

**Boletim**



# Saúde suplementar na cidade de São Paulo

19

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Série "Boletim ISA Capital 2015", editada pela Coordenação de Epidemiologia e Informação|CEInfo|SMS|PMSP.

Boletim Nº 19 | Abril 2019 | Versão eletrônica

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte.

#### **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Bruno Covas

#### **SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Edson Aparecido dos Santos

#### **SECRETÁRIA ADJUNTA**

Edjane Maria Torreão Brito

#### **CHEFE DE GABINETE**

Manuelito Pereira Magalhães Junior

#### **COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo**

Roberto Tolosa Junior

#### **Elaboração**

Marcos Drumond Junior

Katia Cristina Bassichetto

#### **Colaboração e Revisão**

Hélio Neves

Patrícia Carla dos Santos

#### **Projeto gráfico, diagramação e editoração**

Artur Isnard Leonardi Horta Lopes

Judival Almeida da Paixão

Tamiris Cristine Teodoro de Souza

Rua General Jardim, 36 - 5º andar - Vila Buarque

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

e-mail: smsceinfo@prefeitura.sp.gov.br

Versão eletrônica:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_SS.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_SS.pdf)

#### **Equipe de Pesquisadores do ISA Capital 2015**

##### **Pesquisador responsável**

Chester Luiz Galvão César

##### **Instituição responsável**

Convênio celebrado entre o Centro de Apoio à Faculdade de Saúde Pública (CEAP) da Universidade de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

##### **Pesquisadores principais**

Chester Luiz Galvão César

**Faculdade de Saúde Pública | USP**

Maria Cecília Goi Porto Alves

**Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

Marilisa Berti de Azevedo Barros

**Faculdade de Ciências Médicas | UNICAMP**

Moisés Goldbaum

**Faculdade de Medicina | USP**

Regina Mara Fisberg

**Faculdade de Saúde Pública | USP**

##### **Pesquisadores associados**

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Reinaldo José Gianini

##### **Coordenação do trabalho de campo**

Fernanda Mello Zanetta

Margaret Harrison de Santis Dominguez

Mariangela Pereira Nepomuceno Silva

##### **Responsável pelo ISA Capital 2015 na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**

Margarida M T A Lira

Hélio Neves

Katia Cristina Bassichetto

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo.

Boletim ISA Capital 2015, nº 19, 2019: Saúde Suplementar na cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2019, 38 p.

1. Inquéritos de Saúde 2. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde Suplementar.

**Apresentação**

---

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

**Resultados**

**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

## **Apresentação**

O Inquérito de Saúde – ISA Capital 2015 foi idealizado para conhecer aspectos da saúde pública no município de São Paulo (MSP) que não estão contidos nos sistemas rotineiros de informação do SUS. Este inquérito é uma realização conjunta da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Faculdades de Saúde Pública e de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

O ISA-Capital inclui desde as suas edições anteriores (2003 e 2008) informações sobre saúde suplementar e diversos aspectos relacionados que ainda não haviam sido sistematicamente explorados. O presente boletim é o 19º da série ISA Capital 2015 e apresenta a estimativa da frequência de posse atual ou pregressa de convênio ou plano de saúde médico ou odontológico, em pessoas com 12 anos ou mais, em residentes em área urbana do MSP, segundo variáveis socioeconômicas/demográficas e características do domicílio selecionadas.

Espera-se que este boletim suscite reflexão e contribua para aprimorar as políticas em curso no campo da saúde, considerando a complexidade do cenário apresentado.

**Roberto Tolosa Junior**  
CEInfo

**Apresentação****Resumo**

---

**Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

## Resumo

São Paulo é uma das cidades com maior cobertura de beneficiários de planos e convênios de saúde privados no Brasil. Conhecer a dinâmica que envolve o uso de serviços é importante para planejar as ações orientadas à obtenção de maior racionalidade no uso dos recursos do setor saúde e redução das iniquidades no acesso aos serviços, devendo-se utilizar indicadores adequados para acompanhar as mudanças do perfil e cobertura de beneficiários de planos de saúde, até mesmo porque boa parcela da população com posse de plano de saúde é também usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para procedimentos de alto custo. O sistema é um mix público-privado, com relações pouco claras dos papéis que um mesmo prestador privado exerce no SUS e na saúde suplementar. Dessa forma, a compreensão das possíveis conexões nas relações entre esses sistemas passa pela especificação do que é comum e particular a ambos (BAHIA, 2001).

O presente estudo pretende contribuir para a compreensão do tema em dois aspectos complementares: 1) comparar as frequências da população com e sem posse de convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico), segundo condições socioeconômicas/demográficas e características do domicílio; 2) comparar as frequências da população sem posse de convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico), considerando as que 'possuíram e não possuem mais' (posse pregressa) com as que 'nunca possuíram', segundo condições socioeconômicas/demográficas e características do domicílio.

Na atualidade, a frequência da população na cidade de São Paulo que possui planos e convênios de saúde é de 41,8%, predominando neste grupo os adultos, empregados, com renda acima de 5 salários mínimos, escolaridade superior, casados, moradores de apartamentos quitados, com rede de esgoto e em rua pavimentada. Os grupos que se destacam pela posse no passado, mas não no presente são os adultos, separados, com escolaridade superior e renda média de 2 a 5 salários mínimos sugerindo viver maior instabilidade econômica e mobilidade social.

A posse de planos reflete aspectos essenciais quanto às informações socioeconômicas e demográficas como a condição social de poder comprar o bem e ser beneficiário no mercado da saúde e a condição de empregado formal em setores mais estruturados da economia que incluem nos contratos de trabalho a oferta dos planos coletivos empresariais que predominam nos contratos vigentes com cada vez maior vigor.

**Apresentação****Resumo**

---

**Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

A presença de beneficiários de planos de saúde é claramente localizada nos polos dinâmicos da economia nacional, como o Estado de São Paulo em relação ao país, e nas áreas de moradia da população de melhores condições socioeconômica e ambientais dentro da cidade de São Paulo. Resta compreender como este mercado interfere ou modifica as práticas de saúde na abordagem dos problemas no que extrapola a condição social da população.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

## Listagem de figuras, tabelas e quadros

<b>Mapa 1</b> – Cobertura populacional por Planos e Convênios de Saúde, segundo Unidade da federação, Brasil, 2017.....	<b>11</b>
<b>Mapa 2</b> – Cobertura populacional por Planos e Convênios de Saúde, segundo distritos administrativos, Município de São Paulo, 2010.....	<b>12</b>
<b>Tabela 1</b> – Frequência (%) de posse de Planos ou Convênios de Saúde (médico ou odontológico) na população com 12 anos ou mais, segundo características socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015.....	<b>18</b>
<b>Figura 1</b> – Frequência (%) de posse de Planos ou Convênios de Saúde (médico ou odontológico), segundo características socioeconômicas e demográficas selecionadas. Município de São Paulo, 2015.....	<b>19</b>
<b>Tabela 2</b> – Frequência (%) da população que não possui Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico) com posse pregressa ou nunca teve, segundo características socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015.....	<b>22</b>
<b>Figura 2</b> – Frequência (%) de posse pregressa de Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características socioeconômicas e demográficas selecionadas. Município de São Paulo, 2015.....	<b>24</b>
<b>Tabela 3</b> – Frequência (%) da população que possui ou não Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características do domicílio. Município de São Paulo, 2015.....	<b>26</b>
<b>Figura 3</b> – Frequência (%) da população que possui Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características do domicílio selecionadas. Município de São Paulo, 2015.....	<b>27</b>
<b>Tabela 4</b> – Frequência (%) da população que não possui Plano ou Convênio de Saúde com posse pregressa ou nunca teve, segundo características dos domicílios. Município de São Paulo, 2015.....	<b>29</b>

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

**Resultados**

**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

**Figura 4** – Frequência (%) de posse pregressa de plano ou convênio de saúde, segundo propriedade e nº de cômodos do domicílio. Município de São Paulo, 2015..... **30**

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução**

---

**Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

## **Introdução**

A construção do sistema nacional de saúde brasileiro decorreu do movimento da reforma sanitária e resultou em um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Esta opção foi contraposta, na constituinte, por uma forte base parlamentar vinculada ao setor privado da saúde, resultando em um modelo peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema. Este embora constitucionalmente definido como universal e integral, vem subsidiando as seguradoras e operadoras de planos de saúde por meio de distintos instrumentos de desoneração fiscal, fortalecendo esse mercado (SANTOS, 2008).

Historicamente, o mercado dos planos privados de assistência à saúde no Brasil está relacionado, desde o seu início, à urbanização, à industrialização, à renda e ao emprego formal. Por se tratar de um segmento não normatizado e não regulado no âmbito da saúde até a promulgação da Lei nº 9.656/98, as operadoras destes planos atuavam no atendimento aos beneficiários a partir de critérios próprios do mercado.

Para regular esta atuação foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde (MS), a partir da Lei nº 9.961/2000, a quem coube fazer cumprir a Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A ANS tem como missão 'promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país'. Cabe também à ANS monitorar o contingente populacional que deixa de pagar tais planos.

A partir de 2003, como resultados do 'Programa de Qualificação da Saúde Suplementar' verifica-se o aumento da regularidade do envio de dados como indicadores de saúde, da satisfação dos beneficiários, das condições econômico-financeiras e de estrutura para o funcionamento das operadoras e o aperfeiçoamento da sua qualidade (ALBUQUERQUE et al., 2008). Tal situação abriu a possibilidade de se produzir conhecimento sobre o crescimento do mercado de saúde suplementar, em âmbito nacional, devido à ausência ou fragmentação das fontes de informação anteriores ao ano 2000 (BAHIA, 2008).



