

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA

André Maciel Vieira

**Os planos de saúde privados no Brasil:
a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013**

Varginha – MG
2018

André Maciel Vieira

**Os planos de saúde privados no Brasil:
a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013**

Trabalho de conclusão de Piepex
apresentado ao Instituto de
Ciências Sociais Aplicadas da
Universidade Federal de Alfenas,
como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Ciência e
Economia.

Orientador: Lincoln Frias

Varginha – MG
2018

André Maciel Vieira

**Os planos de saúde privados no Brasil:
a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013**

A Banca examinadora abaixo assinada aprova o trabalho de conclusão de Piepex apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Ciência e Economia da Universidade Federal de Alfenas.

Aprovado em: _____

Prof. Msc. Márcio de Oliveira
Universidade Federal de Alfenas – MG

Prof^a. Dr^a. Patrícia de Siqueira Ramos
Universidade Federal de Alfenas – MG

Prof. Dr. Lincoln Frias
(Orientador)
Universidade Federal de Alfenas – MG

Sumário

Introdução.....	5
Referencial teórico.....	6
Metodologia.....	9
Resultados e discussão	10
Considerações finais	15
Referências	17

Resumo: Os planos de saúde privados atendem mais de 47 milhões de brasileiros, apesar da existência de um extenso sistema público e gratuito de saúde. As informações sobre esses planos normalmente vêm dos registros administrativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No entanto, em 2013, o IBGE realizou a Pesquisa Nacional de Saúde, uma pesquisa amostral com o objetivo de investigar as condições e os serviços de saúde no país. O objetivo deste trabalho é analisar os dados da PNS referentes à posse de plano de saúde privado. A análise dos dados foi feita através de categorias tais como sexo, faixa etária, autoavaliação da saúde, região, nível de escolaridade, posição na força de trabalho e rendimento. De acordo com a análise realizada, os grupos mais propensos a demandar esses planos são: mulheres, idosos, pessoas com nível superior completo, que se autoavaliam saudáveis, trabalhadores e moradores das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Introdução

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2017, 47 milhões de pessoas no Brasil possuíam plano de saúde privado, apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede de serviços pública e gratuita. Os planos de saúde privados têm caráter suplementar, mas podem ser considerados como complementares (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

As informações sobre esses planos normalmente vêm dos registros administrativos, contábeis e financeiros da Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia reguladora do setor. Grande parte do número de beneficiários no setor privado advém de planos individuais ou empresariais (ANS, 2017). No entanto, em 2013, o IBGE realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), uma pesquisa amostral com o objetivo de investigar as condições e os serviços de saúde no país.

O objetivo deste artigo é realizar uma análise descritiva de dados referentes à posse de planos de saúde privados nos domicílios, em relação a diversos subgrupos: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, região, posição no mercado de trabalho e renda.

Este trabalho está organizado da seguinte maneira. A próxima seção apresenta o referencial teórico sobre planos de saúde no Brasil, expondo a história e seu avanço ao longo das décadas. A seção seguinte apresenta a metodologia, em especial, as especificidades da Pesquisa Nacional de Saúde. A quarta seção contém os resultados da análise realizada sobre a posse de planos de saúde privados e logo em seguida, a discussão sobre esses resultados. Por fim, são feitas as considerações finais.

Referencial teórico

O sistema de saúde brasileiro se transformou bastante ao longo do último século. No período entre a ditadura Vargas e a ditadura militar, alguns avanços importantes aconteceram na saúde: a criação do Ministério da Saúde, campanhas contra doenças agressivamente destrutivas, a ampliação do direito à previdência social a todos os trabalhadores urbanos, a criação de empresas de saúde, que favoreceu muito o setor privado, a ampliação da assistência hospitalar, dentre outros.

A criação do Instituto Nacional da Previdência Social unificou todos os institutos de aposentadorias e pensões e através da lei nº 4214 de 1963, que criou o FUNRURAL, garantindo a proteção social aos trabalhadores rurais. Com isso, todos os trabalhadores tinham direito a previdência social e assistência à saúde (SOUZA, 2002).

