


Acesso a planos de saúde na região metropolitana de Manaus em 2015: estudo transversal de base populacional*


doi: 10.5123/S1679-49742020000100001

Access to private health insurance in the metropolitan region of Manaus, AM, Brazil, in 2015: a cross-sectional population-based study

Acceso a planes de salud en la región metropolitana de Manaus, AM, Brasil, en 2015: estudio transversal de base poblacional

Douglas Borges da Costa Filho¹ -  orcid.org/0000-0002-3227-2508

Taís Freire Galvão² -  orcid.org/0000-0003-2072-4834

Silvana Márcia Bruschi Kelles³ -  orcid.org/0000-0003-3871-0238

Marcus Tolentino Silva⁴ -  orcid.org/0000-0002-7186-9075

¹Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Medicina, Manaus, AM, Brasil

²Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Campinas, SP, Brasil

³Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴Universidade de Sorocaba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Sorocaba, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar a frequência e fatores associados à cobertura por planos privados de saúde na região metropolitana de Manaus, AM, Brasil. **Métodos:** estudo transversal de base populacional realizado em 2015, por meio de entrevista domiciliar; as razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança ($IC_{95\%}$) foram calculadas pela regressão de Poisson, com variância robusta ajustada por sexo e faixa etária. **Resultados:** foram entrevistados 4.001 indivíduos, dos quais 13% ($IC_{95\%}$ 12,0 a 14,1%) tinham plano de saúde; maior cobertura por planos foi observada entre militares (RP=3,18 – $IC_{95\%}$ 1,64;6,15), empregados dos setores privado (RP=1,91 – $IC_{95\%}$ 1,46;2,52) e público (RP=1,75 – $IC_{95\%}$ 1,23;2,49); a cobertura por planos de saúde foi menor entre pessoas mais pobres (RP=0,21 – $IC_{95\%}$ 0,13;0,33) e de menor escolaridade (RP=0,66 – $IC_{95\%}$ 0,46;0,99). **Conclusão:** a frequência de planos de saúde foi baixa e associou-se a melhor poder aquisitivo, escolaridade e situação de trabalho.

Palavras-chave: Planos de Pré-Pagamento em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Estudos Transversais.

*Estudo financiado com recursos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) – Processos nº 404990/2013-4 e nº 448093/2014-6.

Endereço para correspondência:

Marcus Tolentino Silva – Universidade de Sorocaba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Rod. Raposo Tavares, km 92,5, Cidade Universitária Aldo Vanucchi, Sorocaba, SP, Brasil. CEP: 18023-000
E-mail: marcusts@gmail.com

Introdução

Na condição de um direito constitucional e um dever do Estado no Brasil, o país deve propiciar o acesso universal e igualitário à saúde a mais de 200 milhões de cidadãos. De forma complementar, a Legislação faculta ao mercado atuar de distintas maneiras, como, por exemplo, pelos planos ou seguros de saúde privados. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) baseie-se nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, problemas econômicos, administrativos e culturais impedem que seu papel seja inteiramente cumprido, mesmo diante do grande esforço empreendido pela sociedade para viabilizar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.¹ Deste modo, como meio de sanar as carências deixadas pelo poder público, parte dos usuários vê nos convênios e serviços privados uma saída que garante seu acesso à assistência à saúde.²

A região Norte do país, mais pobre e menos desenvolvida, conta com a menor proporção de cobertura por planos de saúde privados

As discrepâncias observadas na utilização de planos privados de saúde incitam investigação.³ É importante conhecer de que maneira a demanda se organiza e sua relação com os postos de trabalho ou com a renda dos usuários. Parcela significativa dos clientes é constituída por funcionários de empresas, sejam públicas ou privadas, que oferecem tal benefício a seus trabalhadores mediante recursos do SUS.² Entretanto, verifica-se maior proporção de usuários de planos de saúde à medida que aumenta seu poder aquisitivo ou nível socioeconômico.⁴

O crescimento dos planos de saúde é pontuado por situações político-institucionais específicas. As Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, também são relevantes nesse contexto.^{5,6} A primeira dispõe sobre os planos e serviços privados em saúde, e a segunda, criada posteriormente, subordina os mesmos planos e serviços à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A expansão do mercado em saúde, no cenário de um sistema único e público que tem como um de seus princípios básicos a universalização, carece de

evidências. Discrepâncias regionais no acesso a planos de saúde são evidentes. A região Norte do país, mais pobre e menos desenvolvida, conta com a menor proporção de cobertura por planos de saúde privados.⁷

