

Desigualdade socioeconômica e satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde do Corede Metropolitano Delta do Jacuí*

*Izete Pengo Bagolin***

Doutora em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professora do Programa de Pós-Graduação em Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

*Reisoli Bender Filho****

Doutorando em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa (UFV)

*Fernanda Cristina Wiebusch*****

Mestre em Economia do Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

*Rodrigo Peres de Ávila******

Doutorando em Economia Aplicada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O objetivo central deste artigo é analisar o setor saúde sob os aspectos da equidade e satisfação dos usuários do Corede Metropolitano Delta do Jacuí (Corede MDJ). Os resultados mostraram que a oferta dos serviços de saúde é relativamente concentrada, além de ser insuficiente quando são considerados

* Os dados para elaboração deste artigo provêm do projeto de pesquisa "Análise da Eficiência e da Equidade na Gestão dos Serviços de Saúde nos Municípios do Corede Metropolitano Delta do Jacuí", o qual foi integralmente financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Artigo recebido em maio 2008 e aceito para publicação em jul. 2009.

** *E-mail:* izete.bagolin@pucrs.br

*** *E-mail:* reisolibender@yahoo.com.br

**** *E-mail:* fernandaw@certelnet.com.br

***** *E-mail:* rodrigopavila@gmail.com

os padrões recomendados internacionalmente. O perfil dos usuários é composto por pessoas com faixa etária média de 45 anos; são predominantemente mulheres; um percentual significativo é portador de algum tipo de doença crônica; a grande maioria utiliza os serviços médicos apenas em caso de doença já manifestada e não faz prevenção. Entre os entrevistados, o predomínio é de usuários com renda média inferior a dois salários mínimos e com escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto. Os resultados mostraram também que os usuários estão significativamente mais satisfeitos com os serviços prestados nos hospitais do que nos postos de saúde e mais satisfeitos com os profissionais das unidades do que com a estrutura do SUS.

Palavras-chave

Desigualdade de renda; Corede MDJ; qualidade dos serviços de saúde; índice de Gini.

Abstract

This article analyses the public health system in the Metropolitan COREDE of the Delta do Jacuí—COREDE MDJ. For this purpose, we used not only available information but also, primary data collected through a field research amongst the users and units of COREDE MDJ. Results show that health services' supply is considerably concentrated. It is also deficient, when one considers internationally recommended standards. As for users' profile, they are 45 years-old on average, predominantly women, a significant part present some chronicle disease, and the great majority seeks the services only in case of some manifested disease and do not engage into prevention. Most of the interviewees have an average income lower to 2 minimum wages and did not conclude basic formal education. Results also show that the users are predominantly more satisfied with services provided by hospitals than with those provided by health centers, and also more pleased with the health professionals than with the SUS (Brazilian public health system) structure.

Key words

Income inequality; Gini index; quality in health services.

Classificação JEL: I1; I18.

1 Introdução

No Brasil, a desigualdade socioeconômica é uma característica marcante, e a área da saúde não foge à regra. Apesar da atual fase de consolidação de reformas no sistema de saúde brasileiro, o País necessita de estudos que permitam medir o grau de desigualdade existente, para que seja possível aperfeiçoar e desenvolver um processo capaz de avaliar e redistribuir os serviços de forma igualitária e eficiente (Campino; Diaz, 2001).

No seu conceito mais abrangente, desigualdade referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social, estando relacionada com a distribuição de renda, de educação, de habitação, de serviços (de saúde, de abastecimento de água e de saneamento ambiental), com acesso ao emprego, a bens de consumo, à terra, bem como ao poder de decisão e de influência social (Prata, 1994). A desigualdade ou a falta de acesso aos serviços básicos de saúde pode ser considerada uma das causas da pobreza extrema, e sua não provisão é considerada, inclusive, dentro do debate sobre ética em saúde (Garrafa; Oselka; Diniz, 2008).

Entretanto, apesar da relevância, esse tema, no Brasil, é ainda carente de estudos. Estudos já existentes sobre desigualdade no setor saúde utilizaram os critérios usualmente adotados na literatura empírica internacional, os quais se baseiam, principalmente, nos princípios de equidade horizontal, que postula que indivíduos com igual necessidade de cuidados deveriam ser tratados da mesma forma, e equidade vertical, o qual determina que indivíduos com necessidades diferentes deveriam receber tratamentos diferenciados. Para Noronha e Andrade (2002), segundo esses princípios, os bens e serviços de saúde deveriam ser distribuídos de acordo com a necessidade de cuidados com a saúde, independentemente das características socioeconômicas dos indivíduos. Nessas condições, existem várias formas de avaliar o sistema de saúde; no entanto, as mais utilizadas são basicamente duas.

A primeira consiste em mensurar a desigualdade no acesso aos serviços de saúde a partir da construção de curvas de concentração. A segunda consiste em estimar um modelo de regressão cuja variável dependente compreende uma medida de utilização.

Este trabalho toma como base de investigação o Corede Metropolitano Delta do Jacuí¹ (doravante, Corede MDJ). Justifica-se como objeto de investi-

¹ O Corede Metropolitano Delta do Jacuí é composto por 10 municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Eldorado do Sul, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, Triunfo e Viamão.

gação, pois, apesar do setor saúde dessa região receber uma fatia importante dos recursos públicos, possui uma estrutura bastante concentrada e precisa atender a uma demanda elevada e bastante heterogênea.