Além desses avanços, um fator com diversos reflexos sobre o sistema de saúde pública, é a transição demográfica que o país vem passando. Segundo Paim et al. (2011), as taxas de mortalidade e natalidade brasileiras diminuíram consideravelmente nas últimas décadas, aumentando a expectativa de vida dos brasileiros. A diminuição dessas taxas está intimamente ligada ao acesso à saúde, desde o momento em que o feto se encontra na barriga da mãe até a velhice.

Outro aspecto social com importantes consequências sobre a saúde da população brasileira é o fato de que, embora a taxa de desemprego tenha diminuído principalmente na última década, o número de trabalhadores informais ainda continua alto. A informalidade não traz os mesmos benefícios que o emprego formal, como o fornecimento de plano de saúde corporativo e direito a férias.

O produto interno bruto (PIB) vem crescendo desde a década de 90, e a desigualdade de renda diminuiu, graças a diversos programas concedidos pelo governo, como por exemplo, o Programa Bolsa Família, que inclui economicamente e socialmente as camadas mais pobres da sociedade brasileira (PAIM et al., 2011). Com a distribuição de renda, muitas famílias passaram a ter acesso a serviços de saúde suplementar, antes inimagináveis. Além disso, as condições de moradia melhoraram: saneamento, eletricidade, água encanada, tratamento de esgoto, acesso à internet e vários eletrodomésticos começaram, enfim, a fazer parte da realidade brasileira.

Há também mudanças mais próximas às políticas de saúde. A disponibilidade de medicamentos genéricos se estendeu a toda a população, principalmente com a criação do Programa Farmácia Popular. O tratamento contra doenças como a AIDS passou a ser ofertado de forma gratuita (PAIM et al., 2011).

A melhoria na vida do brasileiro fez com que novos desafios surgissem para a saúde, tais como a luta contra o tabagismo, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. Segundo Malta et al. (2014), com exceção do câncer, que apresenta a maior incidência entre os homens, todas as outras doenças apresentam grupos específicos de ocorrência, tais como mulheres, pessoas com 60 anos ou mais ou com um baixo nível de instrução..

Somente em 1988, com a Constituição Federal Brasileira, o sistema de saúde pública se concretizou, quando a saúde passou a ser um direito de qualquer cidadão e ser garantida de maneira integral e universal.

O SUS trouxe, em sua concepção, a possibilidade de que todas as pessoas - especialmente aquelas de baixa renda - tenham acesso aos serviços de saúde, gratuita e de qualidade, de maneira igualitária.

O SUS é financiado principalmente pelas contribuições sociais, tais como PIS, COFINS, etc. É um órgão descentralizado, onde o planejamento e controle ocorrem em escala federal/estadual e a execução acontece em escala municipal. Segundo (FIUZZA; MOTTA, 2006), a municipalização é a transferência de responsabilidade de gestão para o município. Com isso, o próprio município deve fornecer e gerir serviços de saúde públicos. A municipalização se tornou mais efetiva em 1998, com a criação do Programa de Saúde da Família, que tem como objetivos fornecer assistência médica e odontológica para a população de cada município onde se faz presente, e tornar a relação indivíduo-saúde pública mais próxima.

A Emenda Constitucional 29, datada em 2000, assegurou um nível mínimo de recursos para a saúde pública. O governo federal financia especificamente os gastos de custeio e cabe aos estados e municípios investirem em recursos para ampliar a oferta de saúde pública, ou seja, parte do orçamento destinado aos estados e municípios devem ser aplicados na saúde (FIUZZA; MOTTA, 2006).

A principal proposta do SUS é atender a população de maneira universal e igualitária, porém ele ainda tem deficiências, tendo em vista que no extenso território

brasileiro há lugares de difícil acesso e realidades distintas. A demanda da saúde pública muitas vezes supera sua oferta, criando grandes filas de espera. Além disso, as diferentes realidades climáticas do país fazem com que as regiões apresentem doenças específicas.

Por outro lado, há o sistema de saúde suplementar, que vem ao longo dos anos aumentando significativamente o número de beneficiários. De acordo com (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008), de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD), entre os anos de 1998 e 2003 o número de pessoas cobertas por um ou mais planos de saúde privados cresceu aproximadamente em cinco milhões. .

