



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

TAMARES DIAS BANDEIRA

**PANORAMA DA EXPANSÃO DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO
BRASIL**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA**

TAMARES DIAS BANDEIRA

**PANORAMA DA EXPANSÃO DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO
BRASIL**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva.

Coorientadora: Prof^a Dr^a. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE
2019**

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

- B214p Bandeira, Tamares Dias.
 Panorama da expansão do sistema suplementar de saúde no Brasil/
Tamares Dias Bandeira. - Vitória de Santo Antão, 2019.
 32 folhas; il.: color.
- Orientadora: Amanda Priscila de Santana Cabral Silva.
 Coorientadora: Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.
 TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV. Bacharelado
em Saúde Coletiva, 2019.
 Inclui referências.
1. Planos de sistemas de saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Assistência
Integral à Saúde. I. Silva, Amanda Priscila de Santana Cabral (Orientadora). II.
Santos, Erlene Roberta Ribeiro dos (Coorientadora). III. Título.

362.1 (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-321/2019

TAMARES DIAS BANDEIRA

**PANORAMA DA EXPANSÃO DO SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE NO
BRASIL**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 09/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. MSc. Antônio Flaudiano Bem Leite (Examinador externo)

Secretaria Municipal de Saúde de Vitória de Santo Antão, Pernambuco

Prof^o. MSc. Emillia Carolle Azevedo Oliveira (Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

*Dedico aos meus pais **Leonildo e Maria**, por
me ensinar a construir e realizar sonhos, com
valores verdadeiros.*

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, em especial:

Ao meu DEUS por ter me acalmado quando parecia que estava tudo perdido. Sempre orientando e indicando o melhor caminho.

Aos meus pais, por todo amor e dedicação, fazendo entender o valor real da educação, sendo este o único bem que ninguém pode me tomar.

A minha família, avós, tios e irmã, meu muito obrigado por todas as contribuições, momentos compartilhados e palavras de conforto.

A todos meus amigos em especial a Bertandrelli, Bruna, Janaina, Suzany e Tália. Companheiras dessa jornada louca e cansativa. Posso afirmar que com a presença de vocês os, meus dias ficaram mais leves e coloridos.

Meus muitíssimos agradecimentos, a minha professora e orientadora, Dr^a Amanda Priscila, a princípio por ter aceitado o convite, sempre prestativa, paciente e atenciosa. Obrigada pela oportunidade de ser sua orientanda, sem você com certeza teria sido muito mais custoso elaborar este trabalho.

A minha querida coorientadora Professora Dr^a Erlene Roberta, obrigada por todo afeto, suporte e disponibilidade, posso afirmar que sua colaboração foi essencial nesta construção.

Por fim, agradeço a todos que estiveram dispostos a me ajudar, por todo zelo, preocupação, fortalecimento e incentivo. Só uma palavra pode descrever o que estou sentindo neste momento. GRATIDÃO!

RESUMO

A partir de 2008 com a eclosão da crise mundial, seguidos de algumas reformas estatais o mercado vem passando por modificações que reverberam no acesso ao Sistema de Saúde Suplementar. O objetivo do presente estudo é analisar o cenário dos planos de saúde no Brasil do ponto de vista da sua expansão, cobertura e adesão. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e de abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários obtidos no portal da Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS), tendo como período de investigação os anos de 2008 a 2017. As unidades de análise adotadas foram o Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federativas. No Brasil, entre 2008 e 2017, foi identificada uma ampliação do número de beneficiários com algum plano de saúde (13,6%). Os maiores índices de cobertura de assistência médica observados foram nas Regiões Sul (23,5%) e Sudeste (33,2%). Em contrapartida, a Região Norte denota o menor desempenho (8,9%), em particular o estado do Acre com (6,1%). Na Região Nordeste, Pernambuco revela o maior percentual entre os demais estados, atingindo no ano de 2014 uma cobertura superior a 16,0%. Em 2008, embora seja o ano que apresente o maior número de operadoras com cancelamentos de registro na ANS (n=198), também foi o período com o maior número de operadoras em atividade (n=1118); ressalta-se que em um intervalo de 8 anos o montante de operadoras decresce em 30%, chegando a 788 no ano de 2016. Ao se tratar do tipo de modalidade das operadoras de plano, destaca-se o ano de 2016 onde aproximadamente 20 milhões de adesões são concentradas pelas cooperativas médicas, seguidas de cerca de 17 milhões de adesões pela medicina de grupo. Os resultados apresentados sugerem uma distribuição heterogênea da saúde suplementar no país, que refletem o grau de desenvolvimento sócio econômico da região.

Palavras-chave: Planos de sistemas de saúde. Saúde suplementar. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

From 2008 with the outbreak of the world crisis, followed by some state reforms the market has been undergoing changes that reverberate in access to the Supplementary Health System. The objective of this study is to analyze the scenario of health plans in Brazil from the point of view of their expansion, coverage and adherence. It is an ecological study, descriptive and quantitative approach. Secondary data obtained from the Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) portal were used, with the research period from 2008 to 2017. The units of analysis adopted were Brazil, Major Regions and Federative Units. In Brazil, between 2008 and 2017, an increase in the number of beneficiaries with a health plan (13.6%) was identified. The highest rates of health care coverage observed were in the South (23.5%) and Southeast (33.2%). In contrast, the Northern Region shows the lowest performance (8.9%), in particular the state of Acre with (6.1%). In the Northeast, Pernambuco reveals the highest percentage among the other states, reaching in 2014 a coverage of over 16.0%. In 2008, although it is the year with the largest number of operators with cancellation of record ANS ($n = 198$), it was also the period with the largest number of active operators ($n = 1118$); It is noteworthy that over an 8-year period, the number of operators decreased by 30%, reaching 788 in 2016. In terms of the type of plan operator modality, 2016 stands out, with approximately 20 million memberships are concentrated by medical cooperatives, followed by about 17 million memberships by group medicine. The results presented suggest a heterogeneous distribution of supplementary health in the country, which reflects the degree of socioeconomic development of the region.

