

Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil

Private health plans and the health of workers in Brazil

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha (<https://orcid.org/0000-0002-1891-4201>)¹

Jessica Pronestino de Lima Moreira (<https://orcid.org/0000-0003-1987-3584>)¹

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-8053-7972>)¹

Ligia Bahia (<https://orcid.org/0000-0001-8730-2244>)¹

Ronir Raggio Luiz (<https://orcid.org/0000-0002-7784-9905>)¹

Abstract *The scope of this paper was to compare the changes in coverage patterns by health insurance plans among public servants, the military and other employees in Brazil and verify if the purchase of such health plans is reflected in the respective self-reported prevalence of Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) in the country. For this purpose, workers in the public sector (federal, state, municipal or military) and other workers aged ≥ 18 who were included in the 1998, 2003 and 2008 campaigns of the National Household Sample Survey (PNAD) and in the 2013 National Survey were studied. Over the years of the study, it was observed that Brazil's public service employees, both civilian and military, have presented a high and increasing proportion of health insurance purchase compared to other workers. The prevalence of SAH and DM has always been higher among employees with health insurance. The special status of public servants and the military as regards the double access to both public and private healthcare systems is reflected in the increasing self-reported prevalence of SAH and DM, increasing health inequities in a public health system that was constituted in a universal and equitable way.*

Key words Private health plans, Workers' health, Supplementary health insurance

Resumo *O presente estudo objetivou comparar as mudanças nos padrões de cobertura por planos privados de saúde entre servidores públicos, militares e demais trabalhadores no Brasil e verificar se a vinculação a planos de saúde repercute nas respectivas prevalências autorreferidas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no país. Para isso, foram utilizados os trabalhadores do setor público (federal, estadual, municipal ou militar) e, outros trabalhadores, com ≥ 18 anos de idade incluídos na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios dos anos de 1998, 2003, 2008 e na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Observou-se que ao longo dos anos de estudo, os servidores públicos civis e militares do Brasil apresentaram elevada e crescente proporção de adesão aos planos privados de saúde em relação aos demais trabalhadores. As prevalências de HAS e DM sempre foram maiores e cresceram entre os servidores com planos de saúde do que entre os sem planos. O status diferenciado aos servidores públicos e militares, no que se refere ao duplo acesso aos serviços públicos e privados de saúde, refletiu-se nas crescentes prevalências autorreferidas de HAS e DM, aumentando as iniquidades em saúde diante de um sistema público constituído de modo universal e equânime.*

Palavras-chave Planos de saúde, Saúde do trabalhador, Saúde suplementar

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pç. Jorge Machado Moreira, Cidade Universitária. 21941-590 Rio de Janeiro RJ Brasil. leocunhama@gmail.com

Os servidores públicos e suas instituições conformam um dos importantes núcleos de organização de demandas e ofertas de esquemas assistenciais de saúde no Brasil, constituindo-se, simultaneamente, como um importante vetor para a privatização e a organização de demandas e ofertas de planos privados de saúde. Estudos de revisão sobre a produção internacional¹ e nacional², contemplando o Estado da Arte sobre Saúde Suplementar, sinalizaram lacunas de estudos de assistência médica suplementar – planos e seguros de saúde por categorias profissionais específicas.

O tema, ainda que de forma indireta, também integra a área denominada “saúde dos trabalhadores”. Entende-se por esse campo, como um conjunto de conhecimentos advindos de diversas disciplinas (Medicina, Saúde Coletiva, Engenharia, Psicologia), que aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma de compreensão da relação saúde-trabalho e propõe uma forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenções nos ambientes de trabalho³.

Características associadas ao trabalho são um dos principais determinantes sociais das condições de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar de indivíduos e populações^{4,5}. Em diferentes contextos socioeconômicos, a diversidade de padrões de morbidade e mortalidade é condicionada por variados fatores sociais, econômicos, tecnológicos, organizacionais e políticos relacionados ao tipo de inserção no trabalho e dependentes das condições de vida e saúde presentes nas sociedades em que os trabalhadores estão inseridos^{4,6}.

A população trabalhadora no Brasil caracteriza-se por apresentar grande diversidade socioeconômica, demográfica e de tipo de inserção na atividade laboral. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que a população economicamente ativa no país, composta pelas pessoas de 10 a 64 anos de idade, cresceu ao longo da última década. Em 2000 eram 126.983.332 pessoas, já em 2010, esse grupo populacional alcançou o número de 147.908.789, representando um incremento de 16%^{7,8}. Esses trabalhadores inserem-se numa diversidade de ambientes e setores da atividade laboral, tanto no setor público, quanto no setor privado ou informal^{9,10}.

O servidor público civil é um agente público que atua em diferentes instâncias ou órgãos das esferas administrativas municipal, estadual

ou federal; enquanto os militares exercem suas atividades nos órgãos de defesa do país, como a marinha, exército ou aeronáutica^{10,11}. Dados do Siape demonstram que o número desses servidores cresceu e tem representado cerca de 10% da população brasileira ao longo dos últimos anos. Em 1998, representavam 1.844.427 pessoas, passando para 1.785.186 em 2003 e 1.863.124 em 2008 e atingindo um total de 1.952.281 servidores em 2013; sendo que, nesse período, a proporção de servidores civis diminuiu (69,4% em 1998, 64,7% em 2003, 64,7% em 2008, voltando a crescer em 2013, 66,7%) e a dos militares aumentou ao longo dos anos (30,6% em 1998, 35% em 2003, 35,4% em 2008, com uma queda em 2013, com 33,2%)¹².

