

DISTRIBUIÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM SANTA CATARINA E VARIÁVEIS ASSOCIADAS: ANÁLISE DAS PNADs 2003 e 2008

Paulo Sérgio Cardoso da Silva¹
Beatriz Marcondes de Azevedo²

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde que foi criado, visa garantir o acesso universal aos serviços de saúde à sociedade brasileira. Decorrente da excessiva demanda, vem havendo uma maior inteiração de outros atores, que embora já previstos no SUS, passaram a ocupar maior espaço nesta relação. A saúde suplementar no Brasil, com seus planos de saúde, apresenta-se com um importante papel neste cenário. Este artigo objetiva analisar a distribuição dos planos de saúde em Santa Catarina e suas variáveis associadas, nos períodos de 2003 e 2008. Trata-se de um estudo transversal, onde foram analisados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizadas nos anos de 2003 e 2008. Foi encontrada uma maior distribuição entre os homens; com mais de 20 anos de idade; mais ricos (Q5); com 12 ou mais anos de estudos; moradores da zona urbana; e que autorreferiram ter 2 ou mais doenças crônicas. Verificou-se ainda um aumento na desigualdade entre os beneficiários segundo o sexo e a renda familiar *per capita* e uma diminuição na desigualdade entre os beneficiários segundo a escolaridade, região de moradia e número de doenças crônicas, nos períodos analisados. Contudo, decorrente da necessidade de melhor mapear os diferentes subsistemas presentes no SUS e da falta de estudos versando sobre a realidade de Santa Catarina, sugere-se a realização de mais pesquisas sobre o tema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde suplementar. Assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde no Brasil teve por muito tempo um caráter centralizador, burocrático, hospitalocêntrico e médico-centrado (MINAYO, 2008). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser direito de todo o cidadão e dever do Estado, de modo a direcionar os serviços e ações em saúde à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva. O início da pactuação infraconstitucional com a Lei Orgânica de Saúde Brasileira, formada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, potencializou este processo de transição do modelo antigo para o Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

¹ Graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; Pós-graduação em Fisiologia do Exercício pela Universidade Gama Filho - UGF; MBA em Gestão Estratégica de Pessoas pela UGF; Pós-graduação em Gestão em Saúde pela UFSC e Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UFSC. E-mail: pauloscs85@gmail.com

² Graduação em Psicologia pela UFSC; Graduação pela Administração pela UFSC; Pós-graduação em Psicologia Hospitalar pela Universidade de São Paulo – USP; Mestrado em Psicologia pela UFSC; Doutorado em Engenharia de Produção pela UFSC. Coordenadora de tutoria do Curso de Gestão em Saúde do Programa Nacional de Formação em Administração Pública - PNAP/UFSC. E-mail: biabizzy@gmail.com

A criação do SUS traz consigo alguns princípios, que em síntese, buscam trazer um modelo universal, redistributivista e capaz de atenuar as desigualdades (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Ao visar garantir a ampliação do acesso aos serviços de saúde, inúmeras mudanças políticas, sociais e econômicas vêm ocorrendo na maioria dos países da América Latina desde a década de 1980, favorecendo assim com que haja um importante aumento da participação do setor privado nos serviços de saúde (TAMEZ; BODEK; EIBENSCHUTZ, 1995).

No Brasil, o sistema de saúde vem, nos últimos anos, demonstrando um crescente interesse pela relação público-privada. Embora já previsto no SUS, a participação do setor privado vem sendo fundamental no auxílio do atendimento as excessivas demandas em saúde, que junto com as instituições do governo, formam complexas articulações em rede (BAHIA et al, 2006). Esta expansão se deu principalmente a partir das leis 9.656/98 e 9.961/2000, responsáveis respectivamente pela disposição dos planos e seguros privados de assistência à saúde e pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (MALTA et al, 2011).

A interação com os planos privados vão desde a prestação de serviços e do financiamento, até a gestão de esquemas assistenciais para grupos específicos da sociedade. Desta forma, compreender a relação entre a oferta e a demanda dos serviços de saúde permeados pelo mercado de planos e seguros de saúde, bem como o alcance dessa complementaridade se torna algo fundamental a ser investigado (BAHIA et al, 2006; MALTA et al, 2011).

Albuquerque et al (2008) classificam os planos privados de assistência à saúde em duas segmentação: os planos de assistência médica que compreendem a assistência hospitalar, ambulatorial e odontológica e os planos exclusivamente odontológicos. Referente aos planos médico-hospitalares verificou-se em Santa Catarina uma diminuição de 4,09% no número de beneficiários de planos de saúde no período de 2010 para 2012. Foi observada, no mesmo período, uma redução de 6,10% na cobertura dos planos de saúde e um aumento de 17,93% no valor da contraprestação média.