Keywords: Health systems plans. Supplemental health. Comprehensive health care.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Sistema de Saúde no Brasil.	12
Figura 2: Taxa de cobertura de planos privados de saúde* segundo Unidades Federativas de residência, 2008 - 2017.	20
Figura 3: Variação de Beneficiários de planos privados de saúde por Unidades Federativas, 2008 e 2017.	21
Gráfico 1: Taxa de cobertura dos planos privados de saúde*. Brasil e Grandes Regiões, 2008 - 2017.	19
Gráfico 2: Número de beneficiários de planos privados de saúde*. Brasil, 2008 - 2017.	20
Gráfico 3: Número de Beneficiários por modalidade de plano privado de saúde*. Brasil, 2008 - 2017.	22
Gráfico 4: Número de Beneficiários por tipo de contrato. Brasil, 2008 - 2017.	23
Quadro 1: Indicadores e termos técnicos da saúde suplementar.	17
Tabela 1: Registro de operadoras na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil, 2008 a 2016.	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Conceito e legislação da saúde suplementar no Brasil	11
2.2 A cobertura e gastos com o setor privado	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O modelo de saúde preconizado no Brasil anterior a promulgação da constituição de 1988, encontrava-se centralizado na assistência curativa e fragmentada do cuidado, no qual o acesso aos serviços médicos estava relacionado ao poder de consumo da população (SÁ *et al.*, 2015). Simultaneamente, o perfil de adoecimento se associava às doenças parasitárias e infectocontagiosas (LORENZI; PORTILHO, 2016).

A partir da mudança do modo de produção, com o desenvolvimento das indústrias no país, se fortalecem as propostas que visam melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores por meio da adoção de medidas assistenciais valorizadas no período, uma vez que o conceito de saúde era pautado na ausência de doença (CZERESNIA, 2007). Neste sentido, em 1923 é promulgada a lei Elói Chaves baseada no decreto legislativo nº 4.682, que objetivou a criação das caixas de aposentadorias e Pensões (CAP), mantidas pelos próprios trabalhadores e empresas, com o intuito de ofertar alguns benefícios aos seus empregados entre eles o Seguro Saúde e a aposentadoria.

Caminhando neste contexto, outras políticas envolvendo os trabalhadores foram desenvolvidas pelo estado, que desenvolveu papel decisivo na provisão e administração dos serviços ofertados aos trabalhadores. No entanto, é atribuída à rede privada a responsabilidade da execução da assistência, por intermédio de contratos e convênios pelo estado. Além do mais, foram concedidos incentivos fiscais às empresas que forneciam essa assistência de saúde aos seus funcionários. Incentivos fiscais também foram fornecidos a estas empresas, implicando no direito à assistência à saúde com o vínculo trabalhista (FRANÇA, 2017; MENICUCCI, 2014).

A princípio, a manutenção desta relação acarretou o crescimento do mercado de forma acelerada com o surgimento de vários segmentos de seguro e planos privados de saúde administrados por operadoras de saúde (MENICUCCI, 2014).

O contexto da crise global em 2008 gerou reflexos para o Brasil, dentre esses, encontram-se a limitação e responsabilidade do estado na prestação de serviços (THOMSON *et al.*, 2015). A partir de 2014, entra em declínio a economia brasileira atrelada ao aumento de impostos e tributos, acometendo empresas e a população

em geral. Estes fatos desencadearam o surgimento de um clima hostil para o desenvolvimento das indústrias do país e, deste modo, no aumento do desemprego e queda de diversos indicadores sociais (PAULA; PIRES, 2017).

Nos anos seguintes, na tentativa de retomar o crescimento, ocorreu a adoção de medidas intervencionistas pelo estado. Como, por exemplo, a aprovação da emenda constitucional de 2016, que congelou os gastos em saúde e outras políticas sociais pelos próximos 20 anos (ROSSI; DWECK, 2016). Neste contexto, as transformações do mercado causaram diversos impactos no estilo de vida da população. Evidências científicas apontam que pessoas em meio à crise tendem a consumir menos (BARBOSA, 2017). Neste contexto, em que o acesso à saúde é visto como um bem de consumo há uma diminuição da busca a esses serviços.

No momento atual, as operadoras buscam ferramentas capazes de reduzir o acesso aos serviços de saúde para seus clientes, na tentativa de aumentar o lucro e restringir o uso de maneira indiscriminada. Porém, ao adotarem tais medidas, pessoas que necessitam ser assistidas, não conseguem em tempo oportuno e acabam agravando seu estado clínico (VIEIRA; MARTINS, 2015).

Nessa perspectiva, é importante o estabelecimento de estudos voltados para essa temática, em decorrência das mudanças socioeconômicas e suas relações com as políticas públicas e o mercado privado. Ao compreender a influência que a crise econômica pode causar no desenvolvimento das empresas e também na vida da população, é possível abrir espaço para algumas indagações, tais como: qual o panorama dos planos privados em saúde no Brasil nos últimos dez anos (2008-2017)? E como esse mercado tem se comportado diante da crise, em relação aos indicadores de cobertura assistencial, adesão e expansão?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito e legislação da saúde suplementar no Brasil

O Brasil apresenta um sistema de saúde diversificado composto por um modelo estatal de proteção social, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), e a rede privada em saúde, chamada de sistema de saúde suplementar (ANS, 2016). Esta é pautada por uma lógica de prestação de serviços, essencialmente assistencialistas, voltados para a comercialização de planos e seguros de saúde (REIS, 2014).

