

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS  
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**INGRID LESSA COSTA BENRÓS SANTOS**

**UM ESTUDO SOBRE A ADEÇÃO AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO  
BRASIL (2000 A 2021)**

**UBERLÂNDIA – MG**

**2023**

INGRID LESSA COSTA BENRÓS SANTOS

**UM ESTUDO SOBRE A ADEÇÃO AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO  
BRASIL (2000 A 2021)**

Monografia apresentada ao Instituto de Economia e Relações Internacionais da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Professor Dr. Carlos César Santejo Saiani

UBERLÂNDIA – MG

2023

INGRID LESSA COSTA BENRÓS SANTOS

**UM ESTUDO SOBRE A ADESÃO AOS PLANOS DE SAÚDE PRIVADOS NO  
BRASIL (2000 A 2021)**

Monografia apresentada ao Instituto de Economia e  
Relações Internacionais da Universidade Federal de  
Uberlândia como requisito parcial para obtenção do  
título de bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Professor Dr. Carlos César Santejo Saiani

Uberlândia – MG, 17 de novembro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Dr. Carlos César Santejo Saiani

---

Professor Dr. Bruno Benzaquen Perosa

---

Professor Dr. Daniel Caixeta Andrade

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me chamar para uma nova vida, e por me ajudar a sonhar e ultrapassar todos os obstáculos encontrados nos meus anos de estudo.

Ao meu marido, Nuno, meu parceiro para vida toda, que nunca deixou de acreditar em mim.

Aos meus pais Roberto e Ivone e minha irmã Iara, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam minha ausência enquanto eu me dedicava à graduação.

Ao meu orientador, Saiani, pela ajuda e paciência para realização deste trabalho.

Aos professores, pelos ensinamentos e correções.

À Universidade Federal de Uberlândia e ao Instituto de Economia e Relações Internacionais pela elevada qualidade de ensino oferecido.

Por fim, a todos com quem convivi ao longo desses anos de curso, que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

## RESUMO

O sistema de Saúde Suplementar se tornou um pilar para garantia do fornecimento dos serviços de saúde, constituindo uma dualidade público-privado no sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, essa monografia buscou avaliar o perfil de adesão aos planos de saúde privados no Brasil entre 2000 e 2021 por meio de análises descritivas da adesão da população residente aos planos privados de saúde por gênero, idade e macrorregião geográfica de residências.

Os resultados sinalizaram que na série histórica estudada (2000 a 2021), houve tendência de concentração dos planos de saúde na região Sudeste e Sul, como reflexo das disparidades regionais de renda e desenvolvimento econômico; em faixas etárias mais jovens (29 a 33 anos, 34 a 39 anos e 39 a 43 anos) apesar da ampliação do peso dos idosos na população brasileira; e no gênero feminino, apesar da desigualdade no mercado de trabalho, no qual o gênero feminino recebe uma remuneração menor do que o masculino.

**Palavras-chave:** Saúde Suplementar, Planos de Saúde, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The Supplementary Health system has become a pillar for guaranteeing the provision of health services, constituting a public-private duality in the Brazilian health system.

In this context, this monograph sought to evaluate the profile of adherence to private health plans in Brazil between 2000 and 2021 through descriptive analyzes of the resident population's adherence to private health plans by gender, age and geographic macro-region of residence.

The results showed that in the historical series studied (2000 to 2021), there was a tendency for health plans to be concentrated in the Southeast and South regions, as a reflection of regional disparities in income and economic development; in younger age groups (29 to 33 years old, 34 to 39 years old and 39 to 43 years old) despite the increase in the weight of elderly people in the Brazilian population; and in the female gender, despite inequality in the job market, in which females receive lower pay than males.

**Keywords:** Supplementary Health, Health Plans, Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>II REFERENCIAL TEÓRICO, EMPÍRICO, INSTITUCIONAL E CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
2.1 ECONOMIA E SAÚDE.....	14
2.2 POLÍTICA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	15
2.3 O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO.....	17
2.4 REAJUSTES DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE.....	22
2.5 REVISÃO APLICADA.....	26
<b>III ANÁLISES.....</b>	<b>28</b>
3.1 ANÁLISES POR MACRORREGIÕES GEOGRÁFICAS.....	30
3.2 ANÁLISES POR FAIXAS ETÁRIAS.....	32
3.3 ANÁLISES POR GÊNERO.....	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>

Tabela A.1 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021

Tabela A.2 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar das beneficiárias do gênero feminino por faixa etária entre 2000 e 2021

Tabela A.3 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar dos beneficiários do gênero masculino por faixa etária entre 2000 e 2021

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Organização do mercado de saúde brasileiro.....20

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Brasil: distribuição das internações entre o SUS e o sistema de saúde suplementar (2022).....	21
Gráfico 2 – Brasil: histórico de limites de reajuste definidos pela ANS para planos de saúde individuais e familiares (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98).....	24
Gráfico 3 – Brasil: evolução da adesão por planos privados de saúde no Brasil (2000 a 2021).....	30
Gráfico 4 – Brasil: adesão aos planos privados de saúde segundo as regiões geográficas (2000 e 2021).....	31
Gráfico 5 – Brasil: pirâmide etária segundo sexo e grupos de idade (2010 e 2022).....	33
Gráfico 6 – Brasil: evolução das adesões ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021.....	34
Gráfico 7 – Região Sudeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021.....	37
Gráfico 8 – Região Sul: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021.....	37
Gráfico 9 – Centro-Oeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021.....	38
Gráfico 10 – Norte: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021.....	38
Gráfico 11 – Nordeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021.....	39
Gráfico 12 – Brasil: evolução da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar segundo o gênero, feminino e masculino, de 2000 e 2021.....	40
Gráfico 13 – Brasil: adesão dos gêneros feminino e masculino aos planos privados de saúde segundo as grandes regiões geográficas (2021).....	41
Gráfico 14 – Brasil: adesão do gênero feminino aos planos privados de saúde segundo as faixas etárias (2021).....	42
Gráfico 15 – Brasil: adesão do gênero masculino aos planos privados de saúde segundo as faixas etárias (2021).....	43

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Brasil: regras de reajustes dos planos privados de saúde.....	23
Quadro 2 – Compilação de algumas notícias a respeito do reajuste dos planos privados de saúde no Brasil.....	25
Quadro 3 - Revisão aplicada de trabalhos que discutem demanda de planos privados no Brasil.....	26
Quadro 4 – Variáveis calculadas para as análises.....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Brasil: evoluções dos beneficiários em planos privados, das operadoras e das receitas de contraprestações (2013 a Março de 2023).....	21
Tabela 2 – Brasil: percentuais médios de variação aplicados pelas operadoras.....	25
Tabela 3: Brasil: rendimento médio mensal real domiciliar per capita segundo as grandes regiões (2021).....	31
Tabela 4: Brasil: variação da Adesão ao sistema de saúde suplementar segundo as regiões brasileiras (2000 e 2021).....	32
Tabela 5 – Brasil: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021.....	35
Tabela 6 – Sudeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021.....	37
Tabela 7 – Sul: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021.....	37
Tabela 8 – Centro-Oeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021.....	38
Tabela 9 – Norte: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021.....	38
Tabela 10 – Nordeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021.....	39
Tabela 11: Brasil: diferença de Adesão ao sistema de saúde suplementar entre os gêneros Feminino e Masculino (2021).....	44

## INTRODUÇÃO

A palavra economia é originada do termo grego *oikonomos* e pode ser entendida como aquele que administra um lar, ou seja, o estudo de como a sociedade administra seus recursos escassos na produção de bens e serviços a fim de satisfazer as necessidades humanas, (MANKIOW, 2009).

Considerando esta definição, seja na administração de um lar, seja na de uma sociedade, o estudo da Economia precisa se atentar, sobretudo, aos indivíduos e como eles tomam suas decisões. Nesse sentido, há convergência entre a economia e a saúde, haja vista que a condição de saúde de um agente econômico influencia sua capacidade de tomar decisões.

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece tal convergência, afirmando que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS/WHO, 1946).

No Brasil, a Constituição de 1988 aponta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, garantir o preceito constitucional por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser desafiador, pois de um lado o Estado Brasileiro precisa lidar com uma hierarquia de responsabilidades e, de outro, possui recursos limitados (FILHO E VILLAÇA, 2018).

Não apenas a responsabilidade estatal, o Brasil possui um território com dimensões continentais e com disparidades regionais em termos de renda e desenvolvimento econômico, no qual as maiores rendas mensais per capita se concentram nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (IBGE).

Além da configuração territorial, em termos de população, o Brasil está invertendo sua pirâmide etária por meio da redução da participação dos grupos mais jovens e ampliação do peso dos idosos, que necessitam de mais cuidados e atenção especial (OLIVEIRA, 2019). De acordo com o Censo de 2022, o número de pessoas com 65 anos ou mais cresceu 57,4% em 12 anos (IBGE).

E por fim, no que diz respeito ao mercado de trabalho, apesar da garantia constitucional de igualdade entre homens e mulheres e de dispositivos na legislação trabalhista que disciplinam a isonomia salarial, na prática, ainda existe desigualdade salarial, no qual a remuneração recebida pelas mulheres representou, em média, 78% do rendimento dos homens em 2023 (IBGE).

Mediante as dificuldades supracitadas, o setor privado, que estava estabelecido antes da criação do SUS nas décadas de 1980 e 1990, se tornou um pilar para garantir o fornecimento

dos serviços de saúde, constituindo uma dualidade público-privado no sistema de saúde brasileiro.

Nesse contexto, essa monografia buscou avaliar o perfil de adesão aos planos de saúde privados no Brasil entre 2000 e 2021 com o propósito de responder o seguinte problema investigativo: Qual a tendência de adesão aos planos de saúde no que se refere à faixa-etária, região e gênero entre 2000 e 2021?

Para isso, foram realizadas análises descritivas da adesão da população residente aos planos privados de saúde por gênero, idade e macrorregião geográfica de residências. Por meio desta estratégia empírica, foram testadas as hipóteses de: maior concentração da adesão aos planos de saúde na região Sudeste e Sul como consequência das disparidades regionais; no sexo masculino em decorrência da desigualdade no mercado de trabalho; e em faixas etárias mais idosas como consequência do envelhecimento populacional.

Para responder a este problema, os objetivos gerais a serem atingidos são: i) analisar o que levou o Brasil a possuir prestadores privados de serviços de saúde; e ii) averiguar o perfil de contratação dos planos de saúde entre 2000 e 2021.

Os objetivos gerais serão atingidos por meio dos objetivos específicos: i) realizar revisão histórica da criação dos planos de saúde; ii) analisar a tendência de adesão aos planos de saúde nas regiões brasileiras entre 2000 e 2021; iii) analisar a tendência de adesão aos planos de saúde entre os gêneros feminino e masculino entre 2000 e 202; e iv) analisar a tendência de adesão aos planos de saúde entre as faixas etárias entre 2000 e 2021

Por fim, além da Introdução e das Considerações Finais, a presente monografia é composta por mais dois capítulos. No segundo, é apresentado um referencial teórico, empírico, institucional e contextualização. Por último, no terceiro capítulo, são reportadas e analisadas as evidências obtidas nesta monografia.

## II – REFERENCIAL TEÓRICO, EMPÍRICO, INSTITUCIONAL E CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 Economia e saúde

Apesar de não existir preocupação com a saúde propriamente dita, ao longo da trajetória histórica do pensamento econômico, nota-se o debate a respeito da relação entre o homem e o funcionamento do sistema econômico. Ou seja, mesmo a questão da saúde do agente econômico não sendo tratada diretamente, ela pode ser interpretada por meio dos argumentos expostos pelos teóricos.

De um modo geral, na literatura econômica clássica, observa-se a preocupação básica dos autores em “entender o sistema econômico e a forma de repartição da riqueza entre as distintas classes sociais” (MATTEI, 2003, p.274). Adam Smith pontuou que o exercício do trabalho é o elemento primordial na geração de riquezas (KAROLCZAK; SOUZA, 2017) e, para tanto, o bom desempenho do capital humano, que está condicionado à vários fatores como a saúde do indivíduo, apresenta importante papel para o funcionamento do processo produtivo capitalista.

Em contraponto, na análise marxiana, a questão da saúde ganhou reflexões mais diretas, dado que se destaca a preocupação do capitalismo como uma relação social entre o capital e o trabalho no processo de produção (CARNUT; MENDES, 2018). Ou seja, as condições de vida dos trabalhadores seriam afetadas em decorrência do próprio processo produtivo do sistema capitalista. Para tanto, Braga e Paula (1981, p.18) argumentam que, “para Marx, a grande indústria movida por um processo de trabalho destinado a valorizar o Capital tem efeitos prejudiciais à saúde dos trabalhadores”.

Já na literatura econômica mais contemporânea, sobretudo naquela relacionada à Teoria do Capital Humano, há inversão da concepção de capital com os seres humanos ganhando centralidade à medida que, segundo Schultz (1962), a teoria trata do investimento neles mesmos, ou seja, o aumento da produtividade da população não está relacionado apenas à acumulação de capital físico, mas também de capital humano.

Segundo Becker (1993), o capital humano corresponde ao conjunto de capacidades produtivas que uma pessoa pode adquirir em decorrência da acumulação de conhecimentos gerais ou específicos. Para Schultz (1973), a formação desse tipo de capital depende de recursos relativos à saúde e serviços; treinamento no local do emprego; educação nos níveis

elementar, secundário e superior; programas de estudos de adultos e migração de indivíduos e de famílias.

Por último, cabe apontar que Amartya Sen afasta-se da tradicional visão de criação e divisão da riqueza baseada na teoria do valor-trabalho. O teórico aponta que a liberdade ou o que as pessoas conseguem realizar é influenciado por oportunidades econômicas, liberdades políticas, poderes sociais e condições habilitadoras, como boa saúde e educação básica. Por isso, Sen propõe que o desenvolvimento (“humano”) é um processo de expansão das liberdades reais que os indivíduos desfrutam a fim de eliminar as privações, como de saúde, que limitam escolhas e oportunidades. Portanto, nessa abordagem, a questão da saúde é enquadrada como um tipo de liberdade substantiva que compõe o desenvolvimento (SEN, 2010).

## **2.2 Política social e o Sistema Único de Saúde**

No Brasil, a expressão “política social” generalizou-se nos anos posteriores a 1970 em decorrência dos planos de governo demonstrarem mais claramente o interesse oficial por questões sociais. Exemplo disso foi a atribuição desse tipo de política como exclusiva do Estado, o que foi manifestado no II Plano Nacional de Desenvolvimento, entre 1974 e 1979 (DEMO, 1978). Assim, alimentação, saúde, educação, habitação, previdência, transporte de massa e saneamento foram designados como áreas de intervenção de políticas sociais (AUGUSTO, 1989).

A premissa de que o desenvolvimento de políticas sociais exige a participação estatal, de acordo com Simon (2015), decorre da necessidade de ultrapassar as perspectivas individualistas a uma dimensão comunitária. Nessa linha, Appio (2005, p. 294) diz que “as políticas públicas podem ser conceituadas, portanto, como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade, tendo por escopo assegurar condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos”. De acordo com Santin (2004, p.35), não apenas a atuação estatal demanda planejamento; ou seja, é importante a:

fixação de uma rota de atuação estatal, seja expressa ou implícita, as chamadas políticas públicas. A Constituição Federal é a base da fixação dessas políticas, porque, ao estabelecer princípios e programas normativos, já fornece o caminho da atuação estatal no desenvolvimento das atividades públicas, as estradas a percorrer, obrigando o legislador infraconstitucional e o agente público no seguimento do caminho previamente traçado ou direcionado.