Como todo trabalhador, servidores civis e militares requerem cuidados à saúde que são típicos do contexto socioeconômico, demográfico e epidemiológico da sociedade em que estão inseridos. Contudo, a resposta a essas necessidades não vem sendo organizada de modo semelhante a que vem sendo ofertada a outros tipos de trabalhadores no país. Isso porque, historicamente no Brasil, o direito à saúde esteve associado ao contrato formal de trabalho (carteira assinada) com serviços de saúde restritos a determinadas categorias de servidores^{13,14}. Após a constituição de 1988, houve a institucionalização de um sistema de atenção à saúde universal, que não condicionava seu acesso e uso mediado pelo tipo de vínculo de trabalho. No entanto, mesmo após esse novo período, de modo crescente vêm sendo estabelecidos quadros institucionais, regulatórios e normas políticas que criaram modelos duplicados de atenção à saúde e esquemas suplementares de serviços de saúde destinados a esse público^{15,16}.

Nesse cenário, esses servidores possuem um conjunto de direitos diferenciados do restante dos trabalhadores. Os Servidores Públicos Civis e Militares no Brasil têm o direito à saúde mediante o acesso a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e por meio dos serviços prestados diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estão vinculados, o que ocorre a partir da contratação de serviços de saúde prestados pela iniciativa privada ou pela concessão de benefícios (reembolsos e contrapartidas) instituídos por convênios, contratos ou adesão aos planos de saúde ofertados a esses trabalhadores^{15,17}. A partir da segunda metade dos anos 2000, foram adicionadas políticas de incentivo para servidores contratarem, de modo crescente, planos de saúde. Assim, esses grupos de trabalhadores

consolidaram a vantagem de combinar direitos exclusivos com universais e se tornaram público importante para a expansão de esquemas assistenciais privados no país^{15,18}.

O padrão segmentado dos esquemas assistenciais para servidores públicos foi oficializado pela promulgação de um conjunto de normas e pela institucionalização de benefícios públicos (Decreto 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, Lei nº 11.302/2006, Portaria Conjunta SRH/ SOF/ MP nº 01, de 29 de dezembro de 2009) para a aquisição de planos privados de saúde, conferindo um estatuto formal para a assistência privada à saúde de servidores públicos. O subsídio à assistência médica-hospitalar privada a esses servidores e seus dependentes, efetivada mediante o uso de recursos públicos, é um contrassenso constitucional, visto que por meio da Constituição de 1988 a saúde pública é consagrada como um direito social no Brasil. A iniquidade também é evidente no caso do abatimento do imposto da renda bruta, das despesas com a saúde, incentivando indiretamente a crescente aquisição de planos privados de saúde^{19,20}.

Estudos^{21,22} sinalizam que, no Sistema de Saúde Brasileiro, os planos privados de assistência à saúde são um vetor de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois garantem acesso e utilização de ações assistenciais apenas para parcela específica da população brasileira. Ou seja, para pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos da atividade do mercado de trabalho, moradores de capitais/regiões metropolitanas nas regiões Sul ou Sudeste do Brasil. Assim, o acesso desigual a serviços e ações de saúde pode potencializar diferenças nos níveis de saúde e nos perfis de morbidades entre os servidores e demais trabalhadores em relação à população geral do país.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo comparar as mudanças nos padrões de cobertura por planos privados de saúde entre servidores públicos, militares e demais trabalhadores no Brasil, que vêm ocorrendo entre os anos de 1998 a 2013 e verificar se a vinculação a planos de saúde repercute nas respectivas prevalências autorreferidas de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) no Brasil.

A escolha dessas morbidades deve-se ao fato de serem as doenças crônicas mais prevalentes entre populações adultas e seu registro está amplamente disponível em bases de dados secundários, tais como os utilizados nesta pesquisa. A relação dessas doenças com planos de saúde pode

estar relacionada a maior acesso aos seus diagnósticos.

Método

População de estudo

Foram utilizados neste trabalho os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizadas nos anos de 1998, 2003 e 2008, e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013. Estas pesquisas são base populacional, realizadas pelo IBGE, e possuem seus microdados disponíveis em seu site (www.ibge.gov.br). Foram selecionados os trabalhadores do setor público (federal, estadual, municipal ou militar), bem como os outros trabalhadores, que foram agregados em uma única categoria, com ≥ 18 anos de idade. Foram entrevistados 133.811, 158.290, 175.944 e 90.036 indivíduos em 1998, 2003, 2008 e 2013, respectivamente. Estas pesquisas possuem plano amostral complexo, que utiliza vários métodos de amostragem, como estratificação e conglomeração. Maiores informações sobre o delineamento amostral podem ser obtidos em Silva et al. (PNADs)²³ e Souza-Júnior (PNS)²⁴.

Variáveis estudadas

Nos anos de 1998, 2003 e 2008, a variável *Tem direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público* foi categorizada em apenas duas categorias: *Sim* (para quem disse possuir 1 plano ou mais) e *Não*. Foram analisadas as variáveis demográficas: idade, sexo, área censitária do domicílio de residência (região metropolitana ou fora da região metropolitana), anos de estudo e morbidades autorreferidas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

A variável *Rendimento mensal de todas as fontes* foi considerada em três faixas de rendimento: sem rendimento, de 1 a 5 salários mínimos e maior que 5 salários mínimos. Adicionalmente, foi criada a variável *Proporção do rendimento principal no rendimento total por todas as fontes*, que equivale à razão entre o rendimento mensal do trabalho principal e o por todas as fontes, categorizada em três níveis: *Renda mensal do trabalho principal igual à renda por todas as fontes*, *Rendimento mensal do trabalho principal maior do que 50% do rendimento mensal por todas as fontes* e *Rendimento mensal do trabalho princi-*

pal equivalente menor do que 50% do rendimento mensal por todas as fontes.

