

## MUDANÇAS NA PREVALÊNCIA DA COBERTURA DE PLANOS MÉDICOS DE SAÚDE ENTRE ADULTOS NO BRASIL: ANÁLISE COMPARATIVA DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2013 E 2019)

CHANGES IN THE PREVALENCE OF HEALTH INSURANCE COVERAGE AMONG ADULTS IN BRAZIL: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NATIONAL HEALTH SURVEY (2013 AND 2019)

CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DE LA COBERTURA DE PLANES DE SALUD ENTRE ADULTOS EN BRASIL: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (2013 Y 2019)

Andrio Corrêa Barros<sup>1</sup>  
Evandicleude Ferreira de Carvalho Rodrigues<sup>2</sup>  
Juliana do Nascimento Moraes Rego<sup>3</sup>  
Suelen Gonçalves Barroso<sup>4</sup>  
Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira<sup>5</sup>  
Lívia Maia Páscoal<sup>6</sup>

**RESUMO:** Estimar a prevalência da cobertura de planos médicos de saúde na população adulta (18 a 59 anos), analisando suas variações segundo características socioeconômicas e demográficas entre os anos de 2013 e 2019. Estudo transversal com dados secundários da Pesquisa Nacional Saúde 2013 e 2019. Foram incluídos 121.765 adultos de 2013 e 164.291 de 2019. A prevalência de plano médico de saúde foi autorreferida e descrita segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Foram estimadas as prevalências e os respectivos IC95% para cada ano. A mudança da prevalência foi apresentada por meio da diferença absoluta que estimou a magnitude e a variação no período por meio de Modelos Linear Generalizado (GLM), usando a distribuição Gaussiana. Utilizou-se teste de qui-quadrado de Pearson para confirmar diferenças. A prevalência de cobertura de plano médico de saúde reduziu para 26,3% (IC95: 25,5-27,1) em 2019, ante 29,5% (IC95: 28,5-30,5) em 2013, diferença absoluta de -3,2% (IC95: -4,4; -1,8; p-valor <0,001). Redução estatisticamente significativa foi observada em ambos os sexos, em todas as idades, grupos raciais, inseridos ou não no mercado de trabalho, níveis de escolaridade e tipo de cidade de residência. Porém, não houve mudança para as pessoas no maior nível de renda e da região sul do país. Verificou-se redução da prevalência da cobertura de plano médico de saúde ao longo dos seis anos dos inquéritos e sua associação a características socioeconômicas e demográficas. Esses achados apontam os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Planos de saúde. Cobertura de serviços de saúde. Inquéritos epidemiológicos. Desigualdades em saúde. Equidade em saúde.

<sup>1</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>2</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>3</sup> Graduanda no curso de graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>4</sup> Pós-graduanda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>5</sup> Pós-doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão.

**ABSTRACT:** To estimate the prevalence of medical health plan coverage in the adult population (18 to 59 years), analyzing its variations according to socioeconomic and demographic characteristics between the years 2013 and 2019. A cross-sectional study with secondary data from the 2013 and 2019 *National Health Survey* (PNS). A total of 121,765 adults in 2013 and 164,291 in 2019 were included. The prevalence of medical health plan coverage was self-reported and described according to socioeconomic and demographic variables. Prevalence rates and respective 95% confidence intervals (95% CI) were estimated for each year. The change in prevalence was presented through the absolute difference, which estimated the magnitude and variation in the period using Generalized Linear Models (GLM) with Gaussian distribution. Pearson's chi-square test was used to confirm differences. The prevalence of medical health plan coverage decreased to 26.3% (95% CI: 25.5–27.1) in 2019, compared to 29.5% (95% CI: 28.5–30.5) in 2013, with an absolute difference of –3.2% (95% CI: –4.4; –1.8; p-value <0.001). A statistically significant reduction was observed in both sexes, in all ages, racial groups, whether or not inserted in the labor market, education levels, and type of city of residence. However, no change was found for individuals in the highest income level and in the Southern region of the country. A reduction in the prevalence of medical health plan coverage was observed over the six years of the surveys and its association with socioeconomic and demographic characteristics. These findings point to the challenges of the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Health Plans. Health Services Coverage. Health Surveys. Health Inequalities. Equity in Health.

**RESUMEN:** Estimar la prevalencia de la cobertura de planes médicos de salud en la población adulta (18 a 59 años), analizando sus variaciones según características socioeconómicas y demográficas entre los años 2013 y 2019. Estudio transversal con datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud de 2013 y 2019. Se incluyeron 121.765 adultos en 2013 y 164.291 en 2019. La prevalencia de plan médico de salud fue autorreferida y descrita según variables socioeconómicas y demográficas. Se estimaron las prevalencias y los respectivos IC95% para cada año. El cambio en la prevalencia se presentó mediante la diferencia absoluta, que estimó la magnitud y la variación en el período por medio de Modelos Lineales Generalizados (GLM), utilizando la distribución gaussiana. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson para confirmar las diferencias. La prevalencia de cobertura de plan médico de salud se redujo a 26,3% (IC95: 25,5–27,1) en 2019, frente a 29,5% (IC95: 28,5–30,5) en 2013, con una diferencia absoluta de –3,2% (IC95: –4,4; –1,8; valor p < 0,001). Se observó una reducción estadísticamente significativa en ambos sexos, en todas las edades, grupos raciales, personas insertadas o no en el mercado laboral, niveles de escolaridad y tipo de ciudad de residencia. Sin embargo, no hubo cambios para las personas en el mayor nivel de ingreso y en la región sur del país. Se verificó una reducción de la prevalencia de la cobertura de plan médico de salud a lo largo de los seis años de los relevamientos y su asociación con características socioeconómicas y demográficas. Estos hallazgos señalan los desafíos del Sistema Único de Salud (SUS).