Especificamente em relação à saúde, a Constituição de 1988 apresentou grandes avanços. Em seu artigo 196, a saúde foi definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Para concretizar o previsto, foi criada uma rede regionalizada e hierarquizada que constituiu um Sistema Único de Saúde (SUS). Esse deve ser prestado e garantido pelo Estado, sendo respeitados a isonomia e o acesso universal (SIMON, 2015).

O SUS foi organizado com as seguintes diretrizes: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo – ou seja, demonstra a responsabilidade da União, estados, Distrito Federal e municípios –; e ii) atendimento integral, com prioridade às atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (SIMON, 2015).

Apesar da estrutura contemporânea, a implantação do SUS foi realizada de forma gradual. Inicialmente, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que promoveu a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde e integralidade dos cuidados assistenciais. Somente depois da incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, com o Decreto nº 99.060 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 é que foi fundado e passou a ser efetivamente operacionalizado o SUS em 1990 (ARAÚJO et al., s.d).

Ressalva-se que, embora seja vital à sociedade, na realidade brasileira, a sustentação do SUS é um desafio, dado que, por um lado, o Estado é comprometido com a justiça social, mas possui outras normas de igual hierarquia a serem contempladas. Nesse sentido, segundo Filho e Villaça (2018, p.57) aponta que:

considerar a política de saúde como uma política social, tem-se, como consequência imediata a assumida responsabilidade de que a saúde é um dos direitos inerentes à cidadania. Imagine um sistema de saúde cuja meta seja ofertar assistência à saúde, em suas dimensões de prevenção, proteção e recuperação para mais de 207 milhões de pessoas/usuários, considerando ainda as singularidades territoriais e de distribuição econômico-social diferenciada, em um país assemelhado a um continente, cujas atribuições ultrapassam a assistência e capilarizam-se para a regulação de um outro subsistema – saúde suplementar – até as práticas de intersetorialidade e participação social.

Outra ressalva a ser feita é a finitude de recursos estatal, ou seja, mesmo que seja previsto o acesso universal e igualitário do direito à saúde, não é possível o garantir de forma ilimitada a todos os cidadãos. Por isso, é importante a existência de serviços privados.

### 2.3 O sistema de saúde suplementar brasileiro

O surgimento do setor privado de saúde no Brasil coincide com a instalação das indústrias transnacionais de bens de consumo duráveis do governo Kubitschek (1956 a 1960), sobretudo, as indústrias automobilísticas na região do “ABC Paulista”, na qual as empresas passaram a ter sob seu controle a assistência médica dos seus funcionários (MEDICI, 1992).

A partir do golpe militar de 1964, houve mudanças na medicina previdenciária que alavancou a expansão do setor privado de saúde. Nesse sentido, o Estado brasileiro viabilizou a expansão dos planos de saúde por meio dos gastos públicos com a assistência médica previdenciária. Ou seja, por meio da reforma administrativa de 1965, implementada pelo Decreto-Lei nº 200, foram viabilizadas as bases institucionais para contratação de empresas para execução de programas e projetos sob responsabilidade do Estado (REIS, 2000).

Além disso, em 1966, o Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS) sinalizou a preferência pelo estabelecimento de convênios de saúde com o setor privado. No entanto, foi estimulada a manutenção dos serviços próprios de saúde enquanto ainda não fosse sistemática a prestação de assistência médica por terceiros (REIS, 2000).

Em 1967, por meio da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o setor privado ainda emergente foi impulsionado. A nova estruturação levou à eliminação progressiva da gestão tripartite entre União, empregadores e empregados das instituições previdenciárias. Ademais, houve uma acentuada centralização financeira do governo central, que foi ampliada pelo aumento da contribuição previdenciária e que impediu os trabalhadores de participarem do processo decisório sobre a sua assistência médica (FLEURY; OLIVEIRA, 1985).

Nesse contexto, houve uma relativa redução no padrão de atendimento à saúde e, por isso, aquelas empresas que ofereciam anteriormente serviços de melhor qualidade identificaram nas empresas médicas privadas a possibilidade de manter o bom padrão de atendimento conquistado (REIS, 2000). Como consequência, foi estimulada a demanda pelos serviços privados de saúde, dado que não houve a correspondente expansão da rede pública (MEDICI, 1992).

Em suma, o crescimento das empresas de medicina de grupo foi possível em decorrência da existência de mecanismos de financiamento privado desvinculados do financiamento direto da previdência social (REIS, 2000). Agrega-se a isso a convergência dos interesses de grupos médicos com os das grandes empresas industriais e comerciais, que

facilitou o desenvolvimento dos convênios-empresa e das organizações de medicina de grupo (VIANNA, 1989).

Nesse contexto, as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado em torno do mercado de compradores institucionais privados (BAHIA et al., 2013).

Portanto, o Estado brasileiro antecipou e ampliou o padrão de acumulação do mercado privado dos serviços de saúde, favorecendo os contratos e convênios com este segmento em detrimento das atividades de saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986). Assim, foi criada uma dupla relação de dependência: a do Estado com o setor privado contratado no que diz respeito ao uso da rede de serviços e a deste setor em relação aos gastos públicos em saúde (REIS, 2000).

Já ao final da década de 1980, os primeiros sinais da recessão econômica e da crise financeira da previdência provocaram, de acordo com Medici (1992, p. 9):

o desaparecimento progressivo do INAMPS enquanto prestador/financiador da assistência médica dos trabalhadores (devido à) redução da qualidade dos serviços pelo esmagamento dos preços pagos ao setor privado/contratado e a extinção dos convênios INAMPS/empresa, INAMPS/sindicato [...].

Essa deterioração progressiva dos valores dos serviços de saúde custeados pelo INAMPS, em decorrência da escalada inflacionária dos anos 1980, teve como consequência a ruptura unilateral por parte dos hospitais e convênios com ele (MEDICI, 1992). Ou seja, alguns hospitais privados lucrativos optaram por se relacionar com as modalidades de atenção médica privadas.

Evidenciou-se, assim, os interesses antagônicos entre o INAMPS, os hospitais lucrativos e as empresas capitalistas, gerando a necessidade de buscar soluções para assistência médica dos trabalhadores no âmbito das empresas. Apesar desse contexto de fragilização, a extinção dos convênios INAMPS/empresa não inibiu o crescimento do setor privado autônomo. De acordo com Vianna (1989, p. 226):

[...] a parceria estava desfeita, pois nessa altura nem os grupos médicos nem as empresas precisavam mais do INAMPS. Uns porque já haviam conquistado substancial fatia do mercado, vendendo diretamente seus serviços a indivíduos ou firmas; as outras porque preferiram dispensar o controle exercido.

Ressalta-se que, no início da década de 1980, devido à crescente deterioração dos serviços públicos de saúde, as empresas e as classes médias precisavam dos serviços financiados e prestados pelo setor privado. Assim, este cresceu independentemente,

permitindo com que os planos rapidamente se configurassem em um mercado tipicamente capitalista (REIS, 2000).

Nos anos 1990, segundo Reis (2000), as crises fiscal e financeira do Estado brasileiro, combinadas com alargamento da hegemonia neoliberal, favoreceram a posição do setor privado no modelo assistencial.

Dessa forma, mesmo com a criação do SUS, no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, o cenário de viés ideológico neoliberal impulsionava a ampliação das relações comerciais na prestação de serviços de saúde e uma redução no papel do Estado como provedor direto desses serviços. Ou seja, a universalização da saúde, preconizada pela Constituição Federal de 1988, foi comprometida devido aos poucos recursos financeiros disponíveis para financiar a expansão da cobertura dos serviços de saúde (BAHIA et al., 2013). Segundo Vianna (1989, p. 1.767):

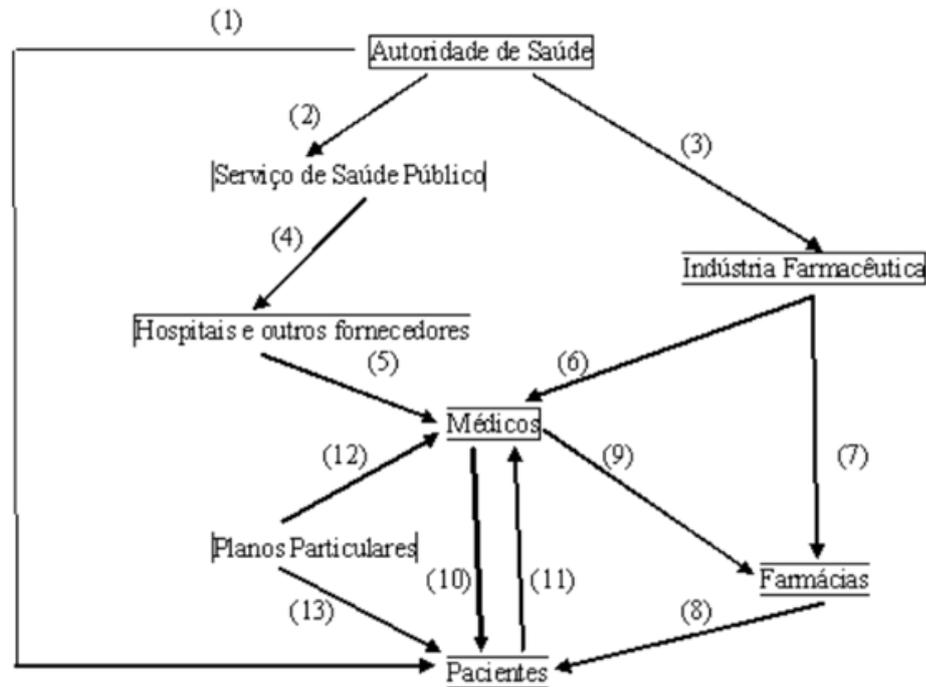
a universalidade do sistema de saúde brasileiro, ao contrário, foi concebida em um período de crise, de estagnação econômica, seguido da adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema mais universal, redistributivo e igualitário.

Com o crescimento do setor privado na assistência à saúde, o Estado passou a ganhar importância na regulamentação deste setor (SATO, 2007) por meio da Lei nº 9.656/1998, haja vista que até então, empresas de grupos com fins não-lucrativos e cooperativas médicas operavam no mercado sem nenhuma regulamentação específica (BAHIA, 2001).

A Lei nº 9.961, de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que tem como função fiscalizar e regulamentar os contratos entre os usuários e as operadoras de saúde privados. Assim, todos os prestadores privados, tanto profissionais como hospitais e laboratórios, são influenciados pelas medidas tomadas pela ANS (SATO, 2007).

Para aprofundar a discussão, é interessante apontar brevemente a estrutura do sistema de saúde suplementar brasileiro. Como ilustrado na Figura 1 e segundo Heck (2012), o mercado de saúde no país pode ser dividido em seis “agentes”: i) autoridade de saúde; ii) serviços de saúde públicos; iii) provedores de serviços de saúde; iv) indústria de saúde suplementar e seguradoras; v) pacientes e segurados; e, finalmente, vi) o setor farmacêutico.

Figura 1: Organização do mercado de saúde brasileiro



Fonte: Heck (2012).

Seguindo a lógica da figura com as relações denotadas com números entre parênteses, pode-se afirmar que a atuação da autoridade de saúde é ampla, abrangendo desde a organização do sistema de saúde público (2) – por exemplo, consultas médicas e tratamentos hospitalares a serem disponibilizados – até a regulação do preço dos remédios do setor farmacêutico (3) para os consumidores (1). Hospitais e outros fornecedores (5) contratam profissionais da saúde e a indústria farmacêutica (6) tem nesses profissionais divulgadores dos medicamentos produzidos aos consumidores finais, dado que eles prescrevem remédios (9).

Ressalva-se que, em países como o Brasil, nos quais existe uma política de substituição que permite a comercialização de remédios genéricos, a indústria farmacêutica desenvolve relacionamento com os farmacêuticos (7), que influenciam a decisão de compra do paciente (8). Ademais, a relação central do processo descrito na Figura 1 está na relação médico-paciente (10 e 11). Esse relacionamento pode ocorrer tanto na esfera de serviços públicos ou privados, sendo que quando há oferta de serviços privados de saúde, as empresas que prestam tais serviços interagem tanto com os médicos (12) quanto pacientes (13) (HECK, 2012).

Para ilustrar a importância relativa da saúde suplementar no Brasil, a Tabela 1 mostra a evolução dos beneficiários de planos privados, das operadoras e das contraprestações de 2013 a 2023 (início). Nota-se que, no período, a quantidade de beneficiários, o total de operadoras e

as receitas de contraprestações oscilaram, mas a primeira e, principalmente, a segunda dimensão apresentaram tendência de crescimento, enquanto as operadoras tenderam a reduzir.

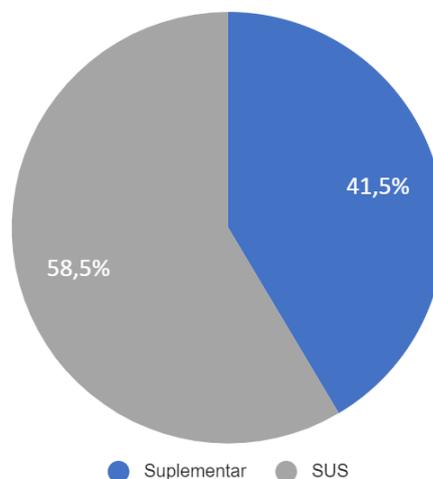
**Tabela 1 – Brasil: evoluções dos beneficiários em planos privados, das operadoras e das receitas de contraprestações (2013 a Março de 2023)**

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Total de operadoras com beneficiários	Receita de contraprestações
2013	49.491.826	1264	R\$ 109.927.620.595,00
2014	50.531.748	1217	R\$ 127.777.444.503,00
2015	49.279.085	1155	R\$ 144.701.906.083,00
2016	47.685.266	1095	R\$ 163.246.294.916,00
2017	47.144.909	1057	R\$ 180.893.859.503,00
2018	47.124.030	1038	R\$ 197.438.238.418,00
2019	47.054.715	1007	R\$ 213.457.018.559,00
2020	47.054.715	971	R\$ 223.431.176.273,00
2021	48.881.280	957	R\$ 245.402.959.767,00
2022	50.384.746	933	R\$ 238.308.332.614,00
mar/2023	50.494.433	925	---

Fonte: ANS.

No último ano completo disponível (2022), os dados da ANS apontaram mais de 50 milhões de beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia em 933 operadoras que movimentaram R\$ 238.308.332.614. Além disso, conforme o Gráfico 1, ao comparar com o SUS, o sistema de saúde suplementar foi responsável pelo atendimento de 41% das internações em 2022, totalizando 8.767.533 – pelo SUS, foram 12.375.354.

**Gráfico 1 – Brasil: distribuição das internações entre o SUS e o sistema de saúde suplementar (2022)**



Fontes: ANS e DATASUS.