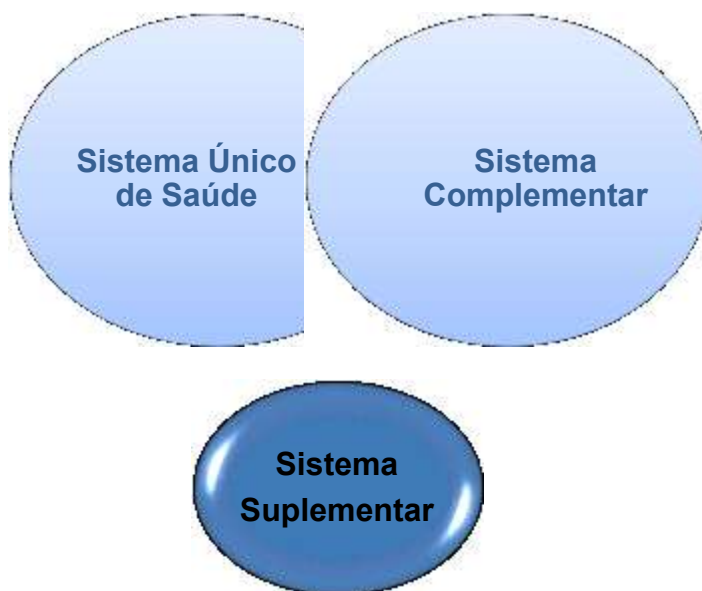
Por meio do Art. 199 da Constituição Federal (1988), na qual determinou a criação do SUS, estabeleceu-se que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, ou seja, a rede privada poderá participar de maneira complementar ao modelo financiado pelo estado, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

De acordo com a ANS (2018) existem várias modalidades de operadoras dentro do sistema de saúde suplementar, estas são classificadas como:

- **Administradoras de benefícios:** são empresas que recomendam a contratação de planos coletivos na qualidade de estipulante. Além de prestar serviços para pessoas jurídicas, que contratam planos coletivos de assistência à saúde. Suas atribuições são regulamentadas por legislação específica (RN 196, de 14/07/2009).
- **Autogestão:** É uma operadora que administra planos privados de assistência à saúde por grupo de pessoas. Estas deverão estar associadas por categoria profissional ou vinculadas à própria empresa financiadora da operadora de planos.
- **Cooperativa médica:** É definida como associação sem fins lucrativos, composta por médicos que administram planos de assistência à saúde. Determinada pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
- **Cooperativa odontológica:** É definida como associação sem fins lucrativos, composta por odontólogos que administram planos exclusivamente odontológicos, determinada pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

- **Instituições filantrópicas:** São classificadas como pessoa jurídica, com a execução de suas atividades sem fins lucrativos de interesse público, por meio do reconhecimento de instituição beneficente de assistência social, expedidas por órgãos competentes.
- **Medicina de grupo:** são empresas ou entidades que se estabelecem em coletividade e que administram planos privados de assistência à saúde.
- **Odontologia de grupo:** são empresas ou entidades que se estabelecem em coletividade e que administram planos privados de assistência exclusivamente odontológicos.
- **Seguradoras especializadas em saúde:** Sociedade seguradora que administra seguro saúde e possui função social específica na realização de sua atividade na rede privada, de acordo com a Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.

Figura 1: Sistema de Saúde no Brasil.



Fonte: BANDEIRA, T. D., 2019.

Os planos de saúde se configuram como um contrato entre operadoras (pessoa jurídica) e clientes com o objetivo de prestar assistência médica e hospitalar. Esse serviço é fornecido por meio de pagamento mensal, podendo esse,

ser um plano individual ou coletivo por adesão. A assistência e os serviços hospitalares só podem ser garantidos mediante o credenciamento preestabelecido entre as operadoras e os prestadores, é portanto, de autonomia do cliente escolher qual serviço será de melhor atendimento dentre os estabelecimentos ofertados (SENACON, 2014).

A partir de 1980, observou-se o crescimento sobre os contratos individuais dos planos de saúde. Desse modo, foi necessária a utilização de ferramentas capazes de monitorar e regular o setor de saúde suplementar no Brasil, por meio da lei 9.656/98. A lei preconiza a cobertura de todas as doenças listadas pela organização mundial de saúde (OMS), bem como, o acesso a beneficiários que foram demitidos ou aposentados, além de deixar estabelecida as normas de atendimento em nível de urgência e emergência (LIMA, 2018).

A ferramenta de monitoramento utilizada foi criada no ano 2000, nomeada por Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável por regular, controlar, fiscalizar e atribuir penalidades às empresas que não cumprem as determinações perante a lei (BRASIL, 2000).

Apesar da garantia constitucional, uma grande parcela da população continua usando os serviços da rede privada. Uma das hipóteses levantadas capaz de explicar este acontecimento é o fator cultural, no qual as pessoas por já estarem habituadas com a assistência prestada optam pela continuidade neste mercado. Outra razão está associada com a alta demanda do sistema de saúde público, ocasionando superlotação hospitalar e filas de espera por procedimentos ambulatoriais (PAIVA *et al.*, 2014).

2.2 A cobertura e os gastos com o setor privado

A cobertura consiste em uma medida de saúde pública relacionada com o uso de serviços prestados em decorrência do acesso. Pode representar também a perspectiva de atendimento de saúde sem que exista a privação de direitos. Portanto, o termo cobertura é compreendido pelo acesso e o uso sem que haja obstáculo para a sua efetivação (NORONHA, 2013).

Estudo apontou que a taxa de cobertura dos planos privados cresceu de forma expressiva entre os anos de 2003 a 2011, passando de 36,4 milhões para

63,9 milhões de vínculos. Com o aumento considerável do seu faturamento de R\$ 1,17 bilhões para R\$ 4,92 bilhões. Um dos fatores associados é a estabilidade no trabalho, de modo que dos 49,2 milhões de pessoas conveniadas possuíam algum plano de saúde e 77,5% faziam parte de planos empresários em 2008 (GARCIA *et al.*, 2015).

Por outro lado, quando se trata de financiamento em saúde é preciso compreender dois conceitos essenciais para a área da economia referente a gastos e custos. Os gastos consistem na utilização de recursos financeiros para a aquisição de um bem ou serviço. O custo por sua vez, é um gasto utilizado na produção e organização desse mesmo bem ou serviço, é, portanto, diferenciado pelo retorno que este pode trazer para organização ou empresa, tornando-se um investimento (GUIMARÃES, 2012).

Neste sentido, o consumo efetuado pelos clientes com a saúde suplementar compreende um gasto, já o recurso para ações e serviços executados pelo estado pode ser concebido como um investimento. À medida que crescem os investimentos pelo estado, diminuem as possibilidades da população se encontra em condições de vulnerabilidade socioeconômica provocada pela busca de assistência médica. Mas, se porventura, houver administração inadequada dos recursos, não ocorrerá mudanças na qualidade de vida das pessoas, mantendo e/ou até mesmo agravando as condições preestabelecidas (OPAS, 2019).