O presente estudo tem por objetivo examinar a equidade e a qualidade da oferta dos recursos públicos de saúde sob dois aspectos: o primeiro deles, avaliar a desigualdade socioeconômica entre os usuários dos serviços de saúde por meio da curva de Lorenz e do índice de Gini; e o segundo, examinar a qualidade na prestação dos serviços de saúde por meio de indicadores de satisfação dos usuários com a estrutura e com os profissionais de saúde.

Este estudo, além desta introdução, contém mais quatro partes. A segunda apresenta o arcabouço teórico acerca da desigualdade social, especificamente, discussões relacionadas ao setor saúde. Na terceira parte, é feita a caracterização dos serviços de saúde do Corede MDJ, onde são apresentados indicadores de desenvolvimento social e humano, bem como a estrutura de oferta dos serviços de saúde. Na quarta parte, são analisadas a desigualdade e satisfação dos usuários com os serviços de saúde. Na quinta parte, são feitas as considerações finais.

2 Aspectos teóricos e debates recentes sobre desigualdade e equidade no setor saúde

As diferenças históricas flagrantes entre ricos e pobres têm, progressivamente, cedido lugar nas sociedades a formas mais sutis de desigualdade. Nessas sociedades, independentemente do grau de desenvolvimento, as desigualdades passam a assumir a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em distintas posições na organização social (Wilkinson, 1996 apud Viana et al., 2001).

A desigualdade, como já exposto acima, referencia a relação entre desenvolvimento e justiça social. Para Castellanos (1997), as desigualdades em saúde são as desigualdades redutíveis, isto é, desnecessárias, vinculadas às condições heterogêneas da vida. Nesse sentido, a desigualdade repercute de forma importante nas condições de vida e saúde da população, destacando-se a importância de se tentar, com maior precisão, fazer um paralelo entre os princípios de equidade e de igualdade.

Autores como Garrafa, Oselka e Diniz (2008) destacam as questões éticas diante da escassez e sugerem que é necessário repensar pressupostos. De

acordo com esses autores, o direito à saúde repercute em questões mais abrangentes, já que a extrema pobreza chega a violar o direito mais fundamental, o direito à vida.

A alocação e a distribuição de recursos de saúde não fogem mais de decisões políticas, apesar de haver claramente na legislação a determinação de percentuais destinados à saúde no País.

Não são poucas as pesquisas nas áreas de economia e saúde que sugerem que a utilização dos serviços de saúde é bastante desigual entre classes socioeconômicas, favorecendo as camadas mais privilegiadas da população.

Nesse contexto, de acordo com Medeiros (1999), igualdade e equidade fundamentam, respectivamente, estratégias de universalização e de focalização. A adoção de uma ou outra estratégia produzirá implicações distintas na estrutura de desigualdades da sociedade e no custo de implementação e controle das políticas públicas.

Assim, as discussões mais recentes sobre esse tema têm abordado as formas de como avaliá-la e como medi-la para aperfeiçoar a distribuição dos serviços de saúde. Os estudos feitos sobre desigualdade utilizam os critérios usualmente adotados na literatura empírica internacional para avaliar a desigualdade social em saúde, os quais se baseiam, sobretudo, nos princípios de equidade horizontal e equidade vertical.

Pesquisadores como Wagstaff (2001) e Dachs (2001) *apud* Aragão *et al.* (2007) têm explorado a construção de indicadores de desigualdade em saúde em relação à distribuição de renda nas populações.

West (1979), *apud* Viana *et al.* (2001), distingue essas duas formas de equidade: a horizontal (tratamento igual para iguais) supõe o princípio da igualdade e a equidade vertical (tratamento desigual para desiguais) supõe que tratamentos iguais nem sempre são equitativos. Para o autor, o conceito de equidade horizontal fica um pouco prejudicado quando se considera que, em se tratando de questões relacionadas à saúde, nunca são encontrados pacientes em situações iguais; nesse caso, sempre será mais equitativo proporcionar melhores cuidados ao paciente mais vulnerável.

Noronha e Andrade (2002) corroboram que, segundo esses princípios, os bens e serviços de saúde deveriam ser distribuídos de acordo com a necessidade de cuidados com a saúde, independentemente das características socioeconômicas dos indivíduos.

No entanto, quando se aborda o aspecto da equidade, verifica-se, na literatura, uma grande quantidade de definições a respeito do que vem a ser considerado equidade, não havendo um consenso sobre esse conceito. Entretanto, a definição mais ampla e geral diz que o princípio da equidade reconhece que os

indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar ou reduzir as desigualdades existentes.

Todavia, dentre as conceituações e definições mais comumente utilizadas estão a de Whitehead (1992) e a de Rawls (1995). Para eles, a equidade implica que, idealmente, todas as pessoas de uma sociedade devem ter igual oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, sempre que possível, ninguém deve estar em desvantagem para atingi-lo. Nessa visão, equidade pode ser entendida como as diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas socialmente injustas. Por outro lado, porém, com a mesma finalidade, Rawls desenvolveu um critério para caracterizar a desigualdade justa inerente à equidade. Nesse critério, o autor expôs que o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente.

Complementando, Viana *et al.* (2001) enfatizam: uma questão relevante na discussão sobre desigualdade social está na distinção do conceito de equidade em saúde do conceito de equidade no uso dos serviços de saúde. Segundo os autores, é importante a distinção dos conceitos, uma vez que os determinantes das desigualdades em saúde não são os mesmos das desigualdades no consumo de serviços de saúde, como também a equidade no uso de serviços de saúde não resulta, necessariamente, em equidade na condição de saúde.

Por fim, observa-se que essas discussões inserem-se, na verdade, em um contexto mais amplo de crescente preocupação com as precárias condições de vida de enorme parcela da população, e a análise do papel das desigualdades socioeconômicas na área da saúde vem assumindo particular importância.