Retomando o debate da estrutura do sistema de saúde suplementar brasileiro, há nove modalidades de operadoras de planos privados de assistência à saúde, embora a literatura costume as agrupar em quatro principais: autogestão, cooperativas médicas, medicina de grupo e seguradoras de saúde. As empresas de autogestão (ou planos próprios de empresas) são aquelas que a própria empresa, diretamente (autogestão) ou por meio de terceiro (cogestão ou planos de administração), estabelece e administra os serviços de saúde para seus empregados e familiares. Há também a autogestão na qual a empresa não participa, mas seus empregados se organizam em associações, sindicatos ou fundações sem fins-lucrativos e financiam as despesas de saúde. Nesse tipo de gestão, as empresas possuem médicos e hospitais credenciados, mas não atuam no mercado com a comercialização de planos (HECK, 2012). Segundo a ANS, do total de operadoras em 2022, 146 são casos de autogestões.

As cooperativas médicas são sociedades sem fins lucrativos constituídas conforme a Lei nº 5.764 de 1971, sendo que os médicos são, ao mesmo tempo, prestadores de serviços e cooperados. As UNIMEDs representam grande parte desse tipo de gestão, organizando-se em bases distintas com atuação municipal (HECK, 2012). Em 2022, existiam 272 cooperativas médicas e 96 cooperativas odontológicas (ANS).

A medicina de grupo representa as empresas ou sociedades que comercializam e operam planos privados de saúde para empresas, famílias ou indivíduos. Trata-se da forma dominante no mercado, sendo que os serviços são prestados por meio de redes próprias ou credenciadas (HECK, 2012). Quanto à representatividade, segundo a ANS, em 2022, 272 medicinas de grupo atuavam na área médica e 155 na área odontológica.

Por fim, as seguradoras especializadas em saúde são empresas com fins lucrativos que comercializam seguros de saúde e oferecem, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializam ou operam seguros com previsão de garantia de assistência à saúde. Estas estão sujeitas a dispositivos da Lei nº 10185/2001 (HECK, 2012). De acordo com a ANS, em 2022, existiam 8 seguradoras especializadas na área da saúde.

## **2.4 Reajustes dos planos privados de saúde**

Nos contratos de contratação dos planos privados de saúde, é prevista a possibilidade de reajuste anual dos valores. Para os planos individuais e familiares, há o reajuste anual e o da mensalidade caso ocorra mudança de faixa etária, dado que, por questões naturais, quanto

mais a idade avança, maiores são os cuidados necessários e, assim, tende a ser mais frequente o uso de planos de saúde (ANS, 2021). O Quadro 1 sintetiza as regras de reajuste.

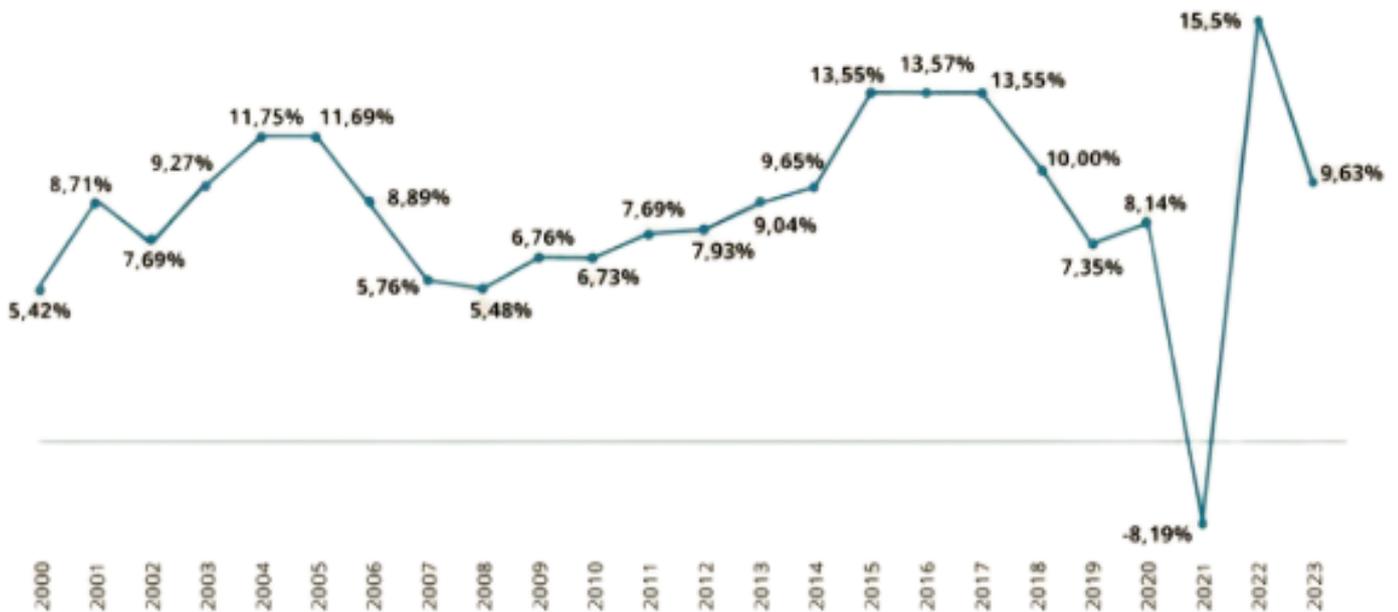
**Quadro 1 – Brasil: regras de reajustes dos planos privados de saúde**

<b>Datas de Contratação</b>	<b>Faixas Etárias</b>	<b>Regras</b>	
Até 2 de janeiro de 1999	---	- Deve seguir o que estiver escrito no contrato.	
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004	0 a 17 anos	- A Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos).	
	18 a 29 anos		
Após 1 de janeiro de 2004 (vigência do Estatuto do Idoso)	30 a 39 anos	- Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.	
	40 a 49 anos		
	50 a 59 anos		
	60 a 69 anos		
	70 anos ou mais		
	0 a 18 anos		- A Resolução Normativa (RN nº 63), publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18).
	19 a 23 anos		
	24 a 28 anos		-A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.
29 a 33 anos			
34 a 38 anos			
39 a 43 anos			
44 a 48 anos			
49 a 53 anos			
54 a 58 anos			
59 anos ou mais			

Fonte: ANS.

Em contraponto, o reajuste anual dos contratos coletivos (empresariais ou por adesão) é de livre negociação entre operadora e pessoa jurídica contratante ou estipulante, sendo que os percentuais aplicados devem, obrigatoriamente, ser comunicados pelas operadoras à ANS para monitoramento (ANTONIO, 2018). Por isso, na análise seguinte, são tratados apenas os planos individuais e familiares, pois, desde 2001, a ANS definiu um teto para reajuste anual desses contratos de assistência médica. O Gráfico 2 aponta a evolução do teto.

**Gráfico 2 – Brasil: histórico de limites de reajuste definidos pela ANS para planos de saúde individuais e familiares (contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98)**



Fonte: ANS.

Como supracitado, nos planos individuais e familiares, além do reajuste anual estipulado pela ANS, ainda é aplicada a metodologia de reajuste por faixa-etária, que é apontada como umas das causas da menor demanda por planos individuais. Segundo Antonio (2018), a existência desses preços diferenciados em função da idade é necessária para evitar a “Espiral de Seleção Adversa” (*Adverse Selection Death Spiral*), no qual, ao ser adotado um preço único – princípio do mutualismo sem ponderação de risco –, o valor da mensalidade dos mais jovens seria elevada, incentivando-os a sair do mercado. Assim, restariam apenas consumidores de alto risco, que podem gerar o colapso do mercado.

A Tabela 2 mostra os percentuais médios dos reajustes por mudanças de faixa etária aplicados pelas operadoras. O percentual acumulado entre a primeira e a última faixas etárias foi de 469,7%; ou seja, a última teve um reajuste 5,7 vezes maior que o da primeira, estando ainda dentro do limite estabelecido pela ANS – até 6 vezes (ANTONIO, 2018).

**Tabela 2 – Brasil: percentuais médios de variação aplicados pelas operadoras**

Faixas Etárias	Médias de Variações	Variações Acumuladas
0 a 18 anos	0,00%	0,00%
19 a 23 anos	20,90%	20,90%
24 a 28 anos	15,80%	40,10%
29 a 33 anos	12,90%	58,20%
34 a 38 anos	10,50%	74,90%
39 a 43 anos	14,90%	100,90%
44 a 48 anos	25,00%	151,20%
49 a 53 anos	23,90%	211,30%
54 a 58 anos	27,50%	296,80%
59 anos ou mais	43,60%	469,70%

Fonte: Antonio (2018).

A percepção geral é que, apesar dos órgãos de defesa do consumidor desaprovarem a aplicação de percentuais anuais superiores aos índices oficiais de inflação, os beneficiários ainda consideram abusivos os reajustes sofridos (ANTONIO, 2018). No Quadro 2, para ilustrar a discussão, são expostas algumas notícias a respeito da percepção dos reajustes. Estas foram levantadas, considerando importantes jornais, no âmbito desta monografia.

**Quadro 2 – Compilação de algumas notícias a respeito do reajuste dos planos privados de saúde no Brasil**

Manchete	Veículo de comunicação	Discussão
Plano de saúde sobe 42% e idoso vai à Justiça pela 3ª vez: 'Absurdo'	UOL (2023)	- Advogado e corretor de seguros de 71 anos vai entrar na Justiça contra seu plano de saúde pela terceira vez em 6 anos em decorrência de um reajuste de 42% na mensalidade de fevereiro/2023. - O valor passou de R\$4.000 para R\$5.680.
Reajustes abusivos em convênios prejudicam idosos	VEJA SAÚDE (2023)	- Os planos coletivos por adesão tiveram aumentos de até 80%, e impactaram especialmente as pessoas com mais de 60 anos que dependem de aposentadoria. - Além disso, quando eles procuram por outras opções, as operadoras recusam aceitá-los em novos contratos, mesmo sendo proibido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
Reajuste de 9,63% nos preços dos planos de saúde individual e familiar afeta quase 9 milhões de usuários	JORNAL NACIONAL (2023)	- A Agência Nacional de Saúde Suplementar divulgou o índice máximo de reajuste para os planos de saúde individuais e familiares. O percentual foi mais que o dobro da inflação para o mesmo período. - A ANS diz que o percentual reflete a variação das despesas assistenciais ocorridas em 2022 na comparação com o ano anterior.
Planos de saúde: 70% das operadoras de contratos individuais tiveram prejuízo em 2022	O GLOBO (2023)	- No fim de 2021, de um total de 480 operadoras, 5,6% não obtinham receita suficiente com as mensalidades para cobrir os custos assistenciais de suas carteiras nos contratos individuais. - Quando a conta considera os custos da operadora como um todo com planos individuais, o grupo de deficitárias chegava a um terço, ou 160 operadoras, com 2,68 milhões de beneficiários.
Com reajustes, planos de saúde começam a mostrar recuperação	VALOR INVESTE (2023)	- Após o mercado de planos de saúde apresentar um prejuízo de mais de R\$10 bilhões e desencadear uma pressão em toda a cadeia de saúde, há uma melhora

		para o setor devido aos reajustes (acima dos 20%) aplicados nos últimos meses.
--	--	--

Fonte: Elaboração própria a partir das notícias citadas no próprio quadro.

Dessa forma, de acordo com Antonio (2018), o limite para o reajuste anual dos contratos individuais e familiares, somado à imposição de barreiras legais para dificultar o cancelamento unilateral desses contratos e a possibilidade extraordinária de revisão técnica do reajuste, têm levado o mercado a se concentrar em torno do segmento dos planos coletivos, pois há maior liberdade para a aplicação de reajustes e para a rescisão de contratos desequilibrados economicamente.

## 2.5 Revisão aplicada

A fim de complementar as análises mais adiante na presente monografia, é realizada, no Quadro 3, uma síntese dos trabalhos encontrados aplicados na temática que norteia o estudo.

**Quadro 3 - Revisão aplicada de trabalhos que discutem demanda de planos privados no Brasil**

Publicações	Limitações Geográfica e Temporal	Método	Fontes de Dados	Principais Evidências
Andrade e Maia (2007)	Brasil de 1998 a 2003	Quantitativo	Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	- A demanda por planos de saúde é explicada, sobretudo, pela renda per capita familiar e pela idade dos indivíduos.
Zirollo et al. (2013)	Brasil de 2003 a 2007	Análise descritiva	Dados estatísticos, financeiros e regulatórios da ANS e do Sistema Público de Saúde	- A saúde suplementar representa importante pilar de sustentação do sistema nacional de saúde, tornando-se, complementarmente indispensável para o Estado.
Heck (2012)	São Paulo de 2009 a 2011	Quantitativo	Base de dados de uma empresa de serviço de assistência à saúde privada em genética médica.	A demanda do serviço de saúde é explicada pela idade, credenciamento de prestadores, estado civil e gênero.

Fonte: Elaboração própria a partir dos trabalhos citados no próprio quadro.

O primeiro trabalho a destacar é o de Andrade e Mais (2007), que utilizou dados brasileiros de 1998 a 2003 para investigar os determinantes da demanda e da escolha de

cobertura por planos de saúde privados no Brasil. Considerou-se que a escolha pela adesão ou não a um plano de saúde é feita em dois contextos distintos: no primeiro, o contrato oferecido é coletivo e depende de o indivíduo possuir ou não um emprego que ofereça o benefício; e, no segundo, os indivíduos escolhem o contrato individualmente e ele tem mais liberdade para escolher o contrato que lhe for mais conveniente, dependendo de sua restrição orçamentária, preferência e risco. Ademais, os principais determinantes da demanda foram: a renda familiar *per capita* (sobretudo na demanda por plano individual) e a idade (em plano individual, as chances de contratação nas faixas etárias acima de 50 anos é maior).

Outra constatação do trabalho realizado por Andrade e Maia (2007) é que, no que diz respeito à cobertura dos planos (ambulatorial ou completa), o ambulatorial tem probabilidade superior de ser escolhido vis-à-vis a cobertura completa. Isto é potencializado quanto mais jovem e menores o poder de compra e a escolaridade dos indivíduos.

O segundo trabalho é o de Ziroldo (2013), que fez uma análise descritiva da importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Concluiu-se que a saúde suplementar desempenha papel de importância na demanda para a prestação dos serviços assistenciais no Brasil. Indiretamente, os resultados sinalizam que não é possível transferir para o SUS todo atendimento à saúde que é realizado pelo setor privado.

Por último, o trabalho de Heck (2012) consistiu no desenvolvimento de uma avaliação empírica sobre a demanda por serviços de saúde pelos modelos econométricos de Cameron, Pohlmeier e Ulrich. Foi utilizada a base de dados de uma empresa de serviço de assistência à saúde privada em genética médica que atua no município de São Paulo, enviesando a análise a nível regional.

Como resultados do trabalho de Heck (2012), pode-se destacar que, para cada ano a mais de idade, as visitas em especialidades médicas são reduzidas, sendo que para pacientes com idade inferior a 15 anos há um aumento das visitas médicas. Ademais, há aumento da demanda do serviço de saúde se ele for credenciado por parte de algumas operadoras de planos de saúde. Outro destaque é, para cada paciente com estado civil diferente de solteiro, existe aumento da demanda por serviço de especialidades e, para cada paciente feminino, é maior a demanda por plano privado de saúde.

### III – ANÁLISES

A seguir, são feitas algumas análises descritivas a partir de variáveis aqui calculadas que correspondem aos percentuais de adesão da população residente aos planos privados de saúde, por gênero, faixa etária (de acordo com a divisão da ANS após janeiro de 2004) e macrorregião geográfica das residências no período de 2000 a 2021. Para isso, são utilizados dados de beneficiários de planos privados de saúde e de população residente disponibilizados pela ANS e pelo IBGE. O Quadro 4 apresenta os indicadores de adesão (cobertura) analisados.