**Palabras clave:** Planes de salud. Cobertura de servicios de salud. Encuestas epidemiológicas. Desigualdades en salud. Equidad en salud.

## INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem uma configuração híbrida e segmentada, permitindo a coexistência dos setores público e privado. A Constituição Federal de 1988 estruturou em

princípios e diretrizes o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo dos anos, o SUS é reconhecido como uma das maiores políticas públicas de inclusão social e principal forma de atendimento em saúde para a maioria da população brasileira (Russo et al., 2020; Viacava et al., 2018).

Por sua vez, o setor suplementar é formado por operadoras de planos e seguros privados (Souza Júnior et al., 2021; de Oliveira et al., 2022). A legislação brasileira estabelecer que esse segmento deva atuar de maneira complementar ao SUS. Contudo, na prática se observa uma sobreposição de serviços, duplicidade de cobertura, segmentação da assistência e ineficiência na alocação dos recursos públicos e privados (Lima Júnior et al., 2024; Araújo; Nascimento; Pereira, 2018).

A posse de plano de saúde no Brasil está associada a fatores socioeconômicos e demográficos. Estudos apontam que a cobertura suplementar concentra o atendimento de indivíduos com maior renda e vínculos formais de trabalho (Cunha et al., 2019; Souza Júnior et al., 2021; Andrietta et al., 2020; Moraes et al., 2022). Essa dinâmica contribui para aprofundar desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde, resultando em um sistema estratificado por classe social e localização geográfica (Cunha et al., 2019).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 indicam cobertura de aproximadamente 30% da população adulta, com maior concentração entre indivíduos brancos, com ensino superior, renda superior a três salários mínimos e residentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (Souza Júnior et al., 2021). Em contrapartida, o contexto de crise econômica e política ocorridos no país entre 2014 e 2016, geraram desemprego, informalidade laboral, queda da renda e aumento da desigualdade socioeconômica (Andrietta et al., 2020). Impactando na redução do número de portadores de planos de saúde e aumento no número de dependentes exclusivos do SUS. Estimativas indicam que quase 3 milhões de pessoas perderam seus planos de saúde no período (Andrietta et al., 2020), gerando uma sobrecarga adicional ao SUS, particularmente em estados com baixa cobertura suplementar e infraestrutura de serviços de saúde limitada.

A adoção de medidas de austeridade a partir de 2016, em especial a Emenda Constitucional nº 95 (teto real para as despesas primárias da União pelos vinte anos subsequentes), intensificou o subfinanciamento crônico do SUS. Estimativas apontam que, entre 2018 e 2022, os recursos federais destinados ao SUS foram reduzidos em quase R\$ 64,8 bilhões, limitando sua capacidade de expansão e resposta às crescentes demandas por serviços públicos de saúde (Aragão; Funcia, 2021; Ocké-Reis; Piola; Vieira, 2023).

Nessa perspectiva, deve-se examinar a distribuição das mudanças na cobertura por planos médicos de saúde entre os grupos sociais, especialmente nos mais vulneráveis. A análise comparativa dos dados da PNS de 2013 e 2019 fornece subsídios para compreender os efeitos de eventos macroestruturais sobre o acesso à saúde suplementar e a consequente pressão exercida sobre o SUS.

Este estudo tem como objetivo estimar a prevalência da cobertura de planos médicos de saúde na população adulta (18 a 59 anos), analisando suas variações segundo características socioeconômicas e demográficas entre os anos de 2013 e 2019.

## MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal. Os dados foram oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019, a qual é um inquérito domiciliar de base populacional, de abrangência nacional. Nela são coletadas informações válidas e representativas da população brasileira.

### MÉTODOS DE PESQUISA

A população-alvo em 2013 foram os indivíduos  $\geq 18$  anos de idade e em 2019  $\geq 15$  anos de idade, residentes em domicílios particulares permanentes no Brasil. Os questionários abordam os domicílios e todos os seus moradores.

A PNS utiliza amostra probabilística complexa de um conjunto de unidades de áreas selecionadas (setores censitários) de todas as Unidades Federadas (UF) do Brasil. A amostragem utilizada foi probabilística por conglomerados em três estágios de seleção, com estratificação pelas áreas selecionadas. Os domicílios representam as unidades secundárias e a terciária o morador ( $\geq 18$  anos em 2013 e  $\geq 15$  anos de idade em 2019) selecionado de cada domicílio a partir da listagem dos moradores, que responde à parte individual do questionário aplicado pela PNS. Detalhes metodológicos podem ser obtidos em publicações da PNS.

Neste presente estudo, foram utilizados dados de adultos (18 a 59 anos de idade). Foram incluídos 121.765 adultos de 2013 e 164.291 de 2019. Para as análises foram utilizadas um conjunto de variáveis socioeconômicas, demográficas e de posse de plano médico de saúde.

