

Elizabeth S. C. Hernandez^I

Maria Lúcia Lebrão^{II}

Yeda A. O. Duarte^{III}

Jair L. Ferreira Santos^{IV}

Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas

Health insurance coverage of the elderly and socioepidemiological characteristics associated

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores epidemiológicos e sociodemográficos associados à saúde de idosos com ou sem plano de saúde.

MÉTODOS: Foram realizadas entrevistas com 2.143 pessoas de 60 anos e mais, no município de São Paulo, em 2000 e 2006. A variável dependente, dicotômica, foi ter ou não plano de saúde. As variáveis independentes abrangeram características sociodemográficas e de condição de saúde. Foram descritas as proporções encontradas para as variáveis analisadas e desenvolvido modelo de regressão logística que considerou significantes as variáveis com $p \leq 0,05$.

RESULTADOS: Houve diferenças, favoráveis aos titulares de planos, para renda e escolaridade. O grupo sem planos privados realizou menos prevenção contra neoplasias e mais contra doenças respiratórias; esperou mais para ter acesso a consultas de saúde; realizou menos exames pós-consulta; referiu menor número de doenças; teve maior proporção de avaliação negativa da própria saúde e relatou mais episódios de queda. Os titulares de planos relataram menor adesão à vacinação e, dentre os que foram internados, 11,1% em 2000 e 17,9% em 2006 tiveram esse procedimento custeado pelo Sistema Único de Saúde. A única doença associada à condição de titular de plano privado foi a osteoporose.

CONCLUSÕES: Há diferenças representadas pela renda e pela escolaridade favoráveis aos titulares de planos e seguros privados, as quais estão relacionadas com o uso de serviços e com os determinantes sociais de saúde.

DESCRIPTORIOS: Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Sistemas Pré-Pagos de Saúde. Fatores Socioeconômicos.

^I Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Governo Federal. Brasília, DF, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Elizabeth Sousa Cagliari Hernandez
Condomínio Solar de Brasília, Quadra 3,
Cj. 20, Casa 5, Jardim Botânico
71680349 Brasília, DF, Brasil
E-mail: elizabethschernandes@gmail.com

Recebido: 26/1/2012
Aprovado: 24/5/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To examine sociodemographic and epidemiological factors associated with private health insurance coverage in the elderly.

METHODS: A total of 2,143 individuals aged 60 years or more were interviewed in the city of São Paulo in 2000 and 2006. Having private health insurance was the dichotomous dependent variable. Independent variables included sociodemographic characteristics and self-reported health status. The proportions of the variables studied were described and a logistic regression model considering those variables significant at $p \leq 0.05$ was constructed.

RESULTS: The elderly with private insurance coverage had significantly higher income and education. The elderly with no private insurance were screened less for cancer and more for respiratory diseases; they waited longer for appointments; they performed less medical tests; they reported fewer conditions and more falls and had a more negative self-rated health. The insured respondents reported lower vaccination rates and, among those hospitalized, 11.1% had their medical costs covered by the Brazilian National Health System (SUS) in 2000 and 17.9% in 2006. Osteoporosis was the single condition associated with private health insurance.

CONCLUSIONS: The elderly with private insurance coverage had significantly higher income and education than those with no private coverage, and these differences were associated with service utilization and social determinants of health.

DESCRIPTORS: Aged. Health Services for the Aged. Health Maintenance Organizations. Socioeconomic Factors.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil e o respectivo impacto sobre o sistema de saúde são questões bem estabelecidas na literatura.^{13,20,21}

O sistema de saúde brasileiro fundamenta-se no princípio da “saúde como direito de todos e dever do Estado”. O artigo 196 da Constituição Federal garante a prestação de serviços públicos de modo universal e admite a participação do mercado em caráter complementar, por meio de empresas ou profissionais liberais.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),^a há tendência de crescimento de cobertura para os grupos populacionais com idade a partir de 20 anos. Os idosos têm maior cobertura de saúde suplementar em todas as unidades da federação, e o município de São Paulo, SP, tem a mais alta concentração de planos privados na população geral.