Após essa breve apresentação da literatura sobre aspectos e discussões relacionadas à desigualdade e à equidade, na seção seguinte é feita uma caracterização descritiva dos serviços de saúde da região analisada.

3 Caracterização socioeconômica do Corede e da estrutura dos serviços de saúde

Nesta seção, são abordados aspectos quantitativos e qualitativos para uma caracterização geral do Corede e dos respectivos serviços de saúde. Inicialmente, é apresentada uma síntese dos indicadores de desenvolvimento do Corede, sobretudo os indicadores sociais e humanos, comparando-os com os do Estado e/ou do Brasil. Posteriormente, é feita uma caracterização da estrutura de oferta dos serviços públicos de saúde do Corede.

3.1 Indicadores de desenvolvimento social e humano

Na literatura, os indicadores de desenvolvimento fazem parte de uma gama de indicadores que objetivam retratar, ainda que de forma sintética, a condição social e econômica específica da sociedade (indivíduos) de um país, de um estado ou de uma determinada região.

A desigualdade é um problema que está longe de ser vencido no Rio Grande do Sul, como também no Brasil. Corroborando essa idéia, salienta-se que a desigualdade aumentou de 1991 para 2000, e o aumento mais significativo ocorreu efetivamente no Corede, onde o índice de Gini passou de 0,50 para 0,52 no período. Apesar disso, em termos de desigualdade de renda e de pobreza, o Corede encontra-se em posição relativamente satisfatória, se comparado ao Brasil. Enquanto no Brasil o Índice de Gini é igual a 0,65 e no Rio Grande do Sul é igual a 0,57, o Corede apresenta um valor sensivelmente mais baixo: 0,52. Dentre os municípios que compõem o Corede, apenas Porto Alegre enfrenta uma desigualdade de renda maior, com um índice de Gini de 0,61.

Em relação à educação, o Rio Grande do Sul tem se caracterizado historicamente por possuir indicadores de escolaridade superiores aos do resto do País. Da mesma forma, o Corede MDJ apresenta-se bastante próximo à média estadual em praticamente todos os indicadores. Destaca-se o nível de alfabetização, que cresceu 4% na década de 90, atingindo, em 2000, 92,6% no Corede e 93,3% no Estado. Outra variável relevante é a média de anos de estudo da população maior de 25 anos, a qual compõe grande parte da mão de obra do mercado. Essa variável também apresentou um desempenho positivo na última década, crescendo no Corede e no Estado. No entanto, a média de anos de escolaridade do COREDE é de 6,11 anos, média inferior à encontrada no Rio Grande do Sul, que é de 6,41 anos.

Outro ponto importante está no aspecto da longevidade. Em 2000, o Corede MDJ apresentou uma esperança média de vida ao nascer de 72,7 anos, levemente acima da esperança média estadual, que é de 72,1 anos. No entanto, esse índice está consideravelmente acima da esperança média nacional: 68,6 anos de vida. Os municípios do Corede que mais se distanciam da média são Alvorada, com a menor esperança média de vida (69,9 anos) e Viamão, com a maior (75 anos). Os demais municípios do Corede apresentaram, em 2000, taxas médias de esperança de vida que variaram entre 71,5 e 73,6 anos.

Em termos de indicadores de vulnerabilidade, os serviços básicos e de acesso à saúde são os aspectos relevantes. Em 2000, 90% da população gaúcha vivia em domicílios com banheiro e água encanada. No Corede MDJ, o percentual está levemente acima: 91%. Em relação à coleta de lixo, os números

seguem a mesma tendência: no Corede, 97,9% da população era atendida pela coleta, enquanto, no Rio Grande do Sul, a cobertura era de 97,3%. Esses dois indicadores apontam para uma situação satisfatória no que diz respeito ao acesso a serviços básicos.

Outro indicador importante é o número de médicos por mil habitantes. Nesse aspecto, o Corede MDJ está em situação inferior tanto em relação ao Rio Grande do Sul quanto em relação ao Brasil. No Corede, o número de médicos por mil habitantes é de 0,81, enquanto, no Estado, há 1,55 (praticamente o dobro) e, no País, a média é de 1,16 por mil habitantes. Cabe salientar que, em relação a essa variável, há uma profunda concentração no Município de Porto Alegre, que conta com quase seis médicos por mil habitantes. A média do Corede MDJ, sem Porto Alegre, seria de apenas 0,24 médico por mil habitantes.

Por fim, apresentamos o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é um indicador de *performance* relativa (congregando informações sobre renda, educação e longevidade) e busca retratar de forma sintética as condições de vida da população. Em 2000, o Corede MDJ apresentou IDH de 0,80², enquanto, no Estado, o índice foi de 0,81. Tal realidade indica que a região e o Estado, de forma geral, estão no grupo considerado de alto desenvolvimento humano. Porto Alegre é o município que apresentou o maior IDH, 0,86, enquanto Alvorada é a localidade da região com o pior índice, 0,76.

O Brasil encontra-se num patamar um pouco inferior em relação ao Estado e ao Corede, cujo IDH é de 0,76. O País faz parte do grupo que possui desenvolvimento humano considerado médio. Entretanto, quando são analisados os subíndices que compõem o IDH, constata-se que, em termos de longevidade e educação, o Corede e o Estado apresentam índices muito próximos. O IDH educação é o que apresenta a melhor *performance*: 0,89 e 0,90, respectivamente, para COREDE e Estado. A dimensão longevidade comporta-se de forma similar, com índices de 0,79 e 0,78 respectivamente. Contudo, o IDH renda do Corede encontra-se em situação desfavorável quando comparado ao do Rio Grande do Sul. O índice no Corede é muito semelhante ao nacional, que é de 0,72, enquanto, no Estado, é de 0,75. Salienta-se ainda que, no aspecto renda, nenhuma das três regiões analisadas encontram-se no grupo de alto desenvolvimento.