A prevalência de plano médico de saúde foi autorreferida e descrita segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Para ambos os anos da PNS, foram estimados as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) das variáveis socioeconômicas, demográficas e

de posse de plano médico de saúde. Diferenças na distribuição das frequências das variáveis foram verificadas segundo o ano e consideradas estatisticamente significante ao nível de 5% na ausência de sobreposição dos IC95%. Teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para confirmar diferenças entre as duas PNS. Foi estimada prevalência da cobertura de plano médico de saúde segundo as unidades federativas do Brasil em adultos.

A prevalência e os respectivos IC95% da cobertura de plano médico de saúde segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas foram estimadas para cada ano da PNS. A mudança da prevalência entre os dois anos da PNS foi apresentada por meio da diferença absoluta. A magnitude dessa variação no período foi computada com Modelos Linear Generalizado (GLM), usando a distribuição Gaussiana. Os dados dos dois inquéritos foram agregados em um único banco. Usando-se o peso do morador selecionado com calibração, foram calculadas as mudanças absolutas de 2013 a 2019 segundo características socioeconômicas, demográficas e locais do pré-natal. Para calcular a mudança de prevalência de 2013 para 2019, foi modelado o efeito do ano sobre o desfecho segundo a variável de agrupamento.

A taxa de prevalência percentual relatada foi calculada como o exponencial do coeficiente menos um e multiplicado por 100. Por fim, foram realizados modelos de regressão de Poisson, variância robusta, bruta e ajustada por variáveis socioeconômicas, demográficas e para testar a associação do ano da PNS (2019 *vs* 2013) com a posse do plano médico de saúde. Todas as análises foram feitas no *software RStudio* versão 2023.6.1.524 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*).

## ASPECTOS ÉTICOS

Os dados da PNS 2013 e 2019 são de domínio público e podem ser utilizados de acordo com as pesquisas de interesse. As pesquisas foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (processo nº 328.159 emitido em julho de 2013; processo nº 3.529.376 de agosto de 2019). Todas as entrevistadas assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização da população adulta brasileira (18 a 59 anos) entrevistada na PNS nos dois anos da pesquisa. Em 2013, foram 121.765 adultos e 164.291 em 2019. Nos dois anos, predominaram mulheres, moradores da região sudeste e fora das capitais e regiões metropolitanas do país, mas sem diferença estatisticamente significativa no período.

Porém, para as demais variáveis houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Verificou-se aumento das proporções de população nas maiores faixas de idade, negros e nos maiores níveis de escolaridade. Contudo, piorou a proporção de população fora do mercado de trabalho (2013: 33,3%; IC95%: 32,7-33,8; e 2019: 35,3%; IC95%: 34,7; 35,7) e nos extremos de renda.

**Tabela 1.** Características socioeconômicas e demográficas da população adulta brasileira entrevistada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013 e 2019, Brasil.

Variáveis	2013 (n=121.765)		2019 (n=164.291)		p-valor <sup>t</sup>
	Total		Total		
	%	IC95%	%	IC95%	
Sexo					
Masculino	47,9	47,5; 48,5	47,8	47,5; 48,1	0,77
Feminino	52,1	51,8; 52,5	52,2	51,9; 52,5	
Faixa etária (em anos)					
18 a 29	32,4	31,9; 32,8	29,1	28,7; 29,5	0,001
30 a 39	25,8	25,3; 26,3	25,9	25,4; 26,3	
40 a 49	22,6	22,2; 23,0	23,6	23,2; 24,0	
50 a 59	19,2	18,7; 19,6	21,4	21,0; 21,8	
Cor/raça					
Branca	46,1	45,0; 47,1	42,4	41,6; 43,1	0,001
Parda	43,5	42,6; 44,4	45,0	44,3; 45,7	
Preta	9,2	8,8; 9,7	11,4	11,0; 11,8	
Outras	1,2	1,1; 1,4	1,2	1,1; 1,4	
Moradores no domicílio					
Um	4,5	4,3; 4,7	5,1	4,9; 5,3	0,001
Dois	17,6	17,1; 18,0	20,2	19,7; 20,7	
Três ou mais	77,9	77,4; 78,5	74,7	74,2; 75,2	
Trabalha					
Sim	66,7	66,2; 67,3	64,8	64,3; 65,3	0,001
Não	33,3	32,7; 33,8	35,3	34,7; 35,7	
Escolaridade					
Até fundamental incompleto	32,5	31,7; 33,3	26,7	26,1; 27,3	0,001
Fundamental completo ao	16,8	16,4; 17,2	15,8	15,4; 16,1	
Médio incompleto					
Médio completo ao Superior	37,2	36,5; 37,9	40,5	40,0; 41,0	
incompleto					
Superior completo	13,5	12,9; 14,2	17,0	16,4; 17,7	
Renda domiciliar per capita					
Até 1/2 SM	22,6	21,8; 23,4	24,4	23,7; 25,0	0,03
1/2 até 1 SM	28,6	27,9; 29,4	28,3	27,7; 28,9	
1 até 2 SM	28,2	27,4; 29,0	27,7	27,1; 28,4	
2 até 3 SM	9,1	8,6; 9,6	8,9	8,5; 9,3	
Mais de 3 SM	11,5	10,8; 12,2	10,7	10,1; 11,3	
Macrorregião do país					
Norte	7,9	7,3; 8,5	8,3	7,9; 8,8	0,93
Nordeste	26,8	25,3; 28,2	26,8	25,8; 27,7	
Centro-oeste	7,6	7,1; 8,2	7,9	7,3; 8,5	

Sudeste	43,0	41,2; 44,8	42,6	41,1; 44,1
Sul	14,7	13,5; 15,9	14,4	13,6; 15,2
Tipo de cidade				
Capital	24,8	23,7; 25,9	24,5	23,6; 25,5
Região Metropolitana exceto capital	17,3	16,2; 18,4	17,6	16,6; 18,6
Interior	58,0	56,4; 59,5	57,9	56,6; 59,2

Fonte: Brasil, PNS 2013 e 2019.