**Quadro 4 – Variáveis calculadas para as análises**

Variáveis
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 00 a 18 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 00 a 18 anos
Adesão Total de brasileiros entre 00 a 18 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 19 a 23 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 19 a 23 anos
Adesão Total de brasileiros entre 19 a 23 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 24 a 28 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 24 a 28 anos
Adesão Total de brasileiros entre 24 a 28 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 29 a 33 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 29 a 33 anos
Adesão Total de brasileiros entre 29 a 33 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 34 a 38 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 34 a 38 anos
Adesão Total de brasileiros entre 34 a 38 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 39 a 43 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 39 a 43 anos
Adesão Total de brasileiros entre 39 a 43 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 44 a 48 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 44 a 48 anos
Adesão Total de brasileiros entre 44 a 48 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 49 a 53 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 49 a 53 anos
Adesão Total de brasileiros entre 49 a 53 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino entre 54 a 58 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino entre 54 a 58 anos
Adesão Total de brasileiros entre 54 a 58 anos
Adesão de brasileiros do gênero masculino acima de 59 anos
Adesão de brasileiras do gênero feminino acima de 59 anos
Adesão Total de brasileiros acima de 59 anos

Fonte: ANS.

Para os dados de beneficiários de planos privados de saúde, uma limitação foi a impossibilidade de identificar se o município declarado pelo indivíduo é seu local de residência ou o de trabalho. Para lidar com *outliers*, foram expurgadas as variáveis de adesão

que possuíam valor igual ou superior a 1 (100%), ou seja, que apresentam uma quantidade igual ou maior de total beneficiários de planos de saúde do que de população em determinados municípios<sup>1</sup>.

O ponto de partida para as análises é o Gráfico 3, que apresenta a evolução da adesão brasileira a planos privados de saúde de 2000 a 2021 – sem discriminar por gênero e faixa etária. Observa-se que o nível de adesão tem uma tendência de crescimento, com oscilações, de 2000 a 2014. A tendência de crescimento é retomada a partir de 2021.

No ano de 2007 foi evidenciada uma queda expressiva na adesão aos planos que, além do cenário de início de crise financeira, pode ter sido decorrente da instituição da Resolução Normativa nº 162 da ANS neste mesmo ano. A resolução estabeleceu a Declaração de Saúde para Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e a possibilidade de aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT), ou seja, a aplicação de restrição de cobertura do plano de saúde por um período de até 24 meses, caso o beneficiário declare doenças ou lesões preexistentes. Essa restrição somente pode ser interrompida mediante agravo na mensalidade paga ao plano privado de assistência.

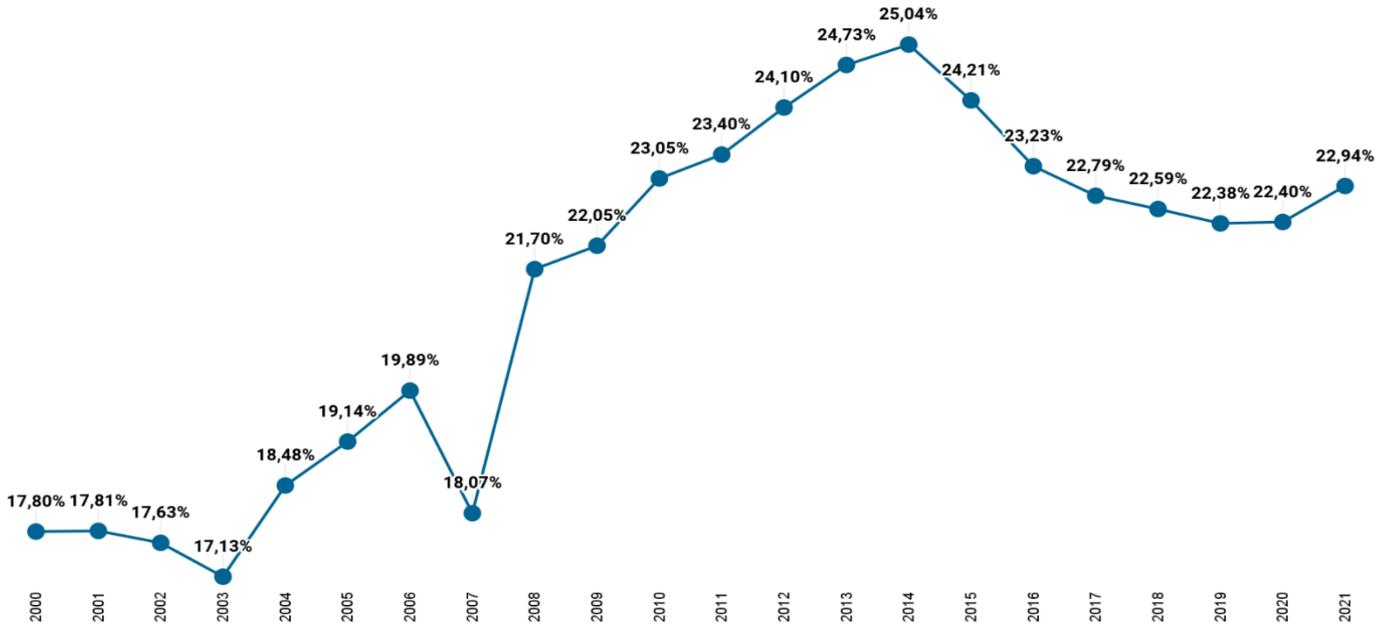
A partir de 2014, com o início da crise econômica brasileira, a tendência foi de redução na adesão aos planos de saúde, com uma pequena reversão em 2021, sobretudo em decorrência da incidência do Coronavírus no panorama mundial (JUSBRASIL).

Nesse contexto, em 2021, 22,94% da população brasileira aderiram aos planos de saúde privados. Apesar de ser representativa, evidencia-se que, em um país com dimensões continentais, ainda pode existir uma margem expressiva para crescimento do setor.

---

<sup>1</sup> As Tabelas A.1 a A.3 do Apêndice apresentam os indicadores calculados de forma mais discriminada.

**Gráfico 3 – Brasil: evolução da adesão por planos privados de saúde no Brasil (2000 a 2021)**

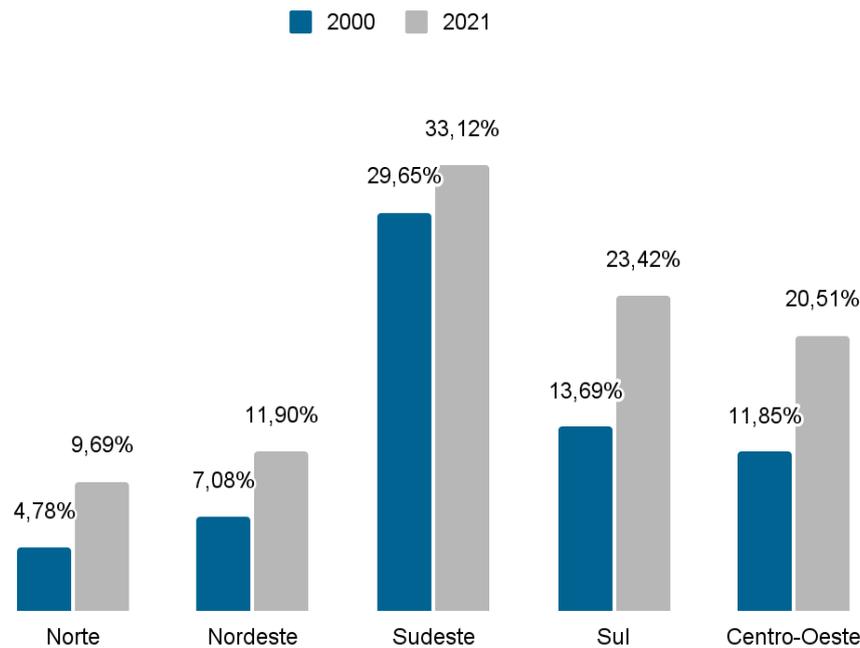


Fonte: ANS.

### 3.1 Análises por macrorregiões geográficas

Ao analisar o perfil regional dos aderentes aos planos privados de saúde, considerando o Gráfico 4, para os anos 2000 e 2021, observa-se maiores percentuais de adesão nas regiões mais desenvolvidas do país, sobretudo no Sudeste e Sul, confirmando a hipótese inicial de concentração nessas regiões.

Esse perfil de adesão reflete as disparidades regionais em termos de renda e outras dimensões do desenvolvimento econômico em geral, dado que, de acordo com a tabela 3, em 2021, os maiores rendimentos mensais per capita se concentraram nas mesmas regiões Sudeste e Sul.

**Gráfico 4 – Brasil: adesão aos planos privados de saúde segundo as regiões geográficas (2000 e 2021)**

Fonte: ANS.

**Tabela 3: Brasil: rendimento médio mensal real domiciliar per capita segundo as grandes regiões (2021)**

Regiões	Rendimento médio mensal real domiciliar per capita
Norte	R\$ 871,00
Nordeste	R\$ 843,00
Sudeste	R\$ 1.645,00
Sul	R\$ 1.656,00
Centro-Oeste	R\$ 1.534,00

Fonte: IBGE.

Nessa linha, de acordo com Kohlhepp (2010), levando em conta o desenvolvimento regional, pode-se considerar a existência de quatro “Brasis”: Sudeste/Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. O Sudeste e o Sul formam o primeiro Brasil, que faz do país um “*global player*”, sendo que a primeira região é marcada como o motor da industrialização, dado que, de acordo com o Portal da Indústria, o somente o estado de São Paulo, possuía participação de 28,10% no PIB industrial do país em 2020. Já o Sul foi marcada historicamente pela presença dos imigrantes europeus e condições sociais relativamente sólidas que lideram em quase todos os setores.

O Centro-Oeste é atualmente a região de maior ascensão em decorrência do avanço do *agrobusiness* no plantio da soja. O Norte, sobretudo a região da Amazônia, encontra-se dividida entre a rápida incorporação no espaço econômico nacional e uma política regional para proteção tanto da população indígena quanto da biodiversidade das florestas tropicais.

Por fim, o Nordeste, apesar de todas as medidas de planejamento regional do governo, ainda é considerado o “quarto Brasil” em função da pobreza excessiva e *déficits* de infraestrutura devido a clientelismo e às condições desiguais de propriedade (KOHLHEPP, 2010).

No entanto, de acordo com a tabela 4, apesar do Sudeste se destacar com o maior percentual de adesão aos planos de saúde, a região teve crescimento de apenas 10,48% entre 2000 e 2021 no número de beneficiários. Esse baixo crescimento pode ser explicado pela região já possuir um percentual expressivo de adesão desde o início da série histórica analisada, além disso, foi a primeira região explorada pelos planos de saúde (AGÊNCIA BRASIL).

Em contraponto, Norte, Centro-Oeste e Sul ganharam força, crescimentos de 50,65%, 42,23% e 41,57%, respectivamente – seguidos pelo Nordeste, com elevação de 40,5% de 2000 e 2021.

**Tabela 4: Brasil: variação da Adesão ao sistema de saúde suplementar segundo as regiões brasileiras (2000 e 2021)**

<b>Regiões</b>	<b>Variações (%) de 2000 a 2021</b>
Norte	50,65%
Nordeste	40,52%
Sudeste	10,48%
Sul	41,57%
Centro-Oeste	42,23%

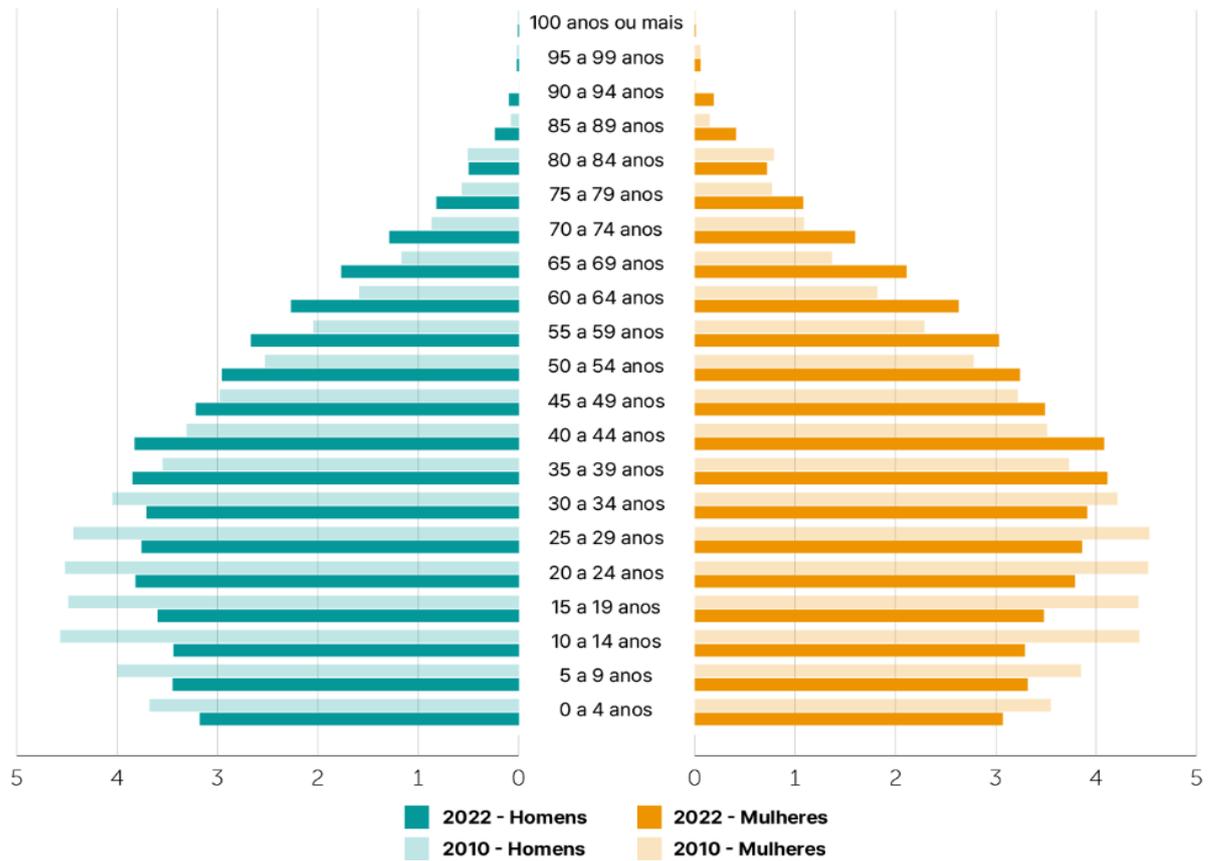
Fonte: ANS.

### 3.2 Análises por faixas etárias

Outra hipótese aqui avaliada é aumento da demanda por planos privados de saúde em decorrência do envelhecimento populacional brasileiro, pois os idosos precisariam de mais cuidados e atenção especial para manter sua autonomia e bem-estar. Segundo Oliveira (2019), haveria uma mudança do comportamento da população, no qual há redução da participação dos grupos mais jovens e ampliação do peso dos idosos. Ou seja, o país passa a ter um número expressivo de pessoas com 60 anos ou mais.