² O IDH varia entre 0 e 1 — quanto mais próximo de zero, menor o grau de desenvolvimento humano e, quanto mais próximo de 1, melhor o desenvolvimento humano. As bandas internacionalmente utilizadas são: entre 0 e 0,5 = baixo desenvolvimento humano; entre 0,51 e 0,79 = médio desenvolvimento humano; e valores de 0,8 a 1 = alto desenvolvimento humano.

3.2 Caracterização da oferta dos serviços de saúde

A oferta dos serviços de saúde no Corede MDJ caracteriza-se pelos serviços prestados (ofertados) por todas as instituições de saúde, sendo a principal delas a rede hospitalar. No Corede MDJ, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 40 hospitais, dos quais 23 são hospitais gerais, 15 são hospitais especializados, um é hospital pronto socorro geral e um é hospital dia/isolado³.

No Rio Grande do Sul, essa rede representa 6,93% dos hospitais gerais, 78,95% dos hospitais especializados, 50% dos hospitais dia/isolado e 3,85% dos hospitais pronto socorro geral. No Município de Porto Alegre, estão concentrados cerca de 80% do total de hospitais do Corede MDJ. Porém, essa concentração é superior ao contingente populacional da Capital, que representa 57,4% dos habitantes do Corede.

Não obstante, essa concentração eleva-se para 93% quando se refere aos tipos de unidades de especialização (hospitais especializados). Essa condição expressiva da oferta de hospitais em Porto Alegre é, em certa medida, natural, sendo também verificada no Município de São Paulo (61,0%)⁴ e em outras capitais do País, e se deve, em grande parte, ao porte e desenvolvimento socioeconômico do município.

Um aspecto importante para entender adequadamente o dimensionamento da oferta hospitalar está no número de leitos. Segundo o CNES (2006), no Corede MDJ existem 8.828 leitos, sendo que 6.341 (71,83%) são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 2.487 (28,17%) pela rede privada (particular e convênios). No entanto, do total de leitos, 8.103 leitos estão concentrados em Porto Alegre, que corresponde a 91,79%, e os demais leitos (8,21%) estão localizados nos outros sete⁵ municípios do Corede, assim distribuídos: Alvorada (1,03%), Cachoeirinha (1,04%), Gravataí (1,80%), Guaíba (1,13%), Santo Antônio da Patrulha (1,20%), Triunfo (0,57%) e Viamão (1,44%).

Quanto ao número de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), no Corede MDJ, existem 776 leitos, sendo que 79,3% destes leitos são disponibilizados pelo SUS e os demais 20,7% são disponibilizados pela rede privada. Nos leitos

³ O hospital dia/isolado é um hospital de permanência diurna, com o intuito de realizar procedimentos isolados.

⁴ Para maiores detalhes, consultar Instituto de Saúde (2004).

⁵ Salienta-se que os municípios Eldorado do Sul e Glorinha não possuem hospitais.

de UTI, verifica-se uma concentração ainda maior em Porto Alegre, visto que cerca de 97,5% deles são disponibilizados por hospitais da Capital, e os demais 2,5% dos leitos são disponibilizados pelo hospital do Município de Santo Antônio da Patrulha.

Analisando-se o número de leitos por habitante, percebe-se que os municípios do Corede MDJ apresentaram uma média de 1,2 leito por mil habitantes, sendo esse valor inferior às médias estadual (2,9 leitos por mil habitantes) e nacional (2,5 leitos por mil habitantes). No entanto, ambas esferas estão muito abaixo da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual diz que os municípios devem apresentar pelo menos uma média de 4,5 leitos por mil habitantes.

No COREDE MDJ, esta recomendação é atendida apenas por Porto Alegre, que possui 4,6 leitos por mil habitantes. Os Municípios de Santo Antônio da Patrulha e Triunfo, com 2,5 e 2 leitos por mil habitantes respectivamente, estão próximos da média estadual e nacional, embora atendam apenas à metade da recomendação da OMS. No entanto, os demais municípios encontram-se em uma situação bastante insatisfatória em relação à recomendação da OMS, com destaque para os Municípios de Alvorada (0,4 leito por mil habitantes), Viamão (0,5 leito por mil habitantes), Cachoeirinha (0,6 leito por mil habitantes) e Gravataí (0,6 leito por mil habitantes).

A rede ambulatorial é outro fator importante para analisar a oferta de serviços de saúde, visto que é nela que se faz a maior parte dos procedimentos de atenção básica e de média complexidade. De acordo com o CNES (2006), o Corede MDJ possui um total de 717 unidades ambulatoriais, as quais se dividem em: clínicas especializadas (34,17%), consultórios isolados (54,11%), pronto socorro geral (0,83%), pronto socorro especializado (0,41%), policlínicas (3,62%), unidades de apoio de diagnose e terapia (SADT) (5,85%) e unidade móvel terrestre (0,97%).