Ao se analisar o acesso e a cobertura populacional do setor de saúde suplementar, Pinto; Soranz (2004) assinalam que três componentes devem ser considerados: as operadoras, os prestadores de serviço e os beneficiários. Compreender os fatores relacionados aos beneficiários passa a ser fundamental para uma melhor gestão em saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) é um sistema de pesquisa domiciliar realizado no Brasil que se iniciou em 1967. Após algumas interrupções vem mantendo uma periodicidade anual desde 1971, tendo por objetivo investigar aspectos socioeconômicos, incluindo características gerais da população, trabalho, educação, rendimento, habitação dentre outras características variáveis que são investigadas conforme uma necessidade vigente no país (TRAVASSOS; VIACAVA; LAGUARDIA, 2008).

Desde 1998 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem incluindo sistematicamente, a cada cinco anos, o Suplemento Saúde, que investiga informações sobre morbidade, acesso ao serviço de saúde, cobertura do plano de saúde e utilização dos serviços de saúde (IBGE, 2005). Inquéritos populacionais em saúde são importantes mecanismos para que a gestão conheça as realidades do estado de saúde da população, bem como o acesso e a utilização dos serviços (VIACAVA, 2002). Bahia et al (2002) acrescentam que o Suplemento Saúde da PNAD, foi o primeiro levantamento de base populacional no âmbito nacional que incorporou a cobertura dos planos e seguros privados de saúde no seu escopo, já no ano de 1998. Segundo Malta et al (2006), os estudos baseados em inquéritos de saúde possibilitam que sejam constituídas evidências científicas, que posteriormente, subsidiarão políticas públicas mais pontuais à sociedade, possibilitando a diminuição de iniquidades.

Contudo, compreender de que modo o sistema de saúde está organizado, considerando suas relações público-privadas, pode contribuir para que políticas mais pontuais sejam adotadas. Dessa forma, oportunizar-se-iam serviços de saúde mais eficientes e de melhor qualidade. Assim, é fundamental que se tenha consciência da distribuição da cobertura dos planos de saúde, neste caso, no Estado de Santa Catarina. Para tanto, este estudo objetiva, através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio nos anos de 2003 e 2008, analisar a distribuição dos planos de saúde em Santa Catarina e as variáveis a eles associadas no referido período.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados secundários referentes à população brasileira, oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizadas nos anos de 2003 e 2008.

Em 2003 a PNAD alcançou um total de 133.255 domicílios, com 384.834 pessoas; e em 2008 foi realizada em 150.591 domicílios e 391.868 pessoas (IBGE, 2008; IBGE, 2010).

Para sua execução, a PNAD realiza um processo de amostragem por conglomerados com três estágios, permitindo desta forma a extrapolação dos seus resultados para todo Brasil. No primeiro estágio há uma classificação dos municípios segundo duas categorias: autorrepresentativa (com probabilidade “1” de pertencer a amostra) e não autorrepresentativa, onde os municípios foram estratificados e selecionados com reposição e probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico de 2000. No segundo estágio os setores censitários foram selecionados em cada município da amostra, as unidades domiciliares existentes de acordo com o Censo Demográfico de 2000, também com probabilidade proporcional e com reposição. O último estágio selecionou, com equiprobabilidade em cada setor censitário da amostra, os domicílios particulares e as unidades de habitação em domicílios coletivos para a investigação das características dos moradores e da habitação. Constituíram as unidades de seleção do terceiro estágio, as unidades domiciliares formadas pelos domicílios particulares e pelas unidades de habitação em domicílio coletivo, que estavam ocupadas por ocasião da operação da listagem (IBGE, 2010). Para este estudo utilizou-se os dados das PNADs de 2003 e 2008 referentes aos moradores do estado de Santa Catarina (2003 n=9.981 e 2008 n=9.303).

O desfecho analisado foi a presença de plano de saúde com direito a consulta médica, informação obtida por meio da combinação da pergunta “Tem direito a algum plano de saúde médico ou odontológico, particular, da empresa ou órgão público?” com a pergunta “Este plano de saúde dá direito à consulta médica?”. As variáveis exploratórias analisadas foram sexo (masculino; feminino), idade em anos por faixa etária (0 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 ou mais), quintil de renda familiar *per capita*, escolaridade em anos completos de estudos por categoria (até 4 anos; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 ou mais), região de moradia (zona rural; zona urbana) e morbidade autorreferida (nenhuma doença; uma; duas ou mais). Foram excluídos os valores *missings* por não serem representativos (<0,01% da amostra).

A fim de analisar as associações entre a variável dependente (presença de plano de saúde com direito a consulta médica) e as variáveis independentes (demográficas, sociodemográficas e relacionadas à saúde), procedeu-se à análise de Regressão de *Poisson* com variância robusta para obtenção de estimativas brutas e ajustadas das razões de prevalência, considerando $p < 0,05$.