Até 2008, foram considerados como trabalhadores do serviço público aqueles que possuíam o trabalho principal ou secundário em uma das instâncias: Federal, Estadual, Municipal ou Militar. Os funcionários públicos estaduais e municipais foram agrupados em uma única categoria, por se assemelharem em características de assistência ao servidor. Em 2013, os funcionários públicos foram incluídos na PNS em única categoria *Empregados do setor público*, além dos Militares. Neste ano, foram classificados apenas o trabalho principal de cada indivíduo. Na categoria *Outros trabalhadores* foram incluídas as pessoas que trabalharam na semana de referência ou estiveram afastadas temporariamente do trabalho remunerado que tinham na semana de referência e que não exerciam atividade no serviço público.

Análise estatística

Foram apresentadas as proporções de características demográficas, para as áreas de trabalho nos anos selecionados. Na sequência, foram apresentadas as proporções de posse de plano de saúde, por área do emprego, no período analisado, sendo realizado o teste Qui-quadrado entre a posse de plano de saúde e a área do emprego, para cada ano estudado. Apresentaram-se, ainda, graficamente, as prevalências autorreferidas de HAS e DM para os quatro grupos de trabalhadores, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. Posteriormente, foram apresentadas as prevalências de HAS e DM segundo plano de saúde, em cada uma das categorias profissionais e realizado o teste Qui-quadrado nos anos estudados.

Em todas as análises foram incorporadas as características do esquema amostral complexo das PNADs e da PNS, que combina métodos de amostragem tradicionais, como a estratificação e a conglomeração, com probabilidades desiguais de seleção em dois ou três estágios.

Resultados

A Tabela 1 mostra a distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos servidores públicos e outros trabalhadores no Brasil, nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. Observaram-se diferenças importantes na composição desses grupos de trabalhadores, segundo essas características. Em geral, em todos os anos de análise, homens representam a maioria da mão

de obra que compõe essas categorias de trabalhadores, sobretudo entre militares, exceto entre os funcionários estaduais ou municipais até 2008. Em 2013, o percentual de mulheres foi maior em toda categoria de funcionários públicos. A composição etária é predominantemente jovem em todos os grupos de estudo e anos de análise. Embora venham crescendo os percentuais nas quatro categorias de trabalhadores na faixa de idade de 40 a 59 anos, a maioria da população em todos os anos de estudo foi de 18 a 39 anos, principalmente entre os militares (mais de 80%), exceto entre os servidores federais, em que a faixa etária de 40 a 59 anos foi predominante em 2003 (51,9%) e em 2008 (53,7%). A maioria dos trabalhadores não militares exerce sua função fora da região metropolitana, com exceção dos servidores federais, que atuavam em maioria nas regiões metropolitanas em 2008 (51,7%). Entre os militares, a atuação gira em aproximadamente 50% nas duas regiões, sendo ligeiramente maior nas regiões metropolitanas em 2013 (53,6%).

Ao longo dos quatro anos, verificou-se que a proporção de rendimento > 5 Salários Mínimos (SM), obtido com o trabalho, vem caindo nos quatro grupos de trabalhadores e aumentando na faixa de 1 a 5 SM. Contudo, a maioria dos servidores públicos federais tem rendimento superior a 5 SM, e estaduais, municipais e militares têm maior proporção entre 1 a 5 SM. Por outro lado, a proporção de baixos rendimentos até 1 SM tem permanecido ainda elevada (acima de 39%) entre os outros tipos de trabalhadores. Em todos os anos analisados e em todas as quatro categorias profissionais, o rendimento obtido com essa função representou quase a única fonte de renda desses trabalhadores. Esses percentuais foram altos e permaneceram elevados ao longo dos anos, sobretudo entre militares (sempre > 89%), porém os servidores municipais ou estaduais foram os que menos possuíam apenas o emprego público como fonte de renda (em torno de 76%), nos três primeiros anos estudados. Baixos níveis de escolaridade, até 8 anos de estudo, predominaram em outros tipos de trabalhadores, nos anos em estudo. Entre todos os servidores públicos civis e militares foi observado que a maioria possui > 8 anos de estudo e a proporção de indivíduos nessa classe foi aumentando ao longo dos anos, chegando a 95,7%, entre os servidores federais, 85,3%, entre os servidores públicos estaduais ou municipais, e 94%, entre os militares, em 2008, com uma leve queda em 2013 (92%). Com o agrupamento das categorias dos servidores públicos no ano de 2013, a proporção foi de 89% (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos servidores públicos (federais, estaduais, municipais, militares) e outros trabalhadores no Brasil nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

Características demográficas	Área do trabalho							
	1998				2003			
	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores
Sexo								
Masculino	65,9%	41,8%	97,4%	47,9%	58,3%	40,6%	98,5%	61,1%
Feminino	34,1%	58,2%	2,6%	52,1%	41,7%	59,4%	1,5%	38,9%
Faixa etária								
18 a 39 anos	53,0%	57,2%	86,0%	62,2%	45,1%	51,9%	85,0%	61,1%
40 a 59 anos	45,0%	39,7%	13,5%	31,3%	51,9%	44,2%	14,3%	32,5%
≥ 60 anos	2,0%	3,1%	0,5%	6,5%	3,0%	3,9%	0,7%	6,4%
Região metropolitana								
Região metropolitana	34,3%	26,8%	52,0%	31,9%	48,5%	27,6%	52,6%	31,5%
Fora de região metropolitana	65,7%	73,2%	48,0%	68,1%	51,5%	72,4%	47,4%	68,5%