Em relação à esfera administrativa dessas unidades, a rede ambulatorial é dividida em privada (666), municipal (50) e federal (1). Esse fato mostra que a maioria dos serviços ambulatoriais é prestada por entidades privadas (92,89%). Contudo, vale ressaltar que, mesmo sendo privadas, as entidades prestam atendimento a pacientes do SUS, igualmente como já verificado no caso dos hospitais. Assim, observando as entidades quanto aos atendimentos destinados ao SUS: 13,52% atendem apenas SUS; 6,69% atendem pacientes do SUS e da rede privada; 0,41% atendem pacientes do SUS, particulares e de planos de saúde; 39,19% atendem a rede privada (particular e planos de saúde); 0,97% atendem apenas pacientes de planos de saúde; e, 39,19% atendem apenas pela rede particular.

Conforme já mencionado anteriormente, o Corede MDJ caracteriza-se por uma maior disponibilidade de serviços de saúde no Município de Porto Alegre. De acordo com o CNES (2006), em relação à rede ambulatorial, o Município possuía 77,68% dos ambulatórios do Corede, os quais eram divididos em clínicas especializadas (31,60%), consultórios isolados (61,40%), pronto socorro geral (0,90%), policlínicas (1,08%), unidades de apoio de diagnose e terapia (SADT isolado) (5,03%).

Em relação ao Rio Grande do Sul, a concentração da oferta dos serviços ambulatoriais é menor. A população do Corede MDJ corresponde a 22,99% da população do Estado, e o Corede possui 16,90% das unidades ambulatoriais. Isso é justificável, pois, como a rede ambulatorial realiza os procedimentos de atenção básica e de média complexidade, a maioria dos procedimentos podem ser realizados nos municípios ou nos centros regionais mais próximos, não havendo o deslocamento de pacientes de outros municípios do Estado para a Capital, ao contrário do que ocorre com os atendimentos especializados de alta complexidade.

Os postos e centros de saúde são importantes ofertantes dos serviços de saúde que também compõem a rede ambulatorial. No Corede MDJ, existem 244 postos e centros de saúde, os quais estão localizados principalmente nos Municípios de Porto Alegre (58,61%), Cachoeirinha (8,20%), Gravataí (7,79%) e Viamão (6,07%). Em relação ao número de procedimentos ambulatoriais básicos, o Corede efetuou em média 2,54 procedimentos per capita em 2004, sendo Alvorada (4,70 procedimentos per capita) o município que realizou o maior número de procedimentos ambulatoriais, seguido por Porto Alegre (3,90 procedimentos *per capita*), Santo Antônio da Patrulha e Triunfo (3,40 procedimentos *per capita*).

Complementado o aspecto da assistência ambulatorial, os procedimentos especializados e de alta complexidade, diferentemente dos procedimentos básicos, apresentam uma diferença mais sensível, uma vez que, em Porto Alegre, se localiza grande parte dos hospitais especializados. Esse fato torna-se mais evidente pela análise dos valores de tais procedimentos, os quais, na Capital, foram, em 2004, de 46,90 e 63,86 reais por habitante. Esse número é muito superior aos demais municípios do Corede que atingiram em média R\$ 9,42 e R\$ 5,73 por habitante. Salienta-se que principalmente os valores médios dos procedimentos de alta complexidade no Corede, excluindo Porto Alegre, foram baixos em função de os Municípios de Eldorado do Sul, Glorinha e Santo Antônio da Patrulha não realizarem nenhum procedimento dessa natureza.

Além disso, o Corede MDJ realizou em média 13,17 procedimentos ambulatoriais especializados per capita e 11,55 procedimentos de alta comple-

xidade *per capita* em 2004. No entanto, ao contrário dos procedimentos ambulatoriais básicos, analisando essas duas variáveis, observa-se uma maior disparidade entre os municípios do COREDE, visto que Porto Alegre realizou 46,90 procedimentos especializados *per capita* e 63,86 procedimentos de alta complexidade *per capita*, ao contrário de Eldorado do Sul, Glorinha e Santo Antônio da Patrulha, que não realizaram nenhum procedimento de alta complexidade.

Feita essa breve caracterização, a seguir é apresentada a metodologia e os resultados obtidos com a pesquisa de campo realizada por meio da aplicação de questionários junto aos usuários do sistema de saúde do Corede MDJ, onde são evidenciadas as desigualdades e o grau de satisfação dos usuários com a estrutura e com os profissionais.

4 Indicadores de desigualdade e de satisfação dos usuários do setor saúde do Corede MDJ

Nesta seção, serão apresentados os resultados da pesquisa aplicada junto a usuários e prestadores de serviços de saúde do Corede MDJ. O intuito da pesquisa foi saber quem são e como vivem esses usuários, bem como saber o grau de satisfação com o atendimento recebido.

4.1 A pesquisa de campo e o perfil da amostra

O perfil dos usuários dos serviços de saúde do Corede MDJ foi construído a partir da realização de uma pesquisa de campo junto aos prestadores e usuários desses serviços. Os questionários foram aplicados numa amostra selecionada da população total de usuários, que é de aproximadamente 2.411.081 pessoas atendidas por ano (média 2004/2005). Essa população corresponde ao somatório do número de atendimentos ambulatoriais e de emergência nos postos de saúde e hospitais e do número de internações hospitalares (DATASUS, 2006).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerado um nível de confiança de 95%. A distribuição da amostra entre os hospitais e postos de saúde do Corede foi ponderada pelo número de atendimentos por ano. Dessa forma, nos hospitais e/ou postos com maior número de atendimentos, foram aplicados pro-

porcionalmente um maior número de questionários. É importante destacar que os usuários entrevistados foram escolhidos de forma aleatória em cada unidade prestadora de serviços de saúde. No total da pesquisa, foram aplicados 824 questionários, sendo que 429 deles foram aplicados nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde e 395 questionários em postos e centros municipais de saúde.