Para as análises ajustadas, adotou-se uma metodologia que possibilitou o ajuste do efeito das variáveis pelo mesmo nível e também pelas variáveis encontradas em nível anterior, de modo a estabelecer uma relação hierárquica. Desta forma aquelas variáveis pertencentes ao

grupo mais distal determinam o nível seguinte e, assim, subsequentemente até o desfecho (Figura 1) (VICTORA et al, 1997). Para determinação dos desfechos, foram incluídas as variáveis que apresentaram $p < 0,25$ nas análises brutas (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

As variáveis do nível 1 (demográficas), incluíram sexo e idade, sendo ajustadas entre si, e mantidas no modelo aquelas que obtiveram $p < 0,25$, para ajuste das variáveis no nível subsequente. A seguir, foram incluídas as variáveis do nível 2 (socioeconômicas), composta por escolaridade, renda em quintil e local de moradia. Foram incluídas na análise as variáveis que obtiveram $p < 0,25$ na análise bruta juntamente com as do nível 1, para o ajustamento das variáveis no nível subsequente. Por fim, o nível 3 (saúde) incluiu morbidade autorreferida, sendo incluída àquelas que obtiveram $p < 0,25$ na análise bruta e que permaneceram significantes ($p < 0,05$) após análise ajustada.

Figura 1 - Modelo hierárquico adotado na Regressão de Poisson.



Fonte: Os autores (2013).

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Stata* 11.0, sendo considerados os pesos amostrais individuais existentes dos bancos de dados das duas PNADs (2003 e 2008) e plano de amostragem complexa dos estudos. Por se tratar de dados secundários, não se fez necessária submissão à Comitê de Ética.

3 RESULTADOS

A amostra final analisada em 2003 foi de 9.981 indivíduos, sendo 50,7% do sexo feminino. Dentre as faixas etárias estudadas, as maiores proporções foram naqueles entre zero e 19 anos (35,1%) e naqueles entre 20 e 39 anos (32,7%). Ao analisar a escolaridade e região de moradia, quase metade da amostra tinha menos de quatro anos completos de estudo e a maioria (82%) morava na zona urbana. Referente à morbidade autorreferida, aproximadamente 68% afirmaram não ter nenhuma doença (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas a ter plano de saúde com direito à consulta médica em Santa Catarina. Brasil, 2003 (n=9.981).

Variáveis	n (%)	Tem Plano de Saúde n (%)	IC 95%	p
Amostra	9.981	1.145 (11,47)	(9,55-13,39)	
Sexo				p<0,001*
Feminino	5.055 (50,65)	485 (9,59)	(7,70-11,49)	
Masculino	4.926 (49,35)	660 (13,40)	(11,18-15,62)	
Idade				p<0,001**
0-19	3.503 (35,10)	66 (1,88)	(1,27-2,50)	
20-39	3.260 (32,67)	495 (15,18)	(12,39-17,97)	
40-59	2.337 (23,42)	449 (19,21)	(15,87-22,56)	
60 ou mais	879 (8,81)	133 (15,13)	(10,78-19,48)	
Renda				p<0,001**
1º quintil	1.962 (20,06)	74 (3,77)	(2,50-5,04)	
2º quintil	1.963 (20,07)	142 (7,23)	(5,57-8,90)	
3º quintil	1.944 (19,88)	191 (9,83)	(7,75-11,90)	
4º quintil	1.974 (20,18)	257 (13,02)	(10,70-15,34)	
5º quintil	1.937 (19,81)	459 (23,70)	(20,58-26,81)	
Escolaridade				p<0,001**
0 a 4 anos	4.691 (47,55)	220 (4,69)	(3,54-5,84)	
5 a 8 anos	2.360 (23,92)	181 (7,67)	(6,20-9,13)	
9 a 11 anos	1.951 (19,78)	376 (19,27)	(16,32-22,23)	
12 ou mais	863 (8,75)	347 (40,21)	(36,75-43,67)	
Região de moradia				p<0,001*
Zona Rural	1.797 (18,00)	70 (3,90)	(1,86-5,93)	
Zona Urbana	8.184 (82,00)	1.075 (13,14)	(11,25-15,02)	
Morbidade autorreferida				p<0,001**
Sem doenças	6.782 (67,98)	624 (9,20)	(7,49-10,91)	
1 doença	1.803 (18,07)	277 (15,36)	(12,78-17,94)	
2 ou mais doenças	1.391 (13,94)	244 (17,54)	(14,45-20,63)	

* teste do qui-quadrado de *Pearson*. ** teste do qui-quadrado de tendência linear.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