Embora a literatura relate alta participação dos idosos nos planos e seguros privados,^{20,21} poucas pesquisas abordam o fenômeno de forma específica. São privilegiados temas

como a regulação ou o comportamento da população não idosa em face do crescimento do mercado de planos de saúde.

A possibilidade de os indivíduos transitarem entre provedores de natureza jurídica pública e privada – bem como de utilizá-los concomitantemente – demanda análises pontuais. Há carência de informação acerca das particularidades inerentes às condições de saúde das pessoas idosas. Os dados disponíveis frequentemente baseiam-se em taxas de mortalidade, hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), doenças de notificação obrigatória e registros administrativos de programas e serviços de saúde.

Este artigo objetivou analisar características socioeconômicas e de condição de saúde em idosos e sua associação com ter ou não plano privado de saúde.

MÉTODOS

Estudo de coorte com base no Estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento)^b com amostra de 2.143 pessoas de 60 anos e mais, selecionadas por amostragem

^a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e saúde suplementar: um panorama do idoso com plano de saúde. Brasília; 2007 [citado 2010 jan 10] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informaca_06_2007.pdf

^b Silva NN. Detalhamento do processo de amostragem: aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. O Projeto SABC no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.

probabilística por conglomerados, representando a população idosa do município de São Paulo em 2000.

Em 2006, após a ocorrência de óbitos (30,3%), não localização (6,5%), institucionalização (0,5%), mudança de município (2,4%) e recusas (8,3%), 1.115 pessoas foram re-entrevistadas.

A amostra foi dividida em dois grupos: indivíduos que não tinham plano privado (Pb) e indivíduos que contavam com algum tipo de plano (Pr). Considerou-se que o grupo Pb utilizava prioritariamente provedores de serviço de saúde de natureza jurídica pública e o Pr, de natureza privada. Provedor de serviço de saúde, no contexto deste estudo, é o responsável pelo custeio do serviço prestado, dado que o Estado tanto utiliza rede própria quanto compra serviços de terceiros. Avaliou-se a exposição a ter ou não plano privado de saúde em 2000 e 2006.

A variável dependente, dicotômica, foi ter ou não plano de saúde. As variáveis independentes abrangeram questões sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda) e de estado de saúde (doenças e agravos referidos, autoavaliação de saúde, uso de serviços e ações de prevenção realizadas em serviços de saúde).

Realizou-se análise descritiva das proporções obtidas nas variáveis. Para verificar as associações, foi feita análise univariada por teste de associação com correção de segunda ordem de Rao e Scott para amostras complexas. Fixou-se o nível de significância de 20% para a inclusão da variável na análise múltipla. As associações foram verificadas por meio do desenvolvimento de um modelo de regressão logística por passos (*stepwise*), para hierarquizar a relevância de cada variável explicativa na presença das demais. Foram consideradas significantes aquelas com $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados pelo software Stata versão 8.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer 315/99, de 17.6.1999).

RESULTADOS

As proporções de planos privados foram maiores para o sexo feminino em ambos os períodos, mas a diferença foi estatisticamente significativa em 2006, quando havia 51,3% de mulheres entre os que possuíam plano privado.

As mulheres foram maioria em todas as faixas etárias, com exceção de 70 a 74 anos e 80 e mais no segundo momento de coleta, em que os homens representaram 59,3% e 53,0%, respectivamente. Dentre as mulheres mais velhas (80 anos e mais), 61,2% não contavam com plano privado em 2000. As menores proporções de titularidade de planos predominaram para o sexo

masculino: 34,2% para a faixa de 65 a 69 anos, em 2006 (Tabela 1).

Os titulares de planos privados eram mais escolarizados e a relação entre anos de estudo e posse de planos foi direta (Tabela 1). Embora o grupo Pr fosse menor, nele se concentraram pessoas com renda ≥ 5 salários mínimos (SM). Cerca de 71,0% das mulheres e 75,2% dos homens do grupo Pb tinham renda < 1 SM. A proporção de mulheres com a menor renda diminuiu entre os Pb em 2006, o que não ocorreu entre os homens (Tabela 1).