Os resultados da pesquisa mostraram que, do total dos entrevistados (nos hospitais e postos), 68,81% são do sexo feminino, e 31,19% são do sexo masculino. A idade média dos usuários é de 45 anos. No entanto, analisando separadamente usuários dos hospitais e dos postos de saúde, foi possível verificar que o primeiro grupo apresentou uma idade média superior à do segundo grupo (47 e 42 anos respectivamente).

Quanto à distribuição racial dos entrevistados, verificou-se que 15,53% eram negros, 76,34% eram brancos, 8,02% eram pardos e 0,12% eram indígenas. Considerando os indicadores da população brasileira divulgados no Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2005), observa-se que o Corede MDJ possui uma parcela maior de população branca e negra. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, de 53,74% e 6,21%, e uma população menor de pardos e indígenas, cuja incidência é de 38,45% e 0,44% no País.

Na amostra pesquisada, verificou-se que 46,36% dos usuários possuem ensino fundamental incompleto, 14,68%, ensino fundamental completo, e 17,11%, ensino médio completo. Como se pode perceber, a presença de usuários com ensino superior é muito baixa (menos de 5%), e um percentual significativo não completou o ensino fundamental. Além disso, os usuários dos hospitais apresentam uma escolaridade superior à dos usuários dos postos de saúde, uma vez que 72,91% desse grupo possui até o ensino fundamental completo, enquanto, no outro grupo, esse indicador é menor: 63,64%.

Quanto às fontes de renda, para a maior parte dos entrevistados, ela provém do trabalho (59,92%), seguido pela aposentadoria (32,28%) e de outras fontes de renda (3,88%). Além disso, 6,43% afirmaram que dependem de mais de uma fonte, e 0,48% não possuem nenhuma renda, dependendo de doações e auxílios.

A faixa de renda que concentra o maior percentual de usuários é a de um e dois salários mínimos (40,29%), seguido pelo grupo que recebe entre dois e três salários mínimos (19,90%) e pelo grupo que recebe até um salário mínimo (18,33%). Isso mostra que 79,73% da amostra recebe até três salários mínimos, refletindo uma situação de carência da maior parte da população do Corede.

Além disso, analisando separadamente os grupos de usuários, pode-se observar que essa carência é ainda maior entre os usuários dos postos de saúde, cuja renda, de maneira geral, é inferior à dos usuários dos hospitais,

uma vez que 95,70% ganham até quatro salários mínimos, enquanto, entre os usuários dos hospitais, esse percentual é de 90,68%.

Por fim, em relação ao gasto médio dos usuários com saúde no Corede MDJ, este foi de aproximadamente R\$ 114,29 mensais. Entretanto, analisando separadamente os dois grupos, pode-se observar que os usuários dos postos de saúde gastam em média R\$ 89,48, enquanto os de hospitais gastam R\$ 137,13. Isso pode ser explicado pelo fato de os usuários dos hospitais em geral apresentarem doenças mais graves do que os usuários que frequentam os postos e, conseqüentemente, possuírem maior necessidade de consumo de medicamentos mais específicos.

4.1.1 Utilização dos serviços de saúde e comportamento dos usuários do sistema de saúde do Corede MDJ

No que se refere à utilização dos serviços de saúde, vale destacar que a maior parte dos entrevistados afirmou não possuir nenhum plano de saúde. Em decorrência disso, dependem integralmente dos serviços prestados pela rede pública de saúde. Entre os usuários dos hospitais, o percentual dos que possuem algum plano de saúde é de apenas 13,99% e, entre os de postos de saúde, o percentual é ainda inferior: 10,63%.

Em relação à frequência de consultas, 38,11% dos usuários afirmaram que buscam atendimento médico mensalmente. Por outro lado, 35,44% afirmaram que se dirigem a algum médico apenas quando ficam doentes, o que significa que essa parcela não realiza consultas de prevenção, e, conseqüentemente, quando necessitam de atendimento, geralmente ele é mais especializado devido à gravidade da doença.

Um indicador de saúde preocupante entre os usuários entrevistados é a presença de doenças crônicas. A incidência dessas doenças é elevada tanto entre os usuários dos hospitais quanto dos postos, sendo 43,37% e 43,04%, respectivamente, o percentual de pessoas que referiram possuir algum tipo de doença crônica.

Outros indicadores de prevenção de doenças, além das visitas ao médico, são os hábitos de vida saudáveis que auxiliam na prevenção de doenças, tais como a prática de exercícios físicos, vacinas, cuidados com a alimentação, entre outros. Embora, no Corede MDJ, 26,70% dos usuários tenham afirmado que não adotam nenhuma medida para prevenir doenças, os demais realizam pelo menos alguma atividade de prevenção, especialmente o controle da alimentação.

No entanto, embora o número de usuários que adote pelo menos uma medida de prevenção seja significativo, a parcela que não adota nenhuma medi-

da ainda é elevada. E esse fato, somado ao anterior, de que as pessoas não realizam consultas médicas preventivas, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças mais graves.

Em relação à disponibilidade de remédios nas farmácias do SUS, os indicadores também são preocupantes, uma vez que, do total de entrevistados, apenas 21,12% dos usuários afirmaram que sempre encontram os remédios de que necessitam. Em contrapartida, 29,98% dos entrevistados afirmaram que não existe a disponibilidade, e 42,23% disseram que encontram apenas parte dos remédios receitados.

