

Campus Porto Velho Zona Norte
Coordenação do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EaD

MARCOS CLEMENTINO CORDEIRO

**PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E
COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS:
VIGITEL 2023**

PORTO VELHO-RO
2025

MARCOS CLEMENTINO CORDEIRO

**PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E
COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS:
VIGITEL 2023**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), Campus Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Tecnólogo, junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EaD sob a orientação da professora Dr^a Isabel Cristina Bento.

PORTO VELHO-RO
2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Cordeiro, Marcos Clementino.
Prevalência e associação entre fatores sociodemográficos e
cobertura de plano de saúde entre adultos brasileiros: Vigitel 2023 /
Marcos Clementino Cordeiro. - Porto Velho, 2025.
21 f. : il.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Isabel Cristina Bento.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em
Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. Planos de saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Desigualdade.
4. Condições socioeconômicas. 5. Acesso à saúde. I. Bento, Isabel
Cristina (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.

Bibliotecário(a) Responsável: Marlene Fouz da Silva, CRB-11/946

MARCOS CLEMENTINO CORDEIRO

**PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E
COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS:
VIGITEL 2023**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), Campus Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de Tecnólogo, junto ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública EaD sob a orientação da professora Dr^a Isabel Cristina Bento.

Aprovado em: 08/08/2025 pela banca examinadora.

Prof^a Me. Patrícia Passos Simões - Membro da Banca

Prof^a Especialista Camila Aparecida Santos - Membro da Banca

Prof^a Dr^a Isabel Cristina Bento-Orientadora

PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS BRASILEIROS: VIGITEL 2023

RESUMO: Objetivou-se verificar a prevalência da cobertura por planos de saúde entre adultos residentes nas capitais brasileiras e analisar a associação dessa cobertura com sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil. Estudo transversal, quantitativo e descritivo, com dados do Vigitel 2023, que realiza inquérito telefônico em amostra probabilística representativa de adultos (18 anos ou mais) residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Foram analisadas as variáveis: posse de plano de saúde (sim/não), sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil. A análise estatística utilizou teste Qui-quadrado para verificar associação entre variáveis, com nível de significância $p < 0,05$. Participaram 21.551 adultos. A prevalência de cobertura por plano de saúde foi de 41,07%, enquanto 58,93% não possuíam plano. Houve associação significativa entre cobertura e faixa etária, com maior cobertura entre indivíduos com 50 anos ou mais (36,5%). A escolaridade também influenciou a posse de plano, sendo maior entre pessoas com ensino médio completo ou superior incompleto (41,07%) e menor entre aqueles sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (13,57%). O estado civil mostrou associação significativa: casados ou em união estável apresentaram maior cobertura (50,91%), seguidos por solteiros (38,52%). Não houve associação significativa com o sexo. Persistem desigualdades no acesso à saúde suplementar no Brasil, fortemente influenciadas por fatores sociodemográficos como escolaridade, faixa etária e estado civil. O SUS permanece como principal sistema para a maioria, enquanto a saúde suplementar é mais acessada por indivíduos com melhores condições socioeconômicas. Políticas públicas devem focar na redução dessas disparidades para garantir o direito universal à saúde, fortalecendo o SUS e regulando adequadamente o setor suplementar.

PALAVRAS-CHAVE: planos de saúde; sistema único de saúde; desigualdade; condições socioeconômicas; acesso à saúde.

PREVALENCE AND ASSOCIATION BETWEEN SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND HEALTH INSURANCE COVERAGE AMONG BRAZILIAN ADULTS: VIGITEL 2023

ABSTRACT: This study aimed to assess the prevalence of health insurance coverage among adults living in Brazilian state capitals and to analyze its association with sex, age group, education level, and marital status. This is a cross-sectional, quantitative, and descriptive study based on data from Vigitel 2023, a telephone survey conducted with a probabilistic representative sample of adults (18 years or older) residing in Brazilian capitals and the Federal District. The variables analyzed were: possession of health insurance (yes/no), sex, age group, education level, and marital status. Statistical analysis was performed using the Chi-square test to verify associations between variables, with a significance level of $p < 0.05$. A total of 21,551 adults participated. The prevalence of health insurance coverage was 41.07%, while 58.93% did not have insurance. There was a significant association between coverage and age group, with higher coverage among individuals aged 50 or older (36.5%). Education level also influenced insurance coverage, being higher among those with

