

Renato Peixoto Veras^I

Célia Pereira Caldas^I

Denizar Vianna Araújo^{II}

Rosana Kuschnir^{III}

Walter Mendes^{III}

Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil

Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care

RESUMO

OBJETIVO: Analisar aspectos da cobertura da população idosa pelos planos de assistência médica na saúde suplementar e a caracterização sociodemográfica desses beneficiários.

MÉTODOS: Estudo descritivo da população idosa do Brasil e dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, no ano de 2006. Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. A análise foi conduzida considerando-se as variáveis: sexo, idade, distribuição por unidade federada, modalidade da operadora, tipo de contratação e segmentação do plano.

RESULTADOS: As maiores coberturas na população geral foram observadas nas faixas etárias de 70 a 79 anos (26,7%) e 80 anos e mais (30,2%). Entre as mulheres na faixa de 80 anos e mais, 33% possuíam plano privado de assistência médica, e entre os homens, esse percentual foi de 25,9%. Cerca de 80% dos beneficiários de planos de saúde encontravam-se nas regiões Sudeste e Sul, dos quais 55% no eixo Rio-São Paulo. As cooperativas médicas tiveram maior cobertura nas faixas mais jovens do que entre os idosos (39% e 34,5% respectivamente) e os planos de autogestão tiveram participação mais significativa na cobertura de idosos no País (22,8% e 13,8%, respectivamente).

CONCLUSÕES: A cobertura da população idosa pelos planos de assistência médica foi significativa e as faixas etárias iniciadas em 70 anos representaram o percentual de cobertura mais elevado entre a população brasileira, especialmente entre as mulheres.

DESCRITORES: Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Sistemas Pré-Pagos de Saúde. Saúde Suplementar. Fatores Socioeconômicos. Epidemiologia Descritiva.

^I Universidade Aberta da Terceira Idade.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Departamento de Economia da Saúde.
Universidade Federal de São Paulo

^{III} Escola Nacional de Saúde Pública.
Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Correspondência | Correspondence:
R. São Francisco Xavier 524
Bloco F sala 10.150 – Maracanã
20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: veras@uerj.br

Recebido: 19/10/2007
Aprovado: 14/11/2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess health coverage of elderly people receiving supplementary health care and these users' sociodemographic characteristics.

METHODS: Descriptive study of elderly population living in Brazil and in the states of São Paulo and Rio de Janeiro in 2006. Data was collected from the National Supplementary Care Beneficiary Information System and the National Household Sample Survey. The following variables were studied: gender, age, distribution by federal unit, category of health insurance, type of contract and plan segmentation.

RESULTS: Higher coverage of the general population was seen in the age groups 70-79 years (26.7% and 80 years and more (30.2%). Of those aged 80 years and more, 33% had private health plans among women and 25.9% among men. Nearly 80% of health insurance beneficiaries were living in southeastern and southern Brazil, of which 55% were in Rio-São Paulo axis. Health maintenance organizations covered a higher proportion of younger compared to elderly population (39% and 34.5%, respectively) and self-management care plans covered a significantly higher proportion of elderly compared to younger population in Brazil (22.8% and 13.8%, respectively).

CONCLUSIONS: Elderly health care coverage was significantly high and age groups over 70 years showed the highest coverage rates among the Brazilian population, especially among women.

DESCRIPTORS: Aged. Health Services for the Aged. Health Maintenance Organizations. Supplemental Health. Socioeconomic Factors. Epidemiology, Descriptive.

INTRODUÇÃO

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevida, mas uma vida plena com qualidade. Apesar de numericamente significar pouco mais de 10% da população brasileira, os idosos representam um terço dos gastos de saúde, com tendência de crescimento desses custos.^a

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde^b (OMS) questiona: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento; como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos; como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento. A OMS de-

fine que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Os países precisam desenvolver políticas amplas e intersetoriais que procurem assegurar o envelhecimento saudável.

No Brasil, os esforços ainda são pontuais e desarticulados. O Ministério da Saúde recentemente incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional. Entretanto o efeito prático ainda não foi alcançado. O peso assistencial continua preponderante e a desarticulação do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica fundamentada em uma avaliação multidimensional. Tais desafios são em grande parte respondidos pelo sistema suplementar de saúde, mas pouco se sabe da abrangência e do impacto desta resposta.