**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução**

---

**Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

A análise permanente destes indicadores tem permitido o acompanhamento das mudanças observadas no que se refere ao perfil e cobertura dos beneficiários; expansão dos planos coletivos; redução dos planos individuais, bem como a acentuada concentração de beneficiários em poucas operadoras, identificando que se trata de um mercado concentrado com características de formação de oligopólio competitivo. É de se observar que no ano de 2006 cerca de 1.200 operadoras comercializavam planos de assistência médica no Brasil, com grande concentração de beneficiários em poucas operadoras: 20% nas sete maiores; 50% em 44 delas e apenas 10% distribuídos em 854 operadoras (ALBUQUERQUE C et al., 2008). Em dezembro de 2017 a concentração aumentou: o número de operadoras diminuiu para 764, quatro delas dominando 20% do mercado, enquanto 24 detinham 50% dos beneficiários, intensificando a tendência de oligopolização. Este fato fica ainda mais explícito no município de São Paulo (MSP), onde 4 empresas concentram 55% dos beneficiários, 80% cobertos por 15 empresas, enquanto 10% da cobertura é realizada por 559 empresas<sup>1</sup>.

Boa parcela da população com posse de plano de saúde é também usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando se trata de procedimentos de alto custo. O segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde suplementar se caracteriza pela cobertura em duplicata de serviços de saúde para um elevado segmento populacional, o que gera importantes desigualdades na oferta e utilização desses serviços a favor da população com plano de saúde. Esse sistema se caracteriza por um mix público-privado, onde se observam relações pouco claras dos papéis que um mesmo prestador privado exerce no SUS e na saúde suplementar. Dessa forma, a compreensão das possíveis conexões nas relações entre esses sistemas passa pela especificação do que é comum e particular a ambos (BAHIA, 2001).

Atualmente, o maior acervo de estudos sobre o tema possibilita observar que as empresas de planos e seguros de saúde reconhecem a necessidade de incrementar a efetividade do cuidado, sobretudo na dimensão da integralidade da atenção, que é um princípio norteador do SUS, no seu âmbito de atuação, muito embora com foco na redução de custos. Além disso, a população brasileira vem envelhecendo e necessitando de mais serviços de saúde, em função do aumento da prevalência de diversas doenças crônicas neste grupo populacional, o que torna a situação ainda mais complexa, pois culmina com a sobrecarga do SUS e contribui para o aumento da

---

<sup>1</sup> Ministério da Saúde, Tabnet ANS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>. Acesso em 03/05/2018.

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução**

---

**Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

demanda aos planos privados de saúde. Dados da ANS mostram que em 10 anos o número de beneficiários com mais de 80 anos aumentou 62%<sup>2</sup>. Este foi o único grupo etário que cresceu no setor nos últimos três anos, justamente o período da crise econômica que influenciou na redução dos demais grupos etários usuários da saúde suplementar no Brasil<sup>3</sup>.

A baixa demanda e os custos sempre elevados, ao fazer com que a cobertura entre os mais jovens seja menor, afeta o planejamento das operadoras de deslocar as sobras das contribuições deste grupo etário para custear os procedimentos necessários aos idosos. Dados de 2017 do Índice de Preços ao Consumidor (IPC) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) indicam que o item 'plano e seguro de saúde' foi o que mais influenciou a inflação dos idosos<sup>4</sup>.

O subfinanciamento crônico do SUS, que vem da sua criação, se agravou com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55, mais conhecida como PEC do Teto, que em dezembro de 2016, congelou os gastos públicos por 20 anos. Esta emenda acentua as dificuldades crônicas para atender a todas as necessidades da população, ainda mais com a queda na arrecadação de impostos, em função da recessão econômica no país, configurando-se como um dos principais problemas que envolvem a saúde pública no Brasil na atualidade.

A recessão também contribui para a perda de empregos e, por conseguinte, para a diminuição de acesso aos planos privados de saúde, com aumento da procura pelo SUS. Nos últimos três anos, por reflexo da crise econômica, os planos privados de saúde perderam quase três milhões de usuários. Dados de março de 2018, disponibilizados pela ANS, referente ao número de brasileiros que possuem planos de saúde (17.141.513), indicam que comparativamente a março de 2015 (18.608.377), no Estado de São Paulo houve uma redução de 7,6% dos beneficiários desses planos<sup>5</sup>.

A flutuação observada no número de beneficiários de planos de saúde e a inter-relação com o SUS deve ser analisada à luz de um cenário político mais amplo. Essa população permanece como potencial ou efetiva usuária SUS, pois a utilização (ou não) dos serviços se vincula à

---

<sup>2</sup>Jornal O Estado de São Paulo, 01/07/2018.

<sup>3</sup>Jornal O Estado de São Paulo, 01/07/2018.

<sup>4</sup>Jornal o Estado de São Paulo, 02/02/2018.

<sup>5</sup><http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/4291-ans-divulga-dados-do-setor-referentes-a-dezembro-2017>.  
Dados atualizados por acesso em 03 de agosto de 2018.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

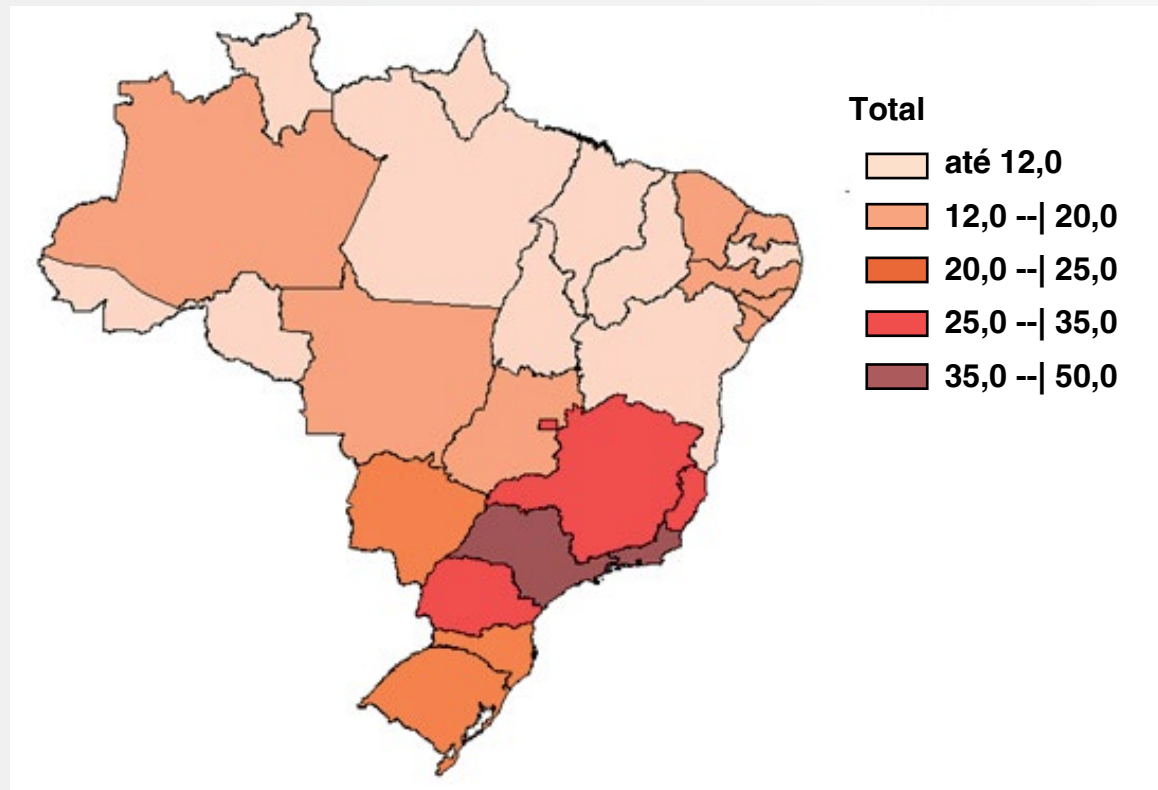
Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

complexidade da necessidade do usuário. Quanto mais alto o nível socioeconômico das famílias, maior a proporção da cobertura por saúde suplementar o que pode ser demonstrado espacialmente tanto para o país (**Mapa 1**), como internamente aos municípios como São Paulo (**Mapa 2**) onde as coberturas são mais baixas em áreas de piores condições socioeconômicas. Diversos estudos, no entanto, mostram que parte dos usuários de planos de saúde utiliza os serviços do SUS, tanto para a realização de procedimentos de alta complexidade, quanto para ofertas de menor complexidade, como a distribuição gratuita de medicamentos, entre outros (SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2011).

**Mapa 1** – Cobertura populacional por Planos e Convênios de Saúde segundo Unidade da federação, Brasil, 2017.



Fonte: Tabnet – ANS/MS

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

---

**Método**

**Resultados**

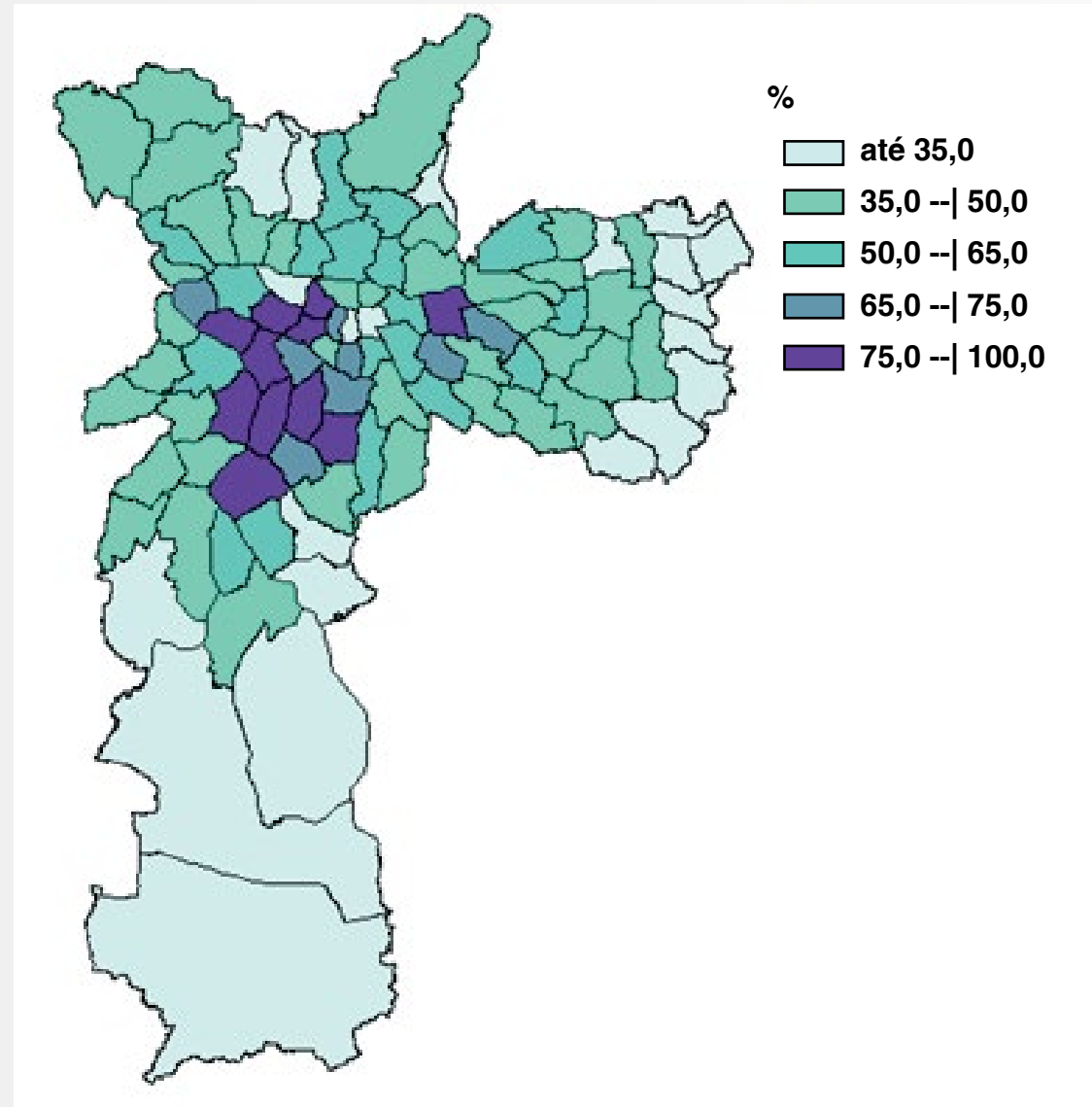
**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