completed high school or some college education (41.07%) and lower among individuals with no education or incomplete elementary education (13.57%). Marital status showed a significant association: married individuals or those in stable unions had higher coverage (50.91%), followed by single individuals (38.52%). No significant association was found with sex. Inequities in access to supplementary health care persist in Brazil, strongly influenced by sociodemographic factors such as education, age group, and marital status. The SUS (Unified Health System) remains the main health provider for most of the population, while supplementary health care is more frequently accessed by individuals with better socioeconomic conditions. Public policies should focus on reducing these disparities to ensure the universal right to health, by strengthening the SUS and properly regulating the supplementary health sector.

KEYWORDS: health insurance; unified health system; inequality; socioeconomic conditions; access to health care.

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito universal garantido pela Constituição Brasileira de 1988 e um dos principais indicadores de desenvolvimento social de um país. No Brasil, esse acesso é garantido principalmente por dois sistemas complementares: o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, gratuito e universal, e o sistema de saúde suplementar, que abrange os planos e seguros privados de saúde (Brasil, 1988a; Santos; Úga; Porto, 2008).

O SUS busca garantir cobertura integral à população, mas enfrenta desafios como financiamento insuficiente, desigualdade regional na oferta de serviços e sobrecarga da rede pública. Por sua vez, a saúde suplementar, regulamentada pela Lei nº 9.656/1998 e fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atende principalmente à parcela da população com maior poder aquisitivo, funcionando como alternativa para reduzir filas e agilizar o atendimento (Brasil, 1998b; 2000). No entanto, a adesão aos planos de saúde é marcada por desigualdades socioeconômicas, já que fatores como renda, escolaridade, inserção no mercado formal de trabalho e local de residência influenciam fortemente a probabilidade de possuir cobertura (Malta et al., 2017; Souza Júnior et al., 2021).

Estudos mostram que a cobertura por planos de saúde no Brasil é maior entre indivíduos com maior nível de escolaridade, de faixas etárias intermediárias e pertencentes às regiões Sudeste e Sul (Malta et al., 2017; Viacava; Bellido, 2016). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 revelam que a cobertura dos planos de saúde se manteve relativamente estável nesse período, mas com persistência de importantes desigualdades entre os diferentes estratos sociais (Souza Júnior et al., 2021). Entre os principais desafios enfrentados pelo setor estão o aumento dos custos, a exclusão de pessoas com doenças preexistentes e a dificuldade de regulação e transparência nas relações entre operadoras e consumidores (Bonfada, 2015).

Entender essas desigualdades é essencial para a formulação de políticas públicas mais justas e eficazes. A análise da distribuição da cobertura de planos de saúde pode subsidiar intervenções voltadas à redução das disparidades em saúde, por meio da ampliação do acesso a serviços e da melhoria da qualidade do cuidado, especialmente em populações mais vulneráveis.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo verificar a prevalência da cobertura de plano de saúde entre adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal e analisar sua associação com sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil, utilizando os dados da pesquisa Vigitel 2023.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O acesso universal à saúde é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme definido na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Esse princípio determina que toda a população brasileira tem direito ao atendimento integral, gratuito e de qualidade em saúde, independente de sua condição socioeconômica. Contudo, o sistema público convive com a presença da saúde suplementar, composta pelos planos de saúde privados, que atendem aproximadamente 25% da população brasileira (Viacava; Bellido, 2016). Essa coexistência gera um cenário complexo, caracterizado pela segmentação do cuidado em saúde, em que o acesso aos serviços varia conforme o perfil socioeconômico dos indivíduos, revelando desigualdades estruturais que afetam diretamente a equidade na oferta e utilização dos serviços de saúde.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), o acesso à saúde suplementar por meio de planos privados é maior entre pessoas com maior escolaridade, maior renda e residentes nas regiões Sudeste e Sul, que concentram melhores condições econômicas e maior oferta de serviços. Essa distribuição desigual do acesso evidencia que a saúde suplementar não é um complemento acessível para toda a população, mas um privilégio de grupos mais favorecidos, o que reforça a necessidade de análise crítica sobre o papel das políticas públicas na redução dessas disparidades.