Como marco teórico, o presente estudo adotou o documento da OMS "Envelhecimento ativo: um marco para

^a Malta DC, Jorge AO. Breve caracterização da saúde suplementar. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro; 2005. p.37-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

^b Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. Rio de Janeiro; 2002. [acesso em: 01/04/07] Disponível em: http://www.crdede-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc

elaboração de políticas”.^a Esse documento apresenta a posição oficial da OMS sobre os principais desafios relacionados ao envelhecimento da população a serem enfrentados no mundo e destaca o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores. Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar aspectos da cobertura da população idosa pelos planos de assistência médica na saúde suplementar e a caracterização sociodemográfica desses beneficiários. A justificativa é subsidiar a elaboração de políticas que permitam a indução de modelos preventivos e resolutivos e que incorporem metodologias de gestão mais eficiente e eficaz do cuidado ao idoso fragilizado e com múltiplas patologias.

MÉTODOS

Os dados analisados referem-se à primeira fase de um estudo mais amplo, financiado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade subsidiar a referida agência na elaboração de políticas/estratégias para a indução de modelos de atenção ao idoso. Nesses modelos a ênfase é em projetos preventivos e resolutivos, visando à detecção precoce de agravos à saúde, permitindo gestão mais eficiente e eficaz do cuidado ao idoso fragilizado e com múltiplas patologias. Neste sentido, foi realizado um diagnóstico da situação de atenção ao idoso no âmbito do sistema de saúde suplementar. O diagnóstico foi organizado em duas fases: a primeira buscou identificar o perfil do idoso brasileiro filiado ao sistema de planos privados de assistência à saúde e a segunda, identificar e analisar práticas e atividades oferecidas por este sistema especificamente a este segmento.

Trata-se de um estudo descritivo com as seguintes variáveis: sexo, idade, distribuição por unidade federada, modalidade da operadora, tipo de contratação e segmentação do plano.

Foi realizada uma busca não sistemática de dados e informações em documentos e na página eletrônica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),

incluindo o Sistema de Informações sobre Beneficiários (SIB). Outra fonte consultada foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).^b Os dados foram cotejados e organizados com as informações relevantes da população de idosos com mais de 60 anos do País e nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Foram utilizados os últimos dados disponíveis em dezembro de 2006, relativos a junho de 2006.

Os resultados são apresentados para a média do Brasil e para os estados do Rio de Janeiro e São Paulo. O Rio de Janeiro tem a maior proporção de idosos do País e São Paulo possui o maior número de idosos em termos absolutos, e ambos possuem o maior número de idosos cobertos por planos privados.^{3,c,d}

Os dados disponibilizados pela ANS TabNet – ferramenta que utiliza como fonte de informações o SIB/ANS – foram cruzados com os dados da PNAD.^b Em todas as tabelas e figuras foram considerados apenas os beneficiários de planos de assistência médica (com ou sem assistência odontológica) e excluídos os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos.

RESULTADOS

Há cerca de 36.153.500 beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, ou seja, 19,3% da população brasileira. O percentual de cobertura apresentou variações entre regiões, estados e municípios, relacionadas às características da atividade econômica em cada área considerada e aos padrões de renda. Os maiores percentuais de cobertura estiveram nos estados da Região Sudeste, seguidos pela Região Sul. As maiores coberturas no País – São Paulo e Rio de Janeiro – têm percentuais que chegam a 37,2% e 29,9%, respectivamente.

A cobertura apresentou variações significativas dentro de um mesmo estado, de acordo com as características de seus municípios. Nos municípios de São Paulo e do Rio de Janeiro, o percentual de cobertura foi de 56,8% e 49,2%, respectivamente.

A cobertura dos planos entre as mulheres foi mais elevada que entre os homens. Para o total da população brasileira, 20,4% das mulheres tinham planos de assistência médica, comparados a 18,3% dos homens. Em São Paulo, esse percentual foi de 39% entre as mulheres e de 35% entre os homens, enquanto no Rio de Janeiro a cobertura foi de 31,3% das mulheres e de 28,4% dos homens.