Houve maior referência de hipertensão, diabetes e doença do coração entre as mulheres do grupo Pb em 2000. Em 2006, houve menores proporções de mulheres desse grupo com hipertensão e diabetes e percentuais semelhantes aos de 2000 para as doenças do coração. A ocorrência de embolia/derrame foi muito próxima, nos dois períodos, para homens e mulheres do Pb (Tabela 2).

Os homens do grupo Pb relataram mais episódios de queda. A proporção de queda para esse subgrupo foi a maior entre os quatro considerados nos dois períodos (Tabela 2).

Em 2000, chama a atenção a proporção de mulheres do grupo Pb que avaliaram negativamente a própria saúde, quando comparadas com os homens: 77,9% e 49,9%, respectivamente. Em 2006, as avaliações se invertem e as mulheres são mais positivas nesse aspecto. A maior proporção de avaliação “boa/ excelente” esteve entre as mulheres do Pr (Tabela 3).

Houve ligeira queda nas proporções de avaliação negativa entre Pb e aumento entre Pr em 2006. Entretanto, as autoavaliações favoráveis representaram mais de 45% em todas as categorias para os Pr.

Cerca de 80% dos homens do Pb consideraram-se “pior” quando se compararam com pares da mesma idade em 2000. Embora essa proporção tenha diminuído em 2006, manteve-se maior entre os subgrupos (63,0%) (Tabela 3). As mulheres continuaram com as piores autoavaliações na comparação consigo mesmas nos 12 meses anteriores, embora houvesse menor proporção de mulheres Pb na categoria “pior” em 2006 (Tabela 3).

As proporções relativas ao uso de serviços foram descritas sem considerar subdivisão por sexo, uma vez que as variáveis não sofreram influência de especificidades de sexo ou de gênero.

Dentre os que relataram mais de 90 dias de espera entre marcação e acesso a consulta de saúde, 80,4% eram do grupo Pb. Em 2006, essa proporção baixou para 51,7%. O tempo de espera aumentou para Pr entre 2000 e 2006. Embora continuem esperando menos, as proporções de espera para Pr e Pb aproximaram-se. Em 2000, 19,6% de indivíduos Pr esperaram mais de 90 dias; em 2006, foram 48,3% desse grupo (Tabela 4).

Tabela 1. Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo características sociodemográficas. São Paulo, SP, 2000 e 2006.

Variável	2000				2006			
	Mulher		Homem		Mulher		Homem	
	Pb ^a	Pr ^b	Pb	Pr	Pb	Pr	Pb	Pr
Idade (anos)								
60 a 64	50,4	49,6	58,3	41,7	46,2	53,8	60,5	39,5
65 a 69	57,6	42,4	64,1	35,9	45,9	54,1	65,8	34,2
70 a 74	60,7	39,3	48,9	51,1	53,3	46,7	40,7	59,3
75 a 79	56,8	43,2	59,1	40,9	50,2	49,8	57,7	42,3
80 e mais	61,2	38,8	56,1	43,9	54,4	45,6	47,0	53,0
Estado marital								
Casado	50,6	49,4	57,4	42,6	41,2	58,8	56,6	43,4
Divorciado/separado	64,3	35,7	65,8	34,2	62,6	37,4	69,8	30,2
Viúvo	60,7	39,3	48,6	51,4	52,2	47,8	52,0	48,0
Solteiro	48,4	51,6	72,8	27,2	42,4	57,6	72,8	27,2
Escolaridade (anos de estudo)								
Sem	79,6	20,4	75,0	25,0	68,9	31,1	67,7	32,3
1 a 3	60,5	39,5	70,6	29,4	53,4	46,6	68,8	31,2
4 a 7	51,7	48,3	58,4	41,6	43,9	56,1	58,5	41,5
8 e mais	16,4	83,6	26,4	73,6	18,0	82,0	29,7	70,3
Renda (SM ^c)								
< 1	71,0	29,0	75,2	24,8	58,7	41,3	81,6	18,4
1 a 2,99	65,5	34,5	77,7	22,3	48,8	51,2	69,8	30,2
3 a 4,99	53,0	47,0	64,0	36,0	36,8	63,2	41,8	58,2
5 ou mais	43,0	57,0	40,5	59,5	16,1	83,9	27,3	72,7
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	45,7	51,3	56,7	43,3

Fonte: Estudo Sabe

^a Pb = não tinham plano privado^b Pb = contavam com algum tipo de plano privado^c SM: salário mínimo**Tabela 2.** Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e morbidade referida. São Paulo, SP, 2000 e 2006.