Além disso, estudos apontam que o estado civil é outro fator que influencia o acesso à saúde suplementar: pessoas casadas, muitas vezes inseridas em núcleos familiares com renda mais estável, têm maior probabilidade de possuir planos de saúde (Barros et al., 2011). Esse dado indica como as estruturas familiares e sociais interferem na capacidade de acesso aos serviços privados.

As desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira se refletem diretamente na saúde. Conforme Santos et al. (2008), tais disparidades manifestam-se em diferentes condições de saúde, riscos a que os indivíduos estão

expostos e acesso a recursos do sistema de saúde. Essas desigualdades afetam a capacidade de aproveitamento das inovações em saúde, além de ampliar as chances de adoecimento e mortalidade, e são observadas em todos os países, independentemente de seu nível de desenvolvimento econômico. No Brasil, tais disparidades desafiam a universalidade e integralidade prometidas pelo SUS.

Criado há quase 32 anos, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas de forma gratuita e integral. A organização dos níveis de atenção à saúde no SUS é definida pela Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, segmentada em atenção primária, secundária e terciária (Brasil, 2010). A atenção primária, oferecida principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), realiza ações de promoção, prevenção e cuidados iniciais, com destaque para a Estratégia Saúde da Família, que é a principal estratégia de ampliação do acesso e da qualidade na atenção básica (Pinto; Giovanella, 2018).

A atenção secundária e terciária compõem a atenção especializada, que engloba serviços de média e alta complexidade, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de hospitais gerais com leitos de UTI e centros especializados em áreas como oncologia, cardiologia e transplantes (Bahia, 2008). Embora o SUS tenha ampliado seu alcance e capacidade, ainda enfrenta limitações, sobretudo no acesso a consultas especializadas e nos tempos de espera para exames e procedimentos complexos. Essa realidade frequentemente leva os usuários a buscar a saúde suplementar, quando têm condições financeiras para isso (Paim, 2011).

A escolaridade se destaca como um dos principais determinantes do acesso a planos de saúde. Indivíduos com maior nível educacional, frequentemente empregados em setores formais da economia, possuem maior renda e estabilidade econômica, facilitando a contratação de planos privados (Travassos; Oliveira, 2006). O sexo também influencia o acesso: embora as mulheres utilizem mais os serviços de saúde em geral, os homens têm maior cobertura por planos privados, resultado da maior inserção masculina em empregos formais que oferecem benefícios (Barros et al., 2017). A faixa etária é outro fator importante: jovens adultos têm menor cobertura, enquanto idosos enfrentam dificuldades para manter planos devido aos custos elevados, que aumentam conforme a idade (Viacava; Bellido, 2016).

Os dados do Vigitel 2023 corroboram esses achados, mostrando que as desigualdades no acesso à saúde suplementar permanecem significativas entre grupos sociodemográficos. Populações com menor escolaridade e residentes nas regiões Norte e Nordeste apresentam menor acesso a planos privados, mesmo apresentando prevalência mais alta de doenças crônicas e condições precárias de saúde, o que agrava as vulnerabilidades existentes (Malta et al., 2020). Essa disparidade regional e socioeconômica evidencia a importância de direcionar políticas públicas para fortalecer o SUS e garantir o acesso equitativo a serviços de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961/2000 (Brasil, 2000), tem como função regular e fiscalizar o setor privado, buscando proteger os direitos dos usuários. Entretanto, persistem problemas relacionados a reajustes abusivos, falta de transparência nas condições contratuais e exclusão de usuários, que contribuem para a perpetuação das desigualdades no acesso mesmo dentro do setor privado (Brasil, 1998; Anss, 2024). Essas questões destacam a necessidade de aprimoramento da regulação e da fiscalização para que a saúde suplementar funcione como um complemento ao SUS, sem ampliar as desigualdades sociais em saúde.

No âmbito da gestão pública, o entendimento de quem tem ou não acesso aos planos de saúde é fundamental para o planejamento de políticas e programas em saúde. A utilização de dados provenientes de pesquisas nacionais, como o Vigitel, possibilita aos gestores identificar grupos mais vulneráveis e formular estratégias para reduzir desigualdades e promover maior equidade (Malta et al., 2017). Assim, o fortalecimento do SUS e o aprimoramento da regulação da saúde suplementar são imprescindíveis para o avanço na garantia do direito à saúde.