Fato é que, ao menos no agregado (e em algumas regiões), o cenário atual brasileiro é caracterizado pela redução da participação das crianças em virtude da queda da fecundidade e do progressivo aumento dos idosos, com elevação da expectativa de vida. Assim, há uma nova distribuição nas idades de 0 a 14 anos, 15 a 59 anos e 60 anos ou mais (OLIVEIRA, 2019). O gráfico 5 sinaliza essa mudança na distribuição etária entre 2010 e 2022.

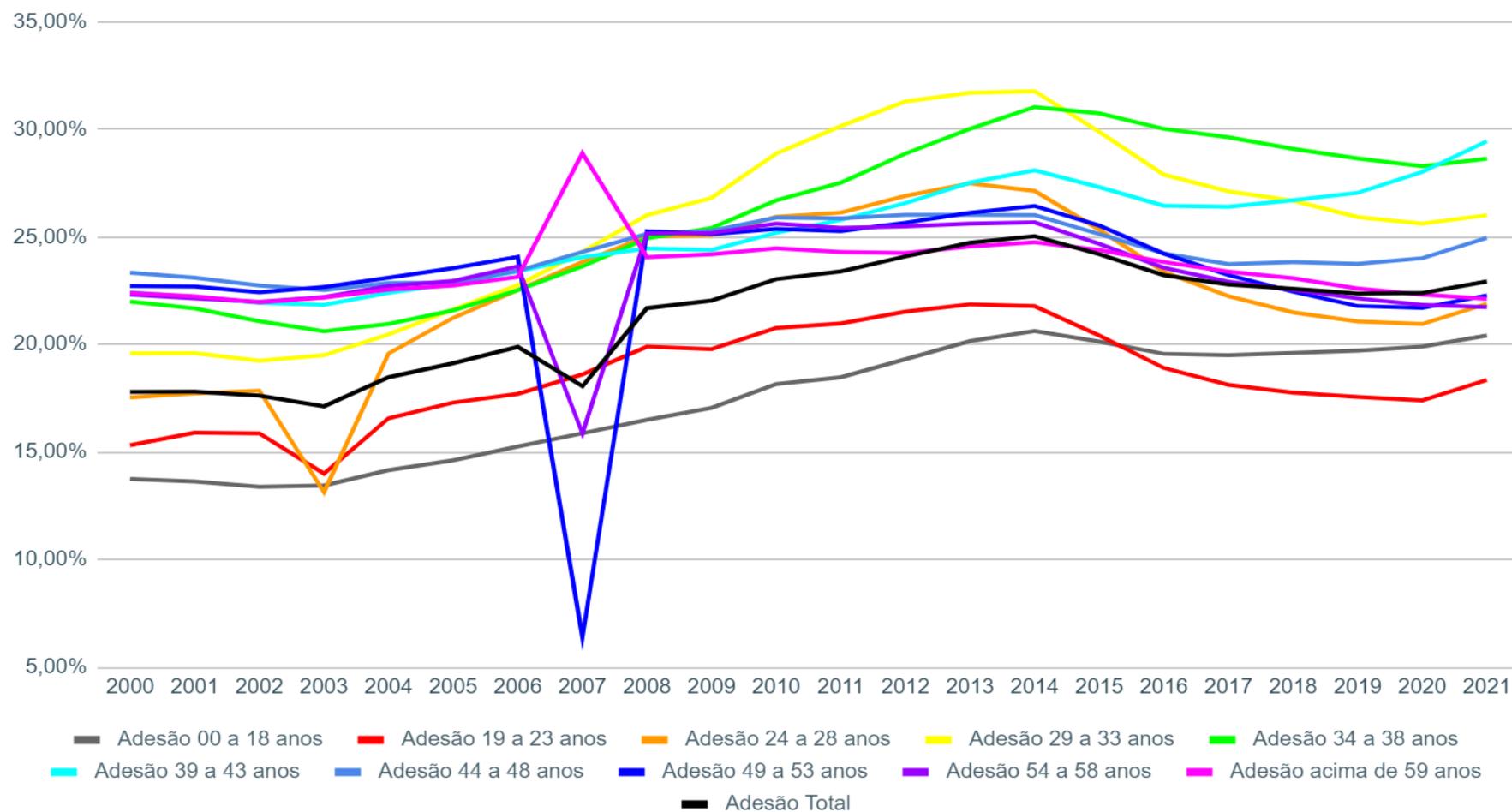
**Gráfico 5 – Brasil: pirâmide etária segundo sexo e grupos de idade (2010 e 2022)**



Fonte: IBGE.

Partindo para as análises, de acordo com o gráfico 6, em 2021, as faixas etárias de 39 a 43 anos (29,5%), 34 a 38 anos (28,6%) e 29 a 33 anos (26,0%) foram as mais significativas em termos de proporção de adesão. Ou seja, indivíduos adultos que tendem a ter maiores rendas para contratação de planos de saúde individuais ou familiares ou estarem empregados em empresas que os subsidiam.

Gráfico 6 – Brasil: evolução das adesões ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021



Fonte ANS.

Não apenas, conforme a tabela 5, as faixas etárias supracitadas (39 a 43 anos, 34 a 38 anos e 29 a 33 anos) apresentaram maiores taxas de crescimento de adesão aos planos de saúde entre 2000 e 2021. Esse crescimento impulsionou a faixa de 0 a 18 anos (32,63%), dado que, em geral, há inclusão de filhos como dependentes no plano de saúde.

O crescimento das faixas de 39 a 43 anos, 34 a 38 anos e 29 a 33 anos é contrastado com o decréscimo da participação das faixas etárias a partir de 49 anos. Nesse sentido, a hipótese inicial não é confirmada, dado que a faixa etária acima de 59 anos não obteve o crescimento presumido na adesão aos planos privados de saúde.

**Tabela 5 – Brasil: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Varição 2000-2021</b>
Adesão 00 a 18 anos	32,63%
Adesão 19 a 23 anos	16,52%
Adesão 24 a 28 anos	19,88%
Adesão 29 a 33 anos	24,69%
Adesão 34 a 38 anos	23,20%
Adesão 39 a 43 anos	23,82%
Adesão 44 a 48 anos	6,51%
Adesão 49 a 53 anos	-1,96%
Adesão 54 a 58 anos	-2,71%
Adesão acima de 59 anos	-1,27%
<b>Adesão Total</b>	<b>22,40%</b>

Fonte: ANS.

Ou seja, pela tendência histórica dos dados, não é constatado um aumento da demanda por planos de saúde conforme a população envelhece. Isto pode advir de um nível médio de renda inferior nos mais velhos, que inibiria a contratação de planos individuais ou familiares, dado que, segundo o IBGE, 2,8 milhões de idosos viviam abaixo da linha de pobreza e 216 mil na extrema pobreza em 2022; ou da saída do mercado de trabalho -que, segundo o Valor Econômico (2022), na média, a população brasileira deixava de possuir vínculo empregatício e se aposentava aos 57 anos em 2019 - no qual o idoso perderia o plano de saúde custeado pelo empregador.

Ademais, não é possível descartar o incentivo contrário do valor e do histórico de reajustes discutidos anteriormente que podem se tornar um fator significativo na redução da adesão do público idoso aos planos de saúde. Nesse sentido, o idoso aposentado que tiver a possibilidade de contratar, de forma individual ou familiar, um plano privado pode se deparar com reajustes, permitidos pela ANS, até 6 vezes maiores para esse público em relação aos mais jovens, além do reajuste decorrente da mudança de faixa etária.

Dessa forma, observa-se que no cenário brasileiro, tem-se a ampliação do peso do grupo de faixas etárias mais idosas em um espaço de tempo relativamente curto, desacompanhado da melhoria das condições de vida (OLIVEIRA, 2019).

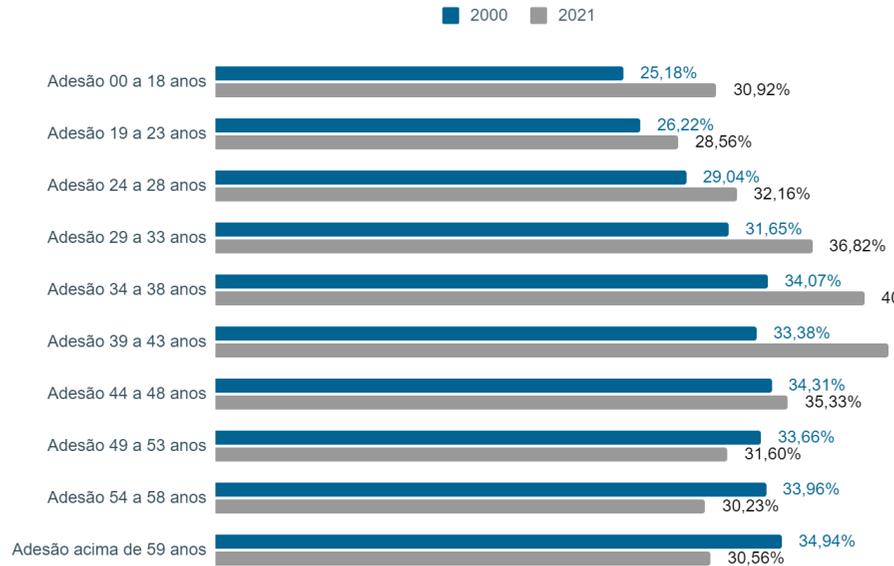
Ou seja, reforça-se a importância da rede assistencial do Sistema Único de Saúde em um cenário no qual grande parte da população brasileira envelhece sem acesso aos planos de saúde e com necessidade de atenção e cuidado especial, pois segundo Kalache (1987), com o envelhecimento, as principais doenças que acometem a população se modificam, saindo de um quadro em que se predominam as doenças infecciosas e parasitárias, que atingem, no geral, os mais jovens para um cenário com as doenças crônicas e degenerativas assumindo um peso maior. Tal é a importância do SUS que, de acordo com o estudo da Elsi-Brasil, em 2018, 75,3% dos brasileiros acima dos 50 anos declararam depender exclusivamente do SUS como primeira alternativa de cuidado (FIOCRUZ).

Por último, ao analisar o perfil etário de adesão nas regiões (tabelas e gráficos a seguir), tem-se que as regiões Sudeste e Sul acompanharam a tendência a nível nacional, na qual, desconsiderando a faixa de 00 a 18 anos, que cresce em decorrência do aumento na adesão das faixas etárias mais avançadas, as faixas de 39 a 43 anos, 34 a 38 anos e 29 a 33 anos foram as mais significativas na proporção de adesão aos planos de saúde e tiveram as maiores taxas de crescimento entre 2000 e 2021.

Já as regiões Centro-Oeste, o Norte e o Nordeste, apesar de também terem apresentado as faixas etárias de 39 a 43 anos, 34 a 38 anos e 29 a 33 anos como as mais significativas na proporção de adesão aos planos de saúde, tiveram as faixas de 34 a 38 anos, 29 a 33 anos e 24 a 28 anos com as maiores taxas de crescimento entre 2000 e 2021, desconsiderando a faixa etária de 00 a 18 anos, apontando o crescimento na adesão do público mais jovem.

Mais importante, na faixa etária acima de 59 anos, as regiões Sudeste e Centro-Oeste sofreram decréscimo na adesão aos planos de saúde, enquanto as demais regiões tiveram um crescimento irrisório.

**Gráfico 7 – Região Sudeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021**

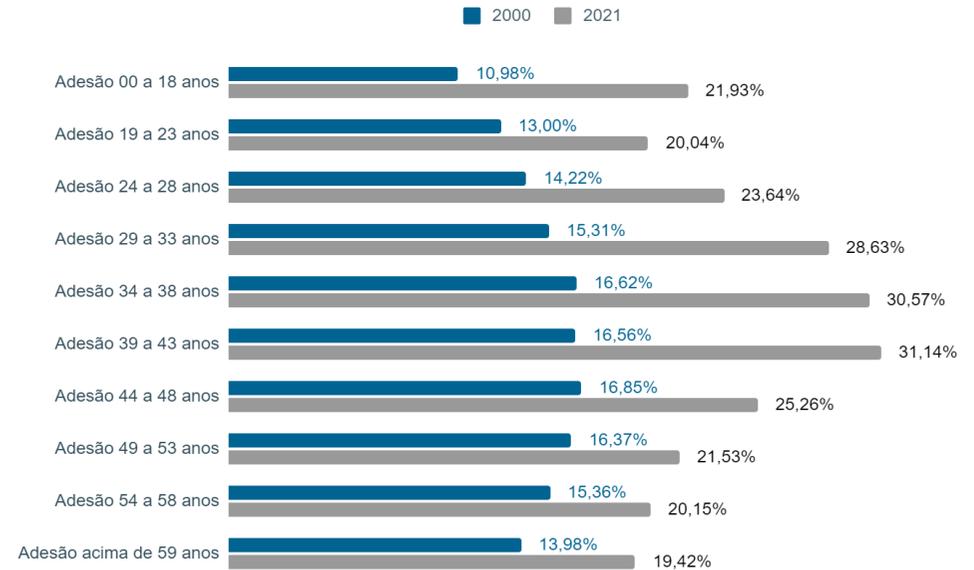


**Tabela 6 – Sudeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021**

Faixa Etária	Varição 2000-2021
Adesão 00 a 18 anos	18,56%
Adesão 19 a 23 anos	8,19%
Adesão 24 a 28 anos	9,70%
Adesão 29 a 33 anos	14,04%
Adesão 34 a 38 anos	14,93%
Adesão 39 a 43 anos	19,57%
Adesão 44 a 48 anos	2,89%
Adesão 49 a 53 anos	-6,52%
Adesão 54 a 58 anos	-12,34%
Adesão acima de 59 anos	-14,33%

Fonte: ANS.

**Gráfico 8 – Região Sul: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021**

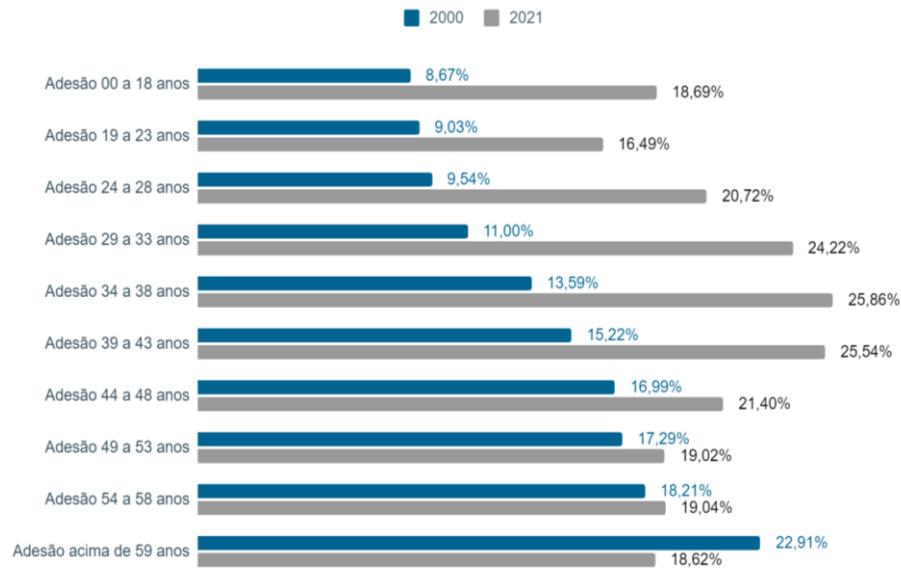


**Tabela 7 – Sul: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021**

Faixa Etária	Varição 2000-2021
Adesão 00 a 18 anos	49,93%
Adesão 19 a 23 anos	35,13%
Adesão 24 a 28 anos	39,85%
Adesão 29 a 33 anos	46,52%
Adesão 34 a 38 anos	45,63%
Adesão 39 a 43 anos	46,82%
Adesão 44 a 48 anos	33,29%
Adesão 49 a 53 anos	23,97%
Adesão 54 a 58 anos	23,77%
Adesão acima de 59 anos	28,01%

Fonte: ANS.