Variável	2000				2006			
	Mulher		Homem		Mulher		Homem	
	Pb ^a	Pr ^b	Pb	Pr	Pb	Pr	Pb	Pr
Hipertensão	57,2	42,8	54,7	45,3	48,9	51,1	55,8	44,2
Diabetes	62,3	37,7	51,2	48,8	50,6	49,4	53,0	47,0
Câncer	43,5	56,5	29,1	70,9	51,6	48,4	25,8	74,2
Doença do pulmão	42,6	57,4	49,0	51,0	50,8	49,2	57,0	43,0
Doença do coração	60,5	39,5	54,1	45,9	48,5	51,5	48,0	52,0
Embolia/derrame	59,4	40,6	59,3	40,7	56,0	44,0	57,7	42,3
Artrite/artrose	57,5	42,5	62,6	37,4	42,8	57,2	56,6	43,4
Osteoporose	44,1	55,9	30,6	69,4	34,3	65,7	44,8	55,2
Queda	53,7	46,3	55,2	44,8	47,6	52,4	53,5	46,5
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	45,7	51,3	56,7	43,3

Fonte: Estudo Sabe

^a Pb = não tinham plano privado^b Pb = contavam com algum tipo de plano privado

Tabela 3. Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo sexo e autoavaliação de saúde. São Paulo, SP, 2000 e 2006.

Variável	2000				2006			
	Mulher		Homem		Mulher		Homem	
	Pb ^a	Pr ^b	Pb	Pr	Pb	Pr	Pb	Pr
Avaliação atual								
Ruim/péssima	77,9	22,1	49,9	50,1	53,4	46,6	61,1	38,9
Regular	60,6	39,4	63,5	36,5	55,0	45,0	57,7	42,3
Boa/excelente	46,8	53,2	53,5	46,5	40,1	59,9	55,3	44,7
Em relação a pessoas de mesma idade								
Pior	70,2	29,8	79,9	20,1	57,2	42,8	63,0	37,0
Igual	53,7	46,3	62,0	38,0	46,1	53,9	54,4	45,6
Melhor	54,3	45,7	53,6	46,4	48,4	51,6	54,8	45,2
Em relação a si há 12 meses								
Pior	60,3	39,7	56,1	43,9	45,0	55,0	50,6	49,4
Igual	51,0	49,0	55,6	44,4	45,9	54,1	55,7	44,3
Melhor	60,1	39,9	64,0	36,0	54,8	45,2	63,0	37,0
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	45,7	51,3	56,7	43,3

Fonte: Estudo Sabe

^a Pb = não tinham plano privado

^b Pb = contavam com algum tipo de plano privado

Dentre os que esperavam entre 16 e 30 dias, 72,9% e 51,0% eram Pb em 2000 e 2006, respectivamente, ou seja, esperar entre 16 e 30 dias para conseguir uma consulta foi comum aos dois grupos no segundo período (Tabela 4).

Maior proporção de usuários Pb aguardaram mais de 90 dias por atendimento demandado, enquanto a espera da maioria dos usuários Pr foi de oito a 15 dias. A espera para Pb era de cerca de 18 dias em 2000 e passou para 41 dias em 2006. O grupo Pr passou de espera de aproximadamente oito para 20 dias. Ambos esperaram, em média, duas vezes mais em 2006 do que em 2000.

O tempo de espera no local de atendimento não variou muito entre os grupos. Em 2000, 56,3% dos que esperaram menos (de um a 15 min) eram do Pr, assim como 55,3% dos que esperaram mais (31 a 60 min). Acima de 60% dentre os que aguardaram no máximo 30 minutos eram do grupo Pr em 2006. Dentre os que esperaram mais de uma hora, 74,6% eram do Pb (Tabela 4).

Em 2000, 11,1% dos que afirmaram ter plano privado de saúde e que necessitaram de internação tiveram o procedimento custeado pelo SUS. Em 2006, essa proporção ficou em 17,9% (Tabela 4).