Percebe-se assim, que o acesso à saúde suplementar no Brasil está fortemente condicionado por fatores sociodemográficos, como escolaridade, faixa etária, sexo e estado civil (Barros et al., 2011; Viacava; Bellido, 2016; Travassos; Oliveira, 2006). Essas desigualdades precisam ser enfrentadas por meio de políticas públicas bem direcionadas e monitoradas por dados confiáveis, garantindo assim que o direito universal à saúde seja efetivamente cumprido, minimizando as disparidades de acesso e fortalecendo o papel do SUS como sistema único, universal e equânime.

3 METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, com dados obtidos do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do ano de 2023, disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2023).

A pesquisa utiliza uma amostragem probabilística que representa a população adulta, com 18 anos ou mais, residente em domicílios com ao menos uma linha de telefone fixo nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Em cada capital, são entrevistadas, em média, duas mil pessoas por ano, totalizando cerca de 54 mil participantes anualmente nos anos que antecederam a pandemia. A amostragem é realizada em dois estágios: no primeiro, são sorteadas cinco mil linhas telefônicas por cidade, organizadas em 25 subgrupos de 200 linhas; no segundo estágio, é selecionado aleatoriamente um adulto residente em cada domicílio para responder à entrevista (Brasil, 2023).

Foram incluídos, neste estudo, 21.551 indivíduos adultos, residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal, que apresentaram resposta para todas as variáveis analisadas.

A variável desfecho, ou seja, aquela que se pretendeu observar como resultado, foi o plano de saúde (sim, não). As variáveis explicativas, aquelas consideradas como possíveis influenciadoras da variável desfecho foram: sexo (masculino; feminino); faixa etária (18 a 29 anos; 30 a 49 anos; 50 anos ou mais), escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto; fundamental completo ou médio incompleto; médio completo ou superior incompleto; superior completo ou mais), e estado civil (solteiro; casado ou união estável; separado, divorciado ou viúvo).

Foram realizadas análises de frequências absolutas e relativas. Avaliou-se a relação da variável desfecho e as variáveis explicativas, por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson, considerando-se nível de significância de $p < 0,05$.

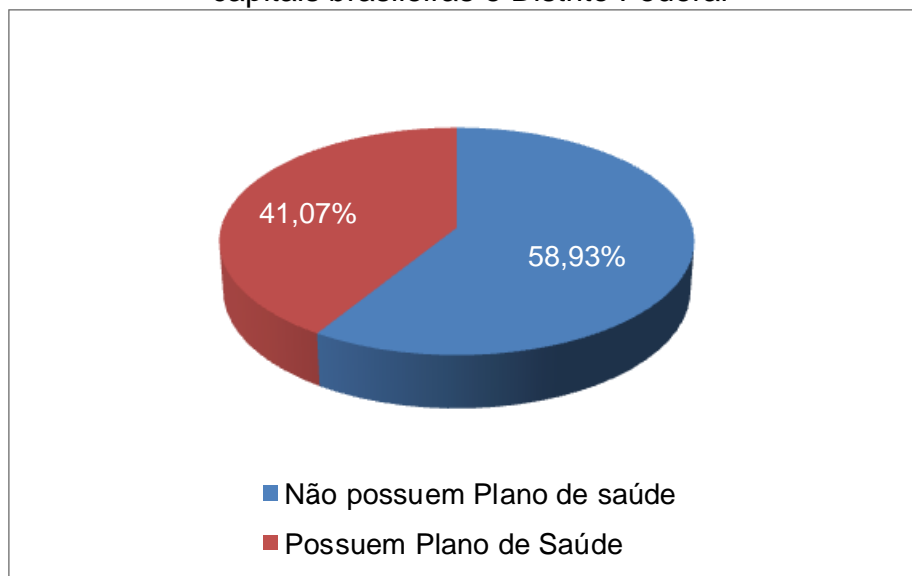
Todas as análises estatísticas foram conduzidas no *software Stata® versão 16.0* (StataCorp, College Station, TX), respeitando o desenho amostral complexo da PeNSE, incluindo estratificação, conglomerados e pesos amostrais (Brasil, 2023).