Características demográficas	Área do trabalho						
	2008				2013		
	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores	Servidores públicos	Militares	Outros trabalhadores
Sexo							
Masculino	56,6%	39,8%	96,9%	59,9%	41,7%	94,9%	58,7%
Feminino	43,4%	60,2%	3,1%	40,1%	58,3%	5,1%	41,3%
Faixa etária							
18 a 39 anos	41,6%	48,0%	82,0%	58,2%	45,4%	74,6%	56,4%
40 a 59 anos	53,7%	47,7%	17,3%	34,9%	49,2%	24,5%	36,8%
≥ 60 anos	4,7%	4,3%	0,7%	6,9%	5,4%	0,9%	6,8%
Região metropolitana							
Região metropolitana	51,7%	25,3%	49,6%	32,3%	41,1%	53,6%	42,7%
Fora de região metropolitana	48,3%	74,7%	50,4%	67,7%	58,9%	46,4%	57,3%

continua

A Tabela 2 apresentou a prevalência de posse de plano de saúde dos servidores públicos civis, militares e de outros trabalhadores nos anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. Observou-se o crescimento gradual da posse de plano de saúde entre os servidores federais, com proporções acima de 70% até 2008. Já entre os servidores estaduais ou municipais e militares, a tendência foi de estabilização entre os anos estudados (em torno de 50%). Em 2013, com o agrupamento das categorias dos servidores públicos, a proporção de usuários de plano de saúde foi de 53,2%. Para os outros trabalhadores essa proporção cresceu, chegando a quase 30% em 2013. Entre os militares, verificou-se uma proporção de aproximadamente 70% nos

três primeiros anos estudados, com redução, em 2013, para 64%. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre a proporção de posse de plano de saúde e as categorias profissionais ($p < 0,001$) em todos os anos estudados.

Os Gráficos 1 e 2 apresentaram, respectivamente, a prevalência autorreferida de HAS e de DM dos servidores públicos e dos outros trabalhadores para os anos de 1998, 2003, 2008 e 2013. No Gráfico 1, observou-se tendência crescente da prevalência da HAS ao longo dos anos estudados, entre todas as categorias de trabalhadores. Servidores civis referiram mais HAS do que os demais trabalhadores, em todos os anos. Essas prevalências foram sempre maiores entre servi-

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos servidores públicos (federais, estaduais, municipais, militares) e outros trabalhadores no Brasil nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

Características demográficas	Área do trabalho							
	1998				2003			
	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores
Faixa de rendimento mensal de todas as fontes								
Sem rendimento até 1 salário mínimo	24,5%	14,5%	8,5%	47,6%	4,2%	14,6%	16,6%	32,6%
De 1 a 5 salários mínimos	24,1%	53,1%	36,9%	37,5%	40,2%	62,0%	44,9%	55,3%
> 5 salários mínimos	51,4%	32,4%	54,6%	14,9%	55,6%	23,4%	38,5%	12,1%
Proporção de rendimento mensal do trabalho principal em relação ao rendimento por todas as fontes								
Renda de todas as fontes = renda principal	68,3%	77,9%	91,7%	78,5%	80,8%	76,5%	93,5%	77,3%
Entre 99,9% e 50%	15,2%	15,5%	7,1%	8,7%	14,9%	17,3%	5,9%	9,7%
< 50%	16,5%	6,6%	1,2%	12,8%	4,3%	6,2%	0,6%	13,0%
Anos de estudo								
Sem instrução ou menos de 1 ano de estudo	19,4%	5,5%	0,0%	16,1%	0,4%	3,5%	0,0%	11,2%
1 a 7 anos de estudo	17,9%	23,5%	9,0%	45,9%	5,2%	16,8%	6,6%	41,4%
≥ 8 anos de estudo	62,7%	70,7%	90,5%	37,7%	94,3%	79,5%	93,4%	47,2%
Não determinado	0,1%	0,4%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%	-	0,2%

Características demográficas	Área do trabalho							
	2008				2013			
	Federais	Estaduais ou municipais	Militares	Outros trabalhadores	Servidores públicos	Militares	Outros trabalhadores	
Faixa de rendimento mensal de todas as fontes								
Sem rendimento até 1 salário mínimo	5,2%	16,1%	11,9%	33,4%				
De 1 a 5 salários mínimos	45,4%	64,5%	56,4%	56,7%	-	-	-	
> 5 salários mínimos	49,4%	19,4%	31,7%	9,9%				
Proporção de rendimento mensal do trabalho principal em relação ao rendimento por todas as fontes								
Renda de todas as fontes = renda principal	82,6%	75,9%	94,3%	77,8%				
Entre 99,9% e 50%	13,3%	18,2%	4,8%	10,3%	-	-	-	
< 50%	4,1%	5,9%	0,9%	11,9%				
Anos de estudo								
Sem instrução ou menos de 1 ano de estudo	0,6%	2,4%	0,2%	8,9%	3,2%	1,1%	9,7%	
1 a 7 anos de estudo	3,6%	12,1%	5,8%	33,9%	7,7%	6,0%	24,2%	
≥ 8 anos de estudo	95,7%	85,3%	94,0%	57,0%	89,0%	92,8%	66,1%	
Não determinado	0,1%	0,1%	-	0,2%	-	-	-	

*A faixa de rendimento por salários mínimos foi calculada utilizando o valor do salário nos respectivos anos. 1998 = R\$130,00, 2003 = R\$240,00, 2008 = R\$415,00 e 2013 = 678,00. **A categoria Servidor público em 2013 engloba os servidores federais, estaduais e municipais, que não foram especificados na Pesquisa Nacional de Saúde.