No entanto, o governo arca com cerca de 51% das despesas com saúde do país, enquanto a população com 35% dos gastos. Um dos motivos que contribuem para o surgimento de mais de 100 milhões de indivíduos em situação de pobreza anualmente (OPAS, 2019).

Com o interesse constante das operadoras em expandir o número de vínculos, a fim de aumentar os lucros, surgem os planos populares de saúde, com a proposta de garantir serviços da rede privada por um valor de contribuição menor para pessoas da classe média e baixa. Nas suas atribuições está a cobertura reduzida, limitando a prestação de procedimentos e atendimentos sem que haja o cumprimento das normas referentes à cobertura perante lei (BAHIA *et al.*, 2016).

No ano de 2014, no Brasil, foram financiados em saúde R\$ 448 bilhões, destes, R\$ 232 bilhões referem-se apenas a produção do setor privado em geral.

Diante do exposto, os planos de saúde são os responsáveis por desempenharem participação financeira maior com o total de R\$ 127 bilhões de reais (LEVI, 2015).

Devido as mudanças em relação o aumento da expectativa de vida da população cresce o número de idosos na população global, conseqüentemente, amplia-se a necessidade da utilização dos serviços de saúde, que por sua vez, os planos privados elevam os valores para essa parcela da sociedade. É preocupante a maneira como é efetuado o cuidado aos idosos, pois há a preferência no uso contínuo do modelo biomédico, centralizado na fragmentação do problema, sem a integralidade do cuidado (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o cenário dos planos no Brasil do ponto de vista da sua expansão, cobertura e adesão no período de 2008 a 2017.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o percentual de cobertura dos planos de saúde por Região e Unidade Federativa;
- Caracterizar a adesão por parte da população aos planos privados;
- Investigar a dinâmica de desempenho de expansão ao longo do tempo das principais modalidades de planos do país.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de série temporal, com caráter descritivo e quantitativo. O tipo de estudo se adequa por sua natureza exploratória e possibilidade de levantamento de hipóteses.

O local de estudo abrange o Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federativas; o período de estudo compreende os anos de 2008 a 2017. Foram analisados os indicadores referentes à taxa de cobertura dos planos de assistência médica e o número de beneficiários vinculados aos planos, por modalidade de operadora e por tipo de contrato (Quadro 1).

Quadro 1: Indicadores e termos técnicos da saúde suplementar.

TAXA DE COBERTURA	Razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários vinculados a planos privados de assistência médica e a população em uma área específica. No entanto uma única pessoa pode possuir mais de um contrato com uma operadora, como também mais de um plano de saúde, sendo todos estes vínculos informados para a ANS.
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS PRIVADOS EM SAÚDE	Indivíduos definidos como pessoa física, titular ou dependente, com direitos e deveres definidos por legislação e com contrato firmado entre operadoras de planos privados a fim de garantir assistência médico-hospitalar.
NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS COM PLANOS DE SAÚDE PRIVADO POR MODALIDADE (Assistência médica) E TIPO DE CONTRATAÇÃO	Indivíduos definidos como pessoa física, titular ou dependente, com direitos e deveres definidos por legislação e com contrato firmado entre operadoras de planos privados a fim de garantir assistência médica. Esses acordos são classificados como: <ul style="list-style-type: none"> • Individual ou familiar: Contratos de assistência privada que garante cobertura à saúde para beneficiários sozinhos ou associados há um grupo familiar. • Coletivo empresarial: Contratos de assistência privada que garante cobertura à saúde para pessoas com vínculo empregatício. • Coletivo por adesão: Contratos de assistência privada que garante cobertura à saúde para pessoas vinculadas a outras de natureza jurídica. • Coletivo não identificado: é o termo designado para contratos entre beneficiários e empresas que o vínculo não foi atribuído por esta última. • Não informado: é o termo designado para contratos realizados anteriormente à Lei nº 9.656/98, sendo este não notificado pela operadora.

Fonte: ANS, 2017.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas das médias anuais dos indicadores utilizando como base o mês de dezembro. Os resultados são

apresentados por meio de tabelas e figuras. As análises tabulares e figuras no formato de gráficos foram realizadas por meio de planilhas eletrônicas do Excel, enquanto as figuras no formato de mapas foram construídas por meio do software TerraView 4.2.2. Os dados foram obtidos no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

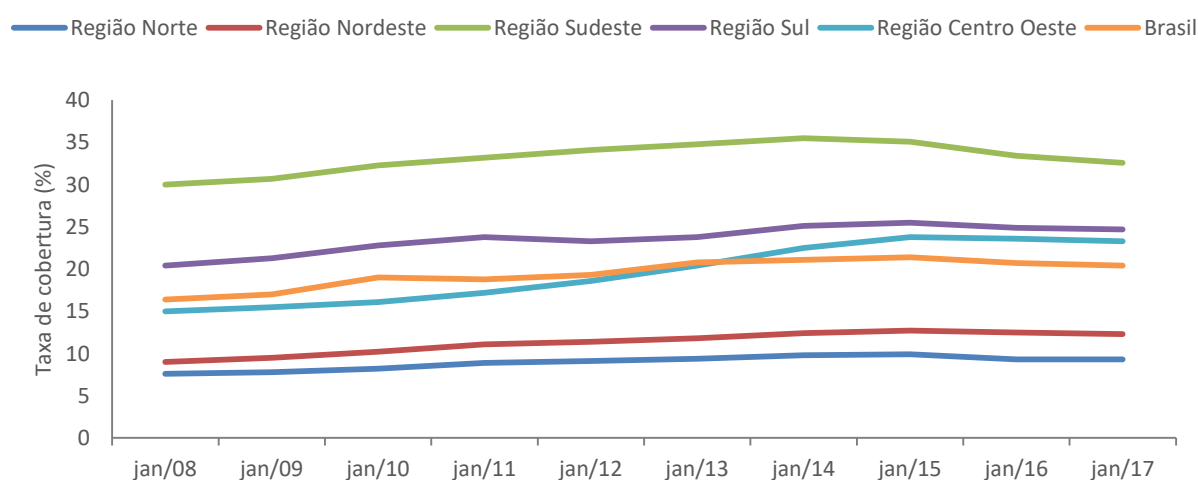
De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada por se tratar de um estudo a partir de banco de dados secundários e de domínio público no portal da ANS, cujas informações são agregadas, o que impossibilitam a identificação individual (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

Evidências encontradas apontam em geral o crescimento do setor de planos de saúde em quase todos indicadores analisados, com apenas algumas ressalvas.