Notas: 1- Teste de Qui-quadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confiança a 95%.

A prevalência de cobertura de plano médico de saúde reduziu para 26,3% (IC95: 25,5-27,1) em 2019, ante 29,5% (IC95: 28,5-30,5) em 2013, um decréscimo absoluto de -3,2% (IC95: -4,4; -1,8;  $p$ -valor <0,001). Redução estatisticamente significativa ( $p$ -valor<0,001) foi observada em ambos os sexos, em todas as idades, grupos raciais, inseridos ou não no mercado de trabalho, níveis de escolaridade e tipo de cidade de residência. Porém, não houve mudança estatisticamente significativa ( $p$ -valor>0,05) para as pessoas no maior nível de renda e moradoras das regiões norte e sul do país. Em ambos os anos, as menores prevalências de cobertura de plano de saúde foram verificadas nos piores níveis de escolaridade, renda, pardos, moradores da região norte, nordeste e de cidades fora das capitais e região metropolitana. Por outro lado, as maiores prevalências ocorreram em brancos, nos maiores níveis de escolaridade e renda e moradores do sul, sudeste e capitais do país.

**Tabela 2.** Prevalência da cobertura de plano médico de saúde segundo características socioeconômica e demográficas da população adulta brasileira entrevistada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013 e 2019, Brasil.

Variáveis	Prevalência da cobertura de plano médico de saúde				Mudança absoluta na prevalência 2013-2019		p-valor <sup>d</sup>
	2013		2019				
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
Cobertura de plano médico de saúde	29,5	28,5; 30,5	26,3	25,5; 27,1	-3,2	-4,4; -1,8	0,001
Sexo							
Masculino	28,5	27,4; 29,5	25,2	24,4; 26,0	-3,3	-4,6; -1,8	0,001
Feminino	30,4	29,4; 31,4	27,4	26,5; 28,2	-3,0	-4,4; -1,7	0,001
Faixa etária (em anos)							
18 a 29	26,1	24,9; 27,2	21,8	21,0; 22,7	-4,3	-5,6; -2,8	0,001
30 a 39	31,3	30,0; 32,6	29,3	28,2; 30,5	-2,0	-3,8; -0,2	0,03
40 a 49	30,8	29,5; 32,1	27,8	26,5; 29,1	-3,0	-4,8; -1,2	0,002
50 a 59	31,2	29,6; 32,8	27,3	26,1; 28,4	-3,9	-5,8; -1,9	0,001
Cor/raça							
Branca	39,3	37,8; 40,7	36,5	35,3; 37,8	-2,8	-4,6; -0,8	0,006
Parda	20,5	19,5; 21,3	18,5	17,8; 19,1	-2,0	-3,2; -0,9	0,001
Preta	23,0	21,2; 24,9	19,2	18,0; 20,4	-3,8	-5,9; -1,6	0,001