A única ação de prevenção em que o Pb superou o Pr foi a vacinação contra doenças respiratórias: mais de 50% dos que se vacinaram eram do grupo Pb em ambos os períodos (Tabela 5).

As mulheres do Pb fizeram menos exames preventivos e a proporção de realização de exames diminuiu ainda mais

em 2006. Em 2000, 40,3% das mulheres que não tinham plano privado afirmaram ter realizado mamografia nos últimos dois anos. Em 2006, essa proporção baixou para 35,2%. Para as que tinham plano de saúde, os valores foram 59,7% e 64,8%, respectivamente (Tabela 5).

Cerca de 47,0% das mulheres do Pb e 53,0% das do grupo Pr fizeram exame Papanicolau em 2000; em 2006, foram 38,2% e 61,8%, respectivamente. A mamografia foi realizada por 59,7% das mulheres do grupo Pr em 2000 e 64,8% em 2006 (Tabela 5).

A realização de ações preventivas pelos indivíduos do sexo masculino seguiu padrão semelhante ao feminino: os indivíduos sem plano fizeram menos exames de próstata e mais vacinação. Dentre os que realizaram o exame de próstata em 2000, 59,1% eram do grupo Pr e em 2006, 45,8% (Tabela 5).

Na análise de regressão logística para o sexo feminino em 2000 foram associados a ter plano de saúde: alta escolaridade e renda; relato de osteoporose; avaliação da própria saúde como boa ou excelente em relação a pessoas de mesma idade; vacinação; recebimento de solicitação de exames complementares pós-consulta de saúde e atendimento – na última consulta requerida – em prazo inferior a 15 dias após a demanda. Para os homens, as variáveis associadas foram alta escolaridade e realização de exame de próstata, ajustadas por renda, relato de osteoporose, autoavaliação de saúde e solicitação de exames.

Em 2006, para as mulheres, associaram-se as variáveis: alta escolaridade e alta renda; relato de osteoporose;

Tabela 4. Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo fatores relacionados com o uso de serviços. São Paulo, SP, 2000 e 2006.

Variável	2000		2006	
	Pb ^a	Pr ^b	Pb	Pr
Intervalo marcação/atendimento (dias)				
< 8	53,8	46,2	40,5	59,5
8 a 15	38,5	61,5	34,1	65,9
16 a 30	72,9	27,1	51,0	49,0
31 a 90	0,0	0,0	46,8	53,2
> 90	80,4	19,6	51,7	48,3
Espera no local de atendimento (min)				
Não esperou	33,7	66,3	57,6	42,4
1 a 15	43,7	56,3	35,8	64,2
16 a 30	45,5	54,5	39,5	60,5
31 a 60	44,7	55,3	59,6	40,4
> 60	0,0	0,0	74,6	25,4
Profissional				
Outro	65,2	34,8	83,0	17,0
Médico	52,3	47,7	47,6	52,4
Exames complementares				
Não	69,5	30,5	57,3	42,7
Sim	44,9	55,1	45,2	54,8
Realização de exames				
Não/só parte	55,0	45,0	61,3	38,7
Sim, fez todos	42,0	58,0	44,0	56,0
Agendados	55,3	44,7	46,5	53,5
Motivo da não realização				
Outros	55,3	44,7	57,9	42,1
Problema não grave	0,0	100,0	100,0	0,0
Custo	100,0	0,0	100,0	0,0
Custeio de internação				
SUS	88,9	11,1	82,1	17,9
Outros	13,4	86,6	0,0	100,0
Total	56,5	43,5	51,8	48,2

Fonte: Estudo Sabe

^a Pb = não tinham plano privado^b Pb = contavam com algum tipo de plano privado

recebimento de solicitação de exames complementares após consulta de saúde; realização de mamografia e acesso a atendimento, quando do último acesso a serviço de saúde, em intervalo máximo de 30 minutos após a chegada ao local. Para o sexo masculino foram associadas: alta renda; realização de exame de próstata e acesso a atendimento, no local procurado, em intervalo máximo de 30 minutos após a chegada.

