

## **Perfil dos Beneficiários de Planos e SUS e o Acesso a Serviços de Saúde – PNAD 2003 e 2008**

**Marcos Novais**  
**Carina Burri Martins**

**José Cechin**

*Superintendente Executivo*

### **APRESENTAÇÃO**

O objetivo deste trabalho é avaliar o perfil da população beneficiária de planos de saúde e do SUS, assim como o acesso destes indivíduos aos serviços de saúde. A análise se vale dos dados da PNAD/IBGE. O retrato de dois momentos no tempo, 2003 e 2008, permite inferir alguns aspectos dinâmicos do setor, por exemplo, mudanças no perfil de renda dos beneficiários, idade média, utilização, escolaridade, entre outros.

### **1. INTRODUÇÃO**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 1998, 2003 e 2008 incorporou o suplemento saúde – uma série de perguntas relacionadas ao tema.

Este trabalho analisa os microdados da PNAD de 2003 e 2008. Os microdados consistem no menor nível de agregação de uma pesquisa, ou seja, as avaliações e resultados disponíveis foram gerados por meio de análises das respostas de cada indivíduo.

Os dados da PNAD diferem dos dados oficiais de cobertura de planos divulgados pela ANS. A PNAD relata o número de indivíduos que têm plano de saúde (médico ou odontológico), enquanto que a ANS reporta número de planos ou contratos de saúde, conforme fornecidos pelas operadoras. Os dados da PNAD incluem servidores públicos que têm planos mantidos diretamente pela Administração Pública e não são regulados pela ANS; os da ANS, por contarem número de contratos, superestimam o número de beneficiários.

### **2. O PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS**

A amostra da PNAD/2008 entrevistou aleatoriamente 392 mil indivíduos na população brasileira de 189 milhões. O número de beneficiários de planos de saúde, segundo essa pesquisa, foi de 49,1

milhões, dentre estes 26 milhões (53%) do sexo feminino. A PNAD, tanto em 2003 quanto 2008, revela maior disposição das mulheres em adquirir planos de saúde. Na literatura, vários autores já destacaram que a probabilidade da mulher contratar plano de saúde é maior que a do homem, com tendência a aumentar se ela estiver em idade fértil.

Entre os portadores de planos de saúde aproximadamente 11,1 milhões (22%) têm planos mantidos pelo setor público. Os demais 38,1 milhões de indivíduos têm planos exclusivamente privados.

Utilizando a pergunta referente à posse de plano odontológico é possível separar entrevistados com planos exclusivamente médicos ou odontológicos ou ainda ambos. Entre aqueles que afirmam ter plano de saúde 45,8 milhões de indivíduos são portadores de planos médicos, enquanto o restante, 3,3 milhões, tem somente planos odontológicos.

Em 2003 foram entrevistados 383 mil pessoas na população de 175 milhões de indivíduos. Nessa pesquisa constatou-se que 43 milhões de pessoas tinham algum tipo de plano de saúde (odontológico e médico). As mulheres representam a maioria dos usuários de planos 23 milhões (54,1%). Os indivíduos com planos de saúde providos pelo setor público eram 8,9 milhões (21%).

Para 2003 não foi possível separar planos odontológicos de planos médicos. Portanto, para as análises foram considerados todos os beneficiários de planos de saúde, não importando se odontológico ou médico.

A Tabela 1 resume os principais dados da saúde suplementar extraídos da PNAD. Os planos empresariais, ou coletivos, são maioria no mercado enquanto os planos individuais tiveram sua participação reduzida entre 2003 e 2008. Para separar planos coletivos de individuais foi utilizada pergunta a respeito de quem paga a mensalidade do plano de saúde. O plano é coletivo se o pagamento é feito pelo empregador ou pelo titular via contrato de trabalho e é individual se quem paga é o titular diretamente.

De acordo com dados de 2008 da ANS cerca de 7 milhões de planos de saúde tem contrato do tipo coletivo por adesão. Os beneficiários de planos coletivos por adesão tendem a identificar a si próprios como pagadores de plano individual, assim o número de planos individuais pode estar superestimado, pois muitos planos classificados como individuais seriam de fato coletivos por adesão.

A pesquisa de 2008 acrescenta pergunta referente ao tempo em que o entrevistado está no mesmo plano de saúde. O resultado indica que a maioria está a mais de 2 anos no mesmo plano (74,5%), portanto um quarto ou 25,5% dos beneficiários tem até 2 anos.