**Gráfico 9 – Centro-Oeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021**

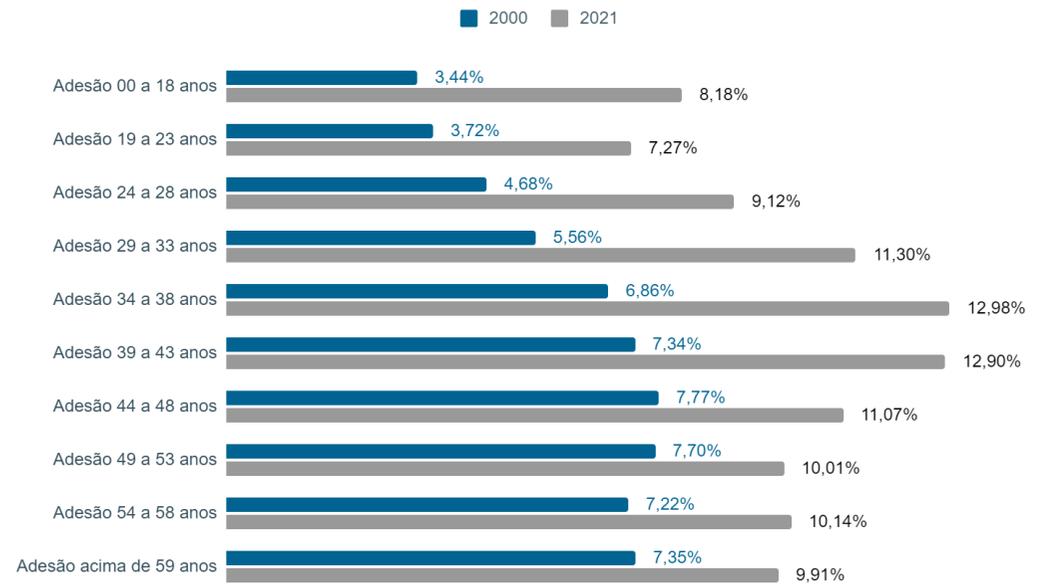


**Tabela 8 – Centro-Oeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021**

Faixa Etária	Varição 2000-2021
Adesão 00 a 18 anos	53,61%
Adesão 19 a 23 anos	45,24%
Adesão 24 a 28 anos	53,96%
Adesão 29 a 33 anos	54,58%
Adesão 34 a 38 anos	47,45%
Adesão 39 a 43 anos	40,41%
Adesão 44 a 48 anos	20,61%
Adesão 49 a 53 anos	9,10%
Adesão 54 a 58 anos	4,36%
Adesão acima de 59 anos	-23,04%

Fonte: ANS.

**Gráfico 10 – Norte: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021**

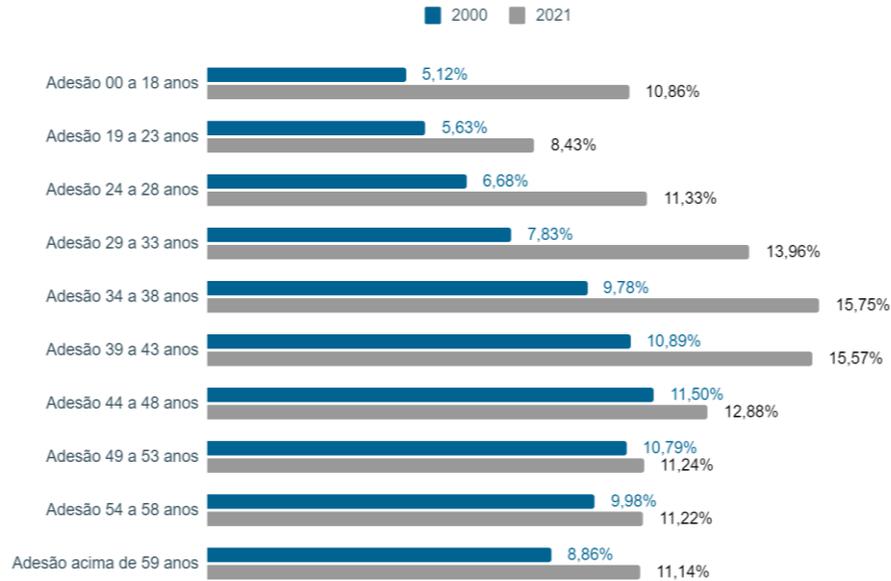


**Tabela 9 – Norte: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021**

Faixa Etária	Varição 2000-2021
Adesão 00 a 18 anos	57,95%
Adesão 19 a 23 anos	48,83%
Adesão 24 a 28 anos	48,68%
Adesão 29 a 33 anos	50,80%
Adesão 34 a 38 anos	47,15%
Adesão 39 a 43 anos	43,10%
Adesão 44 a 48 anos	29,81%
Adesão 49 a 53 anos	23,08%
Adesão 54 a 58 anos	28,80%
Adesão acima de 59 anos	25,83%

Fonte: ANS.

**Gráfico 11 – Nordeste: perfil etário da adesão aos planos de saúde em 2000 e 2021**



**Tabela 10 – Nordeste: variação da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária em 2000 e 2021**

Faixa Etária	Varição 2000-2021
Adesão 00 a 18 anos	52,85%
Adesão 19 a 23 anos	33,21%
Adesão 24 a 28 anos	41,04%
Adesão 29 a 33 anos	43,91%
Adesão 34 a 38 anos	37,90%
Adesão 39 a 43 anos	30,06%
Adesão 44 a 48 anos	10,71%
Adesão 49 a 53 anos	4,00%
Adesão 54 a 58 anos	11,05%
Adesão acima de 59 anos	20,47%

Fonte: ANS.

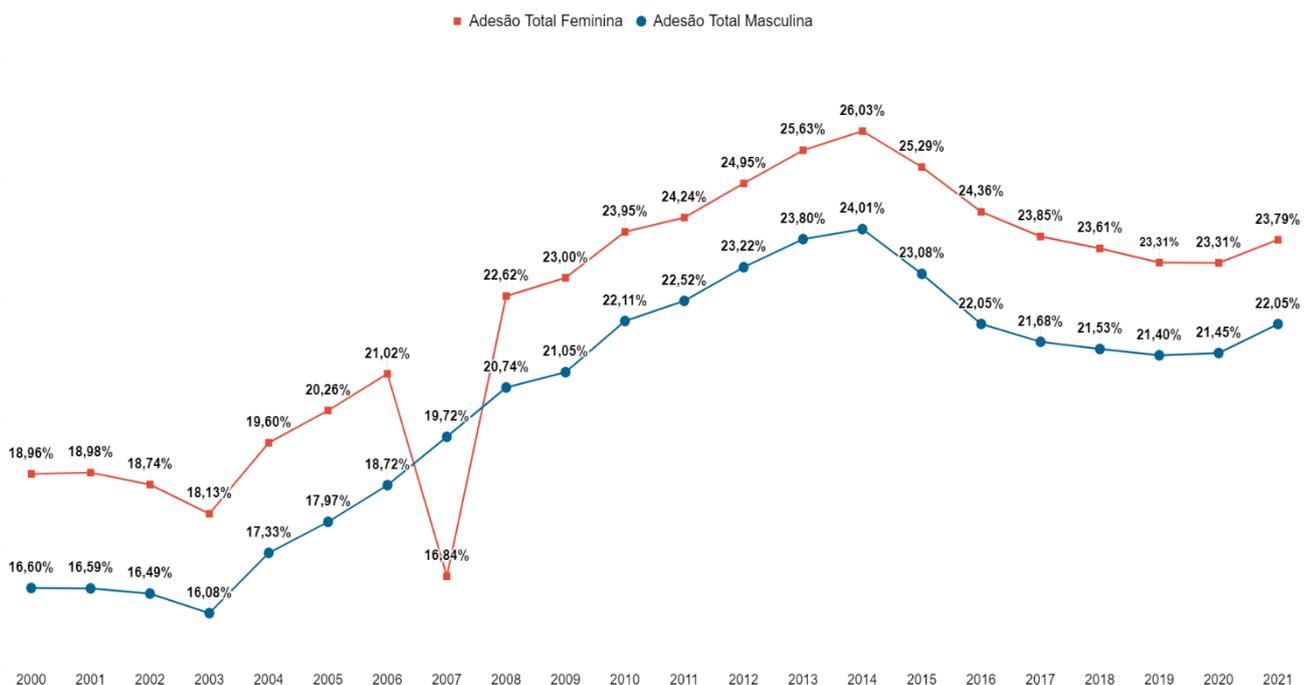
### 3.3 Análises por gênero

A seguir é avaliado o perfil de adesão aos planos privados de saúde segundo gênero (feminino e masculino). Conforme o Gráfico 13, a nível nacional, entre 2000 e 2021, o gênero feminino teve maior taxa de adesão, exceto em 2007. Como supracitado anteriormente, a diminuição na adesão no ano de 2007 pode ter ocorrido como consequência, além do cenário de início de crise financeira, da instituição da Resolução Normativa nº 162 da ANS.

Ainda de acordo com o gráfico, em 2021, o gênero feminino teve um percentual de adesão aos planos de saúde de 23,79% frente 22,05% do gênero masculino, evidenciando um cuidado maior das mulheres na manutenção da saúde em relação aos homens, sendo que, de acordo com o Programa Nacional de Saúde (PNS), cerca de 82,3% das mulheres buscaram o médico em 2019 (antes da pandemia) contra 69,4% dos homens.

Essa discrepância de cuidado ocorre pois, histórica e culturalmente, a mulher possui uma rotina médica que se inicia desde a primeira menstruação. Não apenas, segundo Nascimento et al (2007), no imaginário social, há a construção de que o homem deveria ser invulnerável, contribuindo para que ele se cuide menos e se exponha a situações de risco.

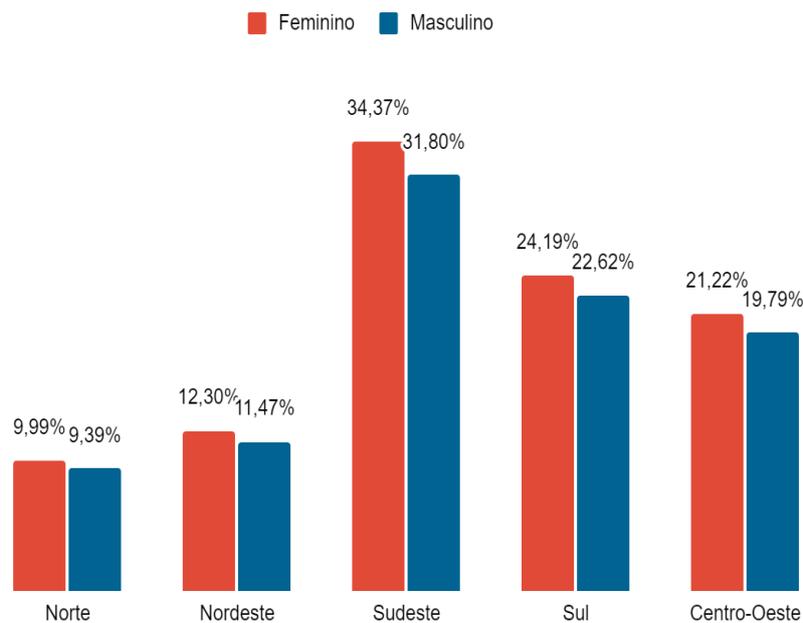
**Gráfico 12 – Brasil: evolução da adesão ao Sistema de Saúde Suplementar segundo o gênero, feminino e masculino, de 2000 e 2021**



Fonte: ANS.

Já de acordo com o Gráfico 14, essa tendência de maior adesão aos planos de saúde pelo gênero feminino também se repete em todas as regiões brasileiras, contrariando a hipótese inicial de que haveria um percentual de adesão maior para o gênero masculino, pois de acordo com o IBGE, em 2023, a remuneração recebida pelas mulheres representou, em média, 78% do rendimento dos homens. Ou seja, o gênero masculino teria renda superior que poderia corroborar na decisão de aderir a um plano de saúde individual ou familiar, entretanto, mesmo com a remuneração menor, as mulheres tiveram tendência de adesão maior.

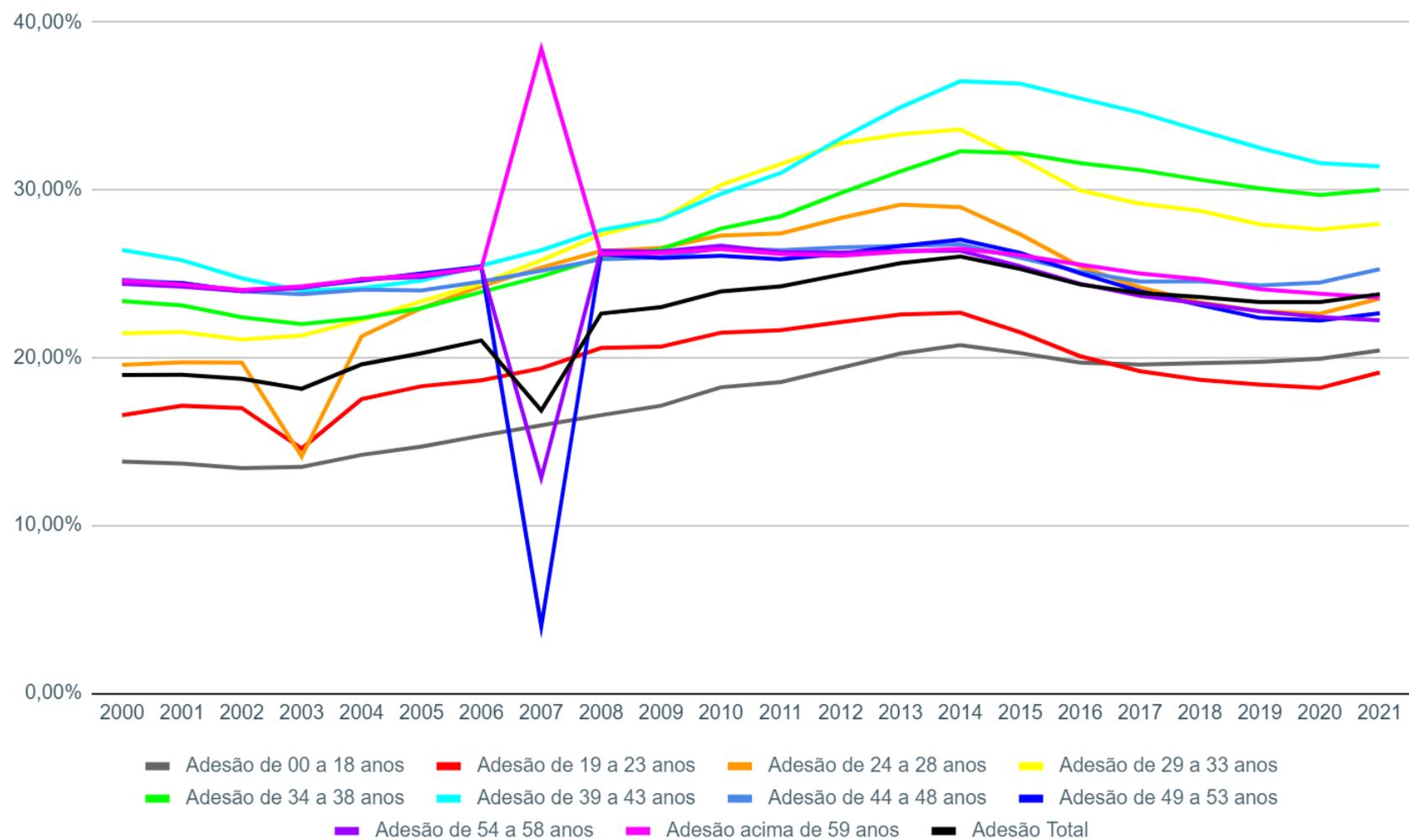
**Gráfico 13 – Brasil: adesão dos gêneros feminino e masculino aos planos privados de saúde segundo as grandes regiões geográficas (2021)**



Fonte: ANS.