DISCUSSÃO

Os resultados confirmaram a renda como um determinante na escolha do provedor de serviço de saúde e a consolidação da escolaridade como *proxy* de renda. Embora a renda não fosse significativa em 2000, a escolaridade o era para o sexo masculino e ambas explicaram a condição de titular de plano privado em 2006. O peso da renda como variável explicativa da condição de titular de plano privado confirma resultados de outros trabalhos.^{2,7,20}

As variáveis de condição de saúde mostraram-se como desfecho relacionado com a exposição ao plano de saúde. Os resultados não permitem o estabelecimento de relações lineares entre doenças crônicas e provedor prioritário de serviços. Os grupos Pb e Pr são semelhantes quanto a doenças e agravos de alta prevalência na velhice (hipertensão e diabetes). Entretanto, há maior proporção de relato de doenças que requerem diagnósticos mais complexos (câncer e osteoporose) no grupo Pr.

Houve inesperada diminuição do relato de doenças articulares para ambos os sexos e de hipertensão e diabetes entre as mulheres do grupo Pb, concomitante ao aumento das mesmas enfermidades no grupo Pr. Esse resultado pode estar associado ao fato de que o entrevistado relata doenças diagnosticadas por profissional de saúde. É possível ter havido incremento na proporção de diagnósticos e que os titulares de planos tenham conseguido maior acesso a esses. A população coberta por planos procura mais os serviços, aumentando suas chances de obter diagnósticos.¹³ Deve-se considerar o viés de sobrevivência, uma vez que houve mais perdas por óbito no grupo Pb.

Mulheres titulares de planos tiveram acesso a diagnósticos de doença do pulmão e osteoporose; não os adquiriram porque estavam cientes dessas condições. Essa conclusão fundamenta-se em outros fatores associados para ambos os sexos nos dois períodos, como realização de mamografia e exame de próstata, pedido de exames complementares após consulta de saúde e menor intervalo entre marcação e realização de consulta para os titulares de planos.

O alto consumo de serviços por pessoas que têm planos costuma ser o principal argumento a favor da existência de risco moral (*moral hazard*) na relação titular de plano *versus* operadora.^{6,22} Em trabalho que compara as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar^c afirma que os indivíduos com plano de saúde apresentaram maior prevalência de doenças crônicas. O maior acesso a diagnósticos

^c Novais M, Martins CB, Cechin J. 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; 2008 [Citado 2010 dezembro 8]. Disponível em: http://www.iess.org.br/html/TDIESS00352010PNAD003_2008.pdf

Tabela 5. Proporção (%) de idosos com e sem plano de saúde, segundo ações de prevenção realizadas em serviços de saúde. São Paulo, SP, 2000 e 2006.

Variável	2000				2006			
	Mulher		Homem		Mulher		Homem	
	Pb ^a	Pr ^b	Pb	Pr	Pb	Pr	Pb	Pr
Vacinação	58,9	41,1	53,9	46,1	55,2	44,8	56,9	43,1
Mamografia	40,3	59,7	-	-	35,2	64,8	-	-
Papanicolau	47,0	53,0	-	-	38,2	61,8	-	-
Próstata	-	-	40,9	59,1	-	-	45,8	54,2
Total	55,8	44,2	57,6	42,4	45,7	51,3	56,7	43,3

Fonte: Estudo SAbE

^a Pb = não tinham plano privado

^b Pb = contavam com algum tipo de plano privado

pelos titulares de planos facilitaria a detecção precoce de enfermidades. Além disso, há a diferença de faixa etária: os titulares de planos compõem uma população mais envelhecida.^{3,4}

Pesquisas relatam maiores níveis de autoavaliação negativa de saúde por mulheres; porém, as variáveis com maior poder de explicação estão relacionadas a fatores como a presença de doenças crônicas, determinantes sociais ou níveis de dificuldade na execução de atividades de vida diária.^{5,17}

O tempo de espera para atendimento em serviço de saúde aumenta para os titulares de planos, os quais usam os serviços públicos para procedimentos de alto custo, como internações. Entre os titulares de planos privados, apenas 58,0% em 2000 e 56,0% em 2006 realizaram todos os exames solicitados após consulta de saúde. Isso sugere que há dificuldade de acesso a procedimentos de média complexidade também para os que contam com planos privados.