A maioria dos planos tem cobertura de consultas, exames complementares e internação. A quantidade de planos ambulatoriais (não tem internação) aumentou no período, de 7,8% em 2003 para 10,4% em 2008

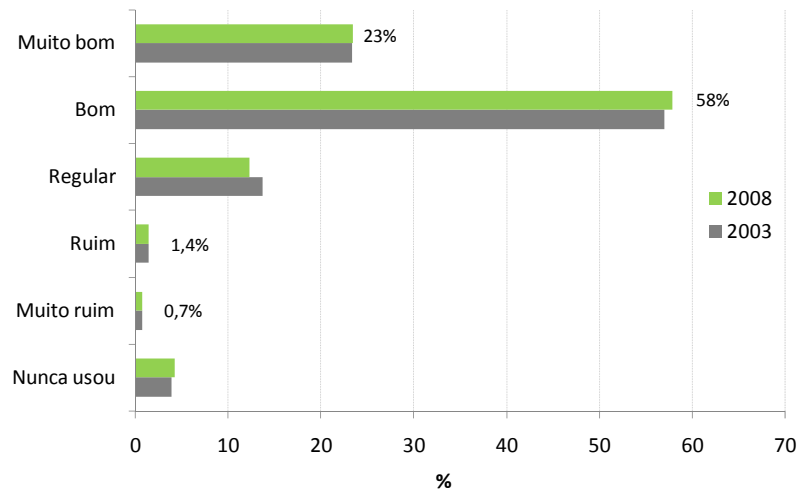
**Tabela 1 – Planos de saúde segundo a PNAD (IBGE)**

Dados Gerais	2003	2008
<b>Tipo de Plano</b>		
Coletivo	56,1	58,1
Individual	33,5	28,2
Outro tipo	10,5	8,2
<b>Tempo de Plano*</b>		
Até 6 meses	-	8,6
De 6 meses a 1 ano	-	7,7
De 1 a 2 anos	-	9,3
Mais de 2 anos	-	74,5
<b>Cobertura Assistencial</b>		
Dá direito a Consultas		
Sim	98,5	98,2
Não	1,5	1,8
Dá direito a Exames Comp.		
Sim	96,6	95,2
Não	3,4	4,8
Dá direito a internações		
Sim	92,2	89,6
Não	7,8	10,4

Fonte: PNAD (2003 e 2008).

O número de beneficiários cresceu e também aumentou a percepção da qualidade do serviço prestado. O Gráfico 1 relaciona o nível de satisfação dos usuários de planos. Consideram o serviço muito bom 23%, percentual que não variou entre 2003 e 2008. De acordo com 58% dos beneficiários, 28,5 milhões de pessoas, o serviço é bom e ainda é importante ressaltar que, entre 2003 e 2008, houve um acréscimo de 1 p.p. neste nível. Consideram o serviço como ruim ou muito ruim 2%, percentual que se manteve inalterado no período.

**Gráfico 1 – Percepção do Usuário em relação à qualidade do seu plano**



Fonte: PNAD (2003 e 2008).

### 3. ANÁLISE DA PNAD – VARIÁVEIS SELECIONADAS

Para fazer análise do perfil dos beneficiários de planos de saúde foram selecionadas as principais variáveis que influem na decisão de adquirir plano de saúde: cobertura por extrato de renda e faixa etária, grau de instrução dos beneficiários e alterações no padrão de doenças crônicas.

#### 3.1 Cobertura por extrato de renda

De acordo com Andrade e Maia (2006) a renda é o principal fator que influi sobre a decisão de contratar seguro de saúde. Os autores afirmam ser estritamente crescente a probabilidade de contratar plano em relação à renda, sendo que os indivíduos com maior renda chegam a ter probabilidade duas vezes maior de ter plano.

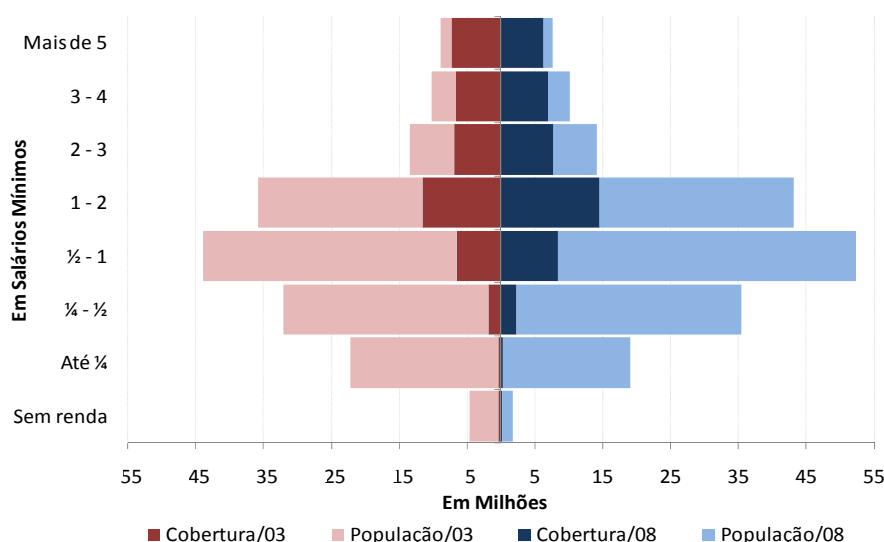
O Gráfico 2 mostra a cobertura de planos por faixa de renda em 2003 e 2008. O critério utilizado para classificação é o de renda per capita da família. A renda per capita é mais adequada para avaliar a disposição dos indivíduos em comprar planos. Vale destacar que mesmo uma família com renda total de 20 salários mínimos pode ter dificuldades de ter plano se o número de membros for alto, por exemplo, de dez indivíduos.