Os planos de saúde suplementares são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Segundo a ANS, há cerca de 47 milhões de usuários de planos de saúde, o que representa 25% da população. Apesar de ser um sistema de saúde suplementar, ele poderia ser considerado como um sistema complementar, visto que devido a algumas falhas e limitações do SUS em relação a determinados serviços, as pessoas pagam seguradoras de saúde para terem acesso, muitas vezes gratuito, aos serviços mais complexos disponibilizados pelo SUS (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Segundo Paim et al.:

O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários (PAIM et al. 2011, p .20-1).

Grande parte dos contratos de saúde privada são feitos através de empresas, que fornecem aos seus trabalhadores o direito a um plano de saúde. Entretanto, o acesso a determinados tipos de serviços é muito específico, dependendo da situação econômica do trabalhador e de sua posição dentro da empresa.

Portanto, o atual sistema de saúde brasileiro é uma mescla entre os setores público e privado. Esse por sua vez oferece planos de saúde suplementar para a população, e consegue, junto ao SUS, acesso gratuito ou praticamente gratuito a serviços mais complexos de saúde.

Metodologia

De acordo com Souza-Júnior et al. (2015), a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) ocorreu no ano de 2013, como uma iniciativa do Ministério da Saúde, com apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação Oswaldo Cruz. Ela foi realizada em todo o território brasileiro e teve como principal objetivo evidenciar os estilos de vida, a estrutura e atendimento do sistema de saúde e as condições vitais dos indivíduos. A pesquisa obteve dados sobre diversos temas importantes, tais como alimentação, acidentes, autoavaliação da saúde, incidência e desempenho dos planos de saúde, doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis e outros.

O objetivo deste artigo é, além da revisão de literatura feita na seção anterior, realizar uma análise descritiva de dados referentes à posse de planos de saúde privados nos domicílios, em relação a diversos subgrupos: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, região, posição no mercado de trabalho e renda.

Segundo Damacena et al. (2013), a amostra da PNS é uma subamostra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares, do IBGE, e aconteceu em três estágios: seleção da subamostra, do domicílio selecionado para a aplicação do questionário e de uma pessoa, maior de 18 anos para responder as perguntas.

Ainda de acordo com Damacena et al. (2013), a escolha da sub amostra foi feita de acordo com o número de domicílios particulares permanentes (DPP) pertencentes à área de abrangência da pesquisa, exceto locais onde a população era muito baixa ou considerados especiais (abrigos, quartéis, hospitais etc.). O domicílio foi escolhido com equiprobabilidade em relação aos demais domicílios pertencentes ao setor censitário. A seleção da pessoa com idade igual ou superior a 18 anos ocorreu também com equiprobabilidade entre os demais moradores aptos a responder o questionário (também maiores de 18 anos).

O questionário respondido pelo morador selecionado foi composto por três etapas: a primeira e a última etapa foram respondidas de maneira individual e

continham perguntas sobre o domicílio e aspectos da vida cotidiana (saúde bucal, atendimento médico, estilo de vida etc.), respectivamente. Já a segunda etapa foi respondida por todos os moradores do domicílio (SZWARCWALD et al., 2014)

O número de domicílios estipulados para participarem da PNS foi de 80 mil, porém com uma taxa de não resposta (domicílio fechado, não resposta ao questionário pelo morador selecionado, tentativas superiores a três vezes, mesmo com agendamento, do colaborador aplicar o questionário) de 20%, cerca de 64 mil domicílios responderam à pesquisa (SZWARCWALD et al., 2014). O conjunto de dados resultante possui informações sobre 205.546 pessoas.

A análise foi realizada por meio da linguagem Python, que tem sido cada vez mais utilizada na análise de dados, conseguindo processar dados complexos de uma maneira simples e eficiente (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015).

Por limitações de tempo, nos resultados encontrados não foram considerados os cálculos de intervalo de confiança e dos pesos domiciliares e individuais, explicados acima. Contudo, os dados obtidos se aproximaram daqueles disponibilizados no artigo de Malta et al. (2017).