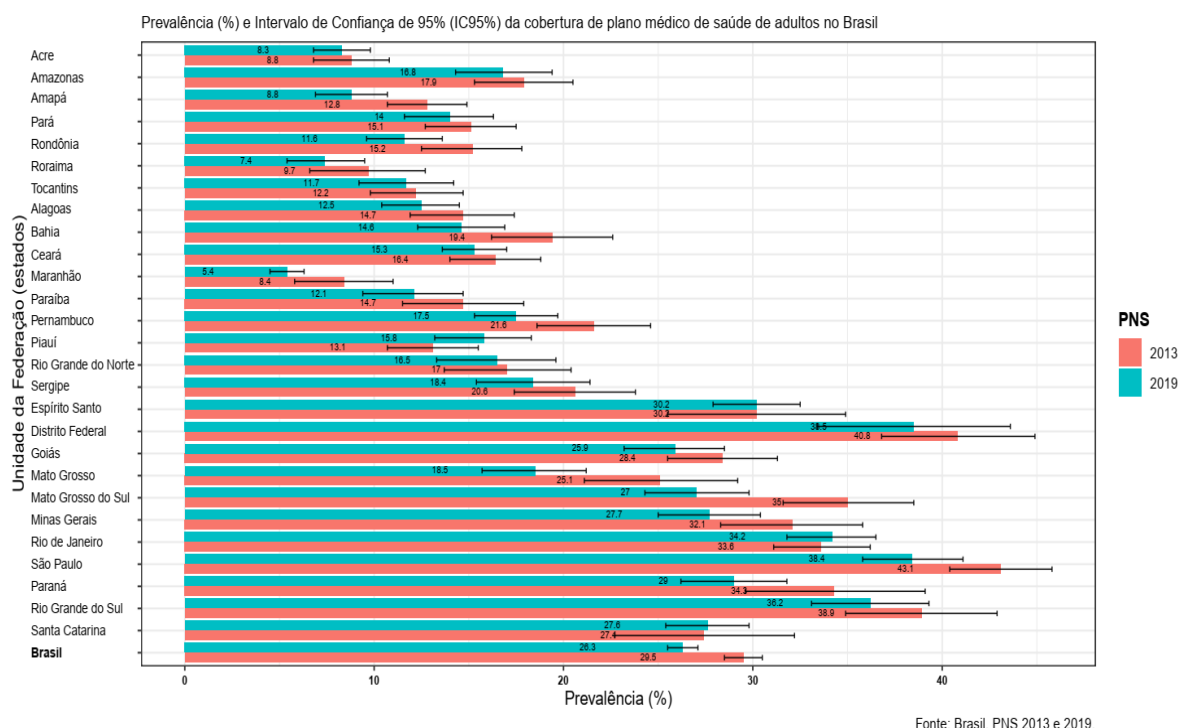
Outras	31,2	26,9; 35,6	29,3	24,2; 34,5	-1,9	-8,2; 4,9	0,58
Moradores no domicílio							
Um	31,9	29,7; 34,2	28,2	26,2; 30,2	-3,7	-6,6; -0,8	0,02
Dois	32,3	30,8; 33,9	28,4	27,0; 29,7	-3,9	-6,0; -1,9	0,001
Três ou mais	28,7	27,6; 29,8	25,7	24,8; 26,5	-3,0	-4,4; -1,6	0,001
Trabalha							
Sim	33,5	32,4; 34,6	31,2	30,3; 32,1	-2,3	-3,8; -0,9	0,002
Não	21,4	20,3; 22,5	17,4	16,5; 18,2	-4,0	-5,3; -2,6	0,001
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	10,8	10,1; 11,5	7,3	6,8; 7,9	-3,5	-4,4; -2,5	0,001
Fundamental completo ao Médio incompleto	19,6	18,4; 20,8	13,5	12,6; 14,4	-6,1	-7,3; -4,5	0,001
Médio completo ao Superior incompleto	36,5	35,3; 37,6	28,5	27,6; 29,3	-8,0	-9,1; -6,3	0,001
Superior completo	67,4	65,8; 69,1	62,9	61,6; 64,2	-4,5	-6,5; -2,3	0,001
Renda domiciliar per capita							
Até 1/2 SM	6,6	6,0; 7,3	4,2	3,8; 4,6	-2,4	-3,3; -1,7	0,001
1/2 até 1 SM	17,1	16,1; 18,1	14,4	13,6; 15,3	-2,7	-4,0; -1,4	0,001
1 até 2 SM	33,9	32,4; 35,3	31,5	30,3; 32,6	-2,4	-4,1; -0,5	0,01
2 até 3 SM	55,6	53,2; 58,0	50,1	48,0; 52,2	-5,5	-8,3; -2,3	0,001
Mais de 3 SM	73,8	72,0; 75,5	75,3	73,8; 76,8	1,5	-0,9; 4,0	0,21
Macrorregião do país							
Norte	14,9	13,6; 16,2	13,4	12,2; 14,7	-1,5	-3,4; 1,1	0,14
Nordeste	16,9	15,7; 18,1	14,1	13,3; 15,0	-2,8	-4,3; -1,3	0,001
Centro-Oeste	31,2	29,3; 33,0	27,0	25,2; 28,8	-4,2	-6,7; -1,5	0,003
Sudeste	38,0	36,2; 39,8	34,7	33,1; 36,3	-3,3	-5,6; -0,9	0,009
Sul	34,4	31,7; 37,1	31,3	29,7; 33,0	-3,1	-6,1; 1,0	0,06
Tipo de cidade							
Capital	40,6	39,4; 41,9	38,6	37,3; 40,0	-2,0	-3,8; -0,1	0,04
Região Metropolitana exceto capital	32,4	30,4; 34,3	29,3	27,5; 31,2	-3,1	-5,7; -0,3	0,03
Interior	23,9	22,3; 25,4	20,2	19,1; 21,3	-3,7	-5,5; -1,6	0,001

**Fonte:** Brasil, PNS 2013 e 2019.

Notas: 1- Teste de Qui-quadrado de Pearson; IC95%: Intervalo de Confiança a 95%

A cobertura por planos médicos de saúde variou consideravelmente entre as Unidades da Federação nos anos pesquisados. Em ambos os anos, as maiores prevalências ocorreram no Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul, e as menores no Maranhão, Acre e Roraima. Já no período, somente Amapá e Mato Grosso do Sul apresentaram redução estatisticamente significativa ( $p\text{-valor} < 0,001$ ), as demais permaneceram sem alterações ( $p\text{-valor} > 0,05$ ).