Além das questões expostas acima, outro ponto relevante está na situação econômica dos usuários, em que 38,23% afirmaram já ter deixado de seguir o tratamento recomendado pelo médico por não conseguir comprar os remédios. Entre os usuários de postos de saúde, esse percentual é ainda maior (40,50%), enquanto entre os usuários dos hospitais esse índice é menor (36,13%).

Apesar da falta de medicamentos disponíveis, um indicador positivo é o tratamento seguido pelo pacientes. Entre os usuários da amostra, 91,14% afirmaram seguir rigorosamente o tratamento recomendado pelo médico. Além disso, 68,93% afirmaram que sempre procuraram o atendimento médico quando estavam doentes, contra 31,07% que afirmaram já terem deixado de procurar o médico quando necessitaram. Em relação ao local onde os pacientes procuram o atendimento médico, 54,37% afirmaram que se dirigem aos postos de saúde, 35,80% dirigem-se aos hospitais, 6,19% procuram uma clínica, e os demais afirmaram que procuram o atendimento em mais de um tipo de unidade, de acordo com a gravidade da doença.

Uma das formas de verificar se os serviços que são oferecidos à população estão atendendo às demandas é medir o grau de satisfação dos usuários com o serviço demandado. Nesse sentido, a pesquisa buscou identificar a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde. Buscou-se captar separadamente o nível de satisfação com a estrutura e com os serviços prestados pelos profissionais de saúde. Os resultados mostram uma avaliação positiva dos serviços prestados pelos profissionais de saúde. Do total de entrevistados, 83,86% afirmaram que o atendimento recebido nas unidades de saúde foi ótimo e bom. No entanto, vale ressaltar que a avaliação dos usuários dos hospitais e dos postos de saúde foi distinta, visto que, entre os usuários dos hospitais, esse indicador foi de 87,88% e, entre os usuários dos postos de saúde, foi de 79,49%. Um dos motivos observados para esse fato é a falta de profissionais nos postos de saúde, o que acaba dificultando o atendimento.

A estrutura dos serviços de saúde também foi avaliada de forma positiva. Entre os usuários, 70,87% avaliaram os serviços do SUS como ótimo ou bom. Entretanto, também é possível observar uma avaliação diferente entre os usuá-

rios dos hospitais e dos postos de saúde, pois enquanto para o primeiro grupo o indicador foi de 80,88%, para o segundo grupo, foi de 60,00%. Nesse caso, embora a avaliação também tenha sido positiva, foi possível observar a insatisfação dos usuários, especialmente dos postos de saúde, quanto à demora no atendimento.

Quanto ao acesso às unidades de saúde, 66,26% dos entrevistados afirmaram que os hospitais são de fácil acesso e 82,40% afirmaram que os postos de saúde são de fácil acesso. Isso mostra que ainda existe uma carência dos serviços de saúde, uma vez que uma parcela da população ainda enfrenta inúmeros problemas para buscar atendimento médico.

Os usuários também foram questionados sobre a disponibilidade de atendimento. Do total da amostra, 28,64% afirmaram que, pelo menos alguma vez, não conseguiram atendimento nas unidades de saúde. Entretanto, analisando separadamente os dois grupos, pode-se observar uma acentuada disparidade, uma vez que, nos hospitais, o índice foi de 20,74% e, nos postos de saúde, foi de 37,52%, o que demonstra uma precariedade e a condição dos postos de saúde.

Quanto ao procedimento necessário para conseguir atendimento nas unidades de saúde, o mais comum deles é a marcação de consultas com antecedência (61,29%), seguido por aqueles que se dirigem diretamente à unidade (28,40%). Os demais adotam outros procedimentos para conseguir consultas.

4.2 Indicadores de desigualdade e de qualidade dos serviços públicos de saúde do Corede MDJ

Esta seção apresenta calculados os índices utilizados para medir as desigualdades existentes no setor saúde do Corede MDJ. Para tanto, serão utilizados dois métodos: o primeiro aborda os indicadores de concentração de renda, obtidos a partir da curva de Lorenz e do índice de Gini; o segundo enfoca o nível de satisfação dos usuários quanto à prestação dos serviços de saúde, obtidos por meio de indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde (IQSPS). Após a apresentação dos procedimentos adotados para a construção de cada indicador, são apresentados e discutidos os resultados encontrados.

4.2.1 Curva de Lorenz e índice de Gini

A curva de Lorenz e o índice de Gini são medidas mais utilizadas na literatura para mensurar o grau de concentração (desigualdade) de renda de uma determinada sociedade ou região.

Especificamente, essa curva é uma representação gráfica construída a partir da ordenação da população pela renda. No eixo horizontal, encontra-se a porcentagem acumulada da população e, no eixo vertical, encontra-se a porcentagem acumulada da renda, permitindo identificar qual a parcela da renda total acumulada é absorvida pelas diversas camadas da população. Quando todos os indivíduos ganham parcela igual de renda, ou seja, no caso de perfeita igualdade, o gráfico seria representado pela reta de 45 graus. Quanto mais distante estiver a curva dessa reta, maior a desigualdade.

O índice de Gini é definido a partir da curva de Lorenz. Esse índice mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda familiar. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade, e a renda de todos os outros indivíduos é nula). Formalmente, o Índice de Gini (G) pode ser expresso da seguinte forma:

$$G = 1 - 1/n \sum_{i=1}^n (\Phi_i + \Phi_{i-1})$$

em que: n é o número de estratos utilizados e $\sum_{i=1}^n (\Phi_i + \Phi_{i-1})$ é o somatório das proporções das rendas individuais.