Resultados e discussão

Após a análise dos dados, foram encontrados os resultados expostos na Tabela 1, que apresenta a proporção de pessoas que possuem algum tipo de plano de saúde (odontológico ou médico) segundo sexo, faixa etária, avaliação do estado de saúde e região. A incidência de planos de saúde é maior entre as mulheres. Enquanto o percentual de homens que possuem planos de saúde privados é de 23%, o das mulheres é de 26%. Quando a ocorrência de planos de saúde é analisada de acordo com a faixa etária, nota-se que, quanto maior a faixa etária, maior será a utilização de planos suplementares. Por exemplo, enquanto 19% das pessoas entre 0 e 17 anos possuem plano de saúde, 29% dos indivíduos com 60 anos ou mais são usuários desses planos.

Pessoas que avaliam sua saúde como boa ou muito boa possuem mais planos de saúde (28%), enquanto que aquelas que avaliam seu estado fisiológico como regular ou ruim/muito ruim apresentam taxas menores (17% e 12%, respectivamente).

Quanto às macrorregiões brasileiras, as regiões Norte e Nordeste (13% e 19%, respectivamente) possuem menor incidência de planos de saúde quando comparadas com às demais regiões - Sudeste 37%, Sul 36% e Centro-Oeste 32%.

Tabela 1 – Proporção de pessoas que possuem algum tipo de plano de saúde (odontológico ou médico) segundo sexo, faixa etária, avaliação do estado de saúde e região

Variáveis	Com plano	Sem plano
Sexo		
Masculino	23	77
Feminino	26	74
Faixa etária		
0-17	19	81
18-29	23	77
30-39	27	73
40-59	28	72
60 ou mais	29	71
Estado de Saúde		
Muito ruim e ruim	12	88
Regular	17	83
Muito bom e bom	28	72
Regiões		
Norte	13	87
Nordeste	19	81
Centro-Oeste	32	68
Sul	36	64
Sudeste	37	63
Total	25	75

Fonte: Elaboração própria. Fonte dos dados: PNS, 2013.

A Tabela 2 expõe os resultados obtidos na análise de dados quando comparados em três subcategorias: nível de escolaridade, posição na força de trabalho e rendimento. Nota-se que, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a incidência de planos de saúde. Enquanto apenas 14% das pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto possuem planos de saúde, 67% dos que possuem ensino superior completo

detêm esses planos. Além disso, quanto maior o rendimento, maior é a incidência de planos suplementares.

De acordo com a posição na força de trabalho, as pessoas ocupadas possuem mais planos de saúde do que as pessoas desocupadas (30% e 15% respectivamente).

Tabela 2 – Proporção de pessoas que possuem algum tipo de plano de saúde (odontológico ou médico) segundo nível de escolaridade, posição na força de trabalho e rendimento

Variáveis	Com Plano	Sem plano
Nível de Escolaridade		
Sem instrução e Fundamental incompleto	14	86
Fundamental completo e Médio incompleto	20	80
Médio completo e Superior incompleto	34	66
Superior completo	67	33
Posição na força de trabalho		
Ocupados	30	70
Desocupados	15	85
Fora da força de trabalho	21	79
Rendimento (em reais)		
0,01 a 100	6	94
100,01 a 500	8	92
500,01 a 2.000	26	74
2.000,01 a 10.000	66	34
10.000,01 a 400.000	85	15

Neste trabalho não foram considerados os intervalos de confiança e os cálculos dos pesos dos domicílios e dos entrevistados, explicados na seção anterior. Com isso, os dados encontrados são divergentes daqueles encontrados por Malta et al. (2017). A tabela 3 traz o grau de subestimação ou superestimação do resultado encontrado quando comparado a Malta et al. (2017).

Percebe-se que, mesmo sem o cálculo dos pesos domiciliares e dos entrevistados, os resultados obtidos neste trabalho, em geral, não se distanciam muito daqueles obtidos por Malta et al. (2017).