Dentre as famílias com rendimento diferente de 0 e até um quarto do salário mínimo apenas 2% possuem cobertura privada de saúde (dados de 2008). Em contraste, entre as famílias de maior poder aquisitivo, cujo rendimento per capita é superior a 5 salários mínimos, 82% possuem planos.

O número de pessoas com plano de saúde em 2008 teve incremento de 6 milhões vis-à-vis a cobertura em 2003. A cobertura de planos de saúde avançou em praticamente todas as faixas de renda, à exceção das extremas - aquelas com renda até um quarto de salário mínimo e as com renda superior a 5 mínimos. Este corrobora a afirmação de que os planos estão se expandindo nas diversas camadas sociais.

O maior número de beneficiários, tanto em 2003 quanto em 2008, está na faixa de 1 a 2 mínimos e também há muitos beneficiários com renda entre meio e um salário (ao todo são 22 milhões). Porém, estas faixas acumulam juntas 95 milhões de pessoas (50% da população), logo a taxa de cobertura é baixa.

**Gráfico 2 – Cobertura de planos de saúde por extrato de renda per capita da família.**



Fonte: PNAD (2003 e 2008).

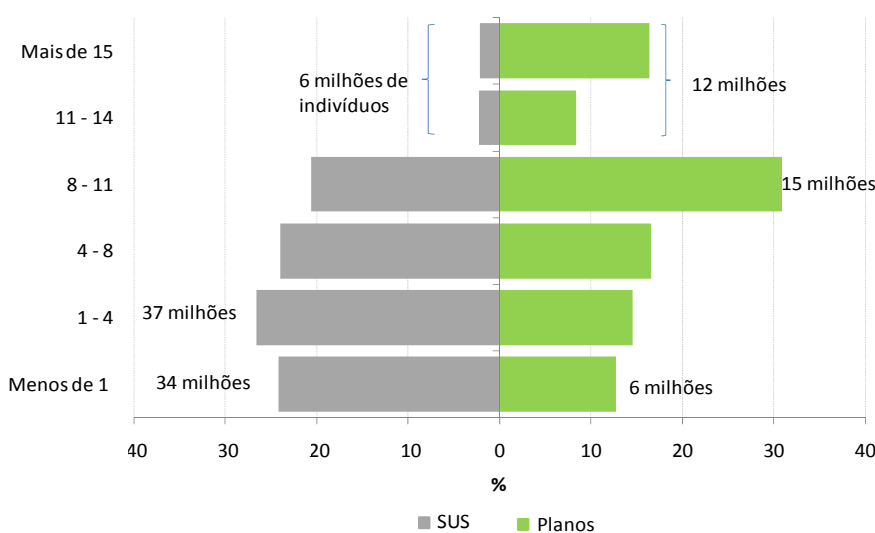
### **3.2 Cobertura por Grau de Instrução**

Entre os 49 milhões de beneficiários de planos de saúde ao menos 12 milhões (25%) possuem no mínimo 11 anos de estudo, ou ensino médio completo. Considerados somente usuários do SUS, apenas 6 milhões (4%) de uma população total de 141 milhões de indivíduos têm o mesmo nível de escolaridade. É destaque o número de indivíduos, no SUS, com menos de um ano de escolaridade - 34 milhões (24%) (Gráfico 3).

Para distinguir usuários do SUS na PNAD foi considerado que todo indivíduo que não possui plano de saúde é usuário potencial do sistema público.

A distinção entre os dois públicos analisados é evidente. Entre os beneficiários de planos o maior número está concentrado entre a faixa de 8 e 11 anos de escolaridade, no SUS este público têm entre 1 e 4 anos.

