS becoming the preferred source of care. In short, for privately insured people, SUS plays a secondary role in the financing of their health care assistance. Although PHI seems to shift from SUS some of the demand for health care, PHI represents a restriction of the universal, equitable character of the SUS.

Keywords: Unified Health System; Health insurance; Health care/utilization

INTRODUCTION

Brazil is one of the few countries where private health insurance (PHI) accounts for more than 20% of health care expenditure ¹. According to the World Health Organization's Global Health Expenditure Database (GHED), PHI's share in

health expenditure increased gradually from 18.2% in 1995 to 26,8% in 2014. In 2013, 27.9% of the Brazilians have PHI, which paid for 29.2% of the utilization of health care ². Brazil also has a national health system called Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*), which is universal, financed through taxes and free at the point of care. In 2013, 59.9% of the utilization of health care was paid for by SUS ², while 14.9% was paid for out-of-pocket ².

In Brazil, PHI is called “supplementary health” ³. Indeed, PHI has a supplementary role, according to Organization for Economic Co-operation and Development’s (OECD) taxonomy ⁴, for covering hospital amenities not available to most of the population. On the other hand, PHI mostly cover services already available through SUS, with the added benefit (for privately insured people) of enhanced access to and choice of providers. Thus, in Brazil PHI plays essentially a duplicated role ⁵.

Counterintuitively, PHI with a duplicated role doesn’t seem to reduce public health expenditures in OECD countries ⁴. Besides duplicate PHI often receiving fiscal incentives and concentrating on a different mix of treatments (mostly elective), privately insured people continue to use public health services even if the same services are covered by their PHI ⁴. PHI often moderates utilization of the services through co-payments or other “cost sharing” mechanisms ⁴, reducing the ability of PHI to reduce demand for public services, especially if they are free at the point of care. PHI also induces utilization of the public sector because private treatments may generate demand for prescription drugs paid for by the public sector ⁴.

Considering the uncertainties about utilization of public services by privately insured people, we performed a systematic search and review to synthesize the studies on the utilization of SUS by privately insured people in Brazil.

METHODS

Studies were eligible for inclusion in this literature review if they were published as articles in peer-reviewed periodicals or as monographs (masters’ dissertations or doctoral theses), describing original quantitative or qualitative empirical research on the utilization of public health care services by people covered

with PHI (except exclusively dental insurance). We focused this review on utilization of SUS for health care and thus excluded studies and findings about diagnostic and therapeutic support or provision of drug therapy. Studies were restricted to the Portuguese, English and Spanish languages, and to publication since 1990, when Brazil's "Organic Health Law" was established.

The search was performed on January 2017, and included several databases. Through Virtual Health Library (VHS) we searched LILACS and other available databases except for MEDLINE. Through Web of Science we searched Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED), Social Sciences Citation Index (SSCI) and SciELO Citation Index. We also searched MEDLINE and RePec through PubMed and IDEAS.

The search strategy for MEDLINE, RePEc, SCI-EXPANDED and SSC was ((“health insurance” OR “group practice” OR “private health plan” OR “private health plans” OR “health insurer” OR “private health company” OR “self-management” OR “medical cooperative” OR “group medicine” OR “health maintenance organization” OR “health maintenance organizations” OR “philanthropy” OR “health benefit plan” OR “health benefit plans”) OR “utilization”) AND ((“Unified Health System” OR “Sistema Único de Saúde”) OR (“Brazil” OR “Brasil”)), with the abovementioned restrictions by language, publication type and publication year. For VHS and the SciELO Citation Index, the keywords and text words about Brazil were omitted: ((“health insurance” OR ... OR “health benefits plans”) OR (utilization AND (“Unified Health System” OR “Sistema Único de Saúde” OR “SUS”))); the restrictions were the same. Some of the text words were keywords, and PubMed and VHS included them automatically.

The citations retrieved were consolidated in a single database, and duplicates were identified and removed. Two authors (LFF and TDS) screened the citations' titles and abstracts and then verified the full text for eligibility. While screening titles and abstracts for eligibility, disagreement between the authors was solved by verifying the full text. Any disagreement after verifying the full text for eligibility was solved by consensus or, if necessary, by another author (MBJC).

LFF searched for additional citations in CAPES' Theses and Dissertation Database, in two compendiums of research on health economics in Brazil ^{6,7}, in the reference lists of the selected documents, and in the citing articles through Web of Science. These additional documents had their reference lists and citing articles scanned as well, until no new eligible document was found. Throughout the process, monographs were replaced by corresponding articles if they had been published.

The abstraction of the studies' findings was conducted by LFF and verified by TDS. The eligible studies were characterized in terms of their study population, study design and their authors' disclosed bias or potential conflicts of interest. Using a pretested form, study findings were categorized as "frequency of utilization", "reasons and correlates of utilization", "means of access" (e. g. in sites providing health care through both SUS and PHI) and "outcomes of utilization" (e. g. user satisfaction). In the category "frequency of utilization", the abstracted findings emphasized the proportion of privately insured people among users of SUS, proportion of privately insured people using SUS in some reference period and the ratio between the latter and the proportion of uninsured people using SUS in the same reference period. When necessary and possible, these indicators were calculated. In the category "reasons and correlates of utilization", findings from quantitative studies emphasized contextual, socioeconomic, demographic, PHI-related or health-related variables explaining variability in the proportion of privately insured people using SUS; whereas findings from qualitative studies emphasized reasons presented by privately insured people for utilization of SUS.

The findings are described below by health service type: outpatient care, hospitalizations and "any service" (for findings about both). Because the differences in objectives and methods made it impossible to use a single standard, we opted for discussing the robustness of the review as a whole instead of assessing the quality of each study.

This literature review was registered in the PROSPERO database under number CRD42017057094.

RESULTS

The search strategy identified 3977 citations through VHS, 659 through PubMed, 8 through RePEc, and 247 (SCI-EXPANDED and SSCI) and 206 (SciELO Citation Index) through Web of Science, resulting in 4119 unique citations (Figure 1). Of these, 75 citations remained after the titles and abstracts were screened, and 27 citations remained after the full texts were examined for eligibility. Complementary searches found six additional studies, and three monographs were substituted with the corresponding articles (two of which had already been retrieved through the search strategy). In the end, 31 studies were included in the review.