^a Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. Rio de Janeiro; 2002. [acesso em: 01/04/07]. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc

^b Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): síntese de indicadores. Rio de Janeiro; 2004. [acesso em 01/04/07] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>

^c Malta DC, Jorge AO. Breve caracterização da saúde suplementar. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro; 2005. p. 37-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

^d Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000. Rio de Janeiro; 2000. [acesso em 01/04/07] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>

Entre as mulheres brasileiras mais idosas, na faixa de 80 anos e mais, 33% tinham plano privado de assistência médica, esse percentual entre os homens foi de 25,9%. Em São Paulo, o percentual dos sexos nessa faixa etária foi de 54,6% mulheres e 47,9% homens; enquanto no Rio de Janeiro, foi de 58,2% para as mulheres e 56,8% para os homens.

Considerando-se a cobertura por faixa etária, o menor percentual foi observado entre as crianças – 14,2% na faixa de 0 a 19 anos –, elevando-se no período de vida economicamente ativa (27,1% entre 50 e 59 anos), decaindo ao final desta (23,5% entre 60 e 69 anos) e voltando a subir nas faixas etárias de idosos. As maiores coberturas são observadas nas faixas etárias de 70 a 79 anos (26,7%) e 80 anos e mais (30,2) (Figura 1).

Do total de beneficiários de planos de saúde no Brasil, cerca de 80% dos seus beneficiários encontravam-se nas regiões Sudeste e Sul, dos quais 55% estavam no eixo Rio-São Paulo, com grande concentração neste último estado (42% do total). Considerando-se os 11,1% de beneficiários brasileiros de 60 anos e mais – aproximadamente 4 milhões de pessoas –, 39% viviam em São Paulo, correspondendo a mais de um milhão e meio de idosos. No Rio de Janeiro estão 17% dos beneficiários.

Em números absolutos, São Paulo apresentou a maior concentração de beneficiários idosos, mas a proporção de idosos entre os beneficiários paulistas (10,2%) foi menor que a média nacional. Por outro lado, o Rio de Janeiro foi o estado que teve o maior percentual de idosos entre seus beneficiários (14,8%). Além da proporção de idosos entre os beneficiários ter sido mais alta, observou-se proporção mais elevada de idosos nas faixas mais avançadas no Rio de Janeiro, quando comparado ao Brasil como um todo e a São Paulo.

No Brasil, as operadoras na modalidade medicina de grupo e cooperativa médica foram responsáveis pela cobertura de 50% de todos os beneficiários. As operadoras de tipo medicina de grupo tiveram maior peso em São Paulo, onde responderam por 49% do total de beneficiários, contra 41% no Rio de Janeiro.

As seguradoras especializadas em saúde também tiveram maior percentual de beneficiários nos dois estados (15%) quando comparado à média brasileira (12%). Em relação às cooperativas médicas, observa-se o oposto: 23% nos dois estados e de 32% no País como um todo. Em relação aos planos de autogestão, em São Paulo o percentual de beneficiários (7,6%) é de quase metade da média nacional (14,8%) e o percentual no Rio de Janeiro (21,2%) é significativamente mais alto que a média brasileira. A modalidade filantrópica praticamente não teve expressão no Rio de Janeiro (0,2% do total), comparados ao Brasil (3,6%) e São Paulo (4,2%) (Figura 2).

Com relação à parcela de beneficiários idosos no Brasil como um todo, observou-se um padrão de distribuição de beneficiários por modalidade de operadora diferente ao da população de até 59 anos. As cooperativas médicas tiveram peso mais importante na cobertura das faixas mais jovens do que entre os idosos (39% e 34,5% respectivamente) e, em especial, os planos de autogestão tiveram participação mais significativa na cobertura de idosos (22,8% e 13,8%, respectivamente).

Essas diferenças são mais significativas ao comparar a distribuição de beneficiários idosos por modalidade no Brasil, em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em São Paulo, a maior parcela de beneficiários idosos estava coberta por planos de medicina de grupo (45,7%), enquanto esta modalidade respondia por cerca de 30% do total de idosos no Brasil e no Rio de Janeiro. Tanto em São Paulo como no Rio de Janeiro o percentual de idosos beneficiários de planos de cooperativas médicas (26,2% e 22,2% respectivamente) era menor que no Brasil como um todo (34,6%), enquanto o percentual de beneficiários de planos de seguradoras especializadas em saúde era maior nos dois estados (São Paulo, 9,1%; Rio de Janeiro, 9,3%) que a média nacional (7%).