**Gráfico 3 – Cobertura de planos de saúde e SUS por Anos de Estudo**



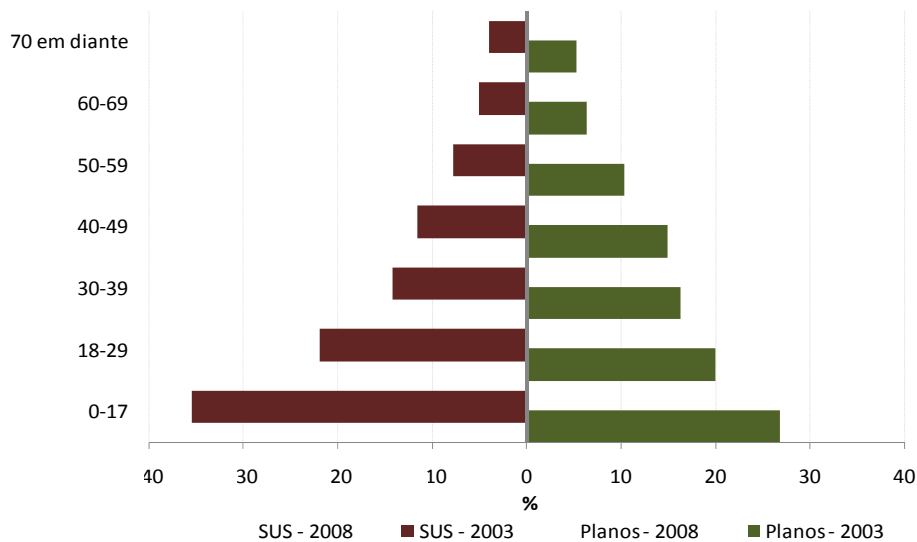
Fonte: PNAD (2008).

### **3.3 Cobertura por faixa etária**

A idade também é fator importante para a decisão de adquirir planos de saúde. De acordo com Andrade e Maia (2006) quanto mais elevada maior a probabilidade de contratar plano.

O Gráfico 4 mostra a pirâmide de distribuição etária da população beneficiária de planos de saúde (lado direito) e da população do SUS (esquerdo) para 2003 e 2008. A população do SUS é mais jovem do que a dos planos de saúde. Em 2008, entre a população do SUS, 53% tinha idade inferior a 29 anos, para os beneficiários de planos de saúde essa participação foi de 44%; a idade média no SUS foi de 30 anos e nos planos 34 anos.

**Gráfico 4 – Faixa etária dos beneficiários de planos de saúde e população Brasileira**



Fonte: PNAD (2003 e 2008).

Assim como já apresentado em trabalho do IESS a população brasileira está envelhecendo e este processo está acelerado. Mesmo nos dados da PNAD, que têm curto período de variação, 5 anos, este movimento está evidente tanto na população do SUS quanto nos planos de saúde. O gráfico 5 mostra que para os planos de saúde a proporção de jovens diminuiu, na faixa etária dos 18 aos 29 anos manteve-se estável e cresceu em todas as demais. Este movimento é mais acentuado do que na população brasileira.

### **3.4 Doenças Crônicas**

A PNAD conta com um conjunto de perguntas que relaciona indivíduos que sejam portadores de uma ou mais dentre 12 doenças crônicas. A tabela 2 destaca a participação de indivíduos portadores da doença em relação ao conjunto da população. Por exemplo, a proporção de câncer entre beneficiários de planos de saúde foi de 0,8% em 2008, enquanto no SUS foi 0,5%.

Os resultados de ocorrência de doenças crônicas no grupo de beneficiários de plano ou SUS indicam que quase sempre há maior taxa de incidência entre os beneficiários de planos, sendo exceção a tuberculose e insuficiência renal. Há três prováveis fatores para isto: i) acesso ao diagnóstico, consultas e tratamento, o que facilita a detecção precoce da doença entre os usuários de planos; ii) seleção adversa; e iii) diferença na faixa etária das duas populações.

O acesso pode ser um mecanismo determinante na identificação de doenças. Adiante é demonstrado que a população beneficiária de planos de saúde faz maior número de consultas, procura mais serviços de saúde por motivos de prevenção e tem maior nível de acessibilidade.

O problema da seleção adversa é inerente ao mercado de planos de saúde, pois os consumidores têm mais conhecimento sobre seu estado de saúde do que as operadoras. Dessa forma, quanto mais “saudável” o indivíduo acredita ser, menos disposto a gastar com plano de saúde ele estará, o contrário também é verdadeiro. Por isso os planos tendem a concentrar beneficiários com risco maior do que a média da população<sup>1</sup>.