Verificou-se em 2003 que os indivíduos com 20 anos ou mais apresentaram maior prevalência em ter plano quando comparados aos mais novos (até 19 anos). Aqueles pertencentes ao último quintil (Q5) apresentaram prevalência superior ao quintil mais pobre. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 79-94, jan./abr. 2014.*

(Q1) (23,7% vs 3,8%). Quanto mais anos de estudo, maior a prevalência em ter plano de saúde. Indivíduos pertencentes à zona urbana apresentaram maior prevalência na adesão de planos de saúde com direito à consulta médica, comparado àqueles pertencentes à zona rural (13,1% contra 3,9%). Ter uma ou mais doenças crônicas significou em maior adesão aos planos de saúde com direito à consulta médica, comparado àqueles sem doenças crônicas autorreferidas, em 2003 (Tabela 1).

Referente à amostra de 2008, participaram 9.303 indivíduos, dos quais 50,9% eram do sexo feminino. Verificou-se um equilíbrio entre as faixas etárias de zero a 19 anos; 20 a 39 anos e 40 a 59 anos, com uma proporção amostral de 31,0%; 31,6% e 26,3%, respectivamente. Quanto à escolaridade, 41,4% da amostra tinham até quatro anos de estudo completos. A maioria dos indivíduos pertencentes à amostra moravam na zona urbana (82,6%) e afirmaram não ter qualquer doença (64,8%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas a ter plano de saúde com direito à consulta médica em Santa Catarina. Brasil, 2008 (n=9.303).

Variáveis	n (%)	Tem Plano de Saúde n (%)	IC 95%	p
Amostra 2008	9.303	1.233 (13,25)	(11,28-15,22)	
Sexo				p<0,001*
Feminino	4.738 (50,93)	502 (10,60)	(8,86-12,33)	
Masculino	4.565 (49,07)	731 (16,01)	(13,55-18,48)	
Idade				p<0,001**
0-19	2.879 (30,95)	46 (1,60)	(1,06-2,14)	
20-39	2.936 (31,56)	507 (17,27)	(14,56-19,97)	
40-59	2.442 (26,25)	490 (20,07)	(16,99-23,14)	
60 ou mais	1.046 (11,24)	190 (18,16)	(13,50-22,83)	
Renda				p<0,001**
1º quintil	1.858 (20,03)	56 (3,01)	(2,11-3,92)	
2º quintil	1.885 (20,32)	116 (6,15)	(4,55-7,75)	
3º quintil	1.830 (19,73)	177 (9,67)	(7,93-11,41)	
4º quintil	1.850 (19,94)	327 (17,68)	(15,59-19,76)	
5º quintil	1.853 (19,98)	554 (29,90)	(26,60-33,20)	
Escolaridade				p<0,001**
0 a 4 anos	3.823 (41,37)	213 (5,57)	(3,91-7,23)	
5 a 8 anos	2.046 (22,14)	179 (8,75)	(6,97-10,53)	
9 a 11 anos	2.188 (23,68)	396 (18,10)	(15,87-20,33)	
12 ou mais	1.184 (12,81)	434 (36,66)	(32,73-40,58)	
Região de moradia				p<0,001*
Zona Rural	1.620 (17,41)	83 (5,12)	(2,36-7,89)	
Zona Urbana	7.683 (82,59)	1.150 (14,97)	(13,16-16,78)	
Morbidade autorreferida				p<0,001**
Sem doenças	6.027 (64,79)	679 (11,27)	(9,52-13,01)	
1 doença	1.765 (18,97)	281 (15,92)	(13,35-18,50)	
2 ou mais doenças	1.155 (16,24)	273 (18,07)	(14,26-21,88)	

* teste do qui-quadrado de *Pearson*. ** teste do qui-quadrado de tendência linear.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

Quando analisada a prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica em Santa Catarina no ano de 2008, a superioridade se manteve entre os homens, tendo inclusive um aumento na diferença entre os sexos (em 2003 a diferença relativa era de cerca de 3,8% e em 2008 passou para 5,4%). Referente à faixa etária e à renda familiar *per capita* a mesma tendência de 2003 foi encontrada. Verificou-se um aumento da desigualdade na prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica entre os mais ricos (Q5), quando comparado aos mais pobres (Q1). Em 2003 a diferença era de aproximadamente 20% e em 2008 foi para cerca de 27%. Como o encontrado no ano de 2003, aqueles com maior escolaridade apresentaram maior prevalência na adesão dos planos de saúde. Ainda assim, quando comparados àqueles com menos estudos (0 a 4 anos), identificou-se uma diminuição da desigualdade na presença de planos de saúde (35,5% em 2003 para 31,1% em 2008). Referente à região de moradia e à morbidade autorreferida, as mesmas tendências de 2003 foram encontradas em 2008. Verificou-se um pequeno aumento na prevalência de planos de saúde entre aqueles sem nenhuma doença crônica, quando comparados os dois períodos (Tabela 1 e 2).