Entre os anos de 2008 e 2017 o Brasil teve uma média de cobertura de planos privados de saúde de 19,3%. Em todas as Grandes Regiões, o ano de 2014 apresentou o maior percentual de cobertura (Gráfico 1), entretanto disparidades regionais foram observadas. As Regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores índices médios de cobertura por planos privados de saúde, sendo a primeira com 33,2% e a segunda com 23,5% de cobertura de assistência médica privada. A menor cobertura foi identificada na Região Norte (8,9%).

Gráfico 1: Taxa de cobertura dos planos privados de saúde*.Brasil e Grandes Regiões, 2008 - 2017.



Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2019 e População - DATASUS/MS – 2012

*Assistência médica.

Os três estados com maiores coberturas se concentram na Região Sudeste: São Paulo (42,3%), Rio de Janeiro (35,1%) e Espírito Santo (30,2%). A Região Nordeste contou com uma cobertura de 11,3% no período, tem como destaque o estado de Pernambuco, com média de 15,2%, chegando no ano de 2014 ao patamar superior a 16,0% de cobertura (Figura 2).

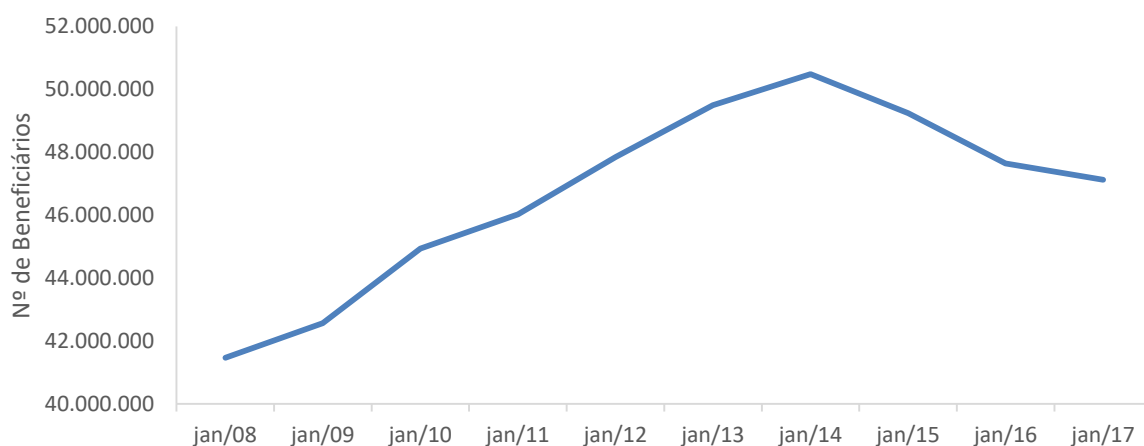
Figura 2: Taxa de cobertura de planos privados de saúde* segundo Unidades Federativas de residência, 2008 - 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir do SIB/ANS/MS - 07/2019 e População - DATASUS/MS – 2012
*Assistência médica.

No Brasil, o número de beneficiários de planos privados de saúde apresentou tendência crescente, passando de pouco mais de 41 milhões em 2008 a cerca de 50,5 milhões no ano de 2014, com posterior redução, chegando em 2017 ao montante de 47 milhões de beneficiários (Gráfico 2).

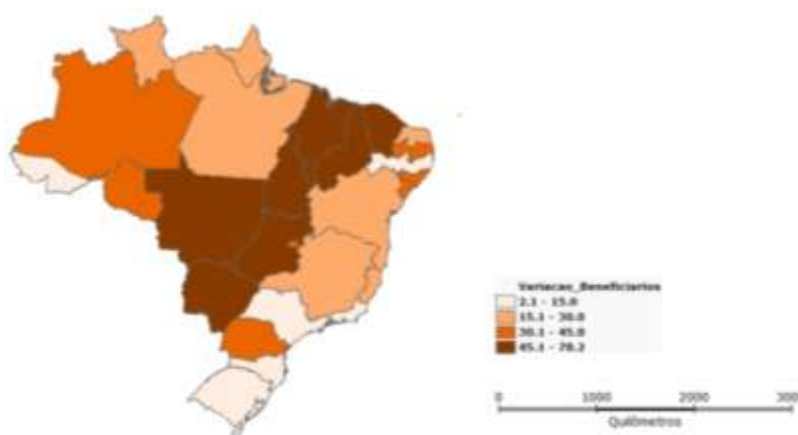
Gráfico 2: Número de beneficiários de planos privados de saúde*.Brasil, 2008 - 2017.



Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2019
*Assistência médica.

Ainda com relação ao número de beneficiários, em todas as Grandes Regiões e Unidades Federativas, observou-se uma variação positiva entre os anos de 2008 e 2017, entretanto esse comportamento se deu de forma heterogênea. A Região Centro Oeste apresentou maior variação (58,7%), seguida da Região Nordeste (29,7%) e Região Norte (28,2%). A variação percentual do aumento de beneficiários por Unidades Federativas pode ser observada na Figura 3.

Figura 3:Variação de Beneficiários de planos privados de saúde por Unidades Federativas, 2008 e 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir do SIB/ANS/MS - 07/2019

*Assistência médica.

No ano de 2010 foi observado o maior registro de novas operadoras, bem como o maior número de operadoras em atividade (Tabela 1). No decorrer do período analisado, notou-se uma redução das operadoras ativas, chegando em 2016 a aproximadamente 30% menos que no início da série histórica (Tabela 1).

Tabela 1: Registro de operadoras na Agência Nacional de Saúde Suplementar.Brasil, 2008 a 2016.