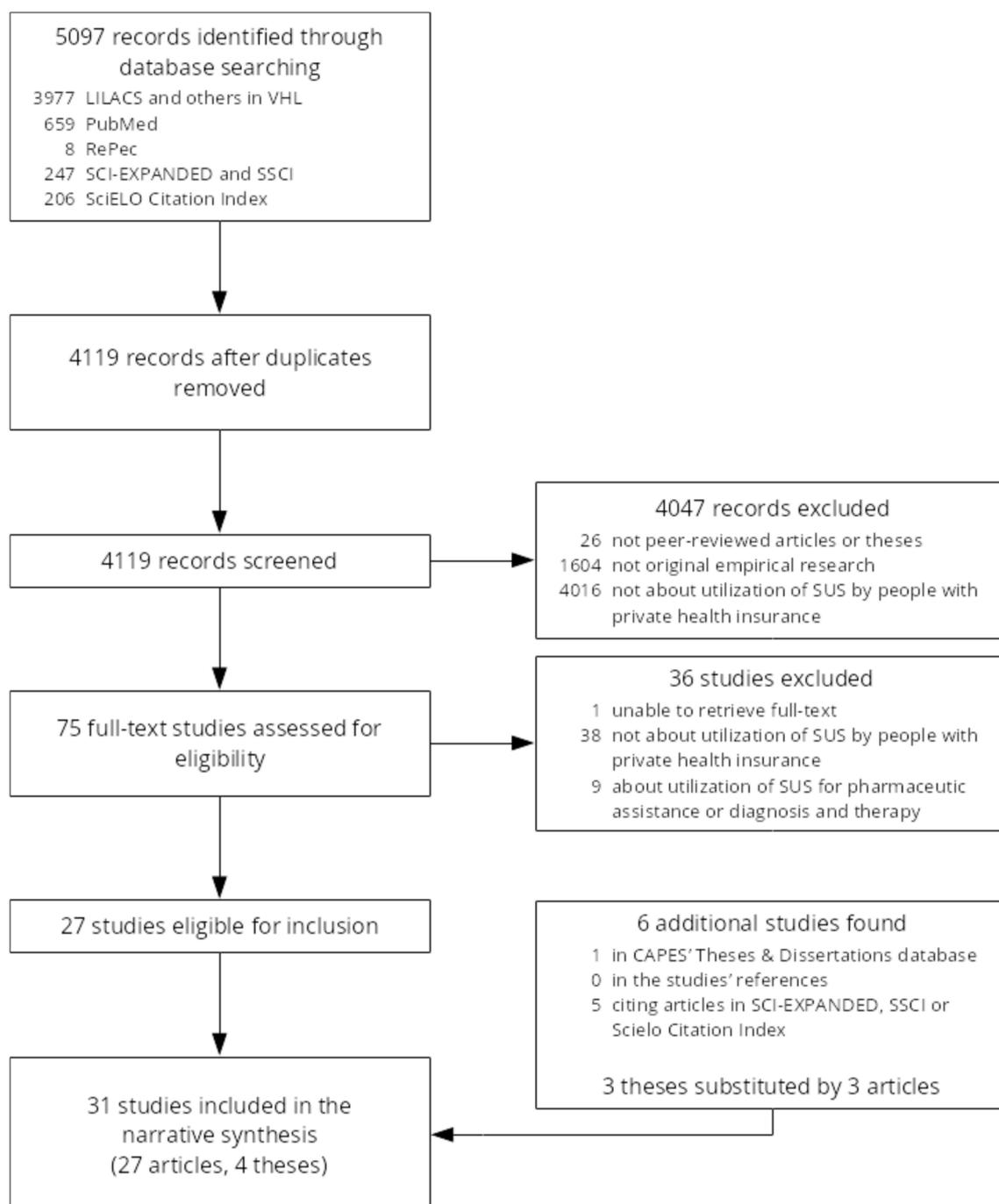


Figure 1: Flow diagram of the systematic search

The studies were published between 1999 and 2017 (median: 2009) ^{5,8-37} (Table 1). The authors of seven studies reported having no conflicts of interests ^{19,28,31,33,35}, and in the other studies there was no disclosure of authors' conflicts of interest or report of interviewers' bias.

Table 1: Characteristics of the included studies

Author, year	Study population	PHI coverage	Design
Bahia ⁸ (1999)	Utilization of health services 1998: unknown PPV 1996/7: Resident population of Northeast and Southeast Regions in 1996–1997.	Unknown Unknown	Opinion poll by IBOPE Household survey with cluster sampling
Santos ⁹ (2000)	Human resources managers of three large chemical-petrochemical industries in the ABC Paulista metropolitan area, and occupational physician of one of them. Data is about the direct employees, 80–95% of whom were male.	All direct employees had employer-sponsored PHI	In-depth interview
Silva <i>et al.</i> ¹⁰ (2000)	Infant (under one year of age) residents of the Embu das Artes municipality (São Paulo state).	29.4%	Household survey with cluster sampling
Travassos <i>et al.</i> ¹¹ (2000)	PPV 1996/7: Resident population of Northeast and Southeast Regions in 1996–1997.	Unknown	Household survey with cluster sampling
Farias & Melamed ¹² (2003)	PNAD 1998: Resident population in Brazil in 1998 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state).	24.5%	Household survey with cluster sampling
Viacava, Souza Jr. & Szwarcwald ¹³ (2005)	WHS 2003: Adult (18+ years) resident population in Brazil in 2003 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state).	24.2%	Household survey with cluster sampling
Ribeiro <i>et al.</i> ¹⁴ (2006)	PNAD 2003: Resident population in Brazil in 2003 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state).	24.6%	Household survey with cluster sampling
Gerschman <i>et al.</i> ¹⁵ (2007)	Beneficiaries of PHI plans owned by nonprofit hospitals in the states of São Paulo (three in the metropolitan area and three in the interior), Rio de Janeiro (one in the metropolitan area and two in the interior) and Minas Gerais (one in the metropolitan area). Average age 50 years, with two or three dissatisfied participants and preferably at least one mother of small children per group.	Among the ten PHI plans, three were not registered with ANS, and one was actually a discount card	Focus groups with participants recruited at the hospitals' entrance
Pessoto <i>et al.</i> ¹⁶ (2007)	Resident population the urban area of five municipalities (São Paulo, Santo André, Osasco, Franco da Rocha e Guarulhos) holding most of the population and health services of São Paulo state. Subset of PCV 1998.	46.1%	Household survey with cluster sampling
Barata ¹⁷ (2008)	Resident population of the urban area of the São Paulo metropolitan area. Subset of PCV 2006.	36.8%	Household survey with cluster sampling