Tabela 3 – Grau de subestimação ou superestimação das variáveis comparadas com os dados obtidos por Malta et al. (2017)

Variáveis	Diferença
Sexo	
Masculino	- 4,0
Feminino	- 2,0
Faixa etária	
0-17	- 4,1
18-29	- 3,0
30-39	- 4,3
40-59	- 3,0
60 ou mais	- 1,8
Estado de Saúde	
Muito bom e bom	- 0,7
Muito ruim e ruim	- 0,8
Regular	- 1,1
Regiões	
Centro-Oeste	1,6
Nordeste	3,5
Norte	- 0,3
Sudeste	0,1
Sul	3,2
Nível de Escolaridade	
Sem instrução e Fundamental incompleto	- 2,4
Fundamental completo e Médio incompleto	- 2,8
Médio completo e Superior incompleto	- 3,4
Superior completo	- 1,8
Posição na força de trabalho	
Ocupado	- 2,5
Desocupado	- 1,3
Fora da força de trabalho	- 3,7

Elaboração própria. Fonte dos dados: Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional da Saúde, 2013.

Portanto, cerca de 25% dos domicílios brasileiros possuem algum tipo de plano de saúde privado. Os outros 75% utilizam o SUS.

Segundo Malta et al. (2014), uma das principais variáveis que levam um indivíduo a obter um plano de saúde são as doenças crônicas. Pode-se se dizer que um indivíduo obtém um plano suplementar ou para cuidar de alguma doença ou para prevenir-se da mesma. As principais doenças citadas por Malta et al. (2014) são hipertensão, diabetes, colesterol e câncer.

Com exceção do câncer, que apresenta a maior incidência entre os homens, todas as outras doenças apresentam grupos específicos de ocorrência, tais como mulheres, pessoas com 60 anos ou mais ou com um baixo nível de instrução. Os resultados encontrados na análise de dados vão de encontro aos dados obtidos por Malta et al. (2014): os grupos que mais demandam planos de saúde suplementar são aqueles que possuem maior incidência de doenças crônicas.

Segundo Malta et al. (2014), muitos são os motivos que levam esses grupos a estarem mais expostos a esses tipos de doenças: as mulheres tendem a sofrer com hipertensão no período de gravidez; as faixas etárias acima de 60 anos são mais vulneráveis a diversos tipos de doenças pelo simples fato de envelhecer; um baixo nível de instrução pode afetar o grau de informação de uma pessoa, visto que, quanto maior o nível de instrução, maior seu grau de informação sobre qualidade de vida, tratamentos e prevenção de doenças.

De acordo com a avaliação do estado de saúde, a maior aquisição de planos privados está entre as pessoas que autoavaliam sua saúde como muito boa ou boa. O resultado esperado era de que quanto pior fosse a avaliação das pessoas, maior seria a incidência de planos de saúde entre elas. Porém, pode-se observar uma forte ligação entre a existência do plano suplementar e a autoavaliação do indivíduo, visto que se ele possui convênio com alguma seguradora de saúde, pode usufruí-lo de maneira que possa manter sua qualidade de vida em um nível satisfatório. Aqueles que não possuem planos privados, por sua vez, avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim, provavelmente por não conseguirem consultas em hospitais públicos ou até mesmo pela demora no atendimento e consequente desistência em procurar ajuda.

Quando a incidência de planos de saúde é analisada segundo as grandes regiões brasileiras, o resultado é previsível. Regiões mais ricas e com melhor infraestrutura, como Centro-Oeste, Sudeste e Sul apresentam um número bem mais alto de domicílios que possuem planos de saúde suplementar. Já as regiões mais pobres, como Norte e Nordeste, apresentam uma incidência bem menor. Para analisar o perfil dos domicílios pobres, serão levadas em consideração quatro variáveis expostas em Malta et al. (2015): a cobertura dos serviços de energia elétrica, coleta de lixo, água encanada e de tratamento de esgoto. Todos esses serviços evidenciam uma disparidade entre as regiões Norte e Nordeste com as demais regiões do Brasil, visto que nas duas primeiras a

disponibilidade dos serviços para os domicílios é menor do que a média nacional. Essa disparidade no uso de planos privados também está relacionada ao rendimento dos domiciliares de cada região. Segundo (MESA-LAGO, 2007), cerca de 75% dos adeptos ao plano de saúde privado, recebiam cinco vezes o salário mínimo.

Neste trabalho foram considerados seis níveis de renda: pessoas que não declararam sua renda por algum motivo no momento da entrevista ou não possuem renda, foram classificadas como sem rendimento, indivíduos com renda entre R\$ 0,01 e R\$ 100,00, foram classificados como renda muito baixa, entre R\$ 100,01 e R\$ 500,00 como baixa, entre R\$ 500,01 e R\$ 2.000,00 como média, entre R\$ 2.000,01 e R\$ 10.000,00 como alta e entre R\$ 10.000,01 e R\$ 400.000,00 como muito alta.