Ano	Registros novos	Registros cancelados	Operadoras Registradas	Operadoras em Atividade
dez/08	31	198	1.270	1.118
dez/09	34	101	1.217	1.088
dez/10	65	142	1.184	1.045
dez/11	56	73	1.175	1.005

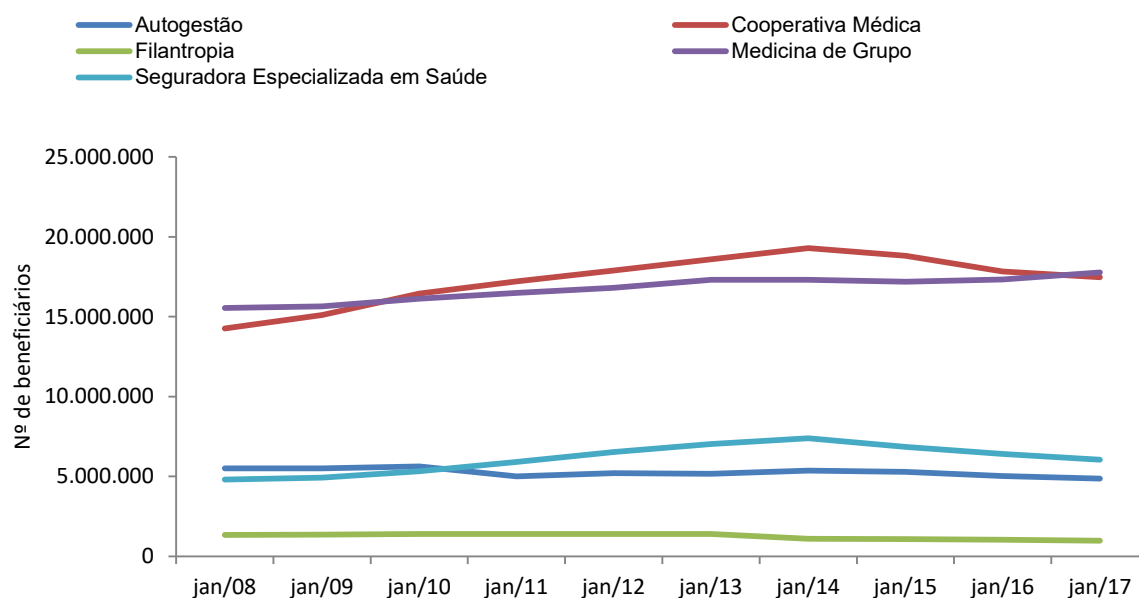
dez/12	37	100	1.121	963
dez/13	50	116	1.076	922
dez/14	43	84	1.041	873
dez/15	7	19	965	806
dez/16	37	70	952	788

Fontes: CADOP/ANS/MS - 09/2017 e SIB/ANS/MS - 09/2017.

*Assistência médica.

Considerando a modalidade de plano privado, observou-se a partir do ano de 2009 a ascensão do montante de beneficiários via cooperativas médicas, sendo em 2016 superadas pelas operadoras do tipo medicina de grupo (Gráfico 3).

Gráfico 3: Número de Beneficiários por modalidade de plano privado de saúde*. Brasil, 2008 - 2017.

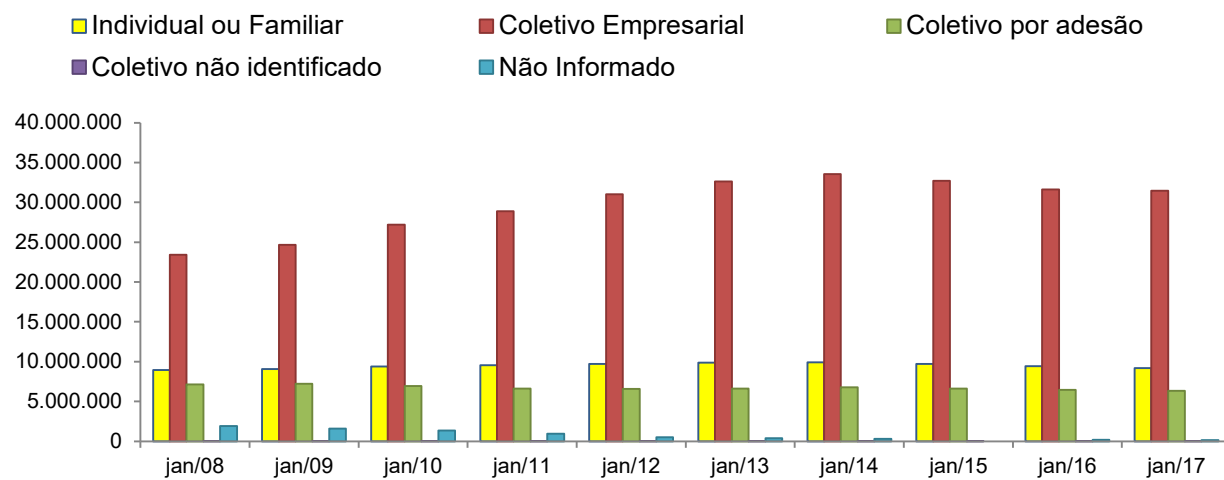


Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2019.

*Assistência médica.

Os contratos do tipo empresarial apontam o maior valor de beneficiários nos últimos dez anos, seguido pelo individual/familiar. No entanto, a partir de 2014 nota-se redução do montante de beneficiários de todos os tipos de contratos (Gráfico 4).

Gráfico 4: Número de Beneficiários por tipo de contrato. Brasil, 2008 - 2017.



Fonte: SIB/ANS/MS - 07/2019.

*Assistência médica.

6 DISCUSSÃO

Observou-se desigualdades em relação ao percentual de cobertura de assistência médica dos planos privados nas regiões brasileiras e unidades federativas, além de um crescimento significativo quanto a adesão por parte da população desde o início da regulamentação do setor privado.

Logo após a regulamentação do setor aprovada pela lei nº 9.656/98, foram impostas às operadoras a condição de apresentarem registro para o exercício de suas atividades no mercado, sem a necessidade de se submeterem às demais regras para as empresas já existentes. Este fator determinou o crescimento de novos registros no período. Após o ano 2000, a ANS passou a exigir critérios mínimos de atuação. Nesse momento iniciou-se o declínio dos registros e o aumento de cancelamentos de operadoras (ALBURQUE *et al.*, 2008).