Author, year	Study population	PHI coverage	Design
Barreto Jr., Ferreira & Silva ¹⁸ (2008)	Resident population of the urban area of the São Paulo metropolitan area. Subset of PCV 2006.	36.8%	Household survey with cluster sampling
Barros, Santos & Bertoldi ¹⁹ (2008)	Mothers living in the urban area of the municipality of Pelotas or the neighboring district of Jardim América (Rio Grande do Sul state) giving birth in Pelotas' hospitals in 2004. Subset of the 2004 Pelotas Birth Cohort.	34.0%	Birth cohort
Conill <i>et al.</i> ²⁰ (2008)	PHI beneficiaries in the municipalities of Florianópolis (Santa Catarina state) with acute myocardial infarction, breast cancer, alcoholism or (up to 1½ years before) birth. Mostly women, with complete secondary or higher education and monthly income greater than R\$ 2,000.	100%	In-depth interview with thematic analysis, intentional or snowball sampling from hospitals or patient organizations
Santos, Ugá & Porto ⁵ (2008)	PNAD 2003: Resident population in Brazil in 2003 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state).	24.6%	Household survey with cluster sampling
Fernandes, Bertoldi & Barros ²¹ (2009)	Resident population in the catchment area of ESF in the urban area of the municipality of Porto Alegre (Rio Grande do Sul state), 2003.	21.9%	Household survey
Oliveira ²² (2009)	PNAD 1998 and 2003: Resident population in Brazil in 1998 and 2003 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state).	24.5% (1998) 24.6% (2003)	Household survey with cluster sampling
Pereira <i>et al.</i> ²³ (2010)	Elderly (60+ years) population in the municipality of Teixeira (Minas Gerais state) in 2004.	29.9%	Survey in the household with sampling based on the SIAB, which included the whole municipality
Porto, Ugá & Moreira ²⁴ (2011)	PNAD 1998, 2003 and 2008: Resident population in Brazil in 1998 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state), 2003 (idem) and 2008.	24.5% (1998) 24.6% (2003) 25.9% (2008)	Household survey with cluster sampling
Silva <i>et al.</i> ²⁵ (2011)	PNAD 2003 and 2008: Resident population in Brazil in 2003 (except for the rural area of the North Region but including the rural area of Tocantins state) and 2008.	24.5% (1998) 24.6% (2003)	Household survey with cluster sampling
Sisson <i>et al.</i> ²⁶ (2011)	PHI beneficiaries in the municipalities of Porto Alegre, Florianópolis and Curitiba (capitals of the states of Rio Grande do Sul, Santa Catarina and Paraná, respectively) in 2008, with acute myocardial infarction, breast cancer, alcoholism or (up to 1½ year before) birth.	100%	In-depth interview with thematic analysis, intentional or snowball sampling from hospitals, primary care centers, SINASC and patient organizations

Author, year	Study population	PHI coverage	Design
Bousquat, Gomes & Alves ²⁷ (2012)	Population assigned in the “most typical” primary care center of the Santo André municipality (São Paulo state), 2005–2006.	70.7%	Survey in the household with sampling based on the SIAB
Hernandes <i>et al.</i> ²⁸ (2012)	SABE 2006: Elderly (60+ anos) living in the municipality of São Paulo (São Paulo state) em 2006.	Approx. 40%	Household survey with cluster sampling
Oliveira <i>et al.</i> ²⁹ (2012)	Adults (20–75 years) living in the catchment area of two primary care centers in the Liberdade health district, in the municipality of Salvador (Bahia state), 2009–2010.	10.8%	Survey in the household with sampling based on the SIAB
Pires <i>et al.</i> ³⁰ (2013)	Users of primary care centers and of emergency care units in the Belo Horizonte municipality (Minas Gerais state), 2008.	46.7%	Survey with sampling of visits.
Amorim & Barros ³¹ (2014)	Adult women (20–59 years) living in the urban area of the Campinas municipality (São Paulo state), 2008. Subset of ISACamp 2008.	46.4%	Household survey with cluster sampling
Bonello & Corrêa ³² (2014)	Adults (18+ years) assigned to the Américo Bertão primary care center, in the Cordeirópolis municipality (São Paulo state), in 2011.	44.6%	Survey in the household with sampling based on the SIAB
Garcia-Subirats <i>et al.</i> ³³ (2014)	Resident population of the Caruaru municipality and the 3.2 and 3.3 health districts of the Recife municipality (Pernambuco state) in 2011, with a health problem or seeking health care in the last three months.	20.1%	Household survey with cluster sampling
Olsen ³⁴ (2014)	ISA Capital 2008: Resident population of the urban area of the São Paulo municipality (São Paulo state) in 2008.	46.2%	Household survey with cluster sampling
Santiago <i>et al.</i> ³⁵ (2014)	Children aged 5–9 years living in the Sobral municipality (Ceará state) in 1999–2000.	5.7%	Survey in the household with sampling based on the SINASC
Zanon, Zanin & Flório ³⁶ (2016)	Adults (18+ years) using emergency care units in the municipality of Serra (Espírito Santo state) for less urgent or non urgent care at work hours, in 2014.	14.6%	Survey with consecutive sampling of users
Arruda, Mathias & Marcon ³⁷ (2017)	Adult men (20–59 years) living in the Maringá municipality (Paraná state) in 2013.	48.0%	Household survey with cluster sampling

Studies 19,28,31,33,35 reported having no conflicts of interest but the others didn't disclose whether there was a conflict of interest; no qualitative study clarified the interviewers' biases.

ANS, National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans. ESF, Family Health Strategy. ISACamp, Health survey in Campinas. ISA Capital, Health and Diet Survey – Capital. PCV, Survey of Living Conditions. PHI, private health insurance. PNAD, National Household Survey. PPV, Living Standards survey. SABE, Health, Wellbeing and Aging. SIAB, Primary Care Information System. SINASC, Information System on Live Births. WHS, World Health Survey.

While some studies had national coverage ^{5,12–14,22,24,25}, others covered certain geographical regions (e. g., Northeast or Southeast) ^{8,11,15,20,26}, states ^{16,33}, metropolitan areas ^{9,17,18}, municipalities ^{10,19,21,23,27,28,30,31,34–37} or parts of a municipality ^{22,32}. The study population had varying age compositions, but most had a balanced gender composition, with the exception of one study about men's health ³⁷ and two about women's health ^{19,31}. In quantitative studies, the proportion of privately insured people ranged from 5.7% ³⁵ to 70.7% ²⁷, while in the qualitative studies all participants were privately insured ^{9,15,20,26}.