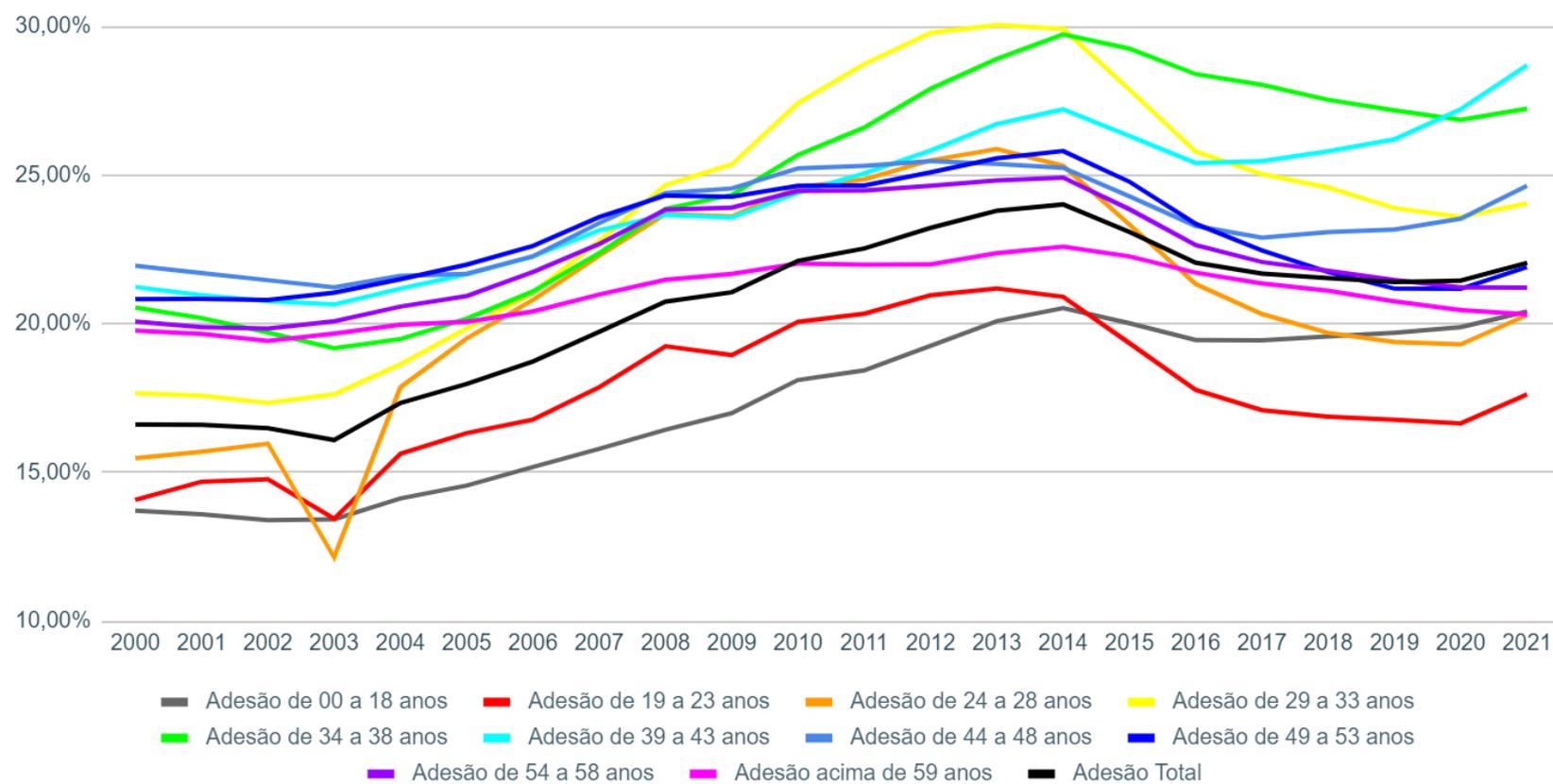
Não apenas, conforme os Gráficos 15 e 16, desconsiderando a faixa de 00 a 18 anos, para os gêneros feminino e masculino, em 2021, tem-se que o gênero feminino acompanhou a tendência nacional, na qual as faixas etárias de 39 a 43 anos (31,40%), 34 a 38 anos (30,02%), 29 a 33 anos (27,98%), foram as mais significativas na proporção de adesão aos planos de saúde, enquanto o gênero masculino teve como mais significativas as faixas etárias de 39 a 43 anos (28,69%), 34 a 38 anos (27,23%) e 44 a 48 anos (24,64%).

Gráfico 14 – Brasil: adesão do gênero feminino aos planos privados de saúde segundo as faixas etárias (2021)



Fonte ANS.

Gráfico 15 – Brasil: adesão do gênero masculino aos planos privados de saúde segundo as faixas etárias (2021)



Fonte ANS.

Por fim, considerando a Tabela 10, no que diz respeito à diferença de adesão aos planos de saúde entre os gêneros feminino e masculino, em 2021, a adesão feminina supera a adesão masculina de forma mais acentuada nas faixas etárias de 24 a 28 anos (3,24%), 29 a 33 anos (3,94%) – ou seja, nas faixas etárias no qual as mulheres estão em idade reprodutiva - e acima de 59 anos (3,26%).

**Tabela 11: Brasil: diferença de Adesão ao sistema de saúde suplementar entre os gêneros Feminino e Masculino (2021)**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Diferença (%) entre adesões Feminina e Masculina</b>
Adesão 00 a 18 anos	0,02%
Adesão 19 a 23 anos	1,49%
Adesão 24 a 28 anos	3,24%
Adesão 29 a 33 anos	3,94%
Adesão 34 a 38 anos	2,79%
Adesão 39 a 43 anos	2,71%
Adesão 44 a 48 anos	0,64%
Adesão 49 a 53 anos	0,75%
Adesão 54 a 58 anos	1,02%
Adesão acima de 59 anos	3,26%

Fonte: ANS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, compreendendo a existência dos planos de saúde como um pilar para garantir o fornecimento dos serviços de Saúde no Brasil, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), essa monografia avaliou o perfil de adesão aos planos de saúde privados no Brasil entre 2000 e 2021.

Em um primeiro momento, na seção referencial teórico, empírico, institucional e contextualização averiguou-se a relação entre as temáticas de saúde e economia. Não apenas, foi discutida a fundação dos Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema de Saúde Suplementar, corroborando para o atingimento do objetivo geral de analisar o que levou o Brasil a possuir prestadores privados de serviços de saúde, dado que se compreendeu que houve um importante incentivo estatal para a consolidação do mercado privado de saúde. Não apenas, foi analisada a estrutura do Sistema de Saúde Suplementar e a lógica de funcionamento dos altos reajustes dos planos de saúde para as faixas etárias mais idosas.

A fim de cumprir o segundo objetivo geral de averiguar o perfil de contratação dos planos de saúde entre 2000 e 2021, foram feitas análises descritivas para analisar as tendências de adesão conforme região, gênero e faixa etária.

Dessa forma, confirmando a primeira hipótese, tem-se uma concentração maior da adesão aos planos de saúde nas regiões Sudeste e Sul como reflexo das disparidades regionais de renda e desenvolvimento econômico, dado que as regiões concentram os maiores rendimentos mensais per capita.

Já a análise por faixa etária não confirmou a hipótese inicial de uma possível concentração nas faixas etárias avançadas em decorrência da ampliação do peso dos idosos na população brasileira, ou seja, a faixa etária acima de 59 anos não apresentou aumento na adesão aos planos de saúde como as faixas etárias mais jovens.

Nesse contexto, reforça-se a importância da rede assistencial do Sistema Único de Saúde em um cenário no qual grande parte da população brasileira está envelhecendo – e, portanto, as doenças crônicas e degenerativas assumem um peso maior para esse grupo - sem acesso aos planos de saúde em decorrência da queda no nível de renda e com necessidade de atenção e cuidados especiais.

Por fim, a análise por gênero não confirmou a hipótese inicial de uma possível concentração no gênero masculino como reflexo da desigualdade no mercado de trabalho, ou seja, mesmo com a remuneração menor, o gênero feminino apresentou tendência de adesão maior.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Indústria do Estado. Portal da Indústria. Disponível em: <https://perfildaindustria.portaldaindustria.com.br/estado/tudo/sp>. Acesso em 10 out. 2023.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. **Demanda por Planos de Saúde no Brasil**. Brasília: Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas, 2007.

ANS define limite para o reajuste dos planos individuais e familiares. ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-limite-para-o-reajuste-dos-planos-individuais-e-familiares#:~:text=A%20Ag%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde,Lei%20n%C2%BA%209.656%2F98>. Acesso em 20 set. 2023.

APPIO, Eduardo. **Controle judicial das políticas públicas no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2005, p. 136.

ARAÚJO, Eliane Cardoso et al. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. UNIFESP, s.d.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. **Políticas públicas, política social e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate**. São Paulo: Rev. Sociol. USP, 1989, p. 105-119.

BAHIA, Lígia et al. **Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2013, p. 851-866.

BAHIA, Lígia. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2001.

BECKER, Gary Stanley. **Human capital a theoretical and empirical analysis, with special reference to education**. New York, 1993.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Góes. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAGA, José Carlos; DE PAULA, Sergio Goes. **Saúde e Previdência**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas. **Pensamento econômico e a questão da saúde: a contribuição de Braga e Paula para (re)pensar o 'econômico' na saúde**. São Paulo: Anais Convibra do VII Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde - Área: Economia da Saúde, Instituto Pantex de Pesquisa, 2018, p. 1-14.

CENSO 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Agência IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012->

agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em 29 nov. 2023.

COM reajustes, planos de saúde começam a mostrar recuperação. Valor Investe. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/renda-variavel/empresas/noticia/2023/08/18/com-reajustes-planos-de-saude-comecam-a-mostrar-recuperacao.ghtml>. Acesso em 20 set. 2023.

CONSTITUIÇÃO da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. E-disciplinas USP. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod\\_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf). Acesso em 13 nov. 2022.

DADOS e indicadores do setor. ANS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 18 ago. 2023

DADOS gerais. ANS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 18 ago. 2023.

DEMO, Pedro. **Desenvolvimento e política social no Brasil**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1978.

DUARTE, ET AL. **Modelos Econométricos para Dados em Painel: Aspectos Teóricos e Exemplos de Aplicação à Pesquisa em Contabilidade e Finanças**. São Paulo: 4º Congresso USP Iniciação Científica em Contabilidade, 2007.

EM 2021, rendimento domiciliar per capita cai ao menor nível desde 2012. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34052-em-2021-rendimento-domiciliar-per-capita-cai-ao-menor-nivel-desde-2012>. Acesso em 28 nov. 2023.

ESTUDO aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. FIOCRUZ. Disponível: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>. Disponível em 29 nov. 2023.

FLEURY, Sônia; Oliveira, Jaime. **(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GARANTIR igualdade salarial ainda é um desafio no mercado de trabalho brasileiro. PORTAL FGV. Disponível em: <https://portal.fgv.br/artigos/garantir-igualdade-salarial-ainda-e-desafio-mercado-trabalho-brasileiro>. Acesso em 16 out. 2023.

HECK, Joaquim. **Ensaio em economia da saúde: análise da demanda no mercado de saúde suplementar utilizando um modelo econométrico de dados de contagem**. São Paulo: FGV, 2012.

HSIAO, Cheng. **Analysis of panel data**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

INTERNAÇÕES hospitalares do SUS. DataSUS Tabnet. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 18 ago. 2023.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. **O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo.** São Paulo: Revista de Saúde Pública, 1987, v. 21, p. 200-210.

KAROLCZAK, Maria Eloisa; SOUZA, Yeda. **Os recursos humanos para a economia do conhecimento na ótica da teoria do capital humano.** Revista Alcance, 2017.

KOHLHEPP, Gerd. **Disparidades regionais e planejamento regional no Brasil.** Varsóvia: Revista del CESL, 2010, p.445-471.

MAIA, Alexandre Gori. **Análise de Dados em Painel.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, s/d.

MANKIW, N. Gregory. **Introdução à Economia.** 5. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009. p. 3.

MAPA assistencial da saúde suplementar ano-base 2022. ANS. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTE4YzZMMDU0OTcyMS00ZTg0LWIyZDYtN2QzY2Y1MzAxYWl2IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9> . Acesso em: 18 ago. 2023.

MATTEI, Lauro. **Teoria do valor-trabalho: do ideário clássico aos postulados marxistas.** Porto Alegre: Ensaio FEE, 2003, p. 271-294.

MÉDIA de idade de aposentado sobe 2,79 anos após reforma. Valor Econômico. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2022/12/08/media-de-idade-de-aposentado-sobe-279-anos-apos-reforma.ghtml>. Acesso em 20 de set. de 2023.

MEDICI, A. C. **Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes.** IESP/FUNDAP, 1992.

MOLLO, Maria de Lourdes Rollemberg. **A teoria marxista do valor-trabalho: divergências e convergências.** Campinas: Crítica Marxista, 2013, p. 47-66.

MULHERES cuidam mais da saúde. EDUCA+BRASIL. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/cursos-e-escolas-tecnicas/tecnico-em-enfermagem/noticias/mulheres-cuidam-mais-da-saude>. Acesso em 29 nov. 2023.

NASCIMENTO, Elaine; ARAUJO, Fábio; GOMES, Romeu. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2007, p. 565-574.

OLIVEIRA, Anderson Silva. **Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil.** Espírito Santo: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2019, p.69-79.

OLIVEIRA, Gilka Lopes Moreira. **A política de reajuste dos planos de saúde: discussões sobre a alteração da metodologia de reajuste dos planos individuais/familiares no âmbito da ANS.** Brasília: 1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018.

O aumento da adesão aos planos de saúde frente a pandemia de COVID-19. Jusbrasil. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-aumento-da-adesao-aos-planos-de-saude-frente-a-pandemia-de-covid-19/1548990664>. Acesso em: 28 out. 2023.