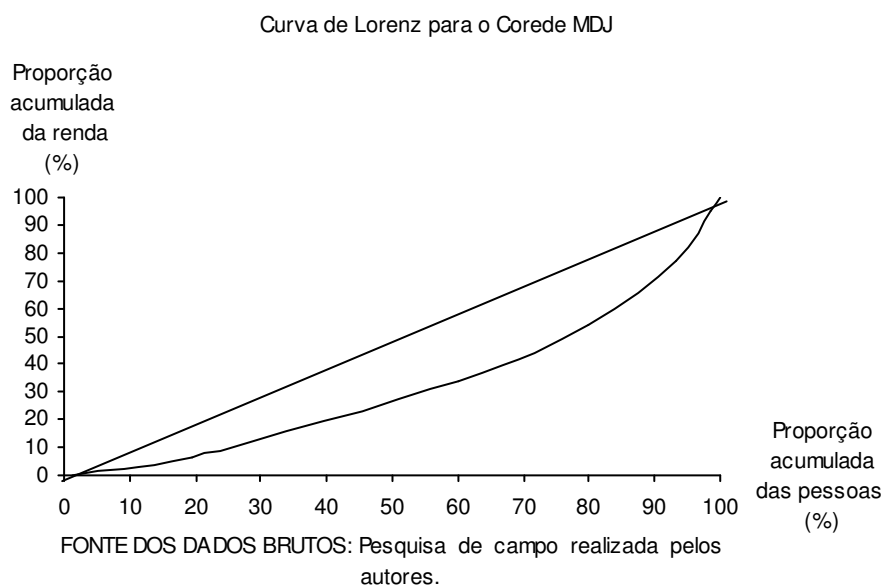
De acordo com Campino e Diaz (2001), uma vez que o índice de Gini está diretamente associado à curva de Lorenz, pode-se, por meio dele, obter uma medida quantitativa sobre o grau de desigualdade de uma determinada sociedade.

A seguir, são apresentados a curva de Lorenz e índice de Gini dos usuários entrevistados, que são uma amostra representativa dos usuários do SUS no Corede MDJ. Esse indicador permite comparar o índice de Gini da amostra com o índice de Gini da população total do Corede e do Estado. Este resultado permite verificar se os atendimentos obedecem mais aos princípios da igualdade ou aos da equidade.

Os indicadores de desigualdade calculados para o Corede MDJ mostram que, entre os usuários entrevistados, existe uma moderada desigualdade de renda, como pode ser observado pelo formato da curva de Lorenz no Gráfico 1. A partir dessa curva, o índice de Gini encontrado, índice que reflete a desigualdade de renda entre os usuários entrevistados, foi de **0,476**. No Estado, por sua

vez, o índice de Gini observado em 2006 foi de **0,502**, enquanto, no Brasil, o índice atingiu **0,540**. Esses dados levam a concluir que a renda dentro da amostra pesquisada no Corede MDJ está menos concentrada do que no Estado e, sobretudo, no País.

Gráfico 1



Percebe-se que a desigualdade é mais acentuada entre os usuários que são atendidos nos hospitais do que entre os usuários atendidos nos postos de saúde. Isso, obviamente, não significa que o atendimento nos postos seja mais “justo”. Pode, ao contrário, estar revelando que os mais pobres têm uma maior dificuldade de conseguir atendimento nos hospitais e ficam restritos ao atendimento dos postos. Quando se analisou a distribuição da amostra entre as faixas de renda, foi possível observar que existe uma concentração bastante elevada de pessoas nas faixas de renda mais baixas. Dessa forma, as curvas de Lorenz e o índice de Gini, apresentados nos Gráficos 2 e 3, estão revelando que os usuários dos postos são igualmente pobres e que a distribuição de renda entre os usuários dos hospitais é um pouco mais desigual. Os índices de Gini para usuários de hospitais e postos são, respectivamente, **0,505** e **0,436**.

Gráfico 2

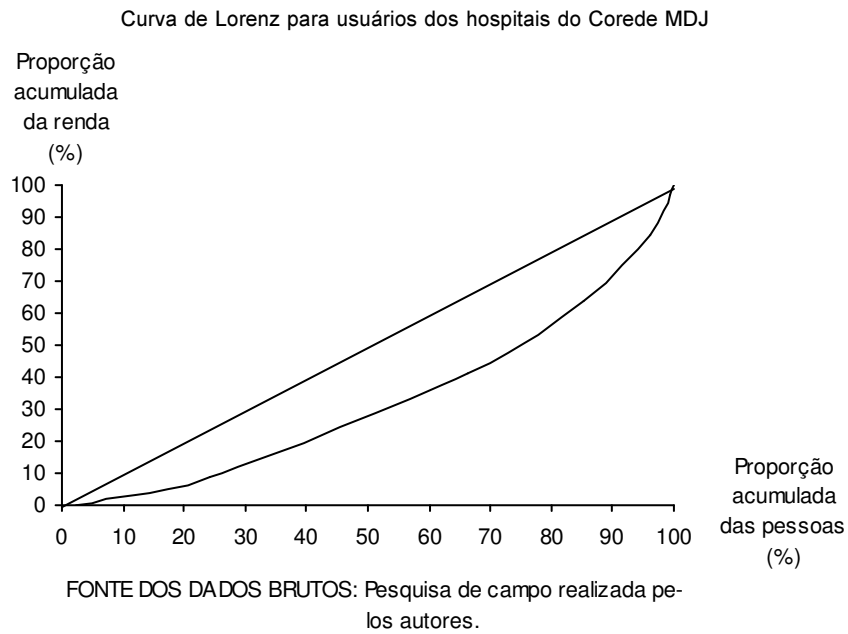