In most quantitative studies, participants were sampled through household surveys, such as Equity-LA ³³, Health, Well-being and Aging (*Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE*) ²⁸, National Household Survey (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD*) ^{5,12,14,22,24,25}, World Health Survey (WHS) ¹³, IBGE's Living Standards Survey (*Pesquisa de Padrões de Vida – PPV*) ^{8,11}, Health Survey in Campinas (*Inquérito de Saúde de Campinas – ISACAMP*) ³¹, Health and Diet Survey – Capital (*Inquérito de Saúde e Alimentação – Capital; ISA-Capital*) ³⁴ and SEADE's Survey of Living Conditions (*Pesquisa de Condições de Vida – PCV*) ^{16–18}, among others ^{10,21,37}. In other quantitative studies, participants had been sampled from the Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família – ESF*) registry ^{23,27,29,32,35} or from utilization of health services ^{19,30,36}. A quantitative study ⁸ included data from an opinion poll which methods could not be verified. In qualitative studies including patients ^{15,20,26}, participants were sampled intentionally or by snowballing, from utilization of health services, participation in support groups or patients association groups or from the Information System on Live Births (SINASC); data were collected through focus groups ¹⁵ or in-depth interviews ^{20,26}. Another qualitative study ⁹ included human resources managers of large industries, indicated by trade union leaders, but the collected data concerned all the industries' employees.

Utilization of SUS for any service

In the end of the 20th century, the first studies on the frequency of utilization of SUS by privately insured people already evidenced their preference for using private health services instead of public ^{8,9,11}. In 1996, privately insured people living both in the Northeast and in the Southeast regions of Brazil sought health care

mostly in private clinics and doctors' offices, while uninsured people sought mostly public hospitals and health care centers ^{8,11}. In an opinion poll conducted in 1998, 46% of privately insured people reported never they never used SUS, and 43% seldom did so ⁸. In large industries from São Paulo state sponsoring PHI for their employees, sickness certificates rarely came from SUS ⁹.

Three nationwide studies based on a household survey (PNAD) described the proportion of the health care utilization paid for by SUS in the previous 12 months ^{5,14,25}. In 2008, SUS paid for the health care of 13.8% (95% confidence interval, 12.5–15.1) of people with PHI sponsored by public employers and 13.4% (12.6–14.2) of people with PHI sponsored by private employers, in comparison to 79.9% (79.3–80.6) of uninsured people, resulting in a prevalence ratio of 0.17 for both comparisons ²⁵. The same study had similar findings for 2003: 15.4% (14.0–17.0), 11.5% (10.8–12.3) and 82.8% (82.0–83.5), respectively, with prevalence ratios of 0.19 and 0.14 ²⁵. The two other studies had comparable results for 2003, but without separating private from public employers ^{5,14}. There were no studies describing these proportions based on PNAD 1998 or 2013.

One of these studies ⁵ examined the issue by the opposite perspective: the proportion of privately insured people among those whom used SUS. This proportion was 7.1% in 2003, and was higher among people using SUS for hemodialysis, chemotherapy, radiotherapy or hemotherapy (11.6%), pharmaceutical care (11.2%) or vaccination, injection or emergency care (11.0%) ⁵. In the general population, the proportion of privately insured people was 24.6% ⁵.

Three other studies described the frequency of utilization of SUS by privately insured people based on household surveys with more restricted geographic coverage ^{17,18,37}. In 2006, in the São Paulo Metropolitan Area, 12.8% of the people using SUS in the previous 30 days were privately insured, while in the general population this proportion was 36.8% ^{17,18}. In 2013, among men aged 20–59 years in the municipality of Maringá (Paraná state), 23.1% of privately insured people had SUS as their usual source of care, in comparison to 89.1% of the uninsured people, resulting in a prevalence ratio of 0.26; the adjusted odds ratio was 0.05 (0.03–0.09; $p < 0.001$) ³⁷.

One previously cited study investigated correlates of utilization of SUS by privately insured people ¹⁸. The study found higher utilization of SUS by privately insured people in sectors with greater social vulnerability in the São Paulo Metropolitan Area. According to the study authors, “this phenomenon might be related to the fact that private providers are scarce in sectors with greater vulnerability, or it might indicate that PHI policies do not cover all health procedures.”

Utilization of SUS for outpatient care

Many studies, with various designs and outcomes, assessed frequency of utilization of SUS for outpatient care by privately insured people. Four studies described the type of health service used, among people using a health care service in the previous 30 days, analyzing data from household surveys ^{8,11,16,18}. This way, it is possible to estimate the share of each type of health service (public health centers [including primary care centers], private clinics, public or private hospitals and others) used by the study population. In 1996, in the Northeast and Southeast regions, public health centers accounted for approximately 2% (Northeast) and 5% (Southeast) of the health care utilization among privately insured people, and approximately 25% (Northeast) and 40% (Southeast) among the uninsured ones ^{8,11}. In 1998, in five large cities of São Paulo state, public health centers accounted for 3.9% of the visits among privately insured people and 37.0% among the uninsured ones (prevalence ratio, 0.10) ¹⁶. In 2006, in the urban area of the São Paulo Metropolitan Area, public health centers accounted for 6.8% of the visits among privately insured people and 45.4% among the uninsured ones (prevalence ratio, 0.15) ¹⁸.

Among people living in Brazil using outpatient care in the previous 15 days, SUS paid for the visit of 9.6% of privately insured people in 1998 and 12.2% in 2003 ²². Among uninsured people, these proportions were 84.9% and 87.8%, respectively (prevalence ratios, 0.11 and 0.14) ²².