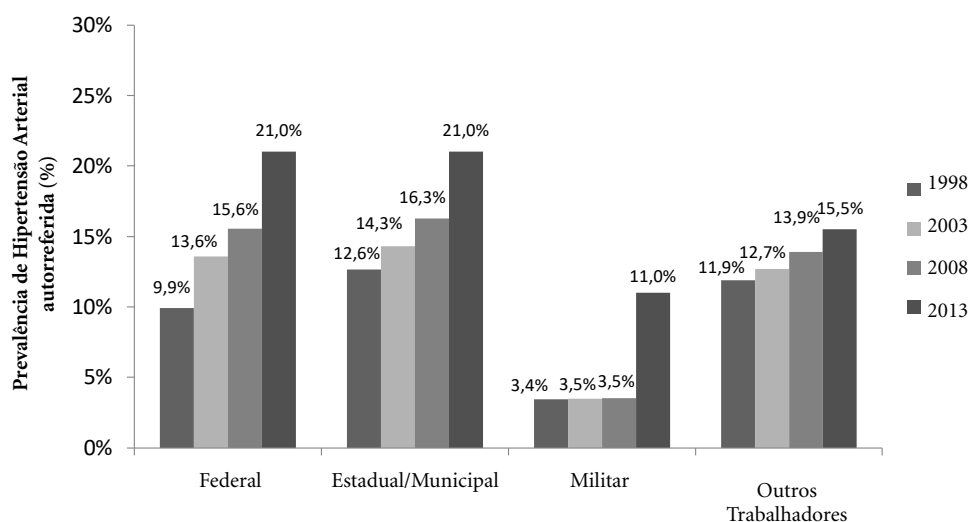
dores estaduais ou municipais do que entre os de vínculo federal, até 2008. No Gráfico 2, também se verificou o crescimento ao longo dos anos es-

tudados da prevalência autorreferida de DM, que mais que dobrou entre 1998 e 2008. A prevalência entre os servidores civis e outros trabalhado-

Tabela 2. Prevalência autorreferida de posse de plano de saúde dos servidores públicos e de outros trabalhadores, nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

Área do trabalho	Posse de plano de saúde			
	1998	2003	2008	2013
Federais	56,5%	80,3%	80,7%	53,2%
Estaduais ou municipais	52,9%	52,2%	50,9%	
Militares	74,2%	70,0%	73,7%	64,0%
Outros trabalhadores	23,8%	24,6%	26,6%	29,8%
p-valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

*Este resultado refere-se aos empregados do serviço público (federais, estaduais e municipais), tendo em vista a mudança da pesquisa em 2013, sem especificação da área de trabalho.



	1998	2003	2008	2013
Federal	9,9%	13,6%	15,6%	21,0%
Estadual/Municipal	12,6%	14,3%	16,3%	21,0%
Militar	3,4%	3,5%	3,5%	11,0%
Outros trabalhadores	11,9%	12,7%	13,9%	15,5%

Gráfico 1. Prevalência autorreferida de Hipertensão Arterial Sistêmica dos servidores públicos e de outros trabalhadores, nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

*A prevalência foi repetida para os servidores federais, estaduais e municipais, tendo em vista a mudança da pesquisa em 2013, em que não houve especificação da área de trabalho, sendo todos incluídos como empregados do setor público.

res foi equivalente em todos os anos, chegando a cerca de 5,3%, em 2013. No entanto, embora tenha crescido entre os militares, a referência de DM equivale à metade dos demais servidores e trabalhadores estudados.

Por fim, a Tabela 3 refere-se à prevalência autorreferida de HAS e DM, segundo a posse de plano de saúde, dos trabalhadores em estudo nos anos 1998, 2003, 2008 e 2013. Verificou-se que a HAS e o DM foram mais referidos em todas as