Uma vez que este estudo utilizou dados de acesso aberto, não foi necessária aprovação em um Comitê de Ética em Pesquisa, estando de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS

Observou-se uma maior prevalência de adultos que não possuíam planos de saúde nas capitais brasileira e Distrito Federal (Figura 1).

Figura 1 – Prevalência da cobertura de plano de saúde entre adultos residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal



Fonte: Vigitel (2023).

A Tabela 1 mostra a distribuição das características da amostra estudada, segundo o plano de saúde entre adultos das capitais brasileira e Distrito Federal. Verificou-se que a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (53,88%), com faixa de idade de 30 a 49 anos (40,08%), com escolaridade fundamental completo ou médio incompleto (41,34%), e que era casado ou em união estável (46,52%).

Observou-se associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a cobertura por plano de saúde ($p = 0,049$). Indivíduos com 50 anos ou mais apresentaram a maior proporção de cobertura (36,50%), seguidos pelos de 30 a 49 anos (40,80%) e pelos de 18 a 29 anos (22,70%).

Tabela 1- Distribuição das características da amostra estudada, segundo a cobertura do plano de saúde entre os adultos das capitais brasileiras e Distrito Federal - Vigitel -2023

Variáveis	Total (%)	Cobertura do Plano de Saúde (%)		Valor-p*
		Sim	Não	
Sexo				
Masculino	46,12	46,49	45,86	0,685
Feminino	53,88	53,51	54,14	
Faixa etária				
18 a 29 anos	24,65	22,70	26,01	0,049
30 a 49 anos	40,08	40,80	39,59	
50 anos ou mais	35,26	36,50	34,40	
Escolaridade				
Sem instrução ou fundamental incompleto	25,80	13,57	34,31	< 0,001
Fundamental completo ou médio incompleto	41,34	31,74	48,05	
Médio completo ou superior incompleto	26,00	41,07	15,49	
Superior completo ou mais	6,86	13,62	2,15	
Estado Civil				
Solteiro	42,11	38,52	44,62	< 0,001
Casado ou união estável	46,52	50,91	43,44	
Separado, divorciado ou viúvo	11,38	10,57	11,94	

*Valor-p do teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: Vigitel (2023).

A cobertura de plano de saúde associou-se de maneira estatisticamente significativa com a escolaridade ($p < 0,001$). A menor cobertura foi registrada entre indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (13,57%), enquanto a maior ocorreu entre aqueles com ensino médio completo ou superior incompleto (41,07%). Indivíduos com ensino fundamental completo ou médio incompleto apresentaram cobertura de 31,74%. Embora o grupo com ensino superior completo ou mais tenha apresentado cobertura de 13,62%.

O estado civil também mostrou associação estatisticamente significativa com a cobertura de plano de saúde ($p < 0,001$). A maior cobertura foi observada entre os casados ou em união estável (50,91%), seguidos pelos solteiros (38,52%). Os menores percentuais de cobertura foram encontrados entre os separados, divorciados ou viúvos (10,57%).

5 DISCUSSÃO

Os achados revelaram que a maioria dos participantes não possuem plano privado reforça a centralidade do SUS como principal provedor de cuidados. Apesar da concentração de população nas capitais, onde há maior oferta de planos, a cobertura permanece restrita a menos da metade da população adulta, o que pode refletir tanto barreiras econômicas quanto estruturais (Malta et al., 2017; Viacava; Bellido, 2016).

Observou-se ainda que, a cobertura por planos de saúde no Brasil foi associada a fatores socioeconômicos e demográficos, como escolaridade, renda e estado civil, corroborando com o estudo de Travassos et al., 2008. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) assegure o acesso universal aos serviços de saúde, parte expressiva da população recorre à saúde suplementar como estratégia para ampliar esse acesso, diante de limitações na disponibilidade, qualidade e tempo de espera nos serviços públicos (Bahia, 2008).

Segundo o Relatório Anual de Gestão de 2023 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor de saúde suplementar manteve trajetória de crescimento, encerrando o ano com mais de 50 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e cerca de 32 milhões em planos exclusivamente odontológicos. O relatório também destaca o fortalecimento de ações regulatórias e de fiscalização, além do aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento e transparência dos dados setoriais (ANS, 2024).