As evidências encontradas nesse estudo corroboram para as associações realizadas por outros autores ao observar discrepância no aumento de registros novos. Estudo, anteriormente aferido, apontam que no início de 2000 totalizaram-se 1.968 operadoras registradas, enquanto que nos anos seguintes até 2006 somaram-se 329. Outro aspecto importante é o grande número de cancelamentos em relação a entrada de novas operadoras no setor, cerca de 810 foram canceladas (ALBURQUE *et al.*, 2008).

Neste sentido, justifica-se esse comportamento em relação às dificuldades enfrentadas pelas pequenas operadoras em conseguir cumprir com as novas exigências e ainda concorrer com grandes companhias que comercializavam os planos por valores menores. Essas empresas em grande maioria estavam associadas a bancos, que já exerciam suas atividades na venda de seguros e em seguida passaram a atuar na mercantilização de planos. Evento que contribuiu para a solidez do setor (NEUMANN; FINKLER; CAETANO, 2017).

A mudança provocada pela regulação apontou melhorias na segurança e nas relações entre clientes e operadoras, apesar disso, ainda são necessárias outras mudanças. Nesse sentido, evidências constataam crescimento referente ao indicador de cobertura, sugerindo maior concentração na região sudeste, em particular no estado de São Paulo. Observa-se também, um declínio nas regiões norte e

nordeste, nas quais, o fator determinante está atrelado ao nível de desenvolvimento econômico e poder de consumo (MALTA *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2015).

O aumento no índice econômico representa melhores condições de vida dentro de um espaço e está relacionado à concentração de renda e trabalho de uma população. Nota-se que comumente áreas que apresentem valores positivos deste indicador possuem grandes pólos industriais que resultam em maiores ofertas de produtos e trabalho (FONSECA; FAGNANI, 2013). Assim, refletem-se os resultados obtidos: as áreas de maior cobertura expressam melhor nível de desenvolvimento. As demais são sujeitas a condições favoráveis para o aumento de desigualdades sociais, como é o caso das regiões citadas acima (STRUMINSKI; RAIHER; PELINSKI, 2017).

Diante das relações mantidas pelo estado com a rede privada ao decorrer dos anos, evidências apontam crescimento do mercado no que consiste no aumento do número de beneficiários (TEIXEIRA, *et al.*, 2016). Sem que esse crescimento ocorra sem qualquer impedimento, sejam pelas compras de planos para servidores públicos ou renúncias fiscais à empresas e pessoas físicas (OCKÉ-REIS; SANTOS, 2013, p. 15).

Em função de tal fenômeno, as eleições de 2014 são eventos considerados como prova da troca de favores entre políticos e empresas privadas de saúde, cerca de R\$ 8.382.850 milhões foram doados para as campanhas eleitorais. Dentro do quadro das modalidades com maior destaque, estão as empresas do tipo medicina de grupo, que desembolsaram maior valor. Entre elas estão a Amil, Bradesco Saúde e uma seguradora de saúde das UNIMEDS, sendo esta última pertencente às cooperativas médicas. Dos benefícios que foram concedidos pelo estado às operadoras, pode ser destacado a nomeação de autoridades em cargos de chefia, fato que contribuiu para atuação precária das entidades responsáveis pela regulação, além da adesão de medidas favoráveis para a saúde suplementar até o momento (SHEFFER; BAHIA, 2015).

Em relação aos tipos de contratos, os resultados encontrados se assemelham com outras pesquisas, mostrando maior volume do tipo coletivo empresarial ao mesmo tempo em que diminui todos os contratos. No entanto, com a crise econômica as operadoras empregam suas forças na comercialização de tais contratos, pois, estes oferecem o retorno rápido do capital investido e não

necessitam de aprovação pela ANS a respeito da realização de reajustes anuais, tornando-se propício a criação de ambientes fraudulentos. Esses eventos ocorrem quando há a comercialização de planos para dois ou mais indivíduos vinculados a uma pessoa jurídica e assim manipula-se o monitoramento realizado pela reguladora (SHEFFER; BAHIA, 2015; SAKAMOTO, 2016).

Outra mudança na legislação bastante defendida se fundamenta na modificação dos contratos individuais, que contribuiu para a redução de três milhões de clientes nos últimos anos nesse mercado. Essa modificação consiste na restrição de cobertura e adoção de um novo modelo de assistência, que cobre apenas consultas. O argumento utilizado é que o SUS tornou-se um sistema inviável para a manutenção do poder público e a solução mais viável seria a difusão desses planos, o que sanaria a situação da saúde pública. A intenção é que as empresas façam seus reajustes de acordo com seus próprios critérios ao limitar à reguladora o papel de conferir e aprovar os planos (FLAESCHEN, 2019).

Pode-se constatar a relevância do mercado dos planos privados em saúde por meio da crescente adesão da população para este setor. Torna-se pertinente a discussão de um controle efetivo realizado pela ANS e outros órgãos competentes, além de aprimorar a organização e execução de ações e serviços de saúde pelo SUS, que está diretamente associado à procura por parte da população a outros meios de cuidado. Portanto, esse estudo é de grande interesse para a comunidade científica e de saúde pública por tratar de um tema tão atual e que impacta na vida da população brasileira (PAIM *et al.*, 2012).

7 CONCLUSÃO

Por se tratar de um país que contém um sistema de saúde universal e gratuito, é contraditório o fato de que a rede privada expresse tamanha influência no acesso de bens e serviços para a população. No entanto, é possível relacionar este fato com a manutenção de privilégios e consensos realizados pelo estado ao decorrer da história. Nesse sentido, o estudo evidenciou a presença de desigualdade em relação à cobertura dos planos privados em algumas regiões quando comparadas com outras, mantendo com maiores índices os estados mais desenvolvidos do país. Além de nuances do indicador de crescimento no período selecionado e a diminuição progressiva do número de beneficiários em alguns anos, que contribui com o argumento da associação da crise econômica com os eventos ocorridos para esse mercado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Biblioteca**: Glossário Temático da Saúde Suplementar. Brasília: ANS, 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/biblioteca/glossario-tematico-da-saude-suplementar>. Acesso em: 03 set. 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2016_mes03_caderno_informacao.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

ALBUQUERQUE, Ceres, *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciencia & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1421-1430, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2019.