Other studies described this proportion for specific subtypes of outpatient care ^{13,31,34}; all of them analyzed data from household surveys. In 2003, among adults living in Brazil with any outpatient treatment the previous 12 months, SUS paid for the treatment of 18.1% of privately insured adults and 76.6% of the uninsured ones

(prevalence ratio, 0.24)¹³. Furthermore, among women with any antenatal care visit in the previous five years, SUS paid for the last visit of 20.2% of privately insured women and 87.0% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.23)¹³. In 2008, in Campinas city (São Paulo state), among women 20–59 years old with any uterine cervix cancer screening in the previous three years, SUS paid for the screening of 8.2% of privately insured women and 99.2% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.08; $p < 0.001$)³¹. In 2008, in São Paulo city (São Paulo state), among women 25–59 years old with any breast cancer screening in the previous three years, these proportions were 8.8% and 79.1%, respectively (prevalence ratio, 0.11)³⁴. The latter study also reported the utilization of other services, always in São Paulo city, 2008. Among women with up-to-date breast cancer screening (40–49 years old and clinical examination in the previous year, or 50–69 years and mammography in the previous two years), SUS paid for the screening of 4.4% of privately insured women and 91.1% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.05)³⁴. Among people seeking emergency care in the previous 15 days, SUS paid for the visit for 22.8% of privately insured people and 100% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.23)³⁴; and, among people seeking non-urgent care in the previous 15 days, SUS paid for the visit of 12.5% of privately insured people and 99.7% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.12)³⁴. Among people receiving medical care for diabetes mellitus whom received immunization against influenza or pneumococcus, SUS paid for the immunization of 84.9% and 91.1% (respectively) of the privately insured people and 100% and 100% (respectively) of the uninsured ones (prevalence ratios, 0.85 and 0.91)³⁴.

A household survey described utilization of subtypes of outpatient care among people living in a town or in a district of the capital city of Pernambuco state, in 2011³³. Among people with a health problem or seeking health care in the previous three months, 2.8% of privately insured people and 18.6% of the uninsured ones used any public specialized care service (prevalence ratio, 0.15; adjusted odds ratio, 0.14 [0.08–0.27]); 12.5% of privately insured people and 33.8% of the uninsured ones used any public emergency care service (prevalence ratio, 0.37; adjusted odds ratio, 0.30 [0.21–0.42]); and 5.9% of privately insured people and

41.0% of the uninsured ones used any public primary care service (prevalence ratio, 0.14; adjusted odds ratio, 0.15 [0.09–0.24])³³.

Two studies described utilization of SUS' primary care centers among families assigned to some Family Health Strategy (*Estratégia Saúde da Família* – ESF) team^{21,29}. In 2003, in the municipality of Porto Alegre (Rio Grande do Sul state), 5.5% of privately insured people and 15% of the uninsured ones used their primary care center in the previous 15 days (prevalence ratio, 0.37; adjusted prevalence ratio, 0.43 [0.28–0.64])²¹. In 2009–2010, among adults (20–75 years) living in a health district of the Salvador municipality (Bahia state), 39.3% of privately insured people and 59.0% of the uninsured ones sought care at their primary care center in the previous 12 months (prevalence ratio, 0.67; $p = 0.003$)²⁹. Among those seeking care, 62.0% of privately insured people and 80.4% of the uninsured ones received the care they sought (prevalence ratio, 0.77; $p < 0.001$)²⁹. As a result, 24.4% of privately insured adults and 47.7% of the uninsured ones used their primary care center in the previous 12 months (prevalence ratio, 0.51).

Five studies described the proportion of users of SUS' primary care centers^{10,23,27,32,35}. In 1996, among children under one year of age in the suburb of the Embu das Artes municipality (São Paulo Metropolitan Area), 70% of privately insured people and 89% of the uninsured ones were users of the town's public service of child health (prevalence ratio, 0.79)¹⁰; there was no difference for infants living in other parts of the town¹⁰. In 1999–2000, in the municipality of Sobral (Ceará state), privately insured children aged 5–9 years were less likely to be frequent users of primary care centers (odds ratio, 0.19 [0.15–0.25], $p < 0.001$; adjusted odds ratio, 0.27 [0.19–0.37], $p < 0,001$)³⁵. In 2004, among elderly people (60+ years) living in the municipality of Teixeira (Minas Gerais state), 40% of privately insured people and 73% of the uninsured ones were users of the primary care centers (prevalence ratio, 0.54 [0.34–0.82])²³. In 2005–2006, among families assigned to the “most typical” primary care center of the ESF in the municipality of Santo André (São Paulo state), 14.8% of privately insured people and 54.3% of the uninsured ones were users of the primary care center (prevalence ratio, 0.27; $p < 0.001$)²⁷. In 2011, among adults (18+ years) assigned to a particular primary care center in the municipality of Cordeirópolis (São Paulo state), 71.1% of privately insured people and 80.4% of the

uninsured ones belonged to families of primary care center users (odds ratio, 0.60 [0.24–1.51])³². While the Embu das Artes study was a typical household survey, the other studies sampled their participants from the ESF registry and then interviewed them in their households. In Sobral and Teixeira, the entire town was registered in the ESF.

Finally, other studies described the proportion of privately insured people among users of SUS' outpatient care services^{22,24,30,36}. Among people living in Brazil to whom SUS paid for a visit in the previous 15 days, 6.6% were privately insured in 1998, 7.1% in 2003 and 8.1% in 2008^{22,24}; PHI coverage in the population was 24.5%, 24.6% and 25.9%, respectively^{22,24}. In 2008, among users of SUS' primary care centers and emergency care centers of the municipality of Belo Horizonte (Minas Gerais state), 30.4% were privately insured³⁰. In 2014, among adults (18+ years) using SUS' emergency care centers during working hours in the municipality of Serra (Espírito Santo state), 14.6% were privately insured³⁶. These two latter proportions were lower than the PHI "coverage ratio" for these populations, 46.7% and 37.3%, respectively. This "coverage ratio" is the ratio between the number of policies and the population of the municipality, thus counting more than once people with more than one policy. It is reported by Brazil's National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans (*Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS*).

We found quantitative and qualitative studies on the correlates and reasons of utilization of SUS by privately insured people for outpatient care. One quantitative study described correlates of utilization of SUS among privately insured people living in Brazil in 2003 reporting a visit in the previous 15 days²². Privately insured people were more likely to use SUS if they lived in the Central-West and North Regions or outside metropolitan areas²². They were also more likely to use SUS if they had PHI with a smaller geographic coverage area (e. g., municipal instead of national), with group contract (via employer or association, instead of individually), with copayment, with a smaller premium, or not covering the procedure²². Lastly, privately insured people were more likely to use SUS for outpatient care if they had poorer health status or any of many medically diagnosed conditions (except for tendinitis or tenosinovitis)²². In the author's words, "users paying smaller premiums had their

needs less met by their insurers and, consequently, resorted more to SUS or out-of-pocket payments for the health care they received.”²²

The three qualitative studies covered the Southeast and South Regions. In the late 1990s, one of three large industries in São Paulo state sponsoring PHI for their employees lacked an occupational medicine service, and thus its employees were referred to a worker’s health reference center from SUS when a Communication on Work-related Accident (*Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT*) had to be issued⁹. In the 2000s, in the state capitals of the South Region, difficulty in obtaining a sickness certificate in the PHI’ network of health care providers was an important reason for using SUS among adults with alcoholism, a tracer condition for mental health^{20,26}. The latter studies also identified a reason for using SUS for hospitalization, described in the corresponding subsection.