Também foi mostrado que, as faixas etárias que mais cresceram nos planos odontológicos foram de 45 a 49 anos (248.771 novos beneficiários) e de 70 a 74 anos (193.000) nos últimos 12 meses (Poder360, 2025). Esses dados sugerem que a busca por cobertura tende a aumentar com o avanço da idade, possivelmente em função do aumento das necessidades de cuidados em saúde.

Este estudo também evidenciou que a maioria dos adultos residentes nas capitais brasileiras ainda não possui plano de saúde, o que reforça o papel central do SUS como principal provedor de atenção à saúde nas áreas urbanas. O estudo de Malta e colaboradores (2017) revelou que, apesar de avanços no acesso e uso de serviços em todas as regiões brasileiras, persistem desigualdades importantes. As regiões Norte e Nordeste, por exemplo, continuam apresentando piores indicadores de avaliação do estado de saúde, maiores restrições de atividades e

menor utilização dos serviços, mesmo contando com maior cobertura por programas públicos.

Importante destacar que, as desigualdades regionais refletem-se também na oferta de planos de saúde privados, com maior concentração nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior densidade populacional, renda média mais elevada e maior presença de vínculos empregatícios formais (Ibge, 2020).

Além disso, a pesquisa apontou que, embora a cobertura de planos de saúde tenha se mantido estável entre 2013 e 2019, houve redução significativa da cobertura entre indivíduos com menor renda e escolaridade, ao passo que se observou um aumento entre aqueles com maior poder aquisitivo e residentes em capitais. Esse padrão reflete a segmentação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, intensificada pela relação entre vínculo empregatício formal e posse de plano de saúde, uma vez que a maioria dos beneficiários é vinculada a planos coletivos empresariais (Malta et al., 2017).

Quanto a escolaridade, indivíduos com maior nível educacional tendem a buscar com mais frequência serviços preventivos, seja por maior acesso à informação em saúde, seja por estarem inseridos em vínculos empregatícios formais que oferecem planos corporativos. Esses achados reforçam a importância da educação em saúde e da ampliação de parcerias público-privadas como estratégias para ampliar o acesso e reduzir desigualdades. Nesse sentido, torna-se relevante considerar políticas intersetoriais voltadas à ampliação do acesso à saúde suplementar para grupos com menor escolaridade e renda, como o estímulo a planos populares com regulação adequada, subsídios condicionados à renda ou incentivos fiscais a empresas que estendam a cobertura a dependentes em situação de vulnerabilidade (Souza-Júnior et al., 2021).

No que se refere ao estado civil, a cobertura por planos de saúde é mais frequente entre pessoas casadas ou em união estável, seguidas pelos solteiros. Separados, divorciados e viúvos apresentam as menores taxas de cobertura. Em estudo realizado por Almeida et al. (2020), foi observado que indivíduos solteiros tinham 36% mais chances de não terem realizado consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparados aos casados, separados, divorciados ou viúvos. Essa diferença pode refletir a maior estabilidade econômica e a inclusão como dependente em planos familiares ou empresariais, frequentemente observada entre os casados.

Embora não tenham sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto à cobertura de planos de saúde, é importante considerar possíveis desigualdades de gênero no uso dos serviços e na autonomia para contratação de planos, sobretudo entre mulheres em situação de vulnerabilidade ou chefes de família, conforme discutido por Malta et al. (2020).

Os resultados apresentados reforçam o papel essencial das políticas públicas de saúde na redução das iniquidades de acesso, especialmente entre populações de menor escolaridade e em maior vulnerabilidade social. O SUS, enquanto política pública universal, enfrenta o desafio de responder às necessidades de uma população majoritariamente sem cobertura privada, o que exige o fortalecimento de seu financiamento, a ampliação da atenção primária e a regionalização dos serviços (Paim et al., 2011).

A saúde suplementar, por sua vez, deve ser compreendida como complementar ao SUS, mantendo-se o princípio constitucional de que é dever do Estado garantir o direito à saúde a todos os cidadãos (Brasil, 1988a). Nesse sentido, torna-se essencial fortalecer a regulação da saúde suplementar, de forma a evitar a segmentação do sistema e garantir padrões mínimos de qualidade e acesso (Brasil, 2000).