Ao lado dos filantrópicos, os planos de autogestão apresentam o maior percentual de idosos entre seus beneficiários (16,7% e 17%, respectivamente), em todo Brasil. No Rio de Janeiro, os planos de autogestão

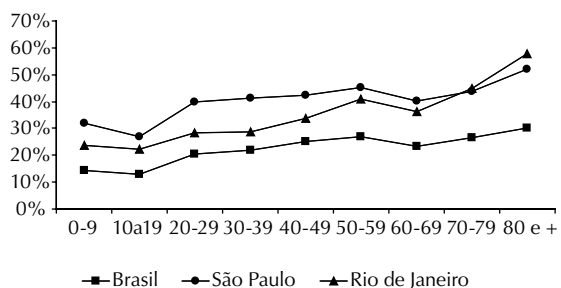


Figura 1. Cobertura de planos de assistência médica por faixa etária. Brasil, Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, 2006.

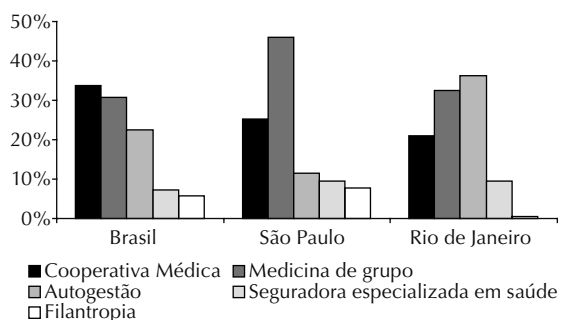


Figura 2. Percentual de beneficiários idosos de planos de assistência médica por modalidade de operadora. Brasil, Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, 2006.

apresentaram percentual significativamente maior que a média nacional (26,3%). Em São Paulo este percentual era menor que a média nacional (15,1%).

As modalidades de operadoras que tinham menos idosos entre seus beneficiários eram as de medicina de grupo (8,8% Brasil, 9,4% São Paulo e 10,9% Rio de Janeiro) e seguradoras especializadas em saúde (6,6% Brasil, 5,9% São Paulo e 9,3% Rio de Janeiro). Os planos de filantropia também não tiveram expressão significativa, entre termos absolutos, entre idosos (5,5% Brasil, 7,6% São Paulo e 0,6% Rio de Janeiro). Apesar de no Rio de Janeiro os filantrópicos corresponderem a apenas 0,6% do total de beneficiários idosos no estado (cerca de 4.000) esta modalidade de cobertura possui 35% de seus beneficiários com 60 anos ou mais. No estado do Rio de Janeiro a proporção de idosos entre os beneficiários nos planos privados foi mais alta que a média nacional na modalidade de autogestão, de medicina de grupo e seguradoras especializadas em saúde.

Considerando-se o tipo de contratação – se coletivo ou individual/ familiar – havia informação para 91,1% dos beneficiários brasileiros. Para os demais 8,9%, houve perda de informação relativa a planos com vigência anterior à lei 9656/98 (planos antigos), que não foram informados pelas operadoras ao SIB/ANS. Na Figura 2 está apresentado o perfil dos beneficiados dos planos de saúde, por modalidade de plano.

DISCUSSÃO

A cobertura entre as mulheres foi mais elevada que entre os homens, para o total da população brasileira resultado em consonância com estudos que confirmam que não só a cobertura, mas a utilização dos serviços de saúde é maior por parte das mulheres.^{2,a}

A elevação no período de vida economicamente ativa (50-59), decaindo no final desta fase (60-69) e voltando a subir nas faixas etárias mais avançadas, pode ser explicado pelo peso da contratação coletiva na cobertura da população brasileira; cerca de 75% dos contratos eram coletivos e 25% individuais. Enquanto nas faixas etárias formalmente inseridas no mercado de trabalho, a proporção de contratação coletiva chega a mais de 80%, a partir das faixas etárias mais altas, vai aumentando a proporção de contratações individuais.

Em São Paulo, a distribuição por faixas é mais próxima da média brasileira – ainda que com uma concentração de beneficiários ligeiramente maior na faixa de 60 a 69 anos, enquanto no Rio de Janeiro a proporção maior de beneficiários estava nas faixas mais altas. Esse achado possivelmente se relaciona, pelo menos em

parte, à distinta distribuição dos beneficiários idosos por modalidade de operadora, onde se observa o peso da modalidade de autogestão na cobertura da população idosa fluminense.