O presente estudo teve como objetivo analisar a frequência e fatores associados à cobertura por planos privados de saúde na região metropolitana de Manaus, estado do Amazonas, Norte do Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo transversal de base populacional, realizado na região metropolitana de Manaus de maio a agosto de 2015. A presente análise faz parte de uma pesquisa maior, com o propósito de avaliar o uso de insumos e serviços de saúde na região.⁸

Criada por meio da Lei Complementar nº 52, de 30 de maio de 2007, a região metropolitana de Manaus é composta por oito municípios: Manaus, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva.⁹ Em 2010, a população metropolitana somava, entre seus oito municípios, 2.106.322 habitantes, dos quais 1.802.014 residentes na capital, Manaus, o que a torna uma das principais aglomerações urbanas da região Norte do país.¹⁰ Naquele mesmo ano, o índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) da região metropolitana de Manaus foi calculado em 0,720, considerado elevado:¹¹ Manaus ficou em antepenúltimo lugar entre as 24 regiões metropolitanas brasileiras, abaixo da média nacional de IDH; e alguns de seus municípios, quando avaliados individualmente, encontravam-se no estrato de desenvolvimento humano baixo.¹¹

Foram considerados elegíveis para o estudo indivíduos adultos, com idade maior ou igual a 18 anos. Calculou-se a amostra em 4.000 pessoas, a partir de uma estimativa de 50% de utilização de insumos e serviços de saúde, com nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 2% e efeito de desenho de 1,5; decidiu-se por uma adição de 10% à amostra, para compensar eventuais perdas ou recusas. O processo de amostragem ocorreu em três estágios: (i) sorteio do setor censitário, (ii) seleção sistemática do domicílio e (iii) sorteio do participante presente no domicílio a partir de cotas predefinidas de sexo e idade.⁸

O estudo tomou como variável dependente ser usuário de plano de saúde privado. As variáveis in-

dependentes foram levantadas mediante entrevistas com os indivíduos contemplados na amostra:

- a) sexo (masculino; feminino);
- b) faixa etária (em anos: 18-24, 25-34, 35-44, 45-59, 60 ou mais);
- c) escolaridade (ensino superior completo, até ensino médio completo, até ensino fundamental ou sem instrução [menos que ensino fundamental]);
- d) raça/cor da pele, autodeclarada (branca, preta, amarela, parda ou indígena);
- e) classificação econômica (A, B1, B2, C1, C2, D-E, onde A corresponde ao extrato mais rico, e D-E, ao mais pobre);
- f) local de residência (capital; interior);
- g) estado de saúde, autorreferido (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim);
- h) ocupação (não trabalha, estudante, aposentado, trabalhador doméstico, militar, empregado do setor privado, empregado do setor público, empregador, conta própria [autônomo], dona de casa, outra); e

Entre os usuários de plano de saúde:

- i) avaliação do plano de saúde (muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim ou nunca usou); e
- j) tempo de contratação (até 6 meses, entre 6 meses e 1 ano, entre 1 e 2 anos, mais de 2 anos).

As entrevistas ocorreram face a face. Os questionários foram preenchidos e os dados coletados, registrados em tablets (Tab3 SM-T110 Samsung® Galaxy) sobre a plataforma do aplicativo Survey To Go (Dooblo Ltd, Israel), logo transmitidos ao servidor da pesquisa via internet. A abordagem foi realizada por 14 entrevistadores com experiência em inquéritos populacionais, treinados para a presente pesquisa.

O desfecho foi mensurado pela seguinte pergunta:

“Você tem algum plano de saúde médico, particular, de empresa ou órgão público?”

Caso a resposta fosse positiva, perguntou-se:

“Há quanto tempo, sem interrupção, você possui esse plano de saúde?”

A esta segunda pergunta correspondiam as seguintes opções de resposta: até 6 meses; entre 6 meses e 1 ano; entre 1 e 2 anos; ou mais de 2 anos.

Também foi solicitada a avaliação do usuário quanto ao plano por ele contratado: muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim; ou nunca usou.