Além disso, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, com o envelhecimento e aumento das doenças crônicas, impõem a necessidade de respostas integradas entre os dois sistemas. A ampliação de estratégias de atenção primária, vigilância em saúde e educação em saúde são caminhos que fortalecem tanto o SUS quanto a relação com o setor suplementar, especialmente no enfrentamento das desigualdades regionais e sociais ainda persistentes no país (Malta et al., 2017; Malta et al., 2020).

Destaca-se ainda, que o cenário pós-pandemia de COVID-19 trouxe maior percepção sobre a importância do acesso regular e seguro aos serviços de saúde, o que pode influenciar tanto a valorização do SUS quanto o aumento da procura por planos privados, especialmente entre populações com maior risco sanitário e baixa cobertura assistencial.

É importante ressaltar que, mesmo as pessoas que possuem plano de saúde, frequentemente utilizam o SUS, seja para atendimentos de urgência, exames, vacinas ou medicamentos, mostrando que o sistema público continua sendo primordial para garantir o acesso universal e integral à saúde. Essa utilização

reforça a necessidade de um SUS forte e bem estruturado, capaz de atender a toda a população, independentemente da existência da cobertura suplementar.

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Primeiro, por ser transversal, ele permite analisar apenas associações entre variáveis, sem possibilitar a definição de relações de causa e efeito. Além disso, a pesquisa utiliza dados do Vigitel, que contempla somente residências com telefone fixo, o que pode reduzir a representatividade da amostra, especialmente em áreas onde o uso desse tipo de telefone é menor. Por fim, é necessário considerar que outros fatores não avaliados neste estudo também podem influenciar a cobertura dos planos de saúde, indicando a necessidade de pesquisas mais abrangentes para entender todas as variáveis envolvidas e análises estatísticas mais elaboradas.

Por outro lado, este trabalho representa um primeiro passo importante para compreender a distribuição da cobertura dos planos de saúde entre adultos nas capitais brasileiras, contribuindo com dados atualizados que podem subsidiar futuras investigações e o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a existência de desigualdades significativas no acesso à saúde suplementar no Brasil, associadas a fatores sociodemográficos como faixa etária, escolaridade e estado civil. Embora o SUS represente a principal fonte de atenção à saúde para a maioria da população, a busca por planos privados permanece relevante, especialmente entre aqueles com melhores condições socioeconômicas. A prevalência de cobertura por plano de saúde foi maior entre indivíduos com maior escolaridade, casados ou em união estável e nas faixas etárias mais avançadas, refletindo a influência direta das condições de vida sobre o acesso aos serviços de saúde.

Essas desigualdades reforçam a necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas à ampliação do acesso à saúde, com fortalecimento do SUS, aprimoramento da regulação da saúde suplementar e estratégias que considerem a vulnerabilidade de grupos com menor renda e escolaridade. O monitoramento contínuo por meio de inquéritos como o Vigitel é essencial para embasar intervenções mais equitativas e promover a efetivação do direito universal à saúde no país.

7 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANSS). Diretoria Colegiada. Secretaria Geral. Gerencia de Planejamento e Acompanhamento. **Relatório anual de gestão e de atividades 2024 – Exercício 2023 (Brasil)**. Rio de Janeiro: ANS, 2024.

ALMEIDA, L.M. da S et al. Fatores associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista concedida por adultos e idosos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, e2018399, 2020.

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

BARROS, A. J. D. et al. Gastos catastróficos com saúde no Brasil: seguro saúde privado não parece ser a solução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, supl. 2, p. s254-s262, 2011.

BONFADA, D. **Gasto com a internação de idosos em unidades de terapia intensiva. 2015**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988a.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998b.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021**– Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023**. Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

MALTA, D. C. et al. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-190, 2017.

MALTA, D. C. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2973-2983, 2020.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p.1778–1797, 2011.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das ICSAB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PODER360. **Planos de saúde fecham 2024 com 52,2 milhões de beneficiários**. Poder360- 08 fev. 2025. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-saude/planos-de-saude-fecham-2024-com-522-milhoes-de-beneficiarios/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, (Supl.1), p. 2529-2541, 2021.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. Equidade no acesso a serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VIACAVA F; BELLIDO JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016.