**Mapa 2** – Cobertura populacional por Planos e Convênios de Saúde, segundo distritos administrativos, Município de São Paulo, 2010.



Fonte: Instituto Via Pública

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução**

---

**Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

Nos últimos anos foram ampliadas as iniciativas de flexibilização das normas estatais reguladoras do mercado da saúde e das garantias do direito de cidadania, com ampliação do papel consumidor do mercado. O embate se dá, por exemplo, com relação à atenção básica, como mostram as iniciativas recentes tais como o Ministério da Saúde (MS) incentivando que o mercado passe a ofertar ‘planos de saúde acessíveis’, isto é, mais baratos, com o argumento de que tal política possa trazer benefícios também para o SUS<sup>6</sup>. Ou ainda o aumento de lojas no comércio ofertando consultas médicas a baixos preços. Trata-se de alternativas aos serviços ofertados pela atenção básica pública, inseridas nas propostas de mudança da Lei dos Planos de Saúde (9.656/1998), ora em discussão no Congresso Nacional.

Especialistas na área, como por exemplo Prof. Mario Scheffer da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e consultor do Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), têm criticado esta proposta<sup>7</sup>, por considerar que estes tipos de planos oferecem coberturas reduzidas, acabam com a exigência de que planos ambulatoriais garantam a internação de emergência a seus usuários nas primeiras 24 horas, são de pior qualidade, regionalizados, simplificados ou com valores elevados de coparticipação e, que, ao contrário do que afirma o MS, ‘empurram ao SUS os procedimentos mais caros, não havendo, portanto, economia para o sistema e os usuários teriam gastos desnecessários, com falsa sensação de segurança’. Outras instituições, como o Ministério Público Federal (MPF), também têm se manifestado publicamente contrárias a este projeto de lei, por considerarem que sua implantação resultaria em perda de vínculo da população com as equipes de Saúde da Família, estratégia efetiva que a Atenção Básica do SUS tem se esmerado em construir nos últimos anos<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>Jornal O Estado de São Paulo, 13/09/2017

<sup>7</sup>Entrevista Mario Scheffer – Saúde futuro incerto, Revista do IDEC Jan-Fev/2017, <https://idec.org.br/em-acao/revista/difcil-de-negociar/materia/saude-futuro-incerto>, último acesso por cadastro em 13/02/2019.

<sup>8</sup> Em nota técnica, PFDC critica proposta de “Plano de Saúde Acessível” in <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/em-nota-tecnica-pfdc-critica-proposta-de-201cplano-de-saude-acessivel201d> . Publicado em 27/03/2017, acesso em 13/02/2019.

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução**

---

**Método****Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

Vale lembrar que a saúde suplementar passou a conviver com o SUS, nascido a partir da Constituição Federal de 1988, quando a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público. Entretanto, ainda que nesta Constituição esteja previsto que as instituições privadas possam participar de forma suplementar ao SUS, a atuação deste segmento do setor privado, deve ser normatizada, no sentido de evitar que recursos públicos sejam destinados para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, como estabelece, por exemplo, a Lei nº 13.097/2015. Esta lei reitera que 'assistência à saúde é livre à iniciativa privada', desde que esta atividade se desenvolva apenas mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Embora não se possa afirmar que a totalidade dos gastos privados em saúde seja financiada pelo Estado, uma boa parte o é, considerando a renúncia fiscal, na medida em que da base sobre a qual é calculado o Imposto de Renda são deduzidos os gastos privados em serviços e planos de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Considerando a complexidade deste cenário, apresentamos o presente estudo que poderá contribuir para a compreensão do tema em dois aspectos complementares expresso nos seus objetivos:

1. Apresentar e comparar as frequências da posse atual de convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico) na população, segundo condições socioeconômicas/demográficas e características do domicílio.
2. Apresentar e comparar as frequências, na população sem posse atual de convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico), entre a parcela que 'possuiu e não possui mais' (posse pregressa) com a que 'nunca possuiu', segundo condições socioeconômicas/demográficas e características do domicílio.

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método**

---

**Resultados****Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas****Método**

Os dados do presente estudo foram extraídos do Inquérito de Saúde - ISA-Capital 2015, Bloco G3 – Planos de Saúde. Este inquérito investigou a situação da saúde da população residente em área urbana, em domicílios particulares permanentes, no Município de São Paulo (MSP), considerando os seguintes domínios demográficos: adolescentes (12 a 19 anos); homens adultos e mulheres adultas (20 a 59 anos); e idosos (60 anos e mais). Foi utilizada amostra do tipo “complexa” e os 4.043 entrevistados, por meio do peso da ponderação, representam um contingente com características semelhantes de 9.349.890 pessoas. Para mais informações sobre os métodos utilizados neste inquérito consulte o “Boletim ISA Capital nº 0 - aspectos metodológicos e produção de análise” (SÃO PAULO, 2017).

A frequência de posse de planos de saúde foi estimada a partir da seguinte pergunta: “*O (a) sr.(a) tem ou já teve convênio ou plano de saúde médico ou odontológico?*”, que consta do Bloco G3 – Planos de Saúde, parte do Bloco G – Uso de serviços de Saúde. (ANEXO 1). Para a apresentação dos resultados, a população investigada foi subdividida em subgrupos, segundo a situação em relação à posse de plano de saúde. Optamos por descrever as características socioeconômicas/demográficas dos indivíduos e as características dos domicílios, da população com posse de plano ou convênio de saúde. Para a população sem posse atual, optamos por desagregar a análise entre os que ‘tiveram e deixaram de ter’ (posse pregressa) e os que ‘nunca tiveram’.

Na comparação das frequências foi considerada *diferença significativa* quando não houve sobreposição dos intervalos de confiança de 95% (IC95%); *sem diferença* quando um dos IC foi parcialmente englobado pelo outro e; *provável diferença* quando ocorreu uma pequena sobreposição em algum dos limites dos intervalos. Neste último caso, para confirmar se houve diferença foi aplicado teste de independência para comparação das frequências encontradas ( $p < 0,05$ ). Foram consideradas como válidas as estimativas de frequência com coeficientes de variação (CV) inferiores a 0,3 ou 30%. Valores superiores a este indicam baixa precisão estatística. Quanto menores os números em análise, menor tende a ser a precisão das medidas. Nesta publicação, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos/figuras, sendo estes últimos, para as variáveis que mostraram diferenças significativas. Para as análises estatísticas foi utilizado o pacote PASW Statistics - versão 20 (SPSS).

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

---

**Resultados**

**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

Os dados foram apresentados para a população geral e desagregados para cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. Esta desagregação para CRS só foi possível para esta última edição do ISA.



Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

---

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

## Resultados

### Características socioeconômicas e demográficas da população com plano de saúde médico ou odontológico

As características socioeconômicas e demográficas utilizadas (sexo, faixa etária, situação conjugal, raça/cor, religião, ocupação, renda familiar per capita e CRS) da população que possui convênio ou plano de saúde estão apresentadas na **Tabela 1**.

A comparação destes grupos populacionais permitiu verificar que, no MSP, a frequência da população que tem posse atual de plano de saúde é significativamente menor do que a população que não tem, independente do sexo (41,8% x 58,2%). Não se verificou diferença segundo sexo para nenhuma das categorias analisadas.

A **Figura 1** reúne oito gráficos (A – H) referentes às características socioeconômicas e demográficas, para as quais se apresentam diferenças estatisticamente significativas entre as categorias de análise, na população com 12 anos ou mais, residente na cidade de São Paulo, com posse de convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico).

A população com posse atual de plano de saúde é significativamente maior entre os:

- Idosos e adultos (47,4% e 42,3%) em relação aos adolescentes (33,0%) (**Fig.1-A**).
- Mais escolarizados (12 anos ou mais de estudo em relação às demais categorias) (68,5% x 18,5%) (**Fig.1-B**).
- Casados / em união estável em relação aos solteiros (45,9% x 37,2%) (**Fig.1-C**).
- Brancos ou amarelos (49,4% x 60,6%) em relação aos pretos ou pardos (35,2% x 32,6%) (**Fig.1-D**).
- Católicos ou com nenhuma religião (ambos os grupos com cerca de 44,0%) em relação a evangélicos/protestantes (33,7%) (**Fig.1-E**).

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

**Tabela 1** – Frequência (%) de posse de Planos ou Convênios de Saúde (médico ou odontológico) na população com 12 anos ou mais, segundo características socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015.