Assim como apresentado no Gráfico 4 a população beneficiária de planos de saúde é consideravelmente mais idosa do que a população do SUS. Este fator é determinante para a presença mais acentuada de doentes crônicos entre a população dos planos. Vale lembrar que as doenças crônicas têm maior prevalência entre indivíduos de idade mais avançada.

**Tabela 2 – Proporção de doenças crônicas nas populações (%)**

Doença Crônica Relatada	2003		2008	
	Planos	SUS	Planos	SUS
Coluna	15,9	12,4	14,8	13,0
Artrite ou Reumatismo	6,4	5,9	6,0	5,6
Cancer	0,6	0,3	0,8	0,5
Diabete	3,2	2,4	4,2	3,4
Bronquite ou Asma	5,8	4,7	5,5	4,8
Hipertensão	13,7	11,6	15,5	13,5
Doença do Coração	4,5	3,5	4,6	3,8
Insuficiência Renal	1,5	1,7	1,1	1,3
Depressão	5,0	3,8	4,9	3,9
Tuberculose	0,1	0,2	0,1	0,1
Tendinite ou Tenossinovite	4,5	1,6	4,6	1,9
Cirrose	0,1	0,1	0,1	0,2
<b>População</b>	<b>43.017.874</b>	<b>132.070.404</b>	<b>49.186.989</b>	<b>140.765.806</b>

Fonte: PNAD (2003 e 2008).

As informações da tabela indicam que a proporção de câncer cresceu quase 50% em ambas as populações. A proporção de pessoas com tendinite na saúde suplementar é consideravelmente superior do que no SUS. A tendinite é uma doença relacionada ao emprego e muitos planos são providos pelo empregador (coletivos), então é esperado que nesse tipo de plano a ocorrência desta doença seja mais elevada.

<sup>1</sup> Os trabalhos de Maia (2004), Godoy, Silva e Neto (2004) e Andrade e Maia (2006) testam a hipótese de haver seleção adversa no mercado de saúde suplementar. Os resultados indicam que é maior a probabilidade de aquisição de plano se o indivíduo é portador de doença crônica, idoso ou mulher em idade fértil, ou seja, há seleção.



Diabete, câncer, doenças do coração e hipertensão aumentaram sua participação tanto entre os beneficiários de planos quanto do SUS. Já artrite ou reumatismo e insuficiência renal tiveram a prevalência reduzida. O aparecimento de doenças crônicas está muitas vezes relacionado à idade e hábitos de vida.

#### **4 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**

O acesso ao serviço básico de saúde, tão importante quanto os cuidados secundários e terciários, é a porta de entrada aos serviços e facilita o diagnóstico precoce de doenças. O objetivo desta seção é avaliar o acesso entre os beneficiários do SUS e planos e como estes evoluíram de 2003 para 2008. Os dados que serão utilizados são: número de consultas médicas durante o ano e realização de exames preventivos.

##### ***4.1 Frequência de consultas***

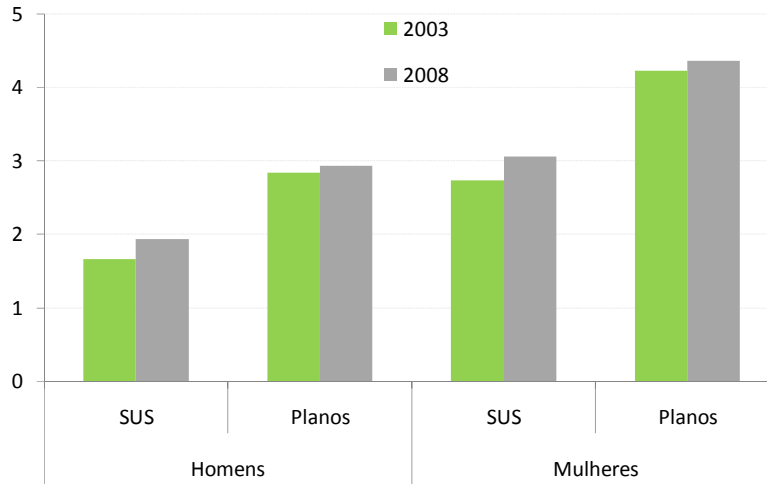
O Gráfico 5 relaciona o número médio de consultas médicas realizadas por indivíduo. Devido à diferença significativa entre o número de consultas entre mulheres e homens e faixas etárias, a análise foi separada por sexo e idade. Em 2008 os usuários do SUS consultaram médico, em média, 2,5 vezes durante o ano, já os beneficiários de planos fizeram 50% mais consultas (3,7). Entre homens e mulheres a diferença é bastante significativa. Elas, quando têm plano de saúde, chegam a fazer 4,3 consultas em um ano, valor este 50% superior ao número de consultas de homens beneficiários de planos (2,9). A frequência de consultas aumentou em ambas as populações.