A classificação econômica baseou-se no relato de itens de conforto no domicílio, escolaridade do chefe da família e nível de urbanização do local onde se encontrava a moradia, de acordo com o critério Brasil de Classificação Econômica definido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).¹²

Para conferir o grau de compreensão do questionário, na qualidade de pré-teste, foram realizadas 150 entrevistas, que vieram a compor a amostra final. O local da entrevista foi georreferenciado, visando garantir a confiabilidade dos dados. Parte da entrevista foi gravada em áudio e 20% dos entrevistados foram contatados por telefone, para auditoria das entrevistas. As aferições foram baseadas em perguntas já aplicadas em inquéritos nacionais.

Foi calculada estatística descritiva, seguida de análise bivariada para estimar a razão de prevalência (RP) da cobertura por plano de saúde segundo cada variável de estudo e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Para avaliar a associação entre os fatores sob investigação e a variável dependente, calculou-se a RP ajustada por sexo e faixa etária, utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta. Cada variável foi ajustada para sexo e faixa etária. O delineamento complexo da amostra foi considerado na análise (comando svy), tendo o setor censitário como unidade de ponderação; todas as análises foram realizadas pelo pacote estatístico Stata versão 14.2.

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM): Parecer nº 974.428/2015; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 42203615.4.0000.5020. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram convidadas 5.410 pessoas, das quais 24,3% recusaram e 1,8% não era elegível. Assim, foram incluídos 4.001 participantes, com maior frequência de jovens entre 25 e 34 anos (Tabela 1). A maioria se autodeclarou parda (72,2%), seguida pela raça/cor da pele branca (15,9%). Houve discreta predominância do sexo feminino (52,8%) na amostra. Mais da metade dos

entrevistados se enquadraram, nas classificações econômicas, entre C2 e D-E (62,7%). A maior parte considerou seu estado de saúde bom (54,3%) ou regular (27,7%). A maioria dos indivíduos residia na capital (86,9%). A frequência de cobertura por plano privado de saúde foi de 13% (IC_{95%} 12,0 a 14,1%). Os indivíduos da raça/cor branca tiveram maior cobertura por plano de saúde (16,3%) (Tabela 1).

Após os ajustes para sexo e faixa etária, possuir plano de saúde foi menos prevalente entre os indivíduos de classificação econômica mais baixa (classe D-E: RP=0,21 – IC_{95%} 0,13;0,33), quando comparados aos de maior renda, e menor também entre aqueles com nível

de escolaridade inferior (RP=0,66 – IC_{95%} 0,46;0,99), comparados àqueles com ensino superior (Tabela 2). Os militares (RP=3,18 – IC_{95%} 1,64;6,15), empregados dos setores privado (RP=1,91 – IC_{95%} 1,46;2,52) e público (RP=1,75 – IC_{95%} 1,23;2,49), tiveram maior probabilidade de possuir plano de saúde, em comparação aos que não trabalham. Mulheres (RP=1,33 – IC_{95%} 1,11;1,58) e pessoas com estado de saúde bom (RP=1,32 – IC_{95%} 1,01;1,71) apresentaram maior acesso a planos de saúde.

Entre os detentores de plano de saúde, a maioria considerou sua qualidade boa (58,0%) e a maior parte já tinha algum plano há mais de dois anos (57,0%) (Tabela 3).

Tabela 1 – Característica da amostra e frequência de cobertura por planos de saúde (n=4.001) na região metropolitana de Manaus, Amazonas, 2015

Variáveis	Total		Cobertura por planos de saúde	
	N	%	N	%
Faixa etária (em anos)				
18-24	838	20,9	109	12,8
25-34	1.152	28,8	135	11,7
35-44	843	21,1	131	15,5
45-59	772	19,3	105	13,6
≥60	396	9,9	43	10,8
Sexo				
Masculino	1.888	47,2	243	12,8
Feminino	2.113	52,8	280	13,2
Classificação econômica				
A	34	0,9	17	50,1
B1	90	2,2	35	38,9
B2	505	12,6	112	22,1
C1	862	21,5	138	15,9
C2	1.423	35,6	155	10,8
D-E	1.087	27,1	66	6,1
Escolaridade				
Ensino superior ou mais	158	4,0	49	30,8
Até ensino médio	1.903	47,5	304	15,9
Até ensino fundamental	649	29,7	67	10,2
Menos que ensino fundamental	1.291	18,8	103	8,0
Raça/cor da pele (autodeclarada)				
Branca	636	15,9	104	16,3
Preta	300	7,5	41	13,6
Amarela	138	3,5	16	11,5
Parda	2.886	72,2	357	12,3
Indígena	41	1,0	5	12,0

continua

Tabela 1 – Característica da amostra e frequência de cobertura por planos de saúde (n=4.001) na região metropolitana de Manaus, Amazonas, 2015