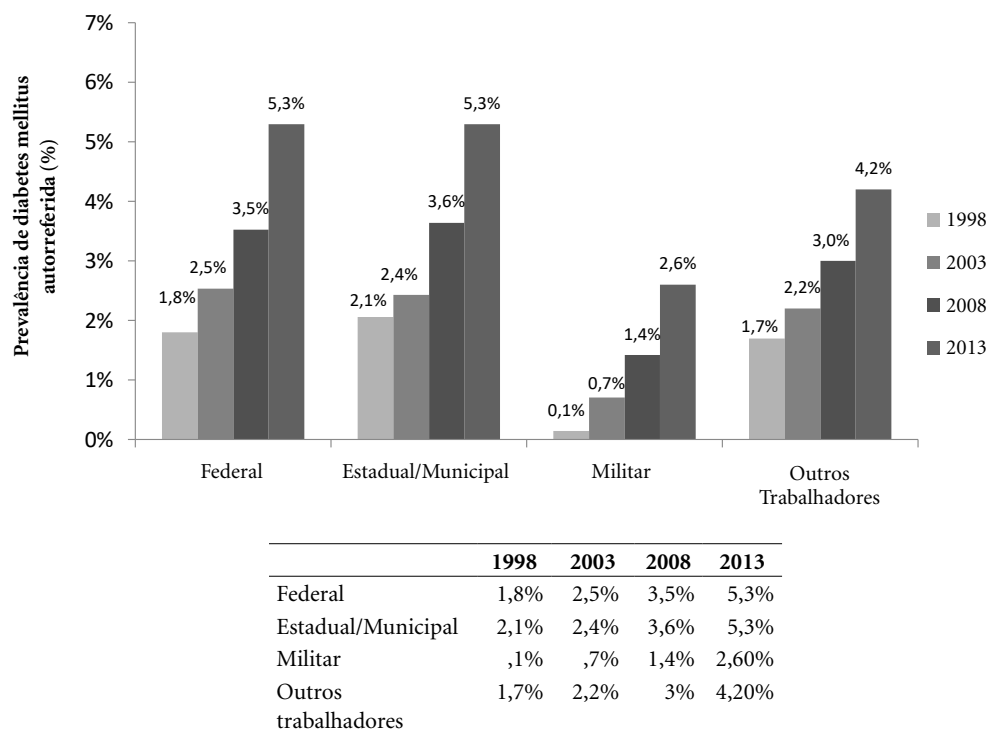


Gráfico 2. Prevalência autorreferida de Diabetes Mellitus dos servidores públicos e de outros trabalhadores, nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

*A prevalência foi repetida para os servidores federais, estaduais e municipais, tendo em vista a mudança da pesquisa em 2013, em que não houve especificação da área de trabalho, sendo todos incluídos como empregados do setor público.

categoriais de trabalhadores com posse de planos de saúde do que sem plano, nos quatro anos de análise, entre os servidores públicos ou militares. Entre os outros trabalhadores, as prevalências foram praticamente as mesmas entre os que estão vinculados ou não ao plano de saúde, embora tenha apresentado diferença estatisticamente significativa na relação entre DM e plano de saúde, em 1998, 2003 e 2008. A prevalência autorreferida de HAS, em todos os anos, foi maior entre os servidores estaduais ou municipais que possuem plano de saúde, variando de 13,0%, em 1998, a 22,2%, em 2013. No último ano, maiores prevalências foram encontradas entre os servidores públicos que possuíam plano de saúde (22,2% para HAS e 6,2% para DM).

Discussão

Os resultados deste estudo revelam que entre a população trabalhadora do Brasil há importantes diferenças socioeconômicas e demográficas, estando os servidores públicos civis e militares em melhor situação social e econômica do que os demais trabalhadores do país. Ao longo dos anos de estudo, os servidores públicos civis e militares do Brasil apresentaram elevada e crescente proporção de adesão aos planos privados de saúde, sendo que em relação aos demais trabalhadores essa frequência foi cerca de três vezes maior, impulsionada pela promulgação de um conjunto de normas administrativas (decretos presidenciais, portarias ministeriais e resoluções legislativas). Esse perfil de vinculação a planos de saúde sugere os impactos dos estímulos diretos ou de coparticipação realizados pela administração pública brasileira para que seus servidores se vinculem

Tabela 3. Prevalência autorreferida de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus dos servidores públicos e de outros trabalhadores, segundo posse de plano de saúde, nos anos de 1998, 2003, 2008 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD) e 2013 (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS).

Posse de plano de saúde, segundo área do trabalho	Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida				Diabetes Mellitus autorreferida			
	1998	2003	2008	2013	1998	2003	2008	2013
Federais								
Sim	11,0%	14,6%	16,7%		2,5%	2,7%	3,8%	
Não	8,6%	9,3%	10,6%		0,8%	2,0%	2,3%	
P-valor	0,030	0,001	< 0,001		0,002	0,364	0,065	
Estaduais ou municipais				22,2%				6,2%
Sim	13,0%	14,9%	17,6%	19,6%	2,2%	2,7%	4,0%	4,1%
Não	12,2%	13,6%	14,9%		1,9%	2,1%	3,3%	
P-valor	0,275	0,106	< 0,001	0,260	0,334	0,109	0,020	0,090
Militares								
Sim	4,1%	3,0%	4,7%	10,9%	0,2%	0,6%	1,9%	3,6%
Não	,5%	4,6%	0,3%	11,1%	-	0,9%	-	0,5%
P-valor	0,001	0,379	0,001	0,952	0,397	0,312	0,051	0,067
Outros trabalhadores								
Sim	12,0%	12,9%	13,6%	15,8%	2,1%	2,6%	3,3%	4,1%
Não	11,8%	12,6%	14,0%	15,4%	1,6%	2,1%	2,9%	4,3%
P-valor	0,705	0,488	0,107	0,588	< 0,001	< 0,001	0,005	0,701

*Os resultados foram repetidos para os servidores federais, estaduais e municipais, tendo em vista a mudança da pesquisa em 2013, em que não houve especificação da área de trabalho, sendo todos incluídos como empregados do setor público.

e mantenham a filiação aos planos privados de saúde.

Assim, os servidores civis e militares constituem um grupo diferenciado dentro da população de trabalhadores no país. Apesar da Constituição Federal ter estabelecido o Sistema Único de Saúde como a primeira opção de assistência à saúde para os servidores públicos, observa-se o crescimento da assistência suplementar. Tende-se a atribuir essa expansão à má qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil. No entanto, ao longo dos anos foram acionadas estratégias corporativas e políticas para conceder benefícios financeiros para o custeio parcial de planos e seguros de saúde, moldadas por mudanças no arcabouço jurídico, impulsionando diretamente esse nicho de mercado²⁵.