Posse de Plano de Saúde	TEM Plano/Convênio de Saúde				TOTAL
	%	IC <sub>95%</sub>		n	n
		Mínimo	Máximo		
<b>MSP</b>	<b>41,8</b>	<b>38,6</b>	<b>45,2</b>	<b>1.548</b>	<b>4.035</b>
<b>Características do indivíduo</b>					
<b>Sexo</b>					
masculino	40,1	36,2	44,2	637	1.762
feminino	43,4	39,9	46,8	911	2.273
<b>Faixa etária (em anos)</b>					
12 a 19	33,0	28,2	38,2	271	854
20 a 59	42,3	38,9	45,8	851	2.165
60 ou mais	47,4	42,5	52,3	426	1.016
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					
0 a 3	18,5	13,9	24,2	62	337
4 a 7	29,5	25,8	33,5	276	892
8 a 11	34,7	31,5	38,1	688	1.994
12 ou mais	68,5	64,6	72,1	518	796
<b>Situação conjugal</b>					
casado/ união estável	45,9	41,7	50,1	784	1.852
separado/ divorciado	36,2	30,5	42,3	99	310
solteiro	37,2	33,4	41,1	531	1.528
viúvo	42,2	35,7	49,0	130	333
<b>Raça/cor</b>					
branca	49,4	45,4	53,4	901	1.989
preta	35,2	29,7	41,1	139	423
amarela	60,6	43,5	75,4	40	72
parda	32,6	29,1	36,3	414	1.360
indígena	42,4	16,4	73,4	*	4
outra	27,8	18,3	39,7	42	154
<b>Religião</b>					
nenhuma	<b>44,0</b>	37,9	50,3	219	588
evangélica/ protestante	33,7	29,7	38,0	**	374
católica	<b>44,1</b>	40,2	48,1	795	1.936
outras	52,9	45,5	60,1	153	297
<b>Ocupação</b>					
Empregado	45,1	41,9	48,4	862	2.071
Aposentado / Pensionista	46,0	40,5	51,7	276	648
Desempregado / Dona de casa / Estudantes	33,3	28,4	38,5	403	1.292
Outros	26,1	8,2	58,2	4	16
<b>Renda familiar per capita (em SM)</b>					
menos de 1	27,5	24,9	30,3	462	1.824
de 1 a menos de 2	42,7	38,0	47,5	524	1.268
de 2 a menos de 5	62,3	57,1	67,1	392	659
5 e mais	72,5	63,4	80,1	105	158
<b>CRS</b>					
Centro-Oeste	53,4	43,9	62,7	272	609
Leste	37,1	32,1	42,3	312	857
Norte	40,9	34,9	47,0	313	775
Sudeste	49,5	41,8	57,3	376	819
Sul	32,2	25,5	39,8	275	975

Fonte: ISA Capital 2015

Nota: SM-salário mínimo

\* Coeficiente de Variação > 30%. \*\* Teste para diferença de proporções com significância estatística.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

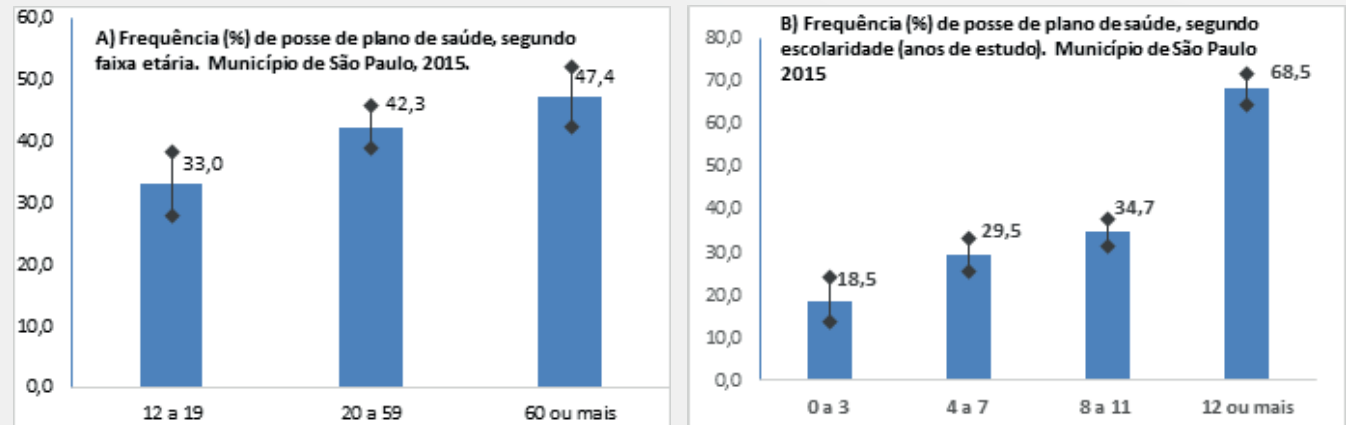
Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

- Empregados e aposentados/pensionistas (ambos os grupos com cerca de 45,0%) em relação a desempregados/estudantes ou dona-de-casa (33,3%) **(Fig.1-F)**.
- Com maior renda (5 ou mais salários mínimos - SM) (72,5%) e os que se encontram na faixa de 2 a menos de 5 SM (62,3%) em relação aos que se encontram na faixa de 1 a 2 SM (42,7%) e menos de 1 SM (27,5%) **(Fig.1-G)**.
- Moradores da região Centro-Oeste (53,4%) em relação aos da Leste (37,1%) e da Sul (32,2%); e os da Sudeste (42,5%) em relação aos da Sul (32,2%) **(Fig.1-H)**.

**Figura 1** – Frequência (%) de posse de Planos ou Convênios de Saúde (médico ou odontológico), segundo características socioeconômicas e demográficas selecionadas. Município de São Paulo, 2015.



**Figura 1** – Frequência (%) de posse de plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características socioeconômicas e demográficas selecionadas. Município de São Paulo, 2015. (Continuação)

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

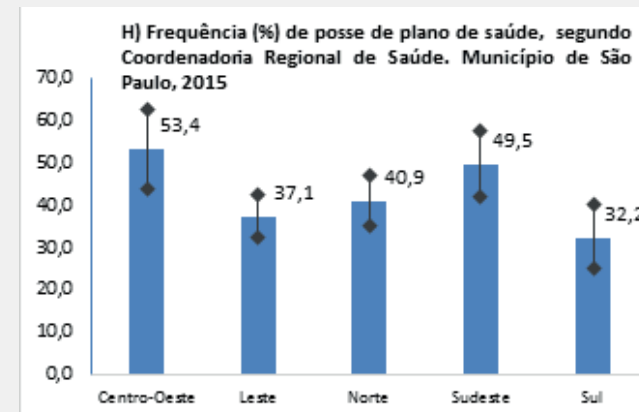
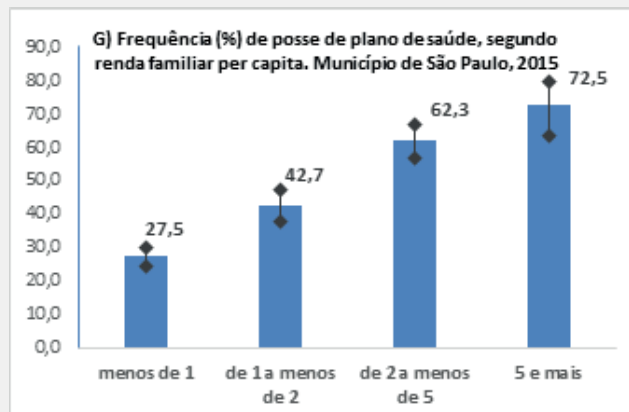
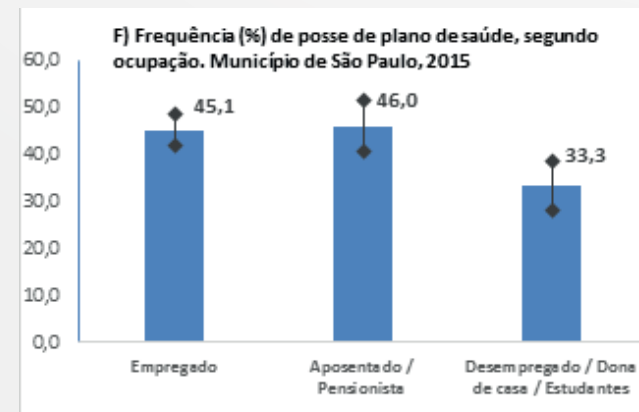
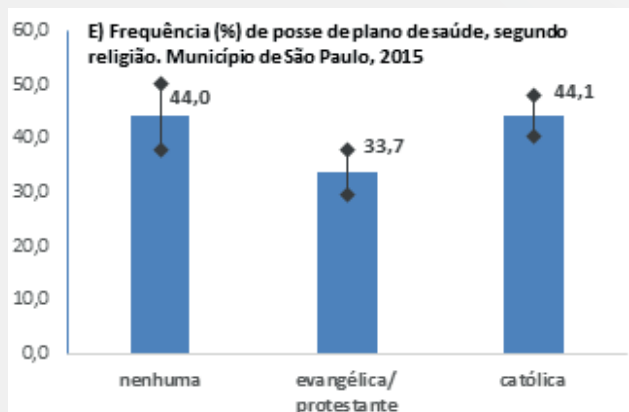
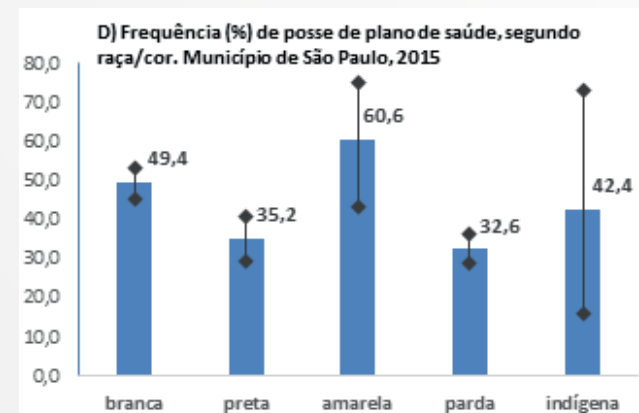
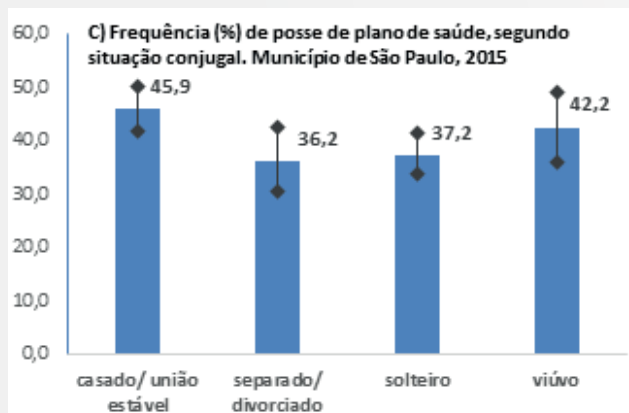
Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas



**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados**

---

**Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas****Características socioeconômicas e demográficas da população que atualmente não possui plano de saúde médico ou odontológico**

A população que não possui plano de saúde divide-se entre os que nunca tiveram e os que tiveram anteriormente. Estas categorias perfazem respectivamente 34,7% e 23,3% da população total estudada e somam 58,2% de pessoas que não possuem planos e convênios de saúde. As características socioeconômicas e demográficas selecionadas da população que atualmente não possui plano de saúde porque 'nunca tiveram' ou porque 'tiveram, mas deixaram de ter' mostram que estes dois grupos apresentam perfis bastante diferentes conforme apresentado na **Tabela 2**.

A população que nunca teve plano de saúde predomina sobre a que teve posse progressiva em ambos os sexos e em todas as idades, mas principalmente em adolescentes e idosos; na população sem nível superior e com renda abaixo de 2 salários mínimos; entre aposentados/pensionistas e desempregados/donas de casa/estudantes; entre casados e especialmente entre solteiros e viúvos e entre pardos e pretos.

Optou-se neste boletim em dar um foco especial à população com posse progressiva (mas não atual) de plano de saúde (médico ou odontológico) que é maior entre os:

- Adultos quando comparados aos adolescentes e idosos (44,8% x 34,5% x 24,6%) (**Fig. 2A**).
- Mais escolarizados (12 anos ou mais de estudo) (68,2%) em relação às demais categorias (8 a 11 e 4 a 7), sendo a diferença mais intensa entre os menos escolarizados (0 a 3 anos) (23,0%) (**Fig. 2B**).
- Separados/divorciados e casados/união estável (51,0% e 44,9%) em relação aos solteiros e viúvos (33,2% x 31,6%) (**Fig. 2C**).
- Que se encontram na faixa de renda de 2 a menos de 5 salários mínimos (SM) (58,1%) em relação aos com menor renda: (1 a menos de 2 SM – 40,5%) e (menos de 1 SM – 36,2%) (**Fig. 2D**).

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

**Tabela 2** – Frequência (%) da população que não possui Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico) com posse pregressa ou nunca teve, segundo características socioeconômicas e demográficas. Município de São Paulo, 2015.

Posse de Plano de Saúde	TEVE				NUNCA TEVE			
	%	IC <sub>95%</sub>		n	%	IC <sub>95%</sub>		n
		Mínimo	Máximo			Mínimo	Máximo	
<b>MSP</b>	<b>40,2</b>	<b>36,7</b>	<b>43,7</b>	<b>902</b>	<b>59,8</b>	<b>56,3</b>	<b>63,3</b>	<b>1.585</b>
<b>Características do indivíduo</b>								
<b>Sexo</b>								
masculino	41,5	37,0	46,1	425	58,5	53,9	63,0	700
feminino	39,0	35,3	42,8	477	61,0	57,2	64,7	885
<b>Faixa etária (em anos)</b>								
12 a 19	24,6	20,2	29,5	139	75,4	70,5	79,8	444
20 a 59	44,8	40,9	48,8	562	55,2	51,2	59,1	752
60 ou mais	34,5	29,4	40,0	201	65,5	60,0	70,6	389
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>								
0 a 3	23,0	16,9	30,5	56	77,0	69,5	83,1	219
4 a 7	30,8	26,3	35,8	184	69,2	64,2	73,7	432
8 a 11	39,4	35,6	43,3	483	60,6	56,7	64,4	823
12 ou mais	68,2	60,7	74,9	176	31,8	25,1	39,3	102
<b>Situação conjugal</b>								
casado/ união estável	44,9	40,5	49,4	459	55,1	50,6	59,5	609
separado/ divorciado	51,0	43,4	58,6	96	49,0	41,4	56,6	115
solteiro	33,2	28,8	37,8	285	66,8	62,2	71,2	712
viúvo	31,6	24,6	39,6	57	68,4	60,4	75,4	146
<b>Raça/cor</b>								
branca	45,6	41,0	50,2	440	54,4	49,8	59,0	648
preta	34,2	26,9	42,4	80	65,8	57,6	73,1	204
amarela	40,3	21,7	62,2	12	59,7	37,8	78,3	20
parda	36,7	32,4	41,4	327	63,3	58,6	67,6	619
indígena	-	-	-	-	100,0	-	-	9
outra	36,0	26,9	46,3	38	64,0	53,7	73,1	74
<b>Religião</b>								
nenhuma	37,2	29,7	45,3	123	62,8	54,7	70,3	246
evangélica/ protestante	38,7	33,9	43,7	282	61,3	56,3	66,1	538
católica	38,9	35,0	42,9	413	61,1	57,1	65,0	728
outras	65,8	57,8	72,9	82	34,2	27,1	42,2	62
<b>Ocupação</b>								
Empregado	43,0	38,9	47,2	492	57,0	52,8	61,1	717
Aposentado / Pensionista	35,2	29,1	41,8	117	64,8	58,2	70,9	255
Desempregado / Dona de casa / Estudantes	36,6	32,2	41,2	284	63,4	58,8	67,8	605
Outros	65,6	35,1	87,1	7	34,4	12,9	64,9	5
<b>Renda familiar per capita (em SM)</b>								
menos de 1	36,2	32,5	40,1	443	63,8	59,9	67,5	919
de 1 a menos de 2	40,5	35,9	45,3	281	59,5	54,7	64,1	463
de 2 a menos de 5	58,1	49,7	66,2	144	41,9	33,8	50,3	123
5 e mais	49,6	33,0	66,3	23	50,4	33,7	67	30
<b>CRS</b>								
Centro-Oeste	43,8	38,2	49,6	189	56,2	50,4	61,8	273
Leste	36,5	25,6	49,1	116	63,5	50,9	74,4	221
Norte	46,7	39,5	54,1	185	53,3	45,9	60,5	258
Sudeste	32,2	24,6	40,9	202	67,8	59,1	75,4	498
Sul	42,2	36,9	47,7	210	57,8	52,3	63,1	335

Fonte: ISA Capital 2015

Nota: SM-salário mínimo

\* Coeficiente de Variação > 30%. \*\* Teste para diferença de proporções com significância estatística.

- nº insuficiente de casos

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados**

---

**Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

A posse pregressa refere-se a situações em que por alguma razão as pessoas/famílias deixaram de ter acesso à saúde suplementar. Para a análise deste cenário há que se considerar que houve uma indução importante da migração dos planos de saúde individuais para os coletivos, por serem aqueles de menor interesse econômico para as operadoras em função da sua instabilidade. O aumento do desemprego gerado pela crise econômica nos anos recentes reduziu tanto a posse nos contratos coletivos, quanto a capacidade da população em manter o pagamento dos mesmos, quadros que se agravariam em situações de crise pessoal e familiar. No geral, as características da população que deixou de ter plano correspondem a esta situação, sendo a renda o determinante mais consistente da perda da capacidade de pagamento.

Considerando apenas os que nunca tiveram plano de saúde, observa-se altas frequências entre aqueles com menor escolaridade (77,0%), menos de 1 salário mínimo de renda (63,8%), idosos (65,5%), aposentados (64,8%), viúvos (68,4%) e de cor preta (65,8%) que expõe uma condição social mais desfavorecida. No entanto a maior frequência entre os adolescentes (75,4%) e os solteiros (66,8%) ocorre provavelmente pela baixa prevalência de problemas de saúde e menor procura e interesse, exceto em acidentes (**Tabela 2**).

A **Figura 2** reúne quatro gráficos referentes às características socioeconômicas e demográficas selecionadas, que apresentam diferença estatisticamente significativa entre as categorias de análise, da população com posse pregressa de convênio ou plano de saúde médico ou odontológico, sem posse atual. Município de São Paulo, 2015.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