Segundo a Tabela 3, comparado às mulheres, os homens apresentaram uma prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica 43% maior, em análise ajustada, no ano de 2003. Todos aqueles com 20 anos ou mais apresentaram maior prevalência em análise ajustada, quando comparado aos mais jovens (0 a 19 anos). Ao analisar as variáveis socioeconômicas ajustadas pelas demográficas, verificou-se que, à medida que tivessem maior renda, maior era a prevalência em ter plano de saúde, comparado aos mais pobres (Q1). Os mais ricos (Q5) apresentaram uma prevalência quase 2,5 vezes maior que os mais pobres (Q1). A prevalência entre aqueles com 12 ou mais anos de estudo, comparado aos com até quatro anos de estudo foi 4,4 vezes maior. Aqueles que moravam na zona urbana apresentaram uma prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica duas vezes maior do que aqueles que moravam na zona rural, no ano de 2003. Quanto maior o número de doenças crônicas autorreferidas, maior era a prevalência de planos de saúde, comparado aos sem doenças crônicas, ajustada pelas variáveis demográficas e socioeconômicas (Tabela 3).

Tabela 3 - Razão de prevalências para plano de saúde com direito à consulta médica em Santa Catarina (bruta e ajustada), segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Brasil, 2003.

Variáveis	Bruta		Ajustada	
	RP (IC)	p	RP (IC)	p
Nível 1 - Demográficas^a				
Sexo		<0,001*		<0,001*
	Feminino	1,00	1,00	
	Masculino	1,40 (1,22-1,60)	1,43 (1,25-1,64)	
Idade		<0,001*		<0,001*
	0-19	1,00	1,00	
	20-39	8,06 (6,06-10,72)	8,07 (6,06-10,75)	
	40-59	10,20 (7,59-13,70)	10,29 (7,65-13,83)	
	60 ou mais	8,03 (5,46-11,80)	8,18 (5,56-12,04)	
Nível 2 - Socioeconômicas^b				
Renda		<0,001*		0,001*
	1º quintil	1,00	1,00	
	2º quintil	1,92 (1,41-2,60)	1,64 (1,19-2,27)	
	3º quintil	2,60 (1,85-3,66)	1,85 (1,31-2,62)	
	4º quintil	3,45 (2,46-4,84)	2,10 (1,52-2,93)	
	5º quintil	6,28 (4,51-8,75)	2,47 (1,75-3,49)	
Escolaridade		<0,001*		<0,001*
	0-4 anos	1,00	1,00	
	5 a 8 anos	1,64 (1,30-2,05)	1,48 (1,19-1,84)	
	9 a 11 anos	4,11 (3,21-5,26)	2,95 (2,35-3,73)	
	12 ou mais	8,57 (6,71-10,96)	4,39 (3,49-5,52)	
Região de moradia		<0,001*		0,002*
	Zona Rural	1,00	1,00	
	Zona Urbana	3,37 (2,12-5,36)	1,98 (1,28-3,07)	
Nível 3 - Saúde^c				
Morbidade autorreferida		<0,001*		<0,001*
	Sem doenças	1,00	1,00	
	1 doença	1,67 (1,47-1,90)	1,22 (1,07-1,40)	
	2 ou mais doenças	1,91 (1,63-2,22)	1,42 (1,23-1,63)	

^aVariáveis de controle. ^bAjustados pelas variáveis demográficas. ^cAjustados pelas variáveis demográficas e socioeconômicas. *teste qui-quadrado.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

Com base na Tabela 4, observa-se que os homens apresentaram uma prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica 57% maior que as mulheres em 2008, em análise ajustada. Quando analisada as variáveis socioeconômicas ajustadas pelas demográficas, verificou-se que os mais ricos (Q5), quando comparados aos mais pobres (Q1), apresentaram uma prevalência 3,9 vezes maior em ter plano de saúde.

Tabela 4 - Razão de prevalências para plano de saúde com direito à consulta médica em Santa Catarina (bruta e ajustada), segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Brasil, 2008.