Nesse sentido, os servidores públicos federais têm a opção de aderir à autogestão, caso o órgão ao qual ele esteja vinculado for patrocinador, ou contratar diretamente um plano e seguro de saúde privado, por meio de convênio com suas associações representativas, no qual é ressarcido pelo Estado de parte do valor pago (variando de acordo com a idade e a faixa de remuneração)^{16,17}. Já os servidores públicos estaduais e municipais

possuem instituições de previdência e assistência administradas por instituições públicas da esfera estadual ou municipal, tendo como base de financiamento a contribuição obrigatória dos empregados, com ou sem coparticipação. Podem contratar planos e seguros privados de saúde coletivos, financiados pelos mesmos, por meio de convênio com suas associações representativas ou por intermédio de Administradoras de Benefícios de Saúde e planos e seguros de saúde, ou serem atendidos por profissionais liberais contratados pelo Estado²⁵.

No caso dos militares, além de possuírem um sistema exclusivo de saúde, podem contratar planos e seguros privados de saúde coletivos, financiados pelos mesmos, por meio de convênio com suas associações representativas ou diretamente com o órgão ao qual estão vinculados. Esse acesso diferenciado à saúde, com o estímulo do poder público, traz a esses servidores vantagens suplementares no acesso a serviços, ações e equipamentos de saúde, além do oferecido pelo SUS, o que permite a eles maior atenção aos seus problemas e necessidades de saúde, podendo alterar o padrão de distribuição de doenças crônicas^{18,25}. Assim, a lógica da privatização dos servi-

ços de saúde foi instalada no próprio centro da administração pública, através da contratação de serviços de saúde prestados pela iniciativa privada e concedendo benefícios (reembolsos e contrapartidas), constituindo-se num paradoxo, pois o Estado é responsável pela execução de serviços públicos de saúde a toda a população¹⁵.

Foi observado importante e crescente gradiente da prevalência de HAS e DM no Brasil, sendo visível o aumento independentemente da vinculação a plano de saúde. A hipertensão teve, em todos os anos e grupos de estudo, maiores prevalências que a DM. Em geral, a diferença entre essas prevalências foi cinco vezes maior. Diversos trabalhos demonstram que esse padrão de crescente prevalência de condições crônicas no Brasil é esperado, dadas as transformações epidemiológica, demográfica e nutricional que o país vem experimentando ao longo das últimas décadas^{26,27}. Essas morbidades situam-se entre os principais problemas de saúde global e representam uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano e, por isso, tornaram-se a principal prioridade na área da saúde no Brasil^{27,28}. Contudo, observa-se que as prevalências dessas duas condições de saúde sempre foram maiores entre os servidores que têm planos de saúde, sugerindo a associação entre planos de saúde e a maior prevalência de HAS e DM entre os trabalhadores civis.

Em virtude do presente estudo tratar de prevalência autorreferida, o fato de relatar mais doenças poderia ocorrer devido ao maior acesso aos serviços de saúde e, portanto, maior conhecimento sobre sua condição de morbidade. Verificou-se que, em geral, pessoas vinculadas a planos privados de saúde referiram-se mais a doenças do que o restante da população. O fato de estar vinculado a plano privado de saúde parece influenciar esse padrão observado, uma vez que favorece o uso de serviços de saúde (diagnóstico, consultas e tratamento) e pode permitir uma detecção mais precoce dessas morbidades, em relação aos demais servidores sem plano de saúde^{1,29}. Além disso, indivíduos que têm conhecimento de seus riscos e condições de saúde *a priori* podem procurar mais frequentemente os serviços de saúde, por este motivo, obter planos privados de saúde, fenômeno este conhecido como seleção adversa^{1,18,30}. Esse acesso suplementar impacta na maior identificação de doenças e faz com que os beneficiários de planos de saúde façam mais consultas e procurem mais serviços de saúde^{1,30} e consequentemente obtenham vantagens no controle das doenças e alcancem maiores padrões de qualidade de vida.

Por outro lado, militares representaram o grupo de trabalhadores mais saudáveis e de menor prevalência das duas morbidades investigadas. Em virtude das características inerentes de seleção dos sujeitos que compõem as forças armadas, esses resultados indicam que essa população, por ser mais jovem e presumidamente realizar maior atividade física, inerente às características da prática militar, tende a ter menor prevalência de HAS e DM.

Já os outros trabalhadores, mesmo com posse de plano de saúde, apresentaram prevalência dessas doenças menor do que os demais grupos de trabalhadores na mesma condição. Esse comportamento observado pode estar associado ao padrão dos planos privados de saúde consumidos por essa população. Embora a morbidade autorreferida não seja considerada um diagnóstico efetivo e preciso, ela pode sinalizar a necessidade de assistência a um grupo de indivíduos com essas doenças crônicas, que demandam cuidados contínuos.

Cabe ressaltar que os resultados deste estudo estão sujeitos ao viés do trabalhador saudável, que apresenta prevalências de doenças menores do que o restante da população, pois indivíduos mais saudáveis contratados para trabalhar nas empresas tendem, portanto, a apresentar condições de saúde melhores do que os não trabalhadores³¹. Em estudo realizado nas capitais brasileiras, utilizando HAS autorreferida, encontrou-se prevalência de 23,9% em toda a população acima de 18 anos em 2008³². Na PNAD 2008, a prevalência de HAS autorreferida foi de 19,9% e de DM foi de 5,1%, em toda a população, maiores do que o encontrado entre os trabalhadores selecionados para este estudo. Entretanto, por se tratar de prevalência autorreferida, a proporção de pessoas que tiveram diagnóstico prévio e se declararam doentes pode estar refletindo indiretamente no acesso aos serviços de saúde. Ainda assim, esses resultados são relevantes, principalmente por se tratar da avaliação temporal da relação entre a prevalência de morbidades crônicas e a posse de planos privados de saúde no Brasil.