O motivo alegado – custos – para a não realização de exames no grupo Pb permite supor que os membros desse grupo não estão conseguindo realizar exames nos provedores públicos e estão elaborando estratégias para realizá-los em provedores privados. Isso está ligado à organização da oferta de serviços de média complexidade, que, por sua vez, reflete as desigualdades na oferta de serviços de saúde.

Travassos et al¹⁹ analisaram dois inquéritos nacionais de saúde e padrão de vida, cujos resultados mostram que a cobertura por planos privados é dependente da renda e é mais alta nos grupos de maior renda e entre os residentes da região Sudeste. Após controle por idade, sexo e morbidade, os titulares de planos apresentaram maior chance de uso de serviços de saúde. Tais resultados concordam com estudos que apontam a adesão

a planos como um fator explicativo das desigualdades no consumo de serviços de saúde.

Alto percentual de pessoas com planos privados teve internações custeadas pelo SUS no momento em que a coorte, mais envelhecida, pode ter demandado mais recursos de alta complexidade. Esse dado é coerente com estudos que relatam a tendência de financiamento estatal para os procedimentos de maior custo.¹⁵

O uso de provedores públicos por titulares de planos de saúde é prática comum no município de São Paulo. Pesquisa do Ibope^d com 29.439 residentes mostrou que 15% dos que usam serviços públicos têm planos privados.

A baixa adesão à vacinação entre titulares de planos também é relatada em outros trabalhos. Francisco et al⁹ encontraram menos relatos de vacinação entre os mais escolarizados e outras pesquisas^{8,12} não mostraram associação entre vacinação e características sociodemográficas, com exceção da idade. Os trabalhos encontrados analisaram somente usuários de provedores públicos. Portanto, investigar a menor adesão entre os idosos com planos privados emerge como uma questão para pesquisa.

Não foram encontrados trabalhos que relacionassem a realização de mamografia com a posse de plano privado, mas com a condição socioeconômica mais alta, possibilitando supor que a realização de exames de média complexidade está associada a tal condição.¹⁶

A baixa adesão à prevenção do câncer de colo de útero entre as mulheres do Pb pode estar associada ao fato de as políticas de saúde para as mulheres privilegiarem a faixa etária de 35 a 59 anos.¹⁸

Trabalhos mostram associação entre câncer de próstata e baixa escolaridade, assim como entre esse câncer e a não realização de exame preventivo.^{10,11} O acesso à

^d Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Pesquisa de opinião pública: uso de serviços de saúde [citado 2010 dez 8]. Disponível em: http://www.ibope.com.br/pt-br/conhecimento/relatoriospesquisas/Lists/RelatoriosPesquisaEleitoral/Job%20071171%20-%20ibope_inteligencia1117_saude_jun08.pdf

prevenção por meio do exame clínico sofre influência das condições socioeconômicas e os indivíduos com acesso aos provedores privados têm maior probabilidade de realizá-la.

A população usuária de planos é mais envelhecida que a população geral^{3,4} e a influência das variáveis relativas ao estado de saúde não é significativa para explicar a condição de titular de plano privado.² Ao investigarem a classificação dos tipos de planos vigentes no Brasil, estudos permitem o questionamento da validade dos argumentos baseados em informação assimétrica como risco moral e seleção adversa.^{2,4}

Bahia et al³ classificaram os planos de saúde em “empresariais privados”, “empresariais públicos”, “individuais” e “de dependentes”. Os dois primeiros tipos são definidos pela vinculação ocupacional, i.e., o indivíduo possui determinado plano porque pertence a uma categoria profissional específica, havendo pouca ou nenhuma chance de escolha quanto às condições da contratação. O tipo que representa uma real opção de consumo é o dos “planos individuais”, adquiridos diretamente da operadora e pagos sem nenhum tipo de subvenção.