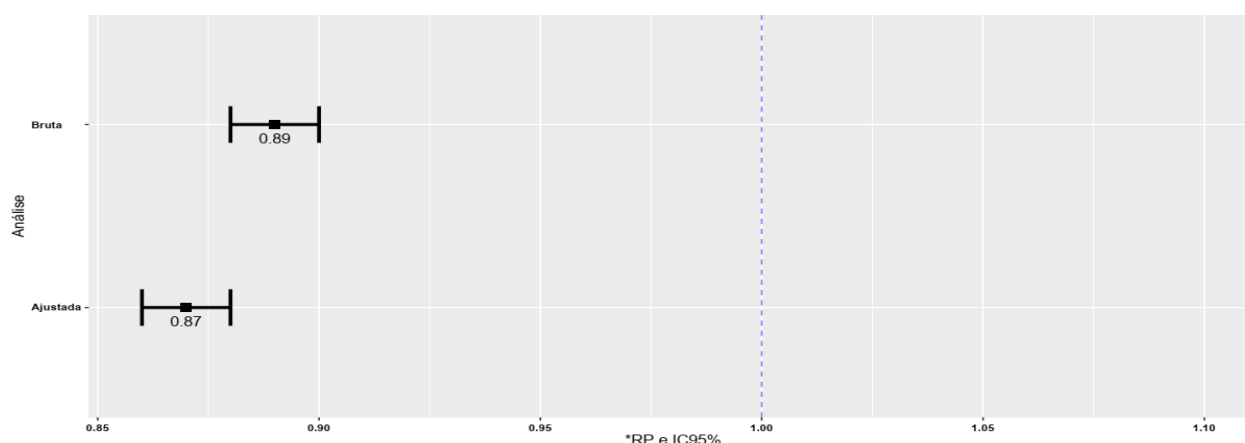




**Figura 1:** Prevalência da cobertura de plano médico de saúde na população adulta brasileira segundo a Unidade Federativa nos anos de 2013 e 2019 (Pesquisa Nacional de Saúde -PNS).

**Fonte:** Brasil, PNS 2013 e 2019.

A Figura 2 apresentou a análise bruta e ajustada da associação do ano de 2019 *vs* 2013 com a posse de plano privado de saúde. Verificou-se associação bruta e ajustada negativa. Na análise bruta a chance da menor cobertura de plano de saúde em 2019 foi 11,0% (RP=0,89; IC95%: 0,88-0,90) em relação a 2013. Na análise ajustada, essa chance foi ampliada para 13% (RP=0,87; IC95%: 0,86; 0,88).



**Figura 2:** Associação do ano da PNS (2019 *vs* 2013) com a posse do plano médico de saúde.

**Fonte:** Brasil, PNS 2013 e 2019.

Notas: \*Regressão de Poisson com variância robusta, ajuste realizado em função das variáveis presentes na tabela 1; IC95%: Intervalo de Confiança a 95%

## DISCUSSÃO

Verificou-se redução estatisticamente significativa da prevalência da cobertura de plano médico de saúde ao longo dos seis anos dos inqueritos e sua associação com características socioeconômicas e demográficas. Essa redução ocorreu de modo homogêneo entre as características analisadas. Contudo, grupos de maior renda e localidade mais rica do Brasil mantiveram mais suas capacidades de pagamento de planos de saúde e de proporção de população coberta, indicando menor perda do *status* de cobertura, a despeito da generalizada redução de cobertura de planos médicos de saúde ocorrida no Brasil. Nesse contexto, o SUS foi o mais impactado, pois recebeu relevante proporção de população que passou a depender exclusivamente do SUS. Além disso, as dificuldades financeiras do SUS foram amplificadas com a forte contração do orçamento público de saúde em decorrência da crise econômica e política e as respostas governamentais de austeridade dadas contra a crise.

Três décadas após a criação do SUS, avaliações de médio prazo apontam avanços expressivos na ampliação da cobertura e na redução de iniquidades. Contudo, também evidenciam o subfinanciamento crônico e a coexistência de modelos público-privado, que seguem tensionando a universalidade pretendida. Estudos de política de saúde ressaltam que a segmentação financeira permanece como obstáculo estrutural, particularmente em períodos de crise econômica (Castro et al., 2019; Russo et al., 2020). Assim, reforça-se o papel estruturante do SUS na mitigação das desigualdades e saúde (Souza-Júnior et al., 2021).

10

As análises deste estudo indicaram que a redução na cobertura de planos de saúde foi mais intensa entre os grupos historicamente mais vulnerabilizados: menor nível de escolaridade, renda, moradores do interior e população negra. A queda na posse de planos entre pessoas pretas e pardas superou 3,5 pontos percentuais, refletindo um agravamento dessas disparidades. Os resultados encontrados também dialogam com pesquisas anteriores que destacam a relação direta entre o acesso à saúde suplementar e os capitais econômico e social (Andrietta et al., 2020; Souza Júnior et al., 2021). Vale ressaltar que despesas com saúde, podem comprometer mais de 40% da renda domiciliar (Moraes et al., 2022), inviabilizando a adesão de planos de saúde privados por uma parcela significativa da população.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019 revelaram retração na prevalência de cobertura por planos de saúde privados entre adultos no Brasil, o que coincide com a deterioração dos indicadores socioeconômicos durante e após a recessão de 2014–2016. A sustentação da saúde suplementar no Brasil apresenta íntima relação com o mercado formal de

trabalho, ocasionando a perda de planos de saúde vinculados a pacotes de emprego (Russo et al., 2020). Entre 2015 e 2018 a redução acumulada foi de 2,5 milhões de postos de trabalho e de 2,6 milhões de beneficiários de planos coletivos (Teodoro; Csapo, 2021). Tais evidências confirmam o caráter pró-cíclico do mercado de planos de saúde, cuja retração, em contextos de crise, transfere demanda adicional ao SUS.