Se por um lado para a população beneficiária de planos de saúde os serviços lhe parecem gratuitos e por isso podem estar fazendo mais consultas do que o necessário (situação chamada de risco moral<sup>2</sup>), os usuários do SUS dependem da oferta de serviços públicos, que pode sofrer restrições pela escassez de recursos ou dificuldades de gerenciamento. Estes dois fatores são importantes e devem ser levados em consideração quando se compara o uso de serviços médicos nos planos e no a SUS.

---

<sup>2</sup> Os trabalhos de Godoy et al. (2009), Nishijima et al. (2007) confirmam a hipótese de haver uso desnecessário de recursos médicos por parte dos beneficiários de planos.

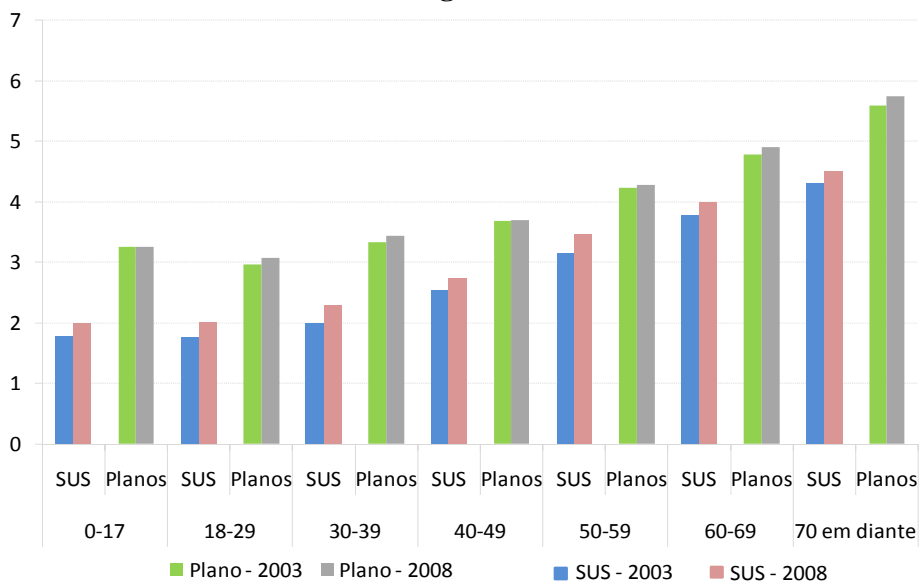
**Gráfico 5 – Consultas médica por ano e sexo**



Fonte: PNAD (2003 e 2008).

O Gráfico 6 destaca a frequência de consultas entre diferentes faixas etárias. Conforme a idade avança o número de consultas também se eleva. Na população idosa, de 70 anos em diante, a frequência é quase 3 vezes superior a primeira faixa etária. Em todas as faixas de idade os beneficiários fazem mais consultas do que a população do SUS – na primeira faixa a diferença supera a 60% enquanto na última atinge 27%. No que tange à variação do número de consultas entre 2003 e 2008 a Tabela mostra que todas as faixas etárias, tanto SUS quanto planos, estão fazendo mais consultas.

**Gráfico 6 - Consultas segundo o ano e faixa etária**



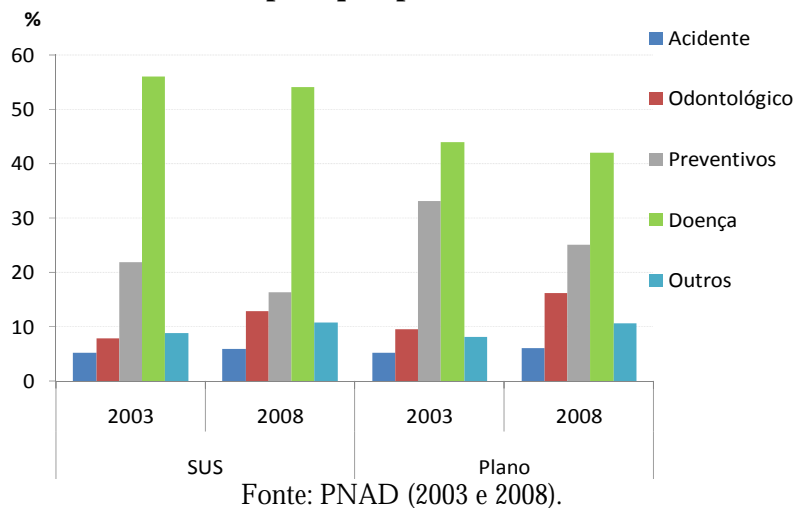
Fonte: PNAD (2003 e 2008).