Utilization of SUS for hospitalization

As for outpatient care, frequency of utilization of SUS for hospitalization was assessed by quantitative studies with various designs and outcomes. In one of these studies, among people living in the Northeast or Southeast Regions in 1996–1997 whom had used any health service in the previous 30 days, 1.6% used a public hospital in the Northeast Region, and 7.6% in the Southeast Region⁸.

Among people living in Brazil with a hospitalization in the previous 12 months, 13.0% of privately insured people and 89.7% of the uninsured ones used a public hospital in 1998 (prevalence ratio, 0.14)^{12,22}, then 15.4% and 88.2% in 2003 (0.18)^{5,22}. Among adults (18+years) in 2003, these proportions were 19.3% for privately insured people and 90.1% for the uninsured ones (prevalence ratio, 0.21)¹³.

Among people living in Brazil to whom SUS paid for a hospitalization in the previous 12 months, 5.7% were privately insured in 1998, 6.7% in 2003 and 7.8% in 2008, while in the population 24.5% were privately insured in 1998, 24.6% in 2003 and 25.9% in 2008^{22,24}. Among elderly people (60+ years) living in the municipality of São Paulo (São Paulo state) in 2006 to whom SUS paid for a hospitalization in the previous 12 months, 17.9% were privately insured, while in the population approximately 40% were privately insured²⁸.

Some studies described frequency of utilization of SUS for subtypes of hospitalization. Among women living in Brazil in 2003, SUS paid for the hospitalization of 29.0% of privately insured women giving birth in the previous 12 months²². Among adult (18+ years) living in Brazil in the same year, SUS paid for the hospitalization of 20.2% of privately insured women giving birth in the previous 5 years and 87.0% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.23)¹³. Among women living and giving birth in the municipality of Pelotas (Rio Grande do Sul state) in 2004, SUS paid for the hospitalization of 49.2% of privately insured women and 97.7% of the uninsured ones (prevalence ratio, 0.50)¹⁹; the former proportion lowered to 24.2% in case of PHI covering obstetric care and rose to 86.4% in case of PHI not covering it¹⁹. Among people living in São Paulo city in 2006 with a hospitalization in the previous 12 months, SUS paid for the non-obstetric, non-psychiatric hospitalization and for the surgical hospitalization of 9.5% and 7.0% of privately insured people, respectively, and of 99.1% and 98.3% of the uninsured ones, respectively (prevalence ratios, 0.10 and 0.07)³⁴.

Two quantitative studies described correlates of utilization of SUS for hospitalization among privately insured people living in Brazil in 1998¹² and 2003²² with a hospitalization in the previous 12 months. Privately insured people were more likely to use SUS for hospitalization in the North Region and outside metropolitan areas²². They were also more likely to use SUS if they had PHI with a smaller geographic coverage, with an individual contract (instead of via employer or an association), with copayment, with a smaller premium, or not covering hospitalization^{12,22}. Finally, privately insured people were more likely to use SUS for hospitalization if they had poorer health or certain medically diagnosed conditions (renal failure; bronchitis or asthma)²². Authors of both studies interpreted the correlates as indicating these people had more restricted PHI, which met less their needs, leading them to resort to SUS or out-of-pocket payments for the health care they received. Another study found that, among privately insured people living in Brazil in 2008 and having a surgical hospitalization in the previous 12 months, the well-off were more likely to use SUS for their hospitalization²⁴.

Two qualitative studies described reasons for utilization of SUS for hospitalization by privately insured people. In the capitals of the South Region,

privately insured people with a myocardial infarction reported using public hospitals because they believed their PHI policy didn't cover hospitalization or lacked a hospital with emergency room in its provider network ²⁰. In nonprofit hospitals in the Southeast Region having their own PHI plan despite belonging to SUS' provider network, SUS was used because the procedure not been covered or having long waiting periods ¹⁵.

The latter study also described how people with a nonprofit hospital's PHI policy accessed SUS within the same hospital. When privately insured people couldn't get their insurer to pay for a hospitalization or a specific procedure, they would seek SUS by regular means or, in case of a close relation to the hospital's administration, they would get preferential access to SUS within the hospital ¹⁵. Sometimes it was not clear for the privately insured individual if the hospitalization was being paid for by SUS or the insurer, and sometimes paying for PHI a way of guaranteeing preferential access to hospital care paid for by SUS ¹⁵.

In one qualitative study on the satisfaction of privately insured people with their health care itineraries for four tracer conditions (myocardial infarction, breast cancer, childbirth and alcoholism), those with myocardial infarction hospitalized by SUS were satisfied with their experience ²⁶. On the other hand, those people were transferred to a hospital in their PHI's provider network whenever possible ²⁰.

Synthesis of the findings

As one might expect, the studies show that privately insured people use SUS for a minority of their needs. Considering both outpatient care and hospitalization, privately insured people use SUS for one in 6–9 times they receive health care, and one in 8–14 people receiving care paid for by SUS are privately insured. Comparing studies across different years, the proportion of privately insured people among users of SUS seems to increase proportionally to the PHI coverage in the population. Meanwhile, uninsured people use SUS for most of their health care.

As most health care is outpatient, at the national level the results for outpatient care are similar to those for health care in general. Considering studies with different geographic coverage areas and subtypes of service, privately insured

people use SUS for one in 5–23 visits, and one in 3–15 people using SUS for a visit are privately insured. One exception is vaccination, for which most privately insured people seek SUS. Besides vaccination, utilization of SUS is more frequent for high-complexity procedures (hemodialysis, chemotherapy, radiotherapy, hemotherapy) and emergency care, and less frequent for regular outpatient visits.

With regard to hospitalization, privately insured people use SUS for one in 5–8 hospitalizations, and receive one in 13–18 hospitalizations paid for by SUS. Considering studies with different geographic coverage areas and subtypes of hospitalization, privately insured people use SUS for one in 3–15 hospitalizations, and one in 5–18 people hospitalized by SUS are privately insured. The exception was one study about childbirth, in which many participants reported their PHI policy didn't cover obstetric care. In this particular study, SUS paid for one childbirth in 2 privately insured women, and for one in 4 women with PHI covering obstetric care. Even if we disregard this study, utilization of SUS by privately insured people is higher for childbirth and specially for vaginal childbirth than for other subtypes of hospitalization.