O período de recessão econômica apresentou contração acumulada de cerca de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) e com a elevação da taxa média anual de desocupação: 12,7% em 2017, ante 6,8 % em 2014 (IBGE, 2018). O desemprego, o subemprego e a pobreza absoluta cresceram, e o reajuste de 22% dos valores dos planos de saúde entre 2015 e 2018, comprometeram a manutenção de plano de saúde entre os que perderam vínculo empregatício (Andrietta et al., 2020; Teodoro; Csapo, 2021). Em 2014, 76% dos inseridos no mercado formal de trabalho tinham planos coletivos de saúde (Andrietta et al., 2020; Teodoro; Csapo, 2021). Em 2019, essa proporção caiu para 47,4 %, o que sugere a direta relação entre emprego formal e posse de plano de saúde, bem como a concentração da cobertura nos estratos mais elevados de escolaridade e renda (Souza-Júnior et al., 2021; Moraes et al., 2022).

O declínio na cobertura suplementar alinha-se também à adoção de políticas de austeridade, à redução da capacidade estatal de financiamento da saúde pública e ao enfraquecimento dos mecanismos regulatórios sobre o setor privado (Russo et al., 2020). Esse cenário favorece o fenômeno conhecido como “espiral de antisseleção”, que enfraquece a base de usuários dos planos, eleva os custos para os beneficiários e ameaça a sustentabilidade do setor, ao mesmo tempo em que sobrecarrega o SUS com a demanda não absorvida (Maia; Carvalho, 2020; Moraes et al., 2022).

A retração da saúde suplementar tem origem em falhas regulatórias e na proliferação de produtos com cobertura limitada e baixo custo (Russo et al., 2020; Maia; Carvalho, 2020). A partir de 2015, o congelamento das despesas federais comprometeu a resiliência do SUS e favoreceu a expansão de planos com cobertura restrita (Massuda et al., 2018). Mesmo em tempos de retração de emprego e renda e estagnação do número de usuários, as políticas de apoio governamental e renúncia fiscal possibilitaram a ampliação dos lucros das empresas, passando de R\$152,5 bilhões em 2011 para R\$245,5 bilhões em 2019 (Costa et al., 2022). Embora análises baseadas na PNAD-Contínua indiquem leve recuperação da cobertura por planos de saúde após 2021, esses efeitos de curto prazo não anulam a tendência descendente observada na PNS (IBGE, 2025).

A expansão de planos com cobertura restrita, os chamados “planos populares”, não resultou em aumento significativo de adesão entre as faixas de menor renda, o que corrobora os achados deste estudo. Além disso, a literatura crítica observa que esse formato reforça a segmentação ao oferecer pacotes com cobertura estritamente ambulatorial, alta coparticipação e baixa previsibilidade de custos, fenômeno que aprofunda a exclusão dos grupos de menor renda e desloca procedimentos de maior complexidade para o SUS (Maia; Carvalho, 2020). Nessa conjuntura, destaca-se também o desenvolvimento das “clínicas populares”, sem vinculação a planos de saúde, utilizados como redirecionamento a serviços hospitalares públicos (Russo et al., 2020).

A dinâmica da cobertura de planos médicos de saúde identificada neste estudo pode ser compreendida à luz do impacto diferencial da recessão econômica entre os estados brasileiros. Estudos evidenciam que, enquanto São Paulo sofreu forte retração econômica com perda de cobertura privada e redução de pessoal na saúde pública, Maranhão conseguiu sustentar o financiamento público e a manutenção dos serviços, mesmo com baixa cobertura suplementar. Essa assimetria demonstra que os efeitos das crises econômicas são mediados pelas características estruturais dos sistemas estaduais de saúde e pela origem dos recursos públicos (Andrietta et al., 2020).

12

As desigualdades regionais revelaram-se expressivas e podem indicar disparidades significativas na utilização dos serviços de saúde, inclusive no âmbito do SUS. Enquanto o Nordeste registrou queda na cobertura por planos de saúde, a região Sul manteve-se estável. Destacam-se estados com infraestrutura pública limitada que enfrentam simultaneamente a retração da saúde suplementar e a insuficiência de oferta pública, potencializando a sobrecarga dos serviços, evidenciando elevada vulnerabilidade caso haja migração da população para o SUS (Dias Da Costa et al., 2010).

Diante desse cenário, os dados indicam um processo crescente de segmentação no sistema de saúde brasileiro. A retração da saúde suplementar, aliada às políticas de austeridade e ao subfinanciamento do SUS, impõem desafios à equidade no acesso à saúde. Esse contexto exige ações estatais estruturadas, com fortalecimento do sistema público e regulação mais rigorosa do setor privado, a fim de conter o avanço das desigualdades. Recomenda-se a adoção de incentivos fiscais com caráter contracíclico, vinculados à manutenção de contratos coletivos, bem como o reforço do financiamento federal em regiões com baixa penetração da saúde suplementar, a fim de mitigar desigualdades no acesso e aliviar a pressão sobre o SUS.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O desfecho posse de plano de saúde, baseia-se na autodeclaração dos respondentes, o que pode estar sujeito a viés de informação, especialmente em relação ao tipo e à cobertura efetiva do plano referido. O delineamento transversal das duas edições da PNS impossibilita estabelecer relações causais entre os fatores socioeconômicos e as variações observadas na cobertura. Por fim, ressalta-se a possibilidade de alterações na formulação ou na compreensão das perguntas entre as edições de 2013 e 2019, podem ter afetado a comparabilidade direta dos dados, ainda que ambas as edições sigam protocolos metodológicos similares definidos pelo IBGE e pelo Ministério da Saúde.