Variáveis	Bruta		Ajustada	
	RP (IC)	p	RP (IC)	p
Nível 1 - Demográficas^a				
Sexo		<0,001*		<0,001*
	Feminino	1,00	1,00	
	Masculino	1,51 (1,36-1,68)	1,57 (1,41-1,75)	
Idade		<0,001*		<0,001*
	0-19	1,00	1,00	
	20-39	10,81 (8,20-14,25)	10,86 (8,25-14,30)	
	40-59	12,56 (9,15-17,24)	12,77 (9,31-17,50)	
	60 ou mais	11,36 (7,96-16,22)	11,73 (8,25-16,68)	
Nível 2 - Socioeconômicas^b				
Renda		<0,001*		<0,001*
	1º quintil	1,00	1,00	
	2º quintil	2,04 (1,53-2,72)	1,58 (1,18-2,11)	
	3º quintil	3,21 (2,50-4,12)	2,05 (1,61-2,63)	
	4º quintil	5,86 (4,52-7,61)	3,03 (2,36-3,90)	
	5º quintil	9,92 (7,36-13,37)	3,88 (2,90-5,21)	
Escolaridade		<0,001*		<0,001*
	0-4 anos	1,00	1,00	
	5 a 8 anos	1,57 (1,24-1,99)	1,43 (1,18-1,75)	
	9 a 11 anos	3,25 (2,40-4,40)	2,06 (1,57-2,70)	
	12 ou mais	6,58 (4,86-8,90)	2,95 (2,23-3,89)	
Região de moradia		<0,001*		0,022*
	Zona Rural	1,00	1,00	
	Zona Urbana	2,92 (1,80-4,75)	1,76 (1,13-2,74)	
Nível 3 - Saúde^c				
Morbidade autorreferida		<0,001*		0,012*
	Sem doenças	1,00	1,00	
	1 doença	1,41 (1,21-1,65)	1,10 (0,96-1,26)	
	2 ou mais doenças	1,60 (1,37-1,87)	1,23 (1,09-1,38)	

^aVariáveis de controle. ^bAjustados pelas variáveis demográficas. ^cAjustados pelas variáveis demográficas e socioeconômicas. *teste qui-quadrado.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

Àqueles com 12 anos ou mais de estudo apresentaram uma prevalência três vezes maior comparado aos com até quatro anos de estudo. Moradores da zona urbana apresentaram prevalência 76% maior de ter plano de saúde com direito à consulta médica, na análise ajustada. Ao ajustar pelas variáveis dos níveis 1 e 2, aqueles com duas ou mais doenças crônicas apresentaram 23% mais planos de saúde com direito a consulta médica, comparado àqueles sem doenças crônicas (Tabela 4).

Ao comparar a prevalência de ter plano de saúde com direito à consulta médica em análise ajustada, verificou-se, em ambos os períodos, um aumento da desigualdade entre homens e mulheres (43% em 2003 para 57% em 2008); entre os mais ricos (Q5) comparado

aos mais pobres (Q1) (2,5 em 2003 para 3,9 vezes em 2008); e uma diminuição da desigualdade entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo comparado aqueles com até quatro anos de estudo (4,4 em 2003 para 3 vezes em 2008); naqueles que moram na zona urbana comparado àqueles da zona rural (98% vezes para 76%) e naqueles com duas ou mais doenças crônicas comparado àqueles sem doenças crônicas (42% de 2003 para 23% de 2008). Houve uma perda da significância estatística entre aqueles com uma doença crônica, comparado àqueles sem doenças crônicas do ano de 2003 para 2008, além de uma diminuição da prevalência daqueles com duas ou mais doenças crônicas, comparado àqueles sem doenças crônicas (de 42% em 2003 para 23% em 2008) (Tabela 3 e 4).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou em ambos os anos analisados uma maior prevalência entre aqueles com 20 anos ou mais, ao comparar aos mais jovens (0 a 19 anos). Tal achado vai ao encontro dos resultados da pesquisa de Albuquerque et al (2008), uma vez que, ao verificar a prevalência aos planos de saúde, identificaram que grande parte dos beneficiários está situada na faixa etária de 20 a 49 anos. Quanto à cobertura de beneficiários, ao comparar do ano de 2000 para 2006, o mesmo estudo identificou que em idosos (60 anos ou mais) houve um aumento de 22,7% para 25,6%; entre os mais jovens (0 a 19 anos) houve uma queda de 14,8% para 13,8% e naqueles entre 20 e 59 anos a adesão foi de 21% para 23,5%, nos dois períodos analisados.

Referente à renda familiar *per capita*, à medida que eram mais ricos, maior a adesão aos planos de saúde com direito à consulta médica. Quando analisada a renda familiar, também foi encontrada, em estudo baseado na PNAD 1998, uma associação positiva entre a cobertura de planos de saúde e a renda familiar, ao passo que quanto maior a renda, maior a proporção de segurados (PINTO; SORANZ, 2004). Nesta direção, um estudo de Bahia et al (2006) mostrou que ao analisar as categorias extremas de renda, 26,7% dos que possuíam plano de saúde concentram-se na categoria de renda abaixo de R\$ 80,00, enquanto que 71,1% estavam entre os indivíduos que tinham renda igual ou superior à R\$ 300,00. Quando analisada a distribuição de todos os beneficiários de um plano de saúde privado segundo a faixa etária e a proporção de gastos, em estudo realizado no Estado de São Paulo, mostrou-se que o gasto médio *per capita* cresceu à medida que a idade avançava (KANAMURA; VIANA, 2007).