## 4.2 Exames preventivos

O acesso a serviço de saúde é importante para o diagnóstico precoce, tratamento de doenças crônicas e prevenção. Deixar de fazer preventivos contribui para a evolução de doenças que diagnosticadas precocemente teriam menor taxa de mortalidade e custo de tratamento. Entretanto, o principal motivo para busca de atendimento ainda é doença, as consultas periódicas e exames preventivos são apenas a segunda escolha (Gráfico 7).

Usuários de planos de saúde procuram mais por prevenção do que no SUS. Enquanto no SUS 16% das vezes que buscam serviços médicos o fazem para exames preventivos, entre beneficiários de plano o percentual alcança 25% (2008). Entre 2003 e 2008 houve queda significativa na demanda por serviços de prevenção em ambas as populações.

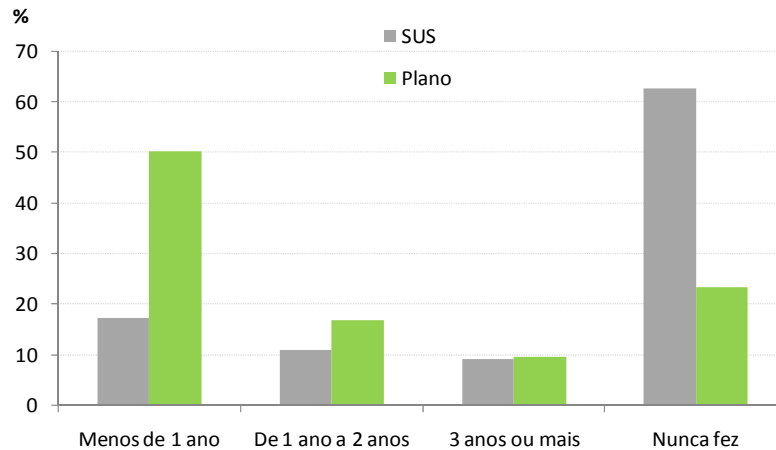
**Gráfico 7 – Motivo pelo qual procurou atendimento médico**



Exames preventivos como mamografia e colo de útero têm taxa de adesão não satisfatória e isso ocorre principalmente no SUS.

A mamografia permite detectar alteração nas mamas antes que o paciente ou médico possam notá-las ou apalpá-las. O Ministério da Saúde recomenda que mulheres com idade entre 50 e 69 anos devem fazer mamografias a cada 2 anos. Mesmo com a recomendação somente 28% das usuárias do SUS fizeram exames conforme indicado e mais de 60% nunca fizeram o exame. Situação bastante diferente da enfrentada pelas beneficiárias de planos, pois quase 70% fazem o exame regularmente, apesar de percentual elevado de mulheres que nunca fizeram 23% (Gráfico 8).

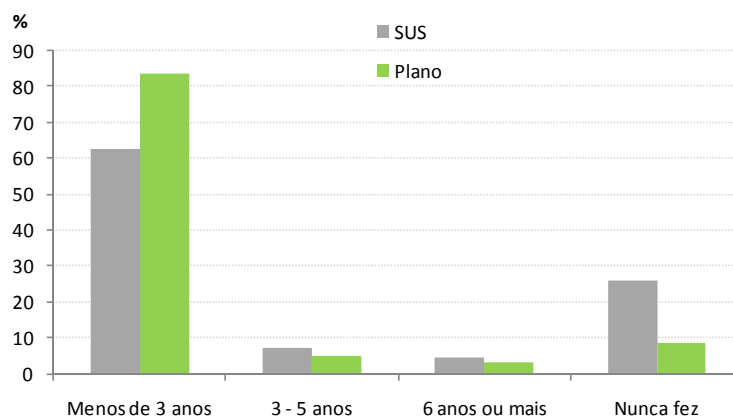
**Gráfico 8 – Tempo decorrido desde o último exame de Mamografia (idade superior a 50 anos)**



Fonte: PNAD (2008).

O exame do colo de útero é importante para detecção de câncer. O Ministério da Saúde recomenda que mulheres com vida sexual ativa e idade entre 25 e 59 anos, devem fazer o exame preventivo anualmente. Se os dois primeiros exames têm resultado normal o período pode ser alongado para 3 em 3 anos. Dados da PNAD mostram situação menos alarmante para o SUS. Cerca de 60% das usuárias do SUS e mais de 80% das beneficiárias de planos com idade superior a 25 anos realizam o exame periodicamente. Porém, percentual ainda bastante alto no SUS, cerca de 40%, não faz o exame regularmente ou nunca o fizeram (Gráfico 9).