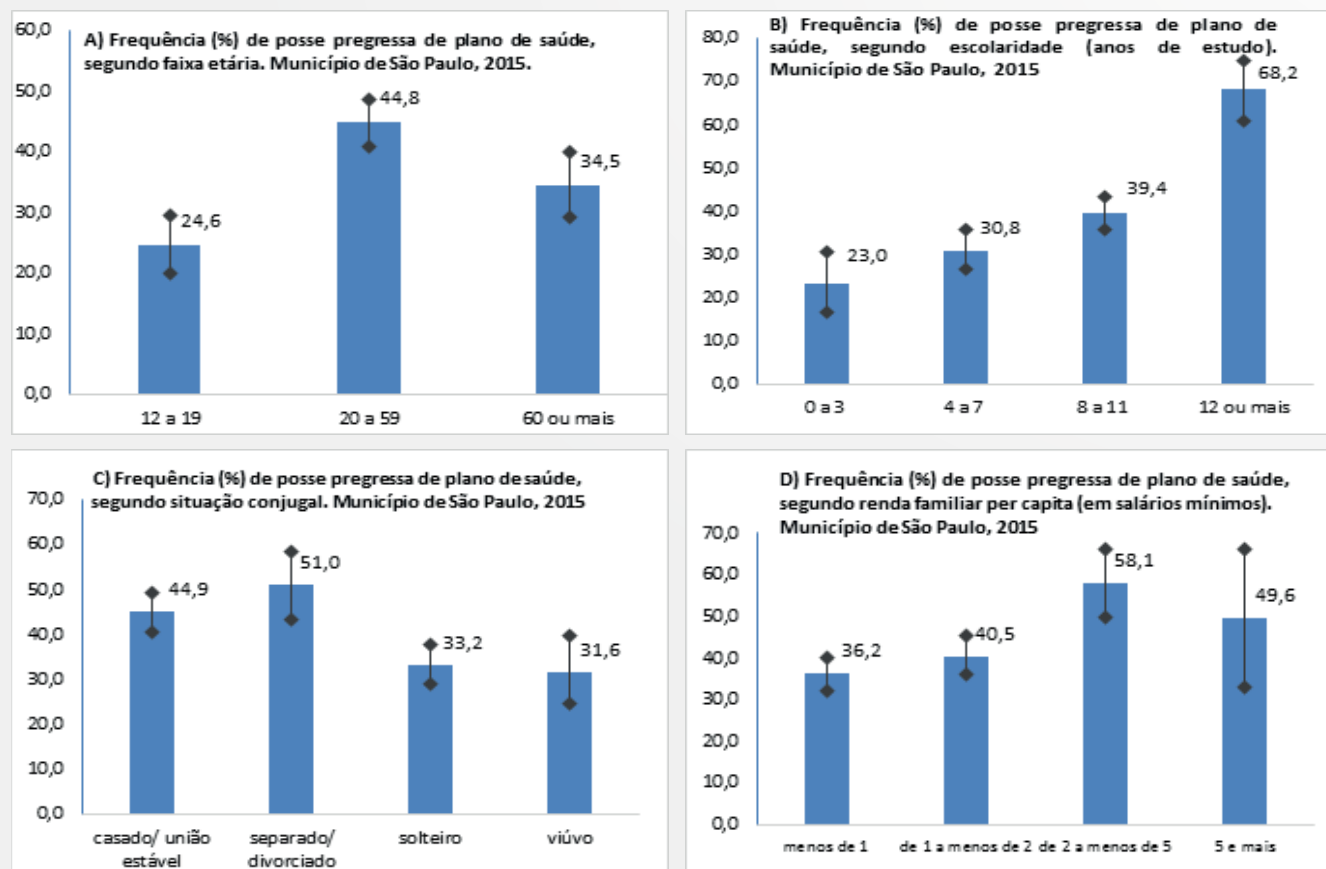
Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

**Figura 2** – Frequência (%) de posse pregressa de Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características socioeconômicas e demográficas selecionadas. Município de São Paulo, 2015.



Fonte: ISA Capital



**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados**

---

**Discussão****Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas****Características do domicílio da população segundo posse atual ou pregressa de plano de saúde médico ou odontológico**

Vários índices criados para a caracterização de desigualdades das condições de vida da população incluem as características dos domicílios e as condições do seu entorno como parte das métricas territoriais intraurbanas utilizadas em diversas pesquisas (SPOSATI A. e MONTEIRO M., 2017; FUNDAÇÃO SEADE, 2012), com destaque para o Censo nacional do IBGE que, em 2010, incorporou um conjunto maior de dados sobre a oferta e cobertura de infraestrutura urbana básica (IBGE, 2010). São diversas as concepções que fundamentam tais métricas, considerando a diversidade de situações urbanas existentes no país. O MSP também apresenta diferenças regionais importantes que dificultam a análise sobre a implicação destas diferenças em relação à situação de saúde da sua população. A disponibilização de uma melhor discriminação destas características representa um ganho efetivo para o estabelecimento de processos de priorização de ações, programas e políticas públicas (SPOSATI e MONTEIRO M., 2017).

As características do domicílio da população que possui e da que não possui convênio ou plano de saúde estão apresentadas na **Tabela 3**.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

**Tabela 3** – Frequência (%) da população que possui ou não Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características do domicílio. Município de São Paulo, 2015.

Posse de plano de saúde	Tem			n	Total n
	%	IC <sub>95%</sub>			
		Mínimo	Máximo		
<b>MSP</b>	41,8	38,6	45,2	<b>1.548</b>	<b>4.035</b>
<b>Características do domicílio</b>					
<b>Tipo de domicílio</b>					
Casa de alvenaria finalizada (#)	39,6	36,4	42,8	1.147	3.091
Apartamento	<b>56,8</b>	47,6	65,6	249	498
Casa precária sem finalizar (##)	27,2	15	44,3	9	39
Barraco	0,0	0,0	0,0		11
Casa de cômodos	35,9	25,9	47,3	80	260
Outro	0,0	0,0	0,0		2
<b>Propriedade do domicílio</b>					
Próprio, quitado	<b>46,8</b>	42,7	51,0	1.021	2.385
Próprio, pagando	41,9	33,8	50,5	149	376
Alugado	31,4	26,9	36,2	201	755
Cedido	33,9	27,2	41,4	96	303
Outra condição	20,5	12,4	31,7	13	77
<b>Existência de rede de esgoto</b>					
Sim	<b>42,6</b>	39,2	46,0	1.431	3.673
Não	23,2	17,3	30,5	41	183
<b>Existência de sanitário ou banheiro interno</b>					
Sim	41,6	38,3	45,0	1.471	3.867
Não	39,3	20,2	62,4	9	25
<b>Quantidade de cômodos</b>					
1	18,9	6,3	44,4 *	4	22
2	21,7	14,2	31,8	20	112
3	19,7	15,4	24,7	77	438
4 ou mais	<b>45,3</b>	41,8	48,8	1.384	3.333
<b>Pavimentação da rua (###)</b>					
Sim	<b>42,1</b>	38,8	45,5	1.444	3.737
Não	23,6	18,6	29,5	31	155

Fonte: ISA Capital 2015

Notas: (#) Casa de alvenaria finalizada (Casa de alvenaria, com revestimento, cobertura de telha ou laje, com piso, finalizada), | (##) Casa precária sem finalizar = Casa precária sem reboque, ainda sem finalizar, ou com piso de terra, | (###) Pavimentação da rua onde o domicílio se encontra (Pavimentação da rua) | Coeficiente de variação < 0,30 | CRS – Coordenadoria Regional de Saúde.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

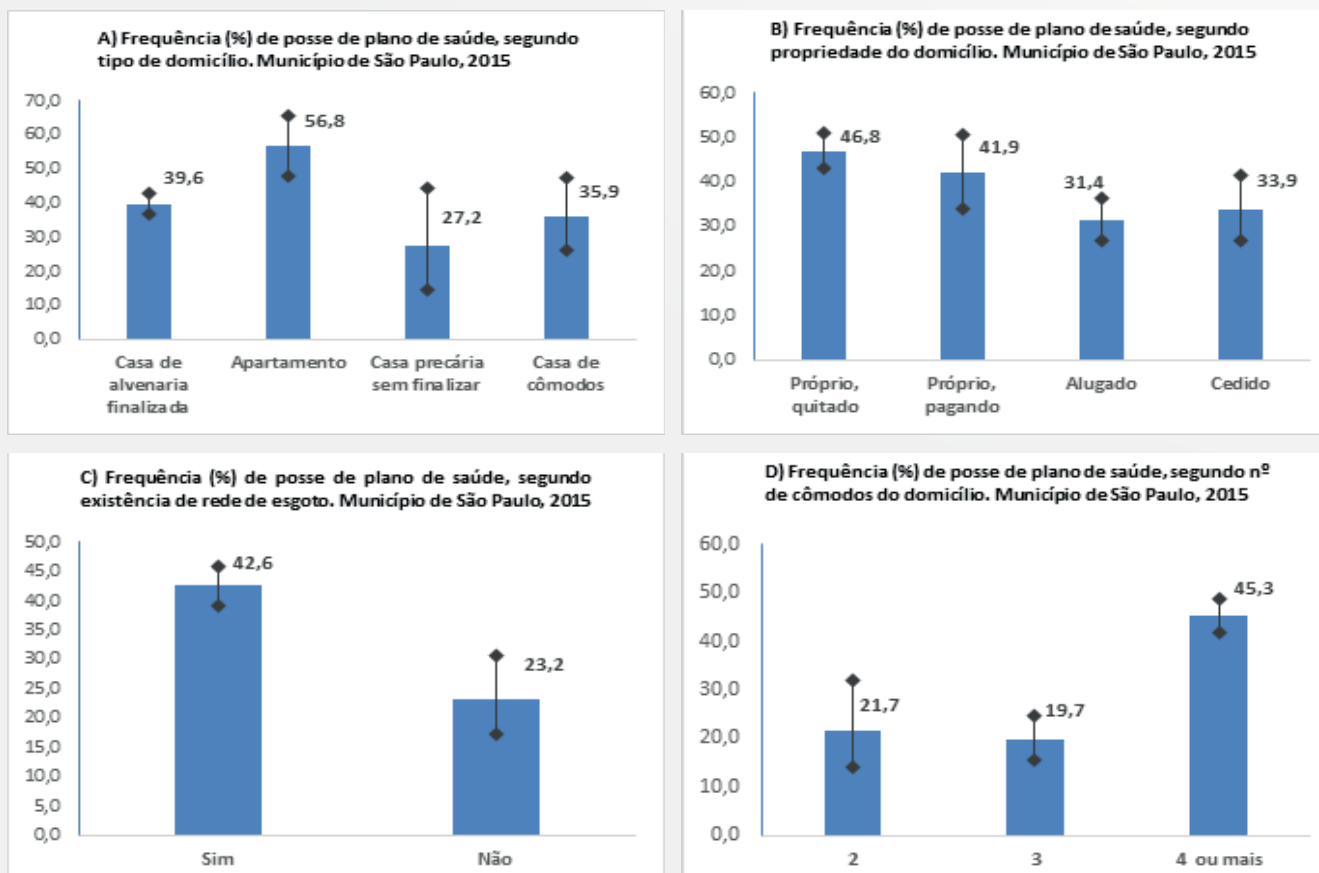
Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

A **Figura 3** reúne cinco gráficos referentes às características do domicílio, da população com 12 anos ou mais, residente no MSP, em 2015, que possui convênio ou plano de saúde médico ou odontológico, considerando as que apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as categorias de análise.

**Figura 3** – Frequência (%) da população que possui Plano ou Convênio de Saúde (médico ou odontológico), segundo características do domicílio selecionadas. Município de São Paulo, 2015.



Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

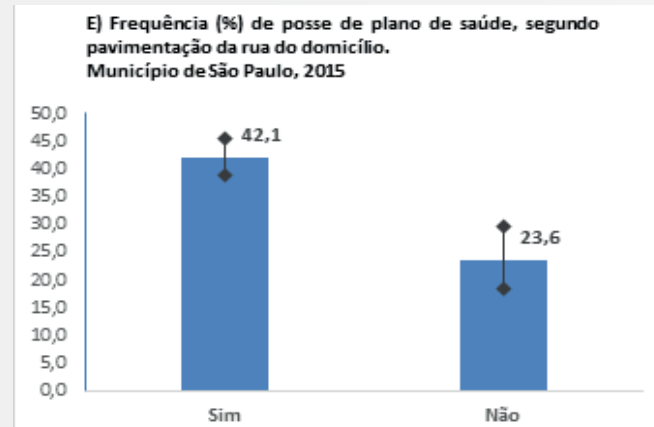
Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

Continuação Fig. 3



A população com posse atual de plano de saúde (médico ou odontológico), segundo características dos domicílios, é maior entre os que:

- Vivem em apartamento (56,8%) em relação aos demais tipos, sendo a maior diferença observada entre os que vivem em casa precária sem finalizar (27,2%) (**Fig. 3A**).
- Vivem em domicílios próprios quitados (46,8%) em relação aos cedidos e alugados (33,9% e 31,4%) (**Fig. 3B**).
- Possuem rede de esgoto (42,6% x 23,2%) (**Fig. 3C**).
- Vivem em domicílios que possuem 4 ou mais cômodos (45,3%) em relação aos demais (21,7% e 19,7%) (**Fig. 3D**).
- Vivem em rua pavimentada (42,1% x 23,6%) (**Fig. 3E**).

As características dos domicílios da população sem posse atual de plano de saúde estão apresentadas na **Tabela 4**.

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

**Tabela 4** – Frequência (%) da população que não possui Plano ou Convênio de Saúde com posse pregressa ou nunca teve, segundo características dos domicílios. Município de São Paulo, 2015.

Posse de Plano de Saúde	Não tem						
	Teve				Nunca teve		
	%	IC <sub>95% min</sub>	IC <sub>95% max</sub>	n	%	IC <sub>95% min</sub>	IC <sub>95% max</sub>
<b>MSP</b>	<b>40,2</b>	36,7	43,7	<b>902</b>	<b>59,8</b>	56,3	63,3
<b>Características do domicílio</b>							
<b>Tipo de domicílio</b>							
Casa de alvenaria finalizada	38,8	35,0	42,7	688	61,2	57,3	65,0
Apartamento	48,7	40,0	57,6	107	51,3	42,4	60,0
Casa precária sem finalizar	16,6	5,3	41,5 *	4	83,4	58,5	94,7
Barraco	16,8	3,7	51,4 *	2	83,2	48,6	96,3
Casa de cômodos	48,3	39,5	57,2	79	51,7	42,8	60,5
Outro	88,7	31,1	99,3	1	11,3 *	0,7	68,9
<b>Propriedade do domicílio</b>							
Próprio, quitado	<b>38,7</b>	34,2	43,4	471	61,3	56,6	65,8
Próprio, pagando	<b>47,0</b>	39,0	55,2	95	53,0	44,8	61,0
Alugado	<b>42,8</b>	38,3	47,5	221	57,2	52,5	61,7
Cedido	38,4	29,7	47,9	76	61,6	52,1	70,3
Invadido	22,9	14,7	33,9	9	<b>77,1</b>	66,1	85,3
Outra condição	34,3	18,2	55,1	8	65,7	44,9	81,8
<b>Existência de rede de esgoto</b>							
Sim	36,2	26,9	46,6	45	63,8	53,4	73,1
Não	40,7	37,1	44,4	827	59,3	55,6	62,9
<b>Existência de sanitário ou banheiro interno</b>							
Sim	65,9	40,3	84,7	8	34,1 *	15,3	59,7
Não	40,1	36,7	43,7	871	59,9	56,3	63,3
<b>Quantidade de cômodos</b>							
1	38,3	13,7	70,8 *	5	61,7	29,2	86,3
2	30,7	19,1	45,5	25	69,3	54,5	80,9
3	29,9	24,3	36,1	98	<b>70,1</b>	63,9	75,7
4 ou mais	<b>42,8</b>	39,3	46,2	753	57,2	53,8	60,7
<b>Pavimentação da rua</b>							
Sim	26,4	17,1	38,4	31	73,6	61,6	82,9
Não	41,0	37,7	44,4	850	59,0	55,6	62,3

Fonte: ISA Capital 2015.

Notas: (#) Casa de alvenaria finalizada = Casa de alvenaria, com revestimento, cobertura de telha ou laje, com piso, finalizada.

(##) Casa precária sem finalizar = Casa precária sem reboque, ainda sem finalizar, ou com piso de terra.

(###) Pavimentação da rua = Pavimentação da rua onde o domicílio se encontra.

\* Coeficiente de Variação > 30%.

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

**Resultados**

**Discussão**

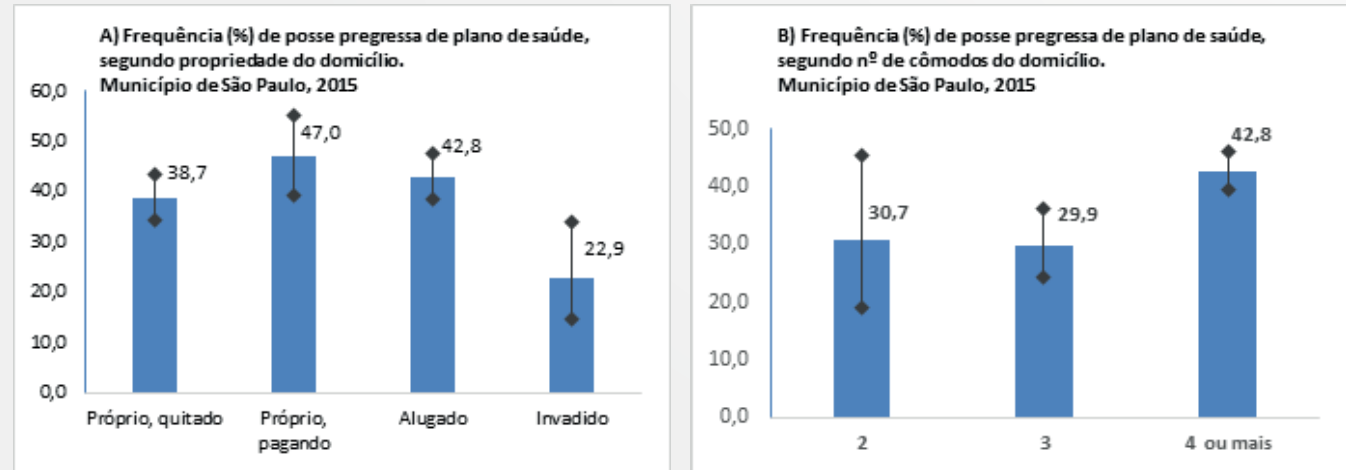
**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

A **Figura 4** reúne os gráficos referente às características do domicílio, da população com 12 anos ou mais, residente no MSP, em 2015, que não possuem convênio ou plano de saúde médico ou odontológico e as que possuíam no passado que destacam diferenças significativas entre categorias analisadas.

**Figura 4** – Frequência (%) de posse pregressa de plano ou convênio de saúde, segundo propriedade e nº de cômodos do domicílio. Município de São Paulo, 2015.



Pode-se observar na **Figura 4** que a parcela da população que concentra a posse pregressa entre aqueles que não têm plano foi a que possui domicílio próprio quitado ou pagando (38,7% e 47,0%), ou alugado (42,8%), em relação aos domicílios invadidos (22,9%); e as que vivem em domicílios com 4 ou mais cômodos (42,8%).

As características dos domicílios apresentadas nas **Figuras 3 e 4** nas duas situações analisadas, correspondem a situações opostas. Por um lado a uma condição socioeconômica mais desfavorecida que representa de forma inequívoca uma condição de desproteção social, com implicações para a saúde. Os possuidores de planos e convênios de saúde se destacam, em coerência com os dados socioeconômicos apresentados anteriormente, com melhores condições quanto à situação de domicílio e entorno vivendo predominantemente em apartamento, quitado, com rede de esgoto, com quatro ou mais cômodos e em rua pavimentada. A posse pregressa indica situação intermediária.

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

**Resultados**

**Discussão**

---

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

## Discussão

O sistema de saúde brasileiro comporta um modelo inspirado nas experiências universalistas dos estados de bem-estar social europeu e canadense e, ao mesmo tempo, estimula a competição entre produtores privados de serviços de saúde, inspirado na experiência norte-americana. Esta condição híbrida é resultante da correlação das forças que se expressaram desde a Assembleia Nacional Constituinte, que inscreveu a saúde como um direito universal, ao mesmo tempo em que se asseguraram condições para o crescimento do mercado de planos e convênios de saúde, admitindo a manutenção de vultosas transferências indiretas de recursos ao setor privado, com isenções e subsídios públicos.

Assim, concomitante ao desenvolvimento do SUS que estimulou grandes debates na definição das bases do sistema universal proposto, sua normatização e operacionalização baseada na saúde como direito de cidadania e dever do estado acompanhado pela expansão da rede pública em todos os recantos do país, em todos os graus de complexidade e em redes temáticas prioritárias, deu-se também contínuo crescimento do mercado da saúde suplementar centrado na oferta de tecnologia médica e na relação entre produtores e consumidores da mercadoria saúde. É claro que estas construções não se deram em blocos monolíticos e consensuais seja no público, seja no privado. Em grande medida o SUS, apesar dos seus princípios, abarca em diversas experiências o predomínio do modelo médico-centrado, da valorização do especialista em detrimento da atenção básica, da abordagem individualizada e de queixa-conduta na clínica com pouca incorporação da prevenção e do coletivo na ação e na decisão, entre outros aspectos. A necessidade de racionalização de custos leva o debate da promoção e prevenção também ao campo privado.