Quanto à escolaridade verificou-se uma associação positiva entre ter plano de saúde e ter uma maior escolaridade. Tais achados são consonantes ao estudo de Pinto; Soranz (2004), uma vez que, segundo os autores, quanto maior a escolaridade, maior a prevalência de planos de saúde. Naqueles com menos de 4 anos de estudo, a prevalência variou entre 14 e 28%; naqueles com 4 a 7 anos de estudo, variou de 19 a 28% e dentre aqueles com 8 anos ou mais de estudos, a prevalência foi de 44 a 52%. De modo complementar, Bahia et al (2006) assinalaram que entre aqueles sem plano de saúde, a média de anos de estudo foi de 5,5, enquanto que nos segurados por planos de saúde, a média encontrada foi superior à 8,9 anos de estudo.

A partir da análise dos dados, foi identificada uma prevalência consideravelmente superior de planos de saúde com direito à consulta médica entre os moradores da zona urbana, entretanto, de 2003 para 2008 houve uma redução nesta diferença, ao comparar àqueles moradores da zona rural. Referente à maior tendência de beneficiários nas áreas urbanas, resultado semelhante foi encontrado por Pinto; Soranz (2004) quando encontraram em todas as macrorregiões do país uma associação positiva em morar na zona urbana e ter planos de saúde. Albuquerque et al (2008) identificaram a mesma tendência.

Quanto a ter autorreferido alguma morbidade, verificou-se que aqueles com uma ou mais doenças crônicas apresentaram maior prevalência de planos de saúde, comparado àqueles que afirmaram não ter doenças crônicas. De acordo com Bahia; Simmer; Oliveira (2004) o impacto das doenças crônicas sobre os gastos assistenciais deve ser estimado para uma melhor gestão dos das ofertas e demandas em saúde. Uma das técnicas utilizadas é o ajustamento do risco, onde modelos preditivos consideram inúmeras variáveis calculando o impacto dos gastos assistenciais. Segundo o relatório da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), quando analisada a cobertura dos planos de saúde entre as capitais do país, segundo fatores de risco no ano de 2011, verificou-se que Florianópolis foi a 4ª capital com mais beneficiários entre os fumantes; a 20ª e a 21ª capital com mais beneficiários com excesso de peso e obesidade respectivamente; a 25ª capital com mais beneficiários entre os sedentários e a 11ª capital com mais beneficiários entre aqueles que tinham uma autopercepção negativa da saúde (BRASIL, 2012).

Quando analisada a relação entre ter planos de saúde e as doenças crônicas, verificou-se que, quando tinham hipertensão arterial diagnosticada, as mulheres representavam maior

número de beneficiários do que os homens, comparado às demais capitais. O mesmo resultado se repetiu, quando avaliado o grupo que tinha diagnóstico de diabetes (BRASIL, 2012).

Segundo a ANS, o Brasil vem apresentando, ao longo dos últimos anos, um aumento na cobertura dos planos de saúde com direito à consulta médica (BRASIL, 2013). De 2010 para 2012 este aumento foi de 8,16%, chegando a uma cobertura total de 27,1% em 2012. Em termos absolutos isso representa 52,5 milhões de beneficiários. Junto com este aumento, verificou-se também um aumento nas contraprestações médias em 10,8% de 2010 para 2012.

Em Santa Catarina verificou-se uma diminuição de 6,1% na cobertura dos planos de saúde pertencentes ao mercado médico-hospitalar e um aumento de 17,9% nas contraprestações, valor acima do aumento médio nacional no mesmo período (BRASIL, 2013). Ainda que tenha apresentado uma diminuição na cobertura, alguns municípios do estado de Santa Catarina vêm apresentando um valor superior ao encontrado no estado, como é o caso do município de Florianópolis (PINTO; SORANZ, 2004).

5 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde, desde a sua criação, tem objetivado através de seus princípios norteadores, levar à sociedade um maior acesso aos serviços de saúde. Em decorrência da alta demanda em saúde existente no país, a participação de outros atores na prestação dos serviços de saúde vem aumentando gradativamente, estimulando uma coprodução entre os diferentes setores.