Variáveis	Total		Cobertura por planos de saúde	
	N	%	N	%
Estado de saúde (autorreferido)				
Muito bom	471	11,9	57	12,0
Bom	2.175	54,3	328	15,0
Regular	1.108	27,7	117	10,5
Ruim	193	4,9	19	9,8
Muito ruim	54	1,4	2	3,7
Local de residência				
Capital	3.479	86,9	452	13,0
Interior	522	13,2	71	13,2
Ocupação				
Não trabalha	577	14,4	63	11,2
Estudante	360	9,0	51	14,1
Aposentado	315	7,9	33	11,1
Trabalhador doméstico	45	1,1	2	4,4
Militar	12	0,3	7	58,3
Empregado do setor privado	549	13,7	132	24,6
Empregado do setor público	164	4,1	50	30,2
Empregador	36	0,9	8	22,3
Conta própria (autônomo)	1.104	27,7	81	7,4
Dona de casa	839	20,9	88	10,5
Outra	41	1,0	8	19,5

Discussão

Pouco mais de um décimo da população da região metropolitana de Manaus contava com a cobertura de algum plano de saúde em 2015. Pessoas não escolarizadas, de menor renda, sem emprego formal e homens têm menor acesso à saúde suplementar, razões por que dependem exclusivamente do SUS para assistência, proteção e recuperação de sua saúde.

Participaram da pesquisa somente os indivíduos que concordaram com ela. Cabe considerar que talvez as opiniões e possíveis respostas dos ausentes do domicílio, como das recusas, divirjam das resultantes coletadas, o que aumenta o risco de viés de seleção. A despeito dessa hipótese, o processo de amostragem probabilístico empregado, com cotas predefinidas para sexo e idade, permitiu a adequada representatividade populacional. Outra limitação do estudo residiria na aferição do desfecho por meio de entrevista, sem

comprovação objetiva. A compreensão da pergunta, a assertividade das respostas e a capacidade de memória do entrevistado, certamente, interferiram nessa aferição.

A cobertura encontrada para a região Norte se assemelha à revelada na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013,⁷ embora inferior à cobertura nacional observada pela mesma PNS 2013, de 30%; e também à estimada pela ANS para 2015, quando 26% da população brasileira contava com planos de saúde privados.¹³ Ambas as pesquisas não captaram as mudanças decorrentes da crise econômica e, por decorrência, do sistema político na sociedade brasileira, que se aprofundaram a partir de 2016. O Polo Industrial de Manaus, fonte importante de empregos regionais, tem registrado diminuição na oferta de trabalho, resultado direto do fechamento de fábricas e redução da atividade econômica. Possivelmente, o cenário atual tenha se deteriorado com o aumento do desemprego, redução

Tabela 2 – Fatores associados à cobertura por planos de saúde (n=4.001) na região metropolitana de Manaus, Amazonas, 2015