OPERADORAS com registro ativo. ANS Tabnet. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet\\_03a.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_03a.def). Acesso em: 18 ago. 2023.

PIRÂMIDE ETÁRIA. Educa IBGE. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em 18 ago. 2023.

PLANO de saúde sobe 42% e idoso vai à Justiça pela 3ª vez: 'Absurdo'. Uol. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2023/02/15/reajuste-abusivo-plano-de-saude.htm>. Acesso em 20 set. 2023.

PLANOS de saúde: 70% das operadoras de contratos individuais tiveram prejuízo em 2022. O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/noticia/2023/06/planos-de-saude-70percent-das-operadoras-de-contratos-individuais-tiveram-prejuizo-em-2022.ghtml>. Acesso em 20 set. 2023.

PLANOS de saúde são mais frequentes no Sudeste. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-06/planos-de-saude-sao-mais-frequentes-no-sudeste-brasileiro>. Acesso em 28 de nov. 2023.

PUCRS Data Social: 2,8 milhões de idosos vivem abaixo da linha de pobreza no Brasil. PUCRS. Disponível em: <https://www.pucrs.br/blog/idosos-pobres-no-brasil/>. Acesso em 10 out. 2023.

REAJUSTE de 9,63% nos preços dos planos de saúde individual e familiar afeta quase 9 milhões de usuários. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2023/06/12/reajuste-de-963percent-nos-precos-dos-planos-de-saude-individual-e-familiar-afeta-quase-9-milhoes-de-usuarios.ghtml>. Acesso em 20 set. 2023.

REAJUSTES abusivos em convênios prejudicam idosos. Abril. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/coluna/seus-direitos-na-saude/reajustes-abusivos-em-convenios-prejudicam-idosos>. Acesso em 20 set. 2023.

REIS, Carlos Octávio Ocké. **O Estado e os Planos de Saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, 2000.

RESOLUÇÃO normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007. ANS. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2007/res0162\\_17\\_10\\_2007.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2007/res0162_17_10_2007.html). Acesso em 20 de set. de 2023.

SANTIN, Valter Foletto. **Controle judicial da segurança pública: eficiência do serviço na prevenção e repressão do crime**. São Paulo: RT, 2004.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. **A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007.

SCHULTZ, Theodore William. **Investment in human beings**. Journal of Political Economy, 1962.

SCHULTZ, Theodore William. **O capital humano: investimentos em educação e pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p.16-53.

SIMON, Leticia Coelho. **Desafio: Concretização do Direito à Saúde Pública no Brasil**. CONASS, 2015.

SINOPSE do Censo demográfico 2010. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censo2010/apps/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em 13 out. 2023.

VARIAÇÃO da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário. ANS. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>. Acesso em 20 set. 2023.

VIACAVA, Francisco; BAHIA, Lígia. **Assistência Médico-Sanitária: Os serviços de saúde segundo o IBGE**. Revista DADOS/RADIS, 1996, p. 3-30.

VIANNA, Giomar; LIMA, Jandir Ferrera de. **Capital humano e crescimento econômico**. Campo Grande: Interações, 2010, p.137-148.

VIANNA, Luís Werneck. **Política social e transição democrática: o caso do INAMPs**. Rio de Janeiro: Iuperj, 1989.

VILAÇA, Danylo Santos Silva; FILHO, Moacyr Rey Filho. **A Saúde para além do Artigo 196 da Constituição de 1988**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2018. p. 56-67.

ZIROLDO, Rodrigo Romera t al. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2013.

## APÊNDICE

**Tabela A.1 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar por faixa etária entre 2000 e 2021**

<b>Anos</b>	<b>Adesão 00 a 18 anos</b>	<b>Adesão 19 a 23 anos</b>	<b>Adesão 24 a 28 anos</b>	<b>Adesão 29 a 33 anos</b>	<b>Adesão 34 a 38 anos</b>	<b>Adesão 39 a 43 anos</b>	<b>Adesão 44 a 48 anos</b>	<b>Adesão 49 a 53 anos</b>	<b>Adesão 54 a 58 anos</b>	<b>Adesão acima de 59 anos</b>	<b>Adesão Total</b>
2000	13,75%	15,32%	17,55%	19,59%	22,00%	22,44%	23,34%	22,72%	22,33%	22,41%	<b>17,80%</b>
2001	13,63%	15,91%	17,73%	19,60%	21,69%	22,23%	23,11%	22,70%	22,15%	22,25%	<b>17,81%</b>
2002	13,39%	15,87%	17,85%	19,25%	21,09%	21,94%	22,75%	22,43%	21,99%	21,96%	<b>17,63%</b>
2003	13,45%	14,00%	13,14%	19,51%	20,62%	21,85%	22,54%	22,68%	22,21%	22,19%	<b>17,13%</b>
2004	14,16%	16,57%	19,58%	20,47%	20,95%	22,41%	22,87%	23,11%	22,73%	22,56%	<b>18,48%</b>
2005	14,62%	17,30%	21,24%	21,63%	21,59%	22,84%	22,88%	23,56%	22,96%	22,75%	<b>19,14%</b>
2006	15,26%	17,71%	22,54%	22,77%	22,53%	23,40%	23,43%	24,08%	23,64%	23,14%	<b>19,89%</b>
2007	15,87%	18,61%	23,84%	24,32%	23,64%	24,07%	24,31%	6,39%	15,88%	28,90%	<b>18,07%</b>
2008	16,50%	19,90%	25,04%	26,02%	24,94%	24,47%	25,15%	25,27%	25,17%	24,07%	<b>21,70%</b>
2009	17,06%	19,79%	25,08%	26,83%	25,42%	24,40%	25,29%	25,14%	25,18%	24,20%	<b>22,05%</b>
2010	18,17%	20,77%	25,94%	28,88%	26,71%	25,20%	25,90%	25,39%	25,63%	24,48%	<b>23,05%</b>
2011	18,48%	20,98%	26,14%	30,16%	27,53%	25,80%	25,88%	25,28%	25,43%	24,31%	<b>23,40%</b>
2012	19,32%	21,53%	26,91%	31,30%	28,88%	26,58%	26,04%	25,67%	25,49%	24,25%	<b>24,10%</b>
2013	20,16%	21,88%	27,50%	31,71%	30,03%	27,53%	26,03%	26,13%	25,63%	24,56%	<b>24,73%</b>
2014	20,63%	21,78%	27,15%	31,78%	31,05%	28,10%	26,02%	26,45%	25,68%	24,76%	<b>25,04%</b>
2015	20,14%	20,42%	25,35%	29,89%	30,75%	27,32%	25,14%	25,54%	24,69%	24,39%	<b>24,21%</b>
2016	19,57%	18,92%	23,39%	27,90%	30,03%	26,46%	24,24%	24,23%	23,57%	23,84%	<b>23,23%</b>
2017	19,51%	18,13%	22,26%	27,12%	29,64%	26,41%	23,74%	23,24%	22,92%	23,39%	<b>22,79%</b>
2018	19,62%	17,76%	21,50%	26,69%	29,10%	26,71%	23,84%	22,46%	22,55%	23,09%	<b>22,59%</b>
2019	19,72%	17,57%	21,07%	25,93%	28,65%	27,06%	23,75%	21,80%	22,15%	22,61%	<b>22,38%</b>
2020	19,90%	17,40%	20,96%	25,63%	28,30%	28,03%	24,02%	21,71%	21,85%	22,32%	<b>22,40%</b>
2021	20,42%	18,35%	21,90%	26,02%	28,64%	29,45%	24,97%	22,29%	21,74%	22,13%	<b>22,94%</b>

Fonte: ANS.

Tabela A.2 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar das beneficiárias do gênero feminino por faixa etária entre 2000 e 2021

Anos	Adesão 00 a 18 anos	Adesão 19 a 23 anos	Adesão 24 a 28 anos	Adesão 29 a 33 anos	Adesão 34 a 38 anos	Adesão 39 a 43 anos	Adesão 44 a 48 anos	Adesão 49 a 53 anos	Adesão 54 a 58 anos	Adesão acima de 59 anos	Adesão Total
2000	13,80%	16,57%	19,57%	21,45%	23,38%	26,42%	24,65%	24,51%	24,40%	24,59%	<b>18,96%</b>
2001	13,68%	17,13%	19,72%	21,53%	23,11%	25,81%	24,44%	24,45%	24,22%	24,37%	<b>18,98%</b>
2002	13,40%	16,99%	19,70%	21,08%	22,41%	24,73%	23,96%	23,96%	23,97%	24,04%	<b>18,74%</b>
2003	13,48%	14,57%	14,11%	21,31%	21,99%	23,98%	23,78%	24,20%	24,16%	24,24%	<b>18,13%</b>
2004	14,20%	17,52%	21,27%	22,24%	22,36%	24,14%	24,05%	24,60%	24,69%	24,68%	<b>19,60%</b>
2005	14,69%	18,29%	22,95%	23,35%	22,95%	24,60%	24,00%	25,01%	24,80%	24,93%	<b>20,26%</b>
2006	15,35%	18,65%	24,25%	24,43%	23,90%	25,49%	24,53%	25,43%	25,36%	25,37%	<b>21,02%</b>
2007	15,96%	19,36%	25,37%	25,79%	24,84%	26,41%	25,19%	3,97%	12,82%	38,41%	<b>16,84%</b>
2008	16,57%	20,57%	26,36%	27,33%	25,97%	27,61%	25,86%	26,16%	26,38%	26,17%	<b>22,62%</b>
2009	17,13%	20,65%	26,54%	28,24%	26,47%	28,23%	25,98%	25,94%	26,33%	26,24%	<b>23,00%</b>
2010	18,23%	21,49%	27,28%	30,29%	27,69%	29,76%	26,54%	26,07%	26,67%	26,46%	<b>23,95%</b>
2011	18,54%	21,63%	27,40%	31,55%	28,43%	31,01%	26,41%	25,85%	26,29%	26,18%	<b>24,24%</b>
2012	19,39%	22,11%	28,32%	32,78%	29,82%	33,06%	26,57%	26,19%	26,26%	26,07%	<b>24,95%</b>
2013	20,24%	22,58%	29,11%	33,32%	31,11%	34,93%	26,65%	26,66%	26,37%	26,32%	<b>25,63%</b>
2014	20,75%	22,67%	28,97%	33,60%	32,31%	36,48%	26,75%	27,04%	26,38%	26,49%	<b>26,03%</b>
2015	20,27%	21,51%	27,35%	31,87%	32,19%	36,34%	25,94%	26,24%	25,44%	26,10%	<b>25,29%</b>
2016	19,70%	20,08%	25,43%	29,97%	31,60%	35,45%	25,13%	25,03%	24,41%	25,54%	<b>24,36%</b>
2017	19,58%	19,19%	24,18%	29,18%	31,18%	34,61%	24,54%	23,95%	23,68%	25,01%	<b>23,85%</b>
2018	19,67%	18,68%	23,30%	28,76%	30,61%	33,54%	24,55%	23,14%	23,24%	24,67%	<b>23,61%</b>
2019	19,74%	18,38%	22,77%	27,94%	30,09%	32,50%	24,31%	22,37%	22,76%	24,08%	<b>23,31%</b>
2020	19,93%	18,19%	22,62%	27,65%	29,69%	31,59%	24,47%	22,20%	22,42%	23,81%	<b>23,31%</b>
2021	20,43%	19,11%	23,52%	27,98%	30,02%	31,40%	25,27%	22,65%	22,22%	23,57%	<b>23,79%</b>

Fonte: ANS.

Tabela A.3 – Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar dos beneficiários do gênero masculino por faixa etária entre 2000 e 2021

Anos	Adesão 00 a 18 anos	Adesão 19 a 23 anos	Adesão 24 a 28 anos	Adesão 29 a 33 anos	Adesão 34 a 38 anos	Adesão 39 a 43 anos	Adesão 44 a 48 anos	Adesão 49 a 53 anos	Adesão 54 a 58 anos	Adesão acima de 59 anos	Adesão Total
2000	13,71%	14,07%	15,47%	17,66%	20,54%	21,23%	21,95%	20,82%	20,07%	19,76%	<b>16,60%</b>
2001	13,58%	14,68%	15,69%	17,58%	20,18%	20,96%	21,70%	20,84%	19,88%	19,66%	<b>16,59%</b>
2002	13,38%	14,76%	15,96%	17,34%	19,70%	20,76%	21,46%	20,79%	19,83%	19,42%	<b>16,49%</b>
2003	13,42%	13,43%	12,14%	17,62%	19,17%	20,64%	21,22%	21,04%	20,07%	19,66%	<b>16,08%</b>
2004	14,12%	15,62%	17,86%	18,63%	19,48%	21,18%	21,60%	21,49%	20,57%	19,96%	<b>17,33%</b>
2005	14,55%	16,32%	19,50%	19,84%	20,16%	21,66%	21,67%	21,98%	20,92%	20,06%	<b>17,97%</b>
2006	15,18%	16,77%	20,80%	21,04%	21,08%	22,26%	22,26%	22,61%	21,73%	20,41%	<b>18,72%</b>
2007	15,79%	17,86%	22,28%	22,78%	22,37%	23,14%	23,38%	23,58%	22,68%	20,98%	<b>19,72%</b>
2008	16,43%	19,23%	23,69%	24,66%	23,86%	23,66%	24,39%	24,31%	23,83%	21,47%	<b>20,74%</b>
2009	16,99%	18,94%	23,60%	25,36%	24,33%	23,56%	24,54%	24,27%	23,90%	21,67%	<b>21,05%</b>
2010	18,10%	20,06%	24,59%	27,42%	25,67%	24,41%	25,22%	24,64%	24,46%	22,02%	<b>22,11%</b>
2011	18,42%	20,34%	24,85%	28,73%	26,59%	25,05%	25,31%	24,64%	24,47%	21,98%	<b>22,52%</b>
2012	19,25%	20,96%	25,49%	29,78%	27,89%	25,82%	25,46%	25,09%	24,63%	21,99%	<b>23,22%</b>
2013	20,08%	21,18%	25,87%	30,04%	28,91%	26,72%	25,37%	25,56%	24,81%	22,37%	<b>23,80%</b>
2014	20,52%	20,91%	25,31%	29,91%	29,73%	27,20%	25,24%	25,80%	24,91%	22,59%	<b>24,01%</b>
2015	20,01%	19,34%	23,33%	27,87%	29,25%	26,31%	24,28%	24,77%	23,85%	22,26%	<b>23,08%</b>
2016	19,45%	17,77%	21,33%	25,79%	28,40%	25,40%	23,28%	23,36%	22,64%	21,72%	<b>22,05%</b>
2017	19,44%	17,09%	20,32%	25,03%	28,03%	25,46%	22,89%	22,46%	22,07%	21,35%	<b>21,68%</b>
2018	19,57%	16,86%	19,68%	24,58%	27,53%	25,80%	23,07%	21,73%	21,78%	21,11%	<b>21,53%</b>
2019	19,69%	16,77%	19,38%	23,89%	27,17%	26,20%	23,16%	21,18%	21,46%	20,75%	<b>21,40%</b>
2020	19,88%	16,64%	19,30%	23,59%	26,86%	27,21%	23,53%	21,17%	21,22%	20,45%	<b>21,45%</b>
2021	20,41%	17,62%	20,28%	24,04%	27,23%	28,69%	24,64%	21,90%	21,21%	20,31%	<b>22,05%</b>

Fonte: ANS.