BAHIA, Ligia *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 32, 2016, p. e00184516. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00184516.pdf>. Acesso em: 03 set 2018.

BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, 2017, p. 51-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142017000100051&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 13 abr. 1923. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm. Acesso em: 03 set 2018.

BRASIL. Poder Executivo. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 20 jan. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm#:~:targetText=LEI%20No%209.961%20DE%2028%20DE%20JANEIRO%20DE%202000.&targetText=Cria%20a%20Ag%C3%Aancia%20Nacional%20de,ANS%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid

%C3%AAncias.&targetText=Art.&targetText=Constitu%C3%ADda%20a%20ANS%2C%20com%20a,no%20exerc%C3%ADcio%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 03 set. 2018.

CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, Mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2007000100003&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 24 nov. 2019.

FLAESCHEN, Hara. O aumento de usuários na saúde suplementar não fez o SUS melhorar. **Abrasco**, Rio de Janeiro, 21 de out. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/o-aumento-no-numero-de-usuarios-na-saude-suplementar-nao-fez-o-sus-melhorar/43557/>. Acesso em: 14 nov. 2019.

FONSECA, Ana; FAGNANI, Eduardo. Políticas sociais desenvolvimento e cidadania: Economia, distribuição da renda e mercado de trabalho. **Fundação Perceus Abramo**, v.1, p.269 -295, 2013.

FRANÇA, Luccas D.'Onófrio. **Previdência social no Brasil: a reforma do sistema previdenciário brasileiro é necessária?** 2017. TCC (Graduação em Ciências Econômicas) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça-SC, 2017. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/5571>. Acesso em: 24 nov. 2019.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1425-1434, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000501425&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2018.

LEVI, Maria Luiza; MENDES, Áquilas. Gasto total com saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 8, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/Domingueira-da-Sa%C3%BAde-008-2015-24-05-2015.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

LIMA, Camila Shirley Monteiro de. **Análise da carência em casos de urgência e emergência nos contratos de plano de saúde à luz do código de defesa do consumidor**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/7367/1/An%C3%A1lise%20da%20car%C3%Aancia_Lima_2018.pdf. Acesso em: 03 set. 2019.

LORENZI, Laura Gross; PORTILHO, Fernanda Marques. **Regime de previdência social para aposentadorias no Brasil no início do século XXI: descrição e uma análise de dados**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Ciências Atuariais e Estatística) - Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/4768/1/Projeto%20Final%20-%20Fernanda%20e%20Laura-min.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 179-190, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0179.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

GUIMARÃES, Oscar. **Análise de Custos**. Curitiba: Iesde Brasil, 2012, p.172.

NEUMANN, Daniela Garbin; FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 453-474, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2017.v27n3/453-474>. Acesso em: 08 nov. 2019.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2019.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SANTOS, Faustino Pereira dos Santos. Mensuração dos gastos tributários em saúde, **Texto para discussão**. Rio de Janeiro: IPEA, n. 1637, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1399/1/td_1637.pdf. Acesso em: 14 set. 2019.

OLIVEIRA, Martha; VERAS, Renato; CORDEIRO, Hésio. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 625-634, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt_1809-9823-rbgg-20-05-00624.pdf. Acesso em: 03 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Países estão gastando mais em saúde, mas pessoas ainda pagam muitos serviços com dinheiro do próprio bolso, OPAS, **Brasília, 20 fev. 2019**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estão-gastando-mais-em-saúde-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-serviços-com-dinheiro-do-próprio-bolso&Itemid=843. Acesso em: 12 nov. 2019.

PAIM, Jairnilson *et al.* Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s.l.], p.11-31, 2012. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção *et al.* Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.15-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

PAULA, Luiz Fernando de; PIRES, Manoel. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 125-144, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v31n89/0103-4014-ea-31-89-0125.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

REIS, Carlos Octávio Ocké. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 124-147, 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/321/327>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.12, p. 1-5, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016001400501&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 24 nov. 2019.

SÁ, Edvaldo Batista de, et al. Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: SOUZA, André de Mello; MIRANDA, Pedro. Brasil em desenvolvimento 2015: estado, planejamento e políticas públicas, Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015, p.140-172. (Brasil: o Estado de uma nação). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5890/1/Capital%20estrangeiro.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

SAKAMOTO, Luciana Mayumi. **O modelo de pós-pagamento nos contratos de planos de saúde e a viabilização do direito de extensão do benefício pós-emprego**. 2016. Tese (Mestrado em direito civil) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://iess.org.br/cms/rep/1direitoluciana_1j2j6soo.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. **Representação política e interesses particulares na saúde: a participação de empresas de planos de saúde no financiamento de campanhas eleitorais em 2014**. Relatório de pesquisa, 25 fev. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/Planos-de-Saude-e-Eleicoes-FEV-2015-1.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

SENAÇON. **Manual de planos de saúde**. Brasília: Senacon, 1 ed., 2014. p. 43-44. Disponível em: https://www.defesadoconsumidor.gov.br/images/manuais/plano_de_saude.pdf. Acesso em: 03 set. 2018.

STRUMINSKI, Carlos EC; RAIHER, Augusta Pelinski. Pobreza e seus determinantes nos municípios brasileiros: abordagem monetária, de privações e multidimensional. **Revista de Desenvolvimento Econômico**, Salvador, v. 2, n. 37, p. 186–211, 2017. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/4817>. Acesso em: 24 nov. 2019.

TEIXEIRA, Isabela Tatiana *et al.* Um estudo de caso do isomorfismo nas operadoras de plano de saúde. **Revista Espacios**, Caracas, v. 37, n. 8, 2016. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n08/16370821.html>. Acesso em: 24 nov. 2019.

THOMSON, Sarah *et al.* **Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2015. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

VIANA, Ana Luiza D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, 2015, p.413-422. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

VIEIRA, Wilson Marques Júnior; MARTINS, Mônica. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 3817-3826, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3817.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.