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP ^a (IC _{95%}) ^b	Valor p ^c	RP ^a (IC _{95%}) ^b	Valor p ^c
Faixa etária (em anos)^d				
18-24	1,00	0,084	1,00	0,005
25-34	0,91 (0,72;1,16)		0,94 (0,74;1,20)	
35-44	1,21 (0,95;1,53)		1,28 (0,99;1,64)	
45-59	1,06 (0,83;1,36)		1,42 (1,08;1,85)	
≥60	0,84 (0,6;1,17)		1,46 (0,98;2,19)	
Sexo^e				
Masculino	1,00	0,735	1,00	0,002
Feminino	1,03 (0,88;1,21)		1,33 (1,11;1,58)	
Classificação econômica^f				
A	1,00	<0,001	1,00	<0,001
B1	0,78 (0,51;1,19)		0,89 (0,58;1,38)	
B2	0,44 (0,30;0,64)		0,57 (0,38;0,84)	
C1	0,32 (0,22;0,46)		0,45 (0,30;0,66)	
C2	0,22 (0,15;0,31)		0,32 (0,22;0,48)	
D-E	0,12 (0,08;0,18)		0,21 (0,13;0,33)	
Escolaridade^f				
Ensino superior ou mais	1,00	<0,001	1,00	0,043
Até ensino médio	0,52 (0,40;0,67)		0,85 (0,64;1,12)	
Até ensino fundamental	0,33 (0,24;0,46)		0,68 (0,47;0,97)	
Menos que ensino fundamental	0,26 (0,19;0,35)		0,66 (0,46;0,99)	
Raça/cor da pele (autodeclarada)^f				
Branca	1,00	0,108	1,00	0,474
Preta	0,84 (0,60;1,17)		0,92 (0,67;1,28)	
Amarela	0,71 (0,43;1,16)		0,78 (0,49;1,24)	
Parda	0,76 (0,62;0,93)		0,84 (0,69;1,02)	
Indígena	0,74 (0,32;1,72)		0,82 (0,32;2,10)	
Estado de saúde (autorreferido)^f				
Muito bom	1,00	0,001	1,00	0,011
Bom	1,25 (0,96;1,63)		1,32 (1,01;1,71)	
Regular	0,88 (0,65;1,18)		1,00 (0,73;1,36)	
Ruim	0,81 (0,50;1,33)		0,97 (0,59;1,60)	
Muito ruim	0,31 (0,02;1,23)		0,43 (0,11;1,76)	
Local de residência^f				
Capital	1,00	0,894	1,00	0,743
Interior	1,02 (0,80;1,28)		1,04 (0,81;1,33)	

a) RP: razão de prevalência.

b) IC95%: intervalo de confiança de 95%.

c) Teste de Wald.

d) ajustada por sexo.

e) ajustada por faixa etária.

f) ajustada por sexo e faixa etária.

continua

continuação

Tabela 2 – Fatores associados à cobertura por planos de saúde (n=4.001) na região metropolitana de Manaus, Amazonas, 2015

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP ^a (IC _{95%}) ^b	Valor p ^c	RP ^a (IC _{95%}) ^b	Valor p ^c
Ocupação^f				
Não trabalha	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Estudante	1,27 (0,90;1,79)		1,16 (0,81;1,67)	
Aposentado	0,95 (0,64;1,42)		0,96 (0,62;1,48)	
Trabalhador doméstico	0,41 (0,10;1,63)		0,44 (0,11;1,74)	
Militar	5,23 (3,07;8,91)		3,18 (1,64;6,15)	
Empregado do setor privado	2,19 (1,66;2,89)		1,91 (1,46;2,52)	
Empregado do setor público	2,71 (1,95;3,76)		1,75 (1,23;2,49)	
Empregador	2,00 (1,04;3,84)		1,62 (0,87;3,02)	
Conta própria (autônomo)	0,66 (0,48;0,90)		0,63 (0,46;0,86)	
Dona de casa	0,94 (0,69;1,28)		0,89 (0,65;1,21)	
Outra	1,75 (0,90;3,41)		1,44 (0,75;2,77)	

a) RP: razão de prevalência

b) IC95%: intervalo de confiança de 95%

c) Teste de Wald

d) ajustada por sexo

e) ajustada por faixa etária

f) ajustada por sexo e faixa etária

proporcional na participação dos planos privados no cenário da Saúde e consequente diminuição da proteção social que representavam.¹⁴

Um estudo de coorte, realizado com 2.143 idosos do município de São Paulo, entre 2000 e 2006, observou que os idosos sem plano de saúde tiveram maior tempo de espera, menos exames realizados, menos ações para prevenção/diagnóstico de neoplasias e mais episódios de queda.¹⁵ Entre os usuários de plano de saúde, observa-se maior acesso a serviços de saúde e programas de medicina preventiva.¹⁶⁻¹⁸ A baixa cobertura observada na região, somada a maior demanda de assistência pelo SUS e ao teto de gastos estabelecido para a Saúde Pública, representam risco para essa população.¹⁹ A desestruturação da Atenção Básica, mediante políticas de redução das equipes, compromete a continuidade da assistência prestada a esse público no âmbito do SUS.²⁰

Não se observou associação entre faixa etária e ter plano de saúde. Não obstante, um estudo avaliativo da cobertura por plano de saúde em população atendida pela Estratégia Saúde da Família concluiu que indivíduos nas faixas etárias de 15 a 24 anos e 65 anos ou mais tinham mais cobertura por planos de saúde.²¹

A cobertura por planos de saúde foi maior entre mulheres. Este resultado é semelhante ao observado em Pelotas/RS, em 2007 e 2008.²¹ A crescente participação da mulher na renda familiar e sua melhor atenção com as questões da saúde, provavelmente, influenciaram o achado.