## CONCLUSÃO

Verificou-se redução da prevalência da cobertura de plano médico de saúde ao longo dos seis anos dos inquéritos. Essa redução ocorreu de modo homogêneo entre as características analisadas, porém, afetou ainda mais os adultos com menor escolaridade, renda e emprego formal. Essa tendência indica potencial aumento das desigualdades no acesso à assistência à saúde, evidenciando os efeitos adversos de contextos econômicos recessivos sobre o setor suplementar. Contudo, grupos de maior renda e localidade mais rica do Brasil mantiveram mais suas capacidades de pagamento de planos de saúde e de proporção de população coberta, indicando menor dificuldade em manter o *status* de cobertura, a despeito da generalizada redução de cobertura de planos médicos de saúde ocorrida no Brasil.

13

O relevante deslocamento de população que passou a depender exclusivamente do SUS coincide com forte contração do orçamento estatal em decorrência da crise econômica e política, bem como das próprias respostas governamentais de austeridade dadas contra a crise que amplificaram as dificuldades do SUS.

Cabe destacar que, embora este estudo aborde o período pré-pandêmico, evidências mais recentes indicam que o mercado de planos de saúde pode ter sido ainda mais afetado pela crise sanitária da COVID-19. As transformações nas relações de trabalho médico, como aumento das oportunidades no setor público e retração no setor privado, apontam para possíveis mudanças estruturais na dinâmica da cobertura suplementar (Russo et al., 2023). Isso reforça a importância de monitorar continuamente indicadores de acesso à saúde para subsidiar políticas mais equitativas.

Tais achados reforçam a necessidade de políticas públicas que garantam a sustentabilidade do sistema de saúde em seus dois pilares: o público e o suplementar. Deve-se

fortalecer a regulação da ANS com maior previsibilidade dos reajustes e à proteção dos consumidores em situação de vulnerabilidade. Essas ações, articuladas ao investimento contínuo no fortalecimento do SUS, são fundamentais para conter o aprofundamento das iniquidades em saúde no país.

## REFERÊNCIAS

ANDRIETTA, L. S.; LEVI, M. L.; SCHEFFER, M. C.; et al. The differential impact of economic recessions on health systems in middle-income settings: a comparative case study of unequal states in Brazil. *BMJ Global Health*, v. 5, e002122, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002122. Acesso em: 10 maio 2025.

ARAGÃO, E. S.; FUNCIA, F. R. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00100521, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521>. Acesso em: 25 jun. 2025.

ARAUJO, I. M. M.; NASCIMENTO, D. F.; PEREIRA, A. M. Regulação em saúde no setor privado: o caso da ANS no Brasil e da ERS em Portugal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280416, 2018.

CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-360, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

COSTA, D. C. A. R. et al. Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 10, e00262221, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262221>.

CUNHA, C. L. F. Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil: dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado subsidiado. Curitiba: CRV, 2017.

CUNHA, C. L. F. et al. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1959-1972, 2019.

DE OLIVEIRA, B. L. C. A. et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Physicians' Working Hours and Earnings in São Paulo and Maranhão States, Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 16, p. 10085, 2022. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610085>.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalization for Primary Care-Sensitive Conditions in Regional Health Districts, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200014. Acesso em: 27 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Acesso em: 10 maio 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: ciclos de vida, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: resultados sobre planos de saúde pós-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2025.

LIMA JUNIOR, I. A. et al. A regulação assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2000 e 2018. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 12, e00023524, 2024.

MAIA, A. C.; CARVALHO, J. V. F. A espiral de antisseleção no mercado brasileiro de planos de saúde individuais. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 535-568, jul./set. 2020.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, v. 3, n. 4, e000829, 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000829.

MORAES, R. M. et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, e00354320, 2022.

OCKÉ-REIS, C. O.; PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020. Nota Técnica nº 109. Brasília: Ipea, 2023. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=39213](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=39213). Acesso em: 25 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Desigualdades em saúde estão encurtando décadas de vida: relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde. Genebra: OPAS, 6 maio 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-5-2025-desigualdades-em-saude-estao-encurtando-decadas-vida>. Acesso em: 28 jun. 2025.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, p. 11-21, 9 maio 2011. Acesso em: 10 jun. 2025.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

RUSSO, G. et al. What happened to health labour markets during COVID-19? Insights from the analysis of cross-sectional survey data on the perceptions of medical doctors in Brazil. *BMJ Open*, v. 13, e075458, 2023. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075458>.

RUSSO, G. et al. How the “plates” of a health system can shift, change and adjust during economic recessions: a qualitative interview study of public and private health providers in Brazil’s São Paulo and Maranhão states. *PLoS ONE*, v. 15, n. 10, e0241017, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241017>.



RUSSO, G. et al. The impact of economic recessions on health workers: a systematic review and best-fit framework synthesis of the evidence from the last 50 years. *Health Policy and Planning*, v. 36, p. 542–551, 2021. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa180>.

SOUZA-JUNIOR, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 3941–3953, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.1.43532020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r8mcKcJdm5RYB8zJNzpJLJS>. Acesso em: 27 jun. 2025.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333–342, 2014. Acesso em: 10 jun. 2025.

TEODORO, R.; CSAPO, M. O SUS no horizonte trabalhista: a tradição corporativa de direitos e a privatização da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 4, e200894, 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200894>.

TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D. R. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 660–678, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000300003.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Inquéritos domiciliares: potencialidades e desafios para monitorar a saúde, acesso e uso dos serviços. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 1–6, 2009. Acesso em: 10 jun. 2025.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.