A elevada concentração de rendas e de acesso a bens e serviços em nosso país, com fortes disparidades regionais, se reflete nos perfis demográfico, epidemiológico, socioeconômico, ambiental e nos padrões de consumo e de comportamento, produzindo grandes diferenças no processo saúde-doença dos distintos grupos sociais e entre as regiões do Brasil. Isso gera modos diversos de enfrentamento dos problemas de saúde e das possibilidades de acesso à atenção à saúde, incluindo o uso dos equipamentos públicos e a posse dos planos e convênios de saúde. Parcela da população compra e consome serviços de saúde conforme a lógica de mercado, beneficiando-se da isenção fiscal e também utilizando recursos do SUS, principalmente para

**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados****Discussão**

---

**Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

procedimentos de alto custo. Outra parcela, majoritária, é de usuários exclusivos do SUS, havendo um conjunto de cidadãos que ora possuem, ora deixam de possuir planos privados, à medida que tenham ou não condições financeiras para arcar com planos individuais ou empregos formais em empresas que asseguram aos seus funcionários a contratação de planos coletivos empresariais.

Os resultados deste estudo apontam que possuidores de planos de saúde são predominantemente adultos, brancos, empregados, com renda acima de 5 salários mínimos, escolaridade superior, casados, moradores de apartamentos quitados, com rede de esgoto e em rua pavimentada. A posse de planos reflete o acesso ao emprego formal e o poder de compra para ser beneficiário no mercado da saúde, que disponibiliza desde planos de alto custo, com maior abrangência e maiores facilidades de acesso e de qualidade na oferta de serviços, até planos de baixo custo, com menor abrangência de serviços e sem garantia de acesso e qualidade, com baixa cobertura e grande número de restrições. De qualquer modo, este perfil indica que a posse de planos de saúde concentra-se nos polos dinâmicos da economia, como é o caso do Estado de São Paulo em relação ao Brasil, e da cidade de São Paulo em relação ao estado, e também dos territórios onde vive a população com melhores condições socioeconômicas e ambientais na cidade de São Paulo.

A parcela da população que possuía o plano/convênio de saúde e deixou de ter posteriormente mostra ser um subconjunto fragilizado dos possuidores de planos. Esta concentra significativamente e difere daqueles por incluir no seu perfil mais adultos que idosos, separados, com escolaridade superior e renda média entre 2 e 5 salários mínimos, com domicílio alugado ou sendo pago, sugerindo maior instabilidade e vulnerabilidade com mobilidade social descendente em conjunturas econômicas e familiares de crise.

Emprestamos de Ligia Bahia (2001) o entendimento de que insuficiências do SUS são utilizadas para explicar a expansão da assistência médica suplementar no Brasil, cujo crescimento desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo, e constrói uma narrativa, tendo por referência a lógica do mercado, de que os serviços públicos são de pior qualidade do que os privados. Expressões como, “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano”, ou mais elaboradas como, “se quem pode pagar tem plano de saúde, dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”, deixam de abordar na análise aspectos conceituais e operativos



**Apresentação****Resumo****Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados****Discussão**

---

**Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

importantes para o entendimento das diferenças e complementariedades entre o SUS e a saúde suplementar.

Para a autora (Bahia, 2008) as expressões “SUS dependente” e “SUS não dependente” pretendem denotar a existência de um segmento populacional que possui apenas uma alternativa assistencial e de outro estrato que dispõe de ambas, consumidor individual livre, que decide comprar um contrato de plano ou de seguro saúde que melhor lhe convenha. Aqui ocorre uma naturalização da assimetria de cobertura, acesso, utilização de serviços entre segmentos populacionais. Essa visão produz a redução do termo SUS a uma espécie de subcontrato para os “não pagantes”, ingrediente essencial para uma padronização suficientemente conveniente para erigir as interpretações sobre as origens e as justificativas para a segmentação do sistema de saúde brasileiro, com a apropriação acrítica dessa visão por agentes situados em distintas instituições públicas ou privadas. Produz-se assim uma “homogeneização de sentidos, valores e práticas que são completamente diferenciados. Para tanto, o SUS é transfigurado. Seu sentido precípua, o de projeto institucional para a efetivação da garantia do direito à saúde é subtraído”. Restando-lhe desempenhar o papel de transferir recursos e pagar serviços de saúde.

Não existem saídas claras para as dificuldades teórico-conceituais, econômicas e sobretudo político institucionais que envolvem as relações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. Observa-se, entretanto, que a estruturação da ANS vem contribuindo não só para o incentivo da produção acadêmica sobre este tema como também para que se obtenha um diagnóstico mais próximo da realidade, e que, por conseguinte permita o aprimoramento do planejamento em saúde e de formulação de políticas. Para uma boa gestão é preciso dispor de dados transparentes e atualizados que permitam conectar todas as fontes de financiamento com o destino desses recursos e ainda com seus desfechos em termos de acesso, utilização de serviços e indicadores de qualidade.

O desenvolvimento de pesquisas sobre a assistência médica suplementar é fundamental para aprofundar o conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro e certamente contribuirá para repor os sentidos do conceito de saúde que, no âmbito da assistência suplementar, foi reduzido a um rol de procedimentos médico-hospitalares, muito embora se percebam esforços no sentido de incorporar uma visão mais preventiva e de promoção à saúde, especialmente no que tange aos estilos de vida, nas instituições privadas, apesar de ser um debate, muitas vezes, restrito à

**Apresentação**

racionalização para redução de custos.

**Resumo**

Saúde é mercadoria ou direito de cidadania? No Brasil parece que as duas coisas, segregadas e a depender da capacidade de compra e venda de consumidores e vendedores/produtores de bens e serviços. Dessa forma, como espaços estanques e cativos, ficam ocultos e/ou protegidos de debates e deliberações de coletivos com representações dos diferentes interesses e que aborde a questão considerando discussões sobre ética e saúde, interesse público e interesse privado ou corporativo, direitos e deveres, política pública, uso racional de tecnologia, custo-efetividade, entre outros.

**Lista de figuras, tabelas e quadros****Introdução****Método****Resultados**

O presente boletim se apresenta como mais um subsídio para aprimorar as informações sobre esta tão complexa temática. No entanto, resta ainda compreender como este mercado interfere ou modifica as práticas de saúde na abordagem dos problemas no que extrapola a condição social da população.

**Discussão**

---

**Questionário - Bloco G3****Anexo 1****Referências bibliográficas**

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

## ANEXO 1

11

### PLANOS DE SAÚDE

### BLOCO G3

G3 01. O(a) Sr.(a) tem ou já teve convênio ou plano de saúde médico ou odontológico?

1. não → pular para Bloco G4.
2. sim, tem → pular para G3 03.
3. sim, já teve
9. NS/NR → pular para Bloco G4.

G3 02. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) deixou de ter esse convênio ou plano de saúde?

\_\_\_ anos \_\_\_ meses → pular para G3 04. 99/99. NS/NR → pular para G3 04.

**G3 03.** Há quanto tempo sem interrupção o(a) Sr.(a) tem esse convênio ou plano de saúde?

\_\_\_ anos \_\_\_ meses 99/99. NS/NR

**G3 04.** O(a) Sr.(a) é/era titular deste convênio ou plano de saúde ?

1. não, é/era dependente
2. sim
9. NS/NR

G3 05. O convênio ou plano de saúde é/era de que tipo?

L

1. individual ou familiar
2. coletivo empresarial
3. coletivo por adesão
4. outro
9. NS/NR

**Apresentação**

**Resumo**

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

**Resultados**

**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

---

**Referências bibliográficas**

G3 06. O seu convênio ou plano de saúde dá/dava direito à:

L

+1

1. consultas e exames
2. consultas, exames e hospitalização (sem parto)
3. consultas, exames e hospitalização (com parto)
4. consulta odontológica → pular para G3 08.
5. só hospitalização (sem parto)
6. só hospitalização (com parto)
7. livre escolha de médicos
8. livre escolha de hospitais
9. NS/NR

G3 07. O seu convênio ou plano de saúde dá/dava direito à odontologia:

1. não
2. sim
9. NS/NR

**G3 08.** O(a) Sr.(a) já precisou de algum atendimento que o seu plano médico não cobriu?

1. não → pular para G3 09.
2. sim.
9. NS/NR → pular para G3 09.

G3 08a. Qual? \_\_\_\_\_ 99. NS/NR

Apresentação

Resumo

Lista de figuras, tabelas e quadros

Introdução

Método

Resultados

Discussão

Questionário - Bloco G3

Anexo 1

Referências bibliográficas

---

## Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1421-1430, 2008.

BAHIA L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1385-1397, 2008.

BAHIA L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):329-339, 2001.

Fundação SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IVPS, 2012. Disponível em [www.seade.gov.br/projetos/ipvs/pdf/oipvs.pdf](http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/pdf/oipvs.pdf). Acesso em 28/03/18.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico 2010. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 28/03/18.

SANTOS IS, UGÁ MAD, PORTO SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1431-1440, 2008.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Boletim ISA Capital 2015 nº 0. Aspectos metodológicos e produção de análises na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2017. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_MA.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_MA.pdf). Acesso em 29/08/2017.

SÃO PAULO (SP). Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Boletim Eletrônico CEInfo. Estimativa da População Exclusivamente Usuária SUS no Município de São Paulo. Boletim 1, nº 1, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/>

**Apresentação**

[arquivos/boletimeletronico/n01popsus.pdf](#). Acesso em 01/03/2018.

**Resumo**

SÃO PAULO (SP). Secretaria da Saúde do Município de São Paulo; Instituto Via Pública. Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo/Secretaria da Saúde; Instituto Via Pública/ São Paulo: Instituto Via Pública, 2011. 182 p. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/atlas\\_da\\_saude\\_da\\_cidade\\_de\\_sao\\_paulo\\_2011.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/atlas_da_saude_da_cidade_de_sao_paulo_2011.pdf). Acesso em 01/03/2018.

**Lista de figuras, tabelas e quadros**

**Introdução**

**Método**

SPOSATI A. e MONTEIRO M (organizadores) - Coautores: KOGA DU, RAMOS FR, COELHO G. Desigualdades nos territórios da cidade – métricas sociais intraurbanas em São Paulo. Educ, 2017.

**Resultados**

**Discussão**

**Questionário - Bloco G3**

**Anexo 1**

**Referências bibliográficas**

---