Renda e escolaridade foram diretamente proporcionais à disposição de plano de saúde. Estado de saúde bom, relatado por mais da metade dos participantes, também se mostrou associado ao fato de se contar com a assistência de plano de saúde. Tais resultados corroboram os observados na PNS 2013⁷ e revelam maior acesso e melhor estado de saúde entre pessoas de melhores condições socioeconômicas. As desigualdades sociais afetam diretamente o estado de saúde e o uso de serviços pela população,^{22,23} e seu enfrentamento deve ser priorizado, para melhoria da situação de saúde do brasileiro.

Pessoas com emprego formal apresentaram maior cobertura de planos de saúde privados, que associação tem raízes históricas. Antes da Constituição Federal de 1988, os serviços públicos de saúde estavam disponíveis apenas para trabalhadores formais.²⁴ Após a instituição do SUS, os empregados, ademais do

Tabela 3 – Avaliação e tempo de contratação do plano de saúde pelos usuários (n=523) na região metropolitana de Manaus, Amazonas, 2015

Variáveis	Frequência (%)
Avaliação do plano de saúde	
Muito bom	12,2
Bom	58,0
Regular	22,1
Ruim	3,8
Muito ruim	2,7
Nunca usou	1,2
Tempo de contratação	
Até 6 meses	15,8
Entre 6 meses e 1 ano	15,5
Entre 1 e 2 anos	11,7
Mais de 2 anos	57,0

direito à Saúde Pública garantido, puderam permanecer com a segurança da saúde privada, concedida coletivamente por seus empregos e financiada com recursos do próprio SUS, mediante renúncia fiscal.² Tais privilégios e discrepâncias perpetuaram-se.²⁵

A menor parte da população da região metropolitana de Manaus apresentou cobertura por planos de saúde. A cobertura da saúde privada foi maior entre os mais favorecidos social e economicamente.

Referências

- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 May [cited 2019 Oct 9];377(9779):1778-97. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
- Bahia L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): a necessary but insufficient transition. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 Aug [cited 2019 Oct 9];34(7):e00067218. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00067218
- Viacava F, Souza-Júnior PRBd, Szwarcwald CL. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2019 Oct 9];21:S119-S28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/13.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2005000700013
- Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [citado 2019 out 9];5(1):133-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232000000100012
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 1998 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 1998 jun 4 [citado 2019 out 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm

Contribuição dos autores

Galvão TF e Silva MT delinearão a pesquisa. Filho DBC e Silva MT analisaram, interpretaram os dados e elaboraram as versões preliminares do manuscrito. Galvão TF e Kelles SMB interpretaram os dados e realizaram revisão crítica relevante no conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram sua versão final e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2000 jan 29 [citado 2019 out 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm
7. Malta DC, Rizzato Stopa S, Azeredo Pereira C, Landmann Szwarcwald C, Oliveira M, dos Reis AC. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 jan [citado 2019 out 9];22(1):179-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0179.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232017221.16782015
8. Silva MT, Galvao TF. Use of health services among adults living in Manaus Metropolitan Region, Brazil: population-based survey, 2015. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2017 Oct-Dec [cited 2019 Oct 9];26(4):725-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/en_2237-9622-ress-s1679-49742017000400005.pdf. doi: 10.5123/S1679-49742017000400005
9. Amazonas (BR). Lei Complementar Estadual nº 52 de 30 de maio de 2007 [Internet]. Diário Oficial do Estado do Amazonas, Manaus (AM), 2007 dez 27, n. 31.251. Disponível em: <http://fnembrasil.org/wp-content/uploads/2017/10/RM-MANAU-Lei-Complementar-59.pdf>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico de 2010: Amazonas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2019 out 9]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=13&dados=4>
11. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. 2013 [Internet]. [S.L.]; 2016 [citado 2019 out 9]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/perguntas_frequentes/
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2015 [citado 2019 out 9]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
13. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Saúde suplementar em números [Internet]. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2015 [citado 2019 out 9]. Disponível em: http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=754&id_tipo=14
14. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. Lancet [Internet]. 2018 Sep [cited 2019 Oct 9];392(10149):731-2. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30853-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30853-5/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(18)30853-5
15. Hernandes ES, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JLE. Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2019 out 9];46(6):1030-8. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v46n6/13.pdf.
16. Garcia-Subirats I, Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, et al. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. Int J Equity Health [Internet]. 2014 Jan [cited 2019 oct 9];13(1):10. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-10>
17. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. BMC Public Health [Internet]. 2015 Nov [cited 2019 Oct 9];15(1):1172. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2505-8>. doi: 10.1186/s12889-015-2505-8
18. Oliveira KRD, Liberal MMC, Zucchi P. Application of preventive medicine resources in the health insurance system. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 Oct-Dec [cited 2019 Oct 9];13(4):600-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/1679-4508-eins-13-4-0600.pdf>. doi: 10.1590/S1679-45082015GS3453
19. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. Lancet [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Oct 9];388(10047):867-8. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31428-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31428-3/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(16)31428-3
20. Morosini MVGC, Fonseca AF. Reviewing the Brazilian national primary healthcare policy at such a time? Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Oct 9];33(1):e00206316. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/en_1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf. doi: 10.1590/0102-311x00206316
21. Fontenelle LE, Camargo MJB, Bertoldi AD, Gonçalves H, Maciel ELN, Barros AJ. Cobertura por plano de saúde ou cartão de desconto: inquérito domiciliar na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 out [citado 2019