Em consonância com a tese da inexistência de assimetria de informações, estudos mostram a pouca significância das variáveis de condição de saúde para explicar a situação de titularidade de plano privado entre idosos.^{7,13} O sentido de “plano de saúde” como desfecho pode ser apreendido nos trabalhos de Lima-Costa et

al¹⁴ e Travassos et al.¹⁹ O primeiro apresenta maior consumo de serviços preventivos entre os filiados a planos, independentemente de sexo e escolaridade. O segundo mostra que a probabilidade de utilização de serviços de saúde pelos segmentos cobertos por planos privados é superior à dos não cobertos, mesmo depois de ajuste por idade, sexo e morbidade.

No aspecto socioeconômico foram encontradas diferenças representadas pelas variáveis renda e escolaridade, favoráveis aos titulares de planos e seguros privados. No aspecto epidemiológico as diferenças relacionaram-se com o uso de serviços e com os determinantes sociais da saúde. A única enfermidade associada à condição de titular de plano privado foi a osteoporose, cujo diagnóstico demanda recursos de média complexidade, mais acessíveis em provedores privados. Além disso, houve maior mortalidade entre os que não possuíam planos privados entre 2000 e 2006.

Não se encontraram evidências de que as razões epidemiológicas suplantam as questões sociais e econômicas na determinação da posse de planos privados. Entretanto, recomenda-se prosseguir na busca de modelos de cuidado adequados a uma população que cresce em número de indivíduos e de demandas de saúde, no contexto de uma sociedade que necessita avançar na garantia dos direitos das pessoas, sem ignorar a realidade do mercado de tecnologias e insumos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra ME. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv.* 2000;30(1):129-62. DOI:10.2190/NDGW-C2DP-GNF8-HEW8
2. 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. *Cienc Saude Coletiva.* 2002;7(4):671-86. DOI:10.1590/S1413-81232002000400006
3. Bahia L, Simmer E, Oliveira DC. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Cienc Saude Coletiva.* 2004;9(4):921-9. DOI:10.1590/S1413-81232004000400013
4. 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. *Cienc Saude Coletiva.* 2006;11(4):951-65. DOI:10.1590/S1413-81232006000400017
5. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, autoavaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saude Publica.* 2009;43(Supl 2):38-47. DOI:10.1590/S0034-89102009000900006
6. Baumgardner JR. *Rand J Econ.* The interaction between forms of insurance contract and types of technical change in medical care. 1991;(22):36-53. DOI:10.2307/2601006
7. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):113-20. DOI:10.1590/S0034-89102004000100016
8. Donalizio MR, Ruiz T, Cordeiro R. Fatores associados à vacinação contra influenza em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):115-9. DOI:10.1590/S0034-89102006000100018
9. Francisco PMSB, Donalizio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(4):259-64. DOI:10.1590/S1020-49892006000400006
10. Gonçalves IR, Padovani C, Popim RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1337-42. DOI:10.1590/S1413-81232008000400031
11. Hall SE, Holman CD, Wisniewski ZS, Semmens J. Prostate cancer: socio-economic, geographical and private-health insurance effects on care survival. *BJU Int.* 2005;95(1):51-8. DOI:10.1111/j.1464-410X.2005.05248.x
12. Lima-Costa MF. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Saude Publica.* 2008;42(1):100-7. DOI:10.1590/S0034-89102008000100013
13. Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica.* 2002;18(1):177-86. DOI:10.1590/S0102-311X2002000100018
14. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa, E. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):827-34. DOI:10.1590/S0034-89102004000600011
15. Pina JA, Castro HA, Andreatzi MFA. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2006;11(3):837-46. DOI:10.1590/S1413-81232006000300031
16. Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2005;39(3):340-9. DOI:10.1590/S0034-89102005000300003
17. Scott WK, Macera CA, Cornman CB, Sharpe PA. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. *J Clin Epidemiol.* 1997;50(3):291-6. DOI:10.1016/S0895-4356(96)00365-4
18. Thuler LCS. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(5):216-8. DOI:10.1590/S0100-72032008000500002
19. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2000;5(1):133-49. DOI:10.1590/S1413-81232000000100012
20. Veras R, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2479-89. DOI:10.1590/S0102-311X2007001000022
21. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes RKW. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1119-26. DOI:10.1590/S1413-81232008000400007
22. Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of Health Economics.* Amsterdam: Elsevier; 2000. v.1A, p.409-59.