Com os dados expostos na Tabela 2, pode - se dizer que há uma relação positiva entre nível de escolaridade, posição na força de trabalho e renda, visto que os grupos que mais têm planos são os que possuem nível superior, que se encontram ocupados em relação à força de trabalho, e quem possuem rendimentos acima de R\$ 2.000,01.

Em relação à posição do indivíduo no mercado de trabalho, os grupos dos ocupados e fora da força de trabalho – que são representados em sua maioria por aposentados e pensionistas – são aqueles que possuem a maior incidência de planos privados. De acordo com Malta et al. (2017), o grupo dos ocupados é o que mais possui planos privados, provavelmente por trabalharem em empresas que disponibilizam o convênio coletivo com seguradoras de saúde. O responsável pelo pagamento desses planos normalmente são os empregadores atuais ou o trabalhador (e não outras pessoas do domicílio).

Considerações finais

O presente artigo apresentou uma análise sobre a incidência de planos de saúde nos domicílios brasileiros. A análise investigou diversas subcategorias – tais como sexo, faixa etária, auto avaliação do estado de saúde, nível de escolaridade, posição na força de trabalho e por região – e evidenciou os principais grupos responsáveis pela demanda de planos de saúde suplementar.

A estrutura do sistema de saúde no Brasil é subdividida em dois grupos: o sistema público, representado pelo SUS, e o sistema privado, representado por diversas empresas ofertantes de planos suplementares.

Apesar da melhora constante no que tange à saúde pública, ainda há diversas falhas e problemas, tais como imensas filas de espera, alta demanda e diversidade nas regiões brasileiras (onde cada região pode apresentar doenças específicas). Com isso, as pessoas buscam serviços de saúde mais eficazes e que possam suprir sua demanda. E o sistema suplementar busca proporcionar isso através da oferta de planos com diversos valores e tipos de cobertura. De acordo com a análise realizada, os grupos mais propensos a demandar esses planos são: mulheres, idosos, pessoas com nível superior completo, que se autoavaliam saudáveis, trabalhadores e moradores da região Centro-Sul.

O estudo realizado pode ajudar tanto o setor público quanto o privado. Quanto ao setor público, saber quais são os grupos mais propensos a utilizarem planos de saúde suplementares e quais os grupos mais necessitam da eficiência da saúde pública pode ajudar na formulação e implementação de políticas públicas que, no primeiro caso, tornem essas pessoas demandantes do SUS e no segundo, tragam suporte e melhorias nos atendimentos para os grupos mais vulneráveis.

Em relação ao setor privado, saber quem são os grupos demandantes dos planos, pode levar a melhorias nos serviços prestados a essas pessoas. Saber quais são os grupos que menos demandam serviços suplementares pode gerar ações que atraiam essas pessoas para esses planos, tais como preços acessíveis e serviços específicos para determinados grupos.

Uma limitação deste trabalho é a omissão do cálculo dos pesos domiciliares e individuais no resultado final da análise de dados, apresentando valores diferentes, porém próximos, àqueles encontrados por Malta et al. (2017). Portanto, novas análises deverão ser feitas considerando esses pesos.

Referências

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

Acesso em: 13/06/2018

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 325-332, 2015.

DAMACENA, Giseli Nogueira et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 197-206, 2015.

FIUZA, Eduardo; MOTTA, R. Métodos quantitativos em defesa da concorrência e regulação econômica. **Secretaria de Direito Econômico, Ministério da Justiça, Brasília**, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> Acesso em: 13/06/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 1998. Rio de Janeiro: Ministério da SAÚDE/IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/IBGE, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf> Acesso em: 18/06/2018

MALTA, Deborah Carvalho et al. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 179-190, 2017.

MESA-LAGO, Carmelo. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. **Abaco - Revista de Cultura y Ciencias Sociales**, v. 41, n. 115.31, 2007.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.

SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro**, 2002. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-36353> Acesso em: 18/06/2018

SOUZA-JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207-216, 2015.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 333-342, 2014.