Ribeiro et al (2008) identificaram em seu estudo que a relação entre as operadoras, médicos e hospitais ainda trazem traços marcantes do antigo sistema previdenciário, de modo que o pagamento predominante de serviços vem ocorrendo por meio de contas abertas e tabelas fixas, o que inviabiliza uma maior eficiência do sistema. Dessa forma, ainda que haja um aumento na prevalência de planos de saúde com direito a consultas médicas em Santa Catarina, os mecanismos de redução de agravos bem como os incentivos ao uso adequado de tecnologias ainda são frágeis, fazendo com que, frequentemente, os serviços ofertados pelas operadoras de planos de saúde sejam incipientes.

Verificou-se, em ambos os anos analisados, uma superioridade da prevalência de indivíduos com planos de saúde com direito à consulta médica entre os homens; entre àqueles com mais de 20 anos; entre os mais ricos (Q5); entre àqueles com 12 ou mais anos de estudos completos; naqueles moradores da zona urbana; e naqueles que autorreferiram ter 2 ou mais

doenças crônicas. Verificou-se ainda um aumento na desigualdade entre os beneficiários segundo o sexo e a renda familiar *per capita* e uma diminuição na desigualdade entre os beneficiários segundo a escolaridade e o número de doenças crônicas, quando comparados os períodos analisados.

Como fatores limitantes deste estudo, destaca-se o possível viés de memória, decorrente do período recordatório exigido na PNAD, e a não possibilidade de estratificação dos resultados segundo municípios, fato que traria maior precisão dos resultados encontrados. Verificou-se ainda uma ínfima quantidade de estudos que abordassem de maneira detalhada o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, tanto em nível nacional quanto estadual. Especificamente no estado de Santa Catarina, não foram encontrados estudos que trouxessem a mesma abordagem.

As análises aqui realizadas podem trazer algumas contribuições para os gestores estaduais de saúde. Ao se identificar a evolução dos beneficiários de planos de saúde ao longo dos anos e suas variáveis associadas, medidas mais específicas sobre os determinantes sociais podem ser realizadas. Além do mais, conhecer os grupos com menor cobertura de planos de saúde com direito à consulta médica pode favorecer a um melhor planejamento dos serviços públicos de saúde, bem como um melhor direcionamento das políticas públicas de saúde.

Contudo, decorrente da necessidade de melhor mapear os diferentes subsistemas presentes no SUS e da falta de estudos versando sobre a realidade de Santa Catarina, sugere-se a realização de outras pesquisas com o enfoque aqui proposto.

DISTRIBUTION OF HEALTH PLANS IN SANTA CATARINA AND ASSOCIATED VARIABLE ANALYSIS OF PNAD 2003 AND 2008

ABSTRACT

The SUS, since it was created, has been trying to ensure universal access to health services to Brazilian society. Resulting from excessive demand, there is a greater interaction between the different actors, that although provided in the SUS, came to occupy more space in this relationship. The supplemental health, with their health plans, presents with an important role in this scenario. The aim of this study was investigate the distribution of health plans in Santa Catarina and its associated variables in 2003 and 2008. This is a cross-sectional study, where was analyzed the dataset from the National Survey by Household Sample, 2003 and 2008. Was found a higher prevalence of individuals with health plans entitled to medical consultation among men, among those with more than 20 years, among the richest (Q5), among those with 12 or more years studies; among those living in the urban area, and among those who self-reported having 2 or more chronic diseases. There was also an increase in inequality between the beneficiaries according to gender and per capita income and a decrease in inequality between the beneficiaries according to schooling, region of residence and number of chronic diseases in period analyzed. However, due to the need to better map the different

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 79-94, jan./abr. 2014.

subsystems present in SUS and the lack of studies dealing about the reality of Santa Catarina, it is suggested that further studies with the approach proposed here.

Keywords: Unified Health System. Supplemental health. Health care.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS-JÚNIOR, T. A. Descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar 2012**. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL**: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BAHIA, L. et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

BAHIA, L.; SIMMER, E.; OLIVEIRA, D. C. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização e procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley & Sons, 1989.

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: IBGE, 2010.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização de serviços 2003. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

KANAMURA, A. H.; VIANA, A. L. D. Gastos elevados em plano privado de saúde: com quem e em quê. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 814-20, 2007.

MALTA, D. C. et al. Health insurance users: self-reported morbidity and access to preventive tests according to a telephone survey, Brazil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 57-66, 2011.

_____. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 79-94, jan./abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 4, p. 245-246, 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O sistema único de saúde, SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-728.

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

RIBEIRO, J. M. et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.

TAMEZ, S.; BODEK, C.; EIBENSCHUTZ C. Lo público y lo privado; las aseguradoras y la atención médica em Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 579-587, 1995.

TRAVASSOS C.; VIACAVA F.; LAGUARDIA J. Os suplementos saúde na pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, suppl. 1, p. 98-112, 2008.

VIACAVA F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-21, 2002.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol.**, Oxford, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

Submetido em: 12/03/2014
Aceito para publicação em: 29/04/2014