Naturally, the difference between privately insured people and the uninsured ones was lower in studies assessing frequency of utilization of SUS in longer time frames, e. g. the person reporting being a user of a service, or having used the service at least once in the previous many months. The difference was also lower among people assigned to an ESF team. Besides, the estimate of the difference was less precise in smaller studies, resulting in a few cases of statistical nonsignificance. Due to the heterogeneity of the included studies, a meta-analysis was not warranted.

Both for outpatient care and hospitalization, utilization of SUS by privately insured people was more frequent in less developed geographic regions and outside metropolitan areas; for PHI policies with a smaller geographic coverage area, with smaller premiums, with copayment and not covering the procedure; and among people with poorer health. Notwithstanding the lack of a more sophisticated statistical analysis of these correlates, they have been explained as indicating more restrictive PHI policies and less developed provider networks.

Coherently with this explanation, qualitative studies consistently found the reason of utilization of SUS to be the difficulty or impossibility, real or perceived, of obtaining health care in the PHI's provider network. On the other hand, neither copayment nor quality of the care were reported as reasons for utilization of SUS.

In nonprofit hospitals with their own PHI plan despite belonging to SUS's provider network, privately insured people don't always access SUS via regular means. Sometimes the nonprofit hospital's PHI plan works effectively as a way to obtain preferential access within the hospital to health services paid for by SUS, and sometimes it is not clear for the privately insured individual if their health care is being paid for by SUS or their insurer.

Remarkably, privately insured people are more likely to have their surgery paid for by SUS if they have higher economic level. Until a more specific explanation is produced, it seems that the well-off have greater access to surgery in the public health system, even though it is free at the point of care.

Access to SUS was also studied in a primary health center implementing ESF: adults seeking health care were 23% less likely to receive it if they were privately insured. Although the reasons for this difference are not clear, this finding suggests privately insured people are not favored in the primary health care of SUS.

The experience of being hospitalized in SUS seems to be satisfactory to privately insured people, at least for acute myocardial infarction in the capitals of the South Region. This finding, however, was unique, and didn't result in preference for the public hospital instead of the private one. No study described other outcomes of health care utilization, like clinical recovery, acquisition or loss of PHI or health expenditure from any perspective.

DISCUSSION

One strength of this review is the comprehensiveness of its search strategy and the large number of relevant databases searched. This comprehensiveness allowed the inclusion of studies approaching the theme in many ways, which were improbable to be found by a more focused search strategy. Another strength is the

coherence of the findings among the studies, despite differences in study population or design, thus increasing our confidence in the validity of these findings. Finally, the absence of conflicts of interest, together with the agreement between the studies reporting having no conflicts of interest and those without such disclosure, suggests the findings of this review were not biased by conflicts of interest.

On the other hand, the observational and cross-sectional aspects of the quantitative studies included in the review ask for caution in the interpretation of their findings. This limitation, however, is attenuated by the inclusion of qualitative studies in the review and by the multivariable analysis of some quantitative studies. Caution is also necessary in generalizing the findings of this review beyond the context in which the studies were conducted. While these studies were conducted in a fairly favorable macroeconomic context and under a particular PHI regulation, Brazil faces today a recession and its Ministry of Health is considering to regulate a new modality of PHI, called “popular plans”.

The findings of this review confirm privately insured people use preferentially their PHI’s provider network, leaving SUS as a fallback. In other words, to the extent that SUS’ services are duplicated by PHI, SUS becomes secondary to PHI for privately insured people, the opposite of what the official nomenclature for PHI in Brazil (“supplementary health”) would imply³⁸. In Brazil, thus, PHI might shift some demand for health care from SUS, contrary to what happens in the OECD countries^{4,39}. This is understandable given the differences in financing between SUS and the public health system of OECD countries with duplicate PHI. In 2014, according to GHED, public health expenditures in Brazil were Int\$ 607 *per capita* (international dollars, adjusted for purchase power parity) or 3.8% of the gross domestic product, much lower than expenditures in Spain (Int\$ 2,102; 6.4%), Italy (Int\$ 2,449; 7.0%), Ireland (Int\$ 2,511; 5.1%), United Kingdom (Int\$ 2,808; 7.6%) or Australia (Int\$ 2,921; 6.3%). While in these OECD countries access to health care is discussed in terms of time to elective surgical procedures^{4,39}, in Brazil SUS doesn’t guarantee timely access even to the simplest outpatient visits, in what has even been described as “institutional violence”⁴⁰.

No study included in this review tackled costs due to utilization of SUS by privately insured people. Even if, on the one hand, the lower utilization of SUS by privately insured people might shift some expenditure from the public sector, the net effect of duplicate PHI on the availability of resources for public health is not clear because, on the other hand, PHI also receives public resources as fiscal incentives or (for PHI sponsored by public employers) even budget allocation ^{5,41–45}.

Beyond this unknown effect on the availability of public resources for SUS, duplicate PHI has been considered a limitation to the universal, equitable character of SUS ^{43,45,46}. To the extent that privately insured people use preferentially their PHI's provider network, Brazil has a two-tiered health system, where wealthier people have timely access to well financed health services providing a more satisfactory experience, and poorer people are restricted to worse financed services with organizational barriers and a less satisfactory experience, thus maintaining a situation of blatant socioeconomic inequity in health ^{1,40,46–51}.

One might expect this socioeconomic inequity in health to be amenable to the prohibition of duplicate PHI in Brazil ⁴⁵. However, in this hypothetical scenario it would be anything but trivial for SUS to accommodate privately insured people's expectancy on consumption of health services ⁴⁵. The challenge, thus, is to qualify the regulation of PHI, changing its relation with SUS from competition to collaboration, towards guaranteeing the social right to health ^{1,38,48,52}.

In short, the scientific literature on the utilization of SUS by privately insured people confirms SUS as playing a secondary role in the financing of health care for these people. This secondary role of SUS limits its universal, equitable character, laying to the State the challenge of innovating PHI regulation.

REFERENCES

1. Sekhri N, Savedoff W. Private health insurance: implications for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2005;83(2):127–34.
2. Viacava F, Bellido JG. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Ciênc Saúde Coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):351–70.

3. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático: saúde suplementar. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 122 p.
4. Private health insurance in OECD countries. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2004. 240 p. (The OECD Health Project).
5. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1431–40.
6. Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde, Associação Brasileira de Economia da Saúde. A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. 344 p.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Organização Pan-Americana da Saúde, Associação Brasileira de Economia da Saúde. Os Núcleos de Economia da Saúde: histórico e produção bibliográfica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. 114 p.
8. Bahia L. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil [Thesis (doctorate)]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 1999.
9. Santos IS. Planos privados de assistência a saúde no mundo do trabalho [Dissertation (masters)]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2000.
10. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(1):44–9.
11. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):133–49.
12. Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):585–98.
13. Viacava F, Souza PRB Jr, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(supl.1):119–28.
14. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS — PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011–22.
15. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):487–500.

16. Pessoto UC, Heimann LS, Boaretto RC, Castro IEN, Kayano J, Ibanhes LC, et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):351–62.
17. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo Em Perspect. Dezembro 2008;22(2):19–29.
18. Barreto IF Jr, Ferreira MP, Silva ZP. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. São Paulo Em Perspect. 2008;22(2):5–18.
19. Barros AJD, Santos IS, Bertoldi AD. Can mothers rely on the Brazilian health system for their deliveries? An assessment of use of the public system and out-of-pocket expenditure in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:57.
20. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1501–10.
21. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595–603.
22. Oliveira CMF de. Utilização de serviços do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde [Dissertation (masters)]. [Rio de Janeiro (RJ)]: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
23. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, et al. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. *Rev Médica Minas Gerais*. 2010;20(1):5–15.
24. Porto SM, Ugá MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998–2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3795–806.
25. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003–2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. setembro de 2011;16(9):3807–16.
26. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface — Comun Saúde Educ*. 2011;15(36):123–36.
27. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2913–21.

28. Hernandez ESC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF. Health insurance coverage of the elderly and socioepidemiological characteristics associated. *Rev Saúde Pública*. dezembro de 2012;46(6):1030–8.
29. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3047–56.
30. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde e Soc*. 2013;22(1):211–22.
31. Amorim VMSL, Barros MBA. Equity of access to Pap smears: population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:136–49.
32. Bonello AADLM, Corrêa CRS. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4397–406.
33. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Paepe PD, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2014;28(6):480–8.
34. Olsen JM. Uso de serviços segundo a posse de plano privado de saúde no município de São Paulo [Dissertation (masters)]. [São Paulo (SP)]: Universidade de São Paulo; 2014.
35. Santiago AX, Barreto ICHC, Sucupira ACSL, Lima JWO, Andrade LOM. Equitable access to health services for children aged 5 to 9 in a medium city of northeast of Brazil: a result of Family Health Strategy. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(suppl 2):39–52.
36. Zanon LR, Zanin L, Flório FM. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. *RGO*. 2016;64(4):411–8.
37. Arruda GO, Mathias TAF, Marcon SS. Prevalence and factors associated with the use of public health services for adult men. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(1):279–90.
38. Sestelo JAF, Souza LEPF, Bahia L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):851–66.
39. Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *J Health Polit Policy Law*. 2004;29(3):359–96.
40. Fleury S, Bicudo V, Rangel G, Soto Fors M, Mier Armas M, Rúa Martínez R, et

- al. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colect.* 2013;9(1):11–25.
41. Ocké-Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serviço Público.* 2000;51(1):124–47.
 42. Andreazzi MFS, Ocké-Reis CO. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2007;17(3):521–44.
 43. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1385–97.
 44. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2008;18(4):645–84.
 45. Santos IS. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2743–52.
 46. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):975–86.
 47. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(2):405–16.
 48. Ocké Reis CO. Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. *Texto Para Discussão.* 2004;1013:1–24.
 49. Drechsler D, Jütting J. Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries. *J Health Polit Policy Law.* 2007;32(3):497–534.
 50. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1421–30.
 51. Gerschman S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1441–51.
 52. Azevedo BDS, Biondo CS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Bioethical reflection regarding access to supplemental health in Brazil. *Acta Bioethica.* 2015;21(1):117–25.

NORMAS DA REVISTA

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

[...]

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

[...]

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

[...]

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na

garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

[...]

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

[...]

11. Processo de submissão online

[...]

12. Envio do artigo

[...]

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

[...]

14. Envio de novas versões do artigo

[...]

15. Prova de prelo

[...]

7 NOTA À IMPRENSA

NOTA À IMPRENSA

Pessoas com plano de saúde quase não usam as unidades básicas para consulta médica

O Brasil é o único país que tem ao mesmo tempo um sistema de saúde universal como o SUS e planos de saúde que respondem por mais de 20% dos gastos com saúde. Quem tem plano de saúde são as pessoas mais ricas, e não as que mais precisam. Na estratégia Saúde da Família (antigo PSF), as pessoas com plano de saúde procuram atendimento (médico e por outros profissionais) na unidade básica de saúde com metade da frequência das pessoas sem plano de saúde. Analisando apenas as consultas médicas, esse uso da unidade básica é ainda menor. Enquanto 43% das pessoas sem plano de saúde contam que sua última consulta médica foi na unidade básica, apenas 5% das pessoas com plano de saúde dizem o mesmo.

Essas e outras conclusões fazem parte da tese do médico de família Leonardo F. Fontenelle, sob orientação do prof. dr. Aluísio J. D. Barros, no doutorado interinstitucional em epidemiologia realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Os dados foram coletados por uma pesquisa domiciliar na parte urbana de Pelotas atendida pela estratégia Saúde da Família, sob a coordenação dos professores doutores Andréa Homsí Dâmaso, Helen Gonçalves e Aluísio Barros.

Uma parte importante da tese foi diferenciar plano de saúde e cartão de desconto. O que os cartões de desconto oferecem é o acesso a uma lista de serviços de saúde e outras áreas que oferecem atendimento a preços populares. Apesar de as pessoas pagarem aos cartões de desconto mensalidades de baixo custo, o pagamento dos atendimentos é feito pelas próprias pessoas, e não pelos cartões de desconto. Em outras palavras, as pessoas confundem plano de saúde com cartões de desconto, mas os dois funcionam de forma bem diferente. Dentre as pessoas entrevistadas nesta pesquisa, 31% diziam ter plano de saúde, mas 57% destas estavam cobertas na verdade apenas por cartões de desconto. Diferenciando cartão de desconto de plano de saúde, a tese trouxe resultados mais confiáveis, e

mostrou a importância de que futuras pesquisas na área também tomem esse cuidado.