**Gráfico 9 – Tempo desde o último exame de colo de útero (idade superior a 25 anos)**



Fonte: PNAD (2008).

### **4.3 Acessibilidade**

Para medir a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi utilizado o parâmetro desenvolvido por Maia e Andrade (2006) que consiste na combinação de três perguntas do questionário da PNAD. Dessa forma se o indivíduo questionado procurou serviço de saúde e obteve o atendimento ou não procurou por não haver necessidade não há problema de acesso. Porém, se ele procurou e não foi atendido ou não procurou por alguma razão (exemplo: não tinha dinheiro, dificuldade de transporte, fila, etc.), este indivíduo teve algum tipo de problema de acesso.

O indicador de acesso para o ano de 2003 identificou que 1,4% de todos os usuários de planos tiveram alguma dificuldade de atendimento; no SUS este valor salta para 4%. Já em 2008 um menor percentual de beneficiários de plano teve problemas de acesso 1,3%, enquanto no SUS o problema se agravou passando para 4,2%. Os principais motivos relatados como causa da dificuldade de acesso em 2008 nos planos de saúde são o horário de atendimento incompatível (26,2%) e falta de atendimento quando solicitado (16,9%). O acesso aos usuários do SUS é prejudicado principalmente por: falta de dinheiro (17,7%), demora no atendimento (15,8%), falta de atendimento quando solicitado (14,8%), estabelecimento distante ou de difícil acesso (11,1%) e horário incompatível (10,2%).

## **CONCLUSÕES**

O número de beneficiários de planos de saúde aumentou 14%, atingindo 49 milhões, sendo 45,9 milhões planos médicos. A expansão ocorreu em todas as faixas de renda.

Os planos de saúde estão associados a pessoas de maior renda com maior escolaridade. As taxas de cobertura também são superiores para as mulheres e crescente com a idade, ou seja, a população beneficiária de planos de saúde tende a ser mais idosa.

O envelhecimento da população brasileira tem sido tema recorrente nos trabalhos do IESS. Mesmo na pesquisa da PNAD que tem curto espaço de tempo, somente 5 anos, são perceptíveis as mudanças etárias da população usuária dos planos e do SUS.

Outro importante fator é o aumento na proporção de doentes crônicos na população como um todo, tanto planos como SUS. No trabalho não foi realizado nenhum tipo de medida da relação entre o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças, no entanto esta relação não deve ser negligenciada. Dentre a população beneficiária de planos a proporção de doentes é ainda maior que no SUS. Os principais condicionantes são: o acesso aos serviços de prevenção, a seleção adversa e a presença de uma população mais idosa nos planos.

A maior proporção de doentes em 2008 deve ter tido efeito considerável sobre a demanda de serviços de saúde, principalmente por que as doenças crônicas têm tratamento longo e oneroso.

O número médio de consultas per capita aumentou durante o período. A variação não está restrita a nenhum grupo em particular, já que atinge a ambos os sexos, tanto planos quanto o SUS, e todas as faixas etárias. Destaque para o número de consultas dos usuários de planos que em todas as faixas etárias é bastante superior aos da população do SUS.

Contrariamente ao ideal as pessoas têm procurado os serviços de saúde principalmente quando estão doentes, sendo que a demanda por prevenção é apenas a segunda opção. Note-se ainda a diferença no acesso para exames preventivos entre planos e SUS. Enquanto no SUS os principais empecilhos ao atendimento são: dinheiro, transporte e falta de atendimento; nos planos são: horário incompatível e falta de atendimento.

## REFERÊNCIAS

Godoy, M. R. Neto, G. B. Barros, P. P. **A Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar no Brasil e Risco Moral: Uma Aplicação da Regressão Quantílica Para Dados de Contagem.** Anais do XXXVII Encontro Nacional de Economia, ANPEC, 2009.

Godoy, M. R. Silva, E. N. Neto, G. B. **Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica.** Anais do XXVIII Encontro Nacional de Economia, ANPEC, 2004.

Maia, A. C. **Seleção Adversa e Risco Moral no Sistema de Saúde Brasileiro.** Belo Horizonte: UFMG, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 2004. (Dissertação de Mestrado).

Nishijima, M. Postali, F. A. Fava, V. L. **Consumo de Serviços Médicos e Risco moral no mercado de seguro de saúde brasileiro.** Anais do XXXV Encontro Nacional de Economia, ANPEC, 2007.

Andrade, M. V. Maia, A. C. **Demanda por Planos de Saúde no Brasil.** Anais do XXXIV Encontro Nacional de Economia, ANPEC, 2006.