A maior representatividade da medicina de grupo em São Paulo justifica-se pela chegada das montadoras de automóveis no Brasil na região do ABC Paulista, nos anos 50. Os empresários americanos mostraram-se insatisfeitos com a atenção médica oferecida pelo estado e buscaram uma modalidade alternativa de assistência aos seus funcionários. Fenômeno semelhante ocorreu na origem da *Health Maintenance Organization* na costa oeste dos Estados Unidos, onde as medicinas de grupo organizaram-se em torno de proprietários e/ou acionistas de hospitais.^b

A menor participação das cooperativas médicas observada em São Paulo e no Rio de Janeiro possivelmente decorre em função do peso da modalidade de medicina de grupo no primeiro caso e da autogestão no segundo. As cooperativas médicas estão preferencialmente instaladas em cidades de médio porte, sugerindo-se que elas estejam mais presentes em cidades onde as grandes empresas do setor de saúde suplementar não estão presentes, ou seja, fora das capitais e das grandes cidades do interior.

O fato do percentual de planos de autogestão ser significativamente mais alto no Rio de Janeiro que a média brasileira pode ser explicada pelos planos de autogestão dos funcionários da administração pública direta e indireta. Tais funcionários são numerosos no estado, cuja capital já foi distrito federal e ainda concentra grande número de funcionários públicos.

Embora tenha alguma expressão no Brasil e maior em São Paulo, a modalidade filantrópica praticamente não teve expressão no Rio de Janeiro. Esse fato possivelmente se relaciona ao peso da rede pública no município capital, também herança da condição de capital federal e sede dos institutos da previdência social.

No que se refere à parcela de beneficiários idosos, a cobertura provida pelos planos foi completa, sugerindo cobertura efetivamente dirigida às populações de maior renda, com capacidade de pagar prêmios mais elevados.

No entanto, o fato do acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais parecer estar garantido, em absoluto significa que essa população de beneficiários idosos esteja recebendo atenção adequada às suas necessidades, levando em conta as especificidades desta faixa etária.

^a Malta DC, Jorge AO. Breve caracterização da saúde suplementar. In: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro; 2005. p.37-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

^b Macera AP, Saintive MB. O mercado de saúde suplementar no Brasil. Brasília: Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda; 2004.

A literatura internacional¹ vem mostrando o aumento de investimento em hospitais dia, atendimento domiciliar, gerenciamento de doenças crônicas, priorizando a instalação de leitos com caráter de cuidado mais intensivo, quer no setor público ou no privado.

Entretanto, não há um conhecimento sistematizado sobre que tipo de intervenção tem sido proposto pelas operadoras de planos de saúde. É preciso discutir e elaborar políticas de incentivo a modelos de atenção que apontem para desospitalização, qualquer que seja o tipo – atendimento domiciliar, gerenciamento de doenças crônicas, ou outro.

Não se sabe se as ações e modelos, que por ventura já tenham sido implementados ou que estejam sob a forma de projeto consideram variáveis importantes para a abordagem ao idoso. Por este motivo é imprescindível conhecer o perfil específico de cada clientela para definir as políticas. A literatura gerontológica mostra que existem abordagens diferenciadas para idosos na faixa

etária entre 60 e 69 anos e para os idosos acima de 80 anos, como também para idosos do sexo masculino e para os do sexo feminino.⁴

Até o ano 2025 uma grande proporção da população será idosa e serão, em sua maior parte, mulheres, pelo fato de terem uma expectativa de vida maior. No entanto, embora vivam mais do que os homens, apresentam maior morbidade. Desta forma, durante as próximas décadas, as necessidades de saúde das mulheres deverão ter cada vez mais importância, o que merece maior atenção por parte dos serviços de saúde.

A concentração de idosos no Rio de Janeiro e São Paulo define por onde se deve começar a estudar as ações das operadoras na abordagem ao idoso. Da mesma forma, a concentração de beneficiários em uma modalidade de plano (e.g. a medicina de grupo em São Paulo ou autogestão no Rio de Janeiro) orienta que tipo de modalidade se deve priorizar para o estudo segundo estado.

REFERÊNCIAS

1. Heshmat S. An Overview of managerial economics in the health care system. Albany, NY: Delmar Series in Health Services Administration; 2002.
2. Pinto LP, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(1):85-99.
3. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Rev USP*. 2001;51:72-85.
4. Veras RP. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:705-15.