- out 9];33(10):e00141515. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n10/1678-4464-csp-33-10-e00141515.pdf>. doi: 10.1590/0102-311x00141515
22. Boccolini CS, Souza Junior PRB. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Oct 9];15(1):150. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0444-3>
23. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Marques AP, Almeida WS, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 Nov [cited 2019 Oct 9];15(1):141. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112675/>. doi: 10.1186/s12939-016-0432-7
24. Paim JS. The citizen constitution and the 25th anniversary of the Brazilian unified national health system (SUS). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 Oct [cited 2019 Oct 9];29(10):1927-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00099513
25. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 9];23(6):1723-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1723.pdf. doi: 10.1590/1413-81232018236.09172018

Abstract

Objective: to analyze the frequency and factors associated with coverage by health insurance in the metropolitan region of Manaus, AM, Brazil. **Method:** a cross-sectional population-based study was conducted in 2015, with data collected through a home interview; the prevalence ratios (PR) and confidence intervals (CI95%) were calculated using Poisson regression with robust variance, adjusted for sex and age. **Results:** we interviewed 4,001 individuals; 13% (95%CI – 12.0 to 14.1%) had health insurance; greater insurance coverage was observed among militaries (RP=3.18 – 95%CI 1.64;6.15), private (RP=1.91 – 95%CI 1.46;2.52) and public sector employees (RP=1.75 – 95%CI 1.23;2.49); health insurance was lower among poorer people (PR=0.21 – 95%CI 0.13;0.33), and less education (PR=0.66 – 95%CI 0.46;0.99). **Conclusion:** the frequency of health insurance was low and was associated with better socioeconomic, schooling, and work situation.

Keywords: Prepaid Health Plans; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Cross-Sectional Studies.

Resumen

Objetivo: analizar la frecuencia y los factores asociados a la cobertura por planes de salud en la región metropolitana de Manaus, AM, Brasil. **Métodos:** estudio transversal de base poblacional por entrevista domiciliar. Las razones de prevalencia (RP) e intervalo de confianza (IC95%) fueron calculadas por regresión de Poisson con varianza robusta, ajustadas por sexo y edad. **Resultados:** se entrevistaron 4.001 individuos; 13% (IC95%: 12,0 a 14,1%) tenían plan de salud; la mayor cobertura por planes fue observada entre militares (RP=3,18 – IC95% 1,64;6,15), empleados del sector privado (RP=1,91 – IC95% 1,46;2,52) y del sector público (RP=1,75 – IC95% 1,23;2,49); la cobertura fue menor en personas más pobres (RP=0,21 – IC95% 0,13;0,33) y de menor escolaridad (RP=0,66 – IC95% 0,46;0,99). **Conclusión:** la frecuencia de planes de salud fue baja y se asoció con mejor poder adquisitivo, escolaridad y situación de trabajo.

Palabras clave: Planes de Salud de Prepago; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Estudios Transversales.

Recebido em 17/11/2018
Aprovado em 12/09/2019

Editora associada: Sueli Manjourany Duro - orcid.org/0000-0001-5730-0811