Essa pesquisa demonstra que a frequência de vinculação com plano de saúde foi elevada e ainda continua a crescer no Brasil entre os trabalhadores civis e militares. E, ainda, que essa proporção é muito maior que nos demais trabalhadores, sugerindo que as ações governamentais têm obtido êxito em estimular a aquisição de planos de saúde como forma de garantir cobertura de saúde a esses grupos. Essa maior posse de plano de saúde tem estimulado essa população a usar serviços de saúde.

de e a identificar a presença de morbidades, favorecendo o conhecimento do seu estado de saúde.

Essa política de dar um *status* diferenciado aos servidores públicos e militares, no que se refere ao duplo acesso aos serviços públicos e privados de saúde, reflete-se nas prevalências autorreferidas das morbidades estudadas. Em contrapartida, favorece as iniquidades no acesso e na

utilização dos serviços de saúde, diante de um sistema público promulgado constitucionalmente. Logo, esta pesquisa apontou a necessidade de rediscutir o modelo de assistência ao servidor público e militar, especialmente em relação ao financiamento e à provisão de serviços. Apontando as controversas relações entre o mix público e o privado no sistema de saúde brasileiro.

Colaboradores

CLF Cunha e BLCA Oliveira trabalharam na escrita, na revisão e na redação final do artigo. JPL Moreira trabalhou na escrita, na construção dos gráficos e tabelas, na revisão e na redação final do artigo. L Bahia e RR Luiz trabalharam na concepção, na escrita e na revisão final do artigo.

Referências

1. Kiil, A. What characterises the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. *Health Policy* 2012; 106(1):60-75.
2. Sestelo J, Bahia L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro- saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 139-150.
3. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF, Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* 1997; 13(Supl. 2):21-32.
4. Santana VS, Dias EC, Silva J.F. Atenção, prevenção e controle da saúde do trabalhador. In: Paim JS, Almeida Filho NM. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbooks; 2014. p. 513-539.
5. Moreira JPL, Oliveira BLCA, Muzi CD, Cunha CLF, Brito AS, Luiz RR. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(8):1698-1708.
6. Dias ECD, Lauer ID. Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e ações decorrentes. In: Pedrosa ERP, Rocha MOC, organizadores. *Clínica médica*. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 1-27.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse preliminar do censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. [acessado 2015 Set 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/sinopse_preliminar/Censo2000sinopse.pdf.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acessado 2012 Set 3]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf.
9. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
10. Meirelles HL. *Direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Malheiros; 2003.

11. Carvalho EDP, Cardoso Junior JCC, Figueiredo SS. Conceitos de emprego público: questões metodológicas e possibilidades de mensuração. In: Cardoso Junior JC. *Burocracia e ocupação no setor público brasileiro*. Rio de Janeiro: IPEA; 2011. p. 181-212.
12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Seção 2: servidores: quantitativo. *Boletim Estatístico de Pessoal e Informações Organizacionais* 2015; 20:65-114.
13. Santos WG. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campos; 1979.
14. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
15. Brandão TB. As configurações da Seguridade Social do Servidor Público Federal a partir da Constituição de 1988: uma primeira aproximação. *Ser Social* 2007; (20):119-143.
16. Bahia L, Scheffer M. *Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber da assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: Editora da Unesp; 2010.
17. Sarmento BMH, Prazeres RM. A atenção do servidor público federal e o exercício profissional do assistente social: contribuições e desafios éticos. *Sociedade em Debate* 2010; 16(2):209-232.
18. Bahia L, Costa AJL, Fernandes C, Luiz RR, Cavalcanti MLT. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):671-686.
19. Viana SM. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. *Saúde Soc* 2005; 14(1):7-22.
20. Andreazzi MFS, Sicsú B, Holguin T. Gastos Tributários relacionados ao consumo da atenção privada à saúde. *São Paulo Perspec* 2008; 22(1):137-151.
21. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):85-98.
22. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):951-965.
23. Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):659-670.
24. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Sampling design for the National Health Survey, Brazil 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015;24(22):207-216.
25. Cunha CLF. *Assistência Suplementar aos Servidores Públicos e Militares no Brasil: dos esquemas corporativos tradicionais ao mercado subsidiado*. Curitiba: CRV; 2017.
26. Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1779-1790.
27. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1962.
28. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2014; 23(4):599-608.
29. Novais M, Martins CB. *Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde: PNAD 2003 e 2008*. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar; 2010 [acessado 2016 Abr 2]. Disponível em: http://www.iess.org.br/html/tdiess00352010pnad003_2008.pdf
30. Bahia L, Souza LEPEF. Regulação em saúde: as Agências Reguladoras Setoriais (Anvisa e ANS). In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 383-390.
31. Werneck GL, Almeida LM. Validade em estudos epidemiológicos. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 33-55.
32. Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol Suppl Pen-SE* 2014; 17(Supl. 1):215-226.

Artigo apresentado em 14/03/2017

Aprovado em 02/09/2017

Versão final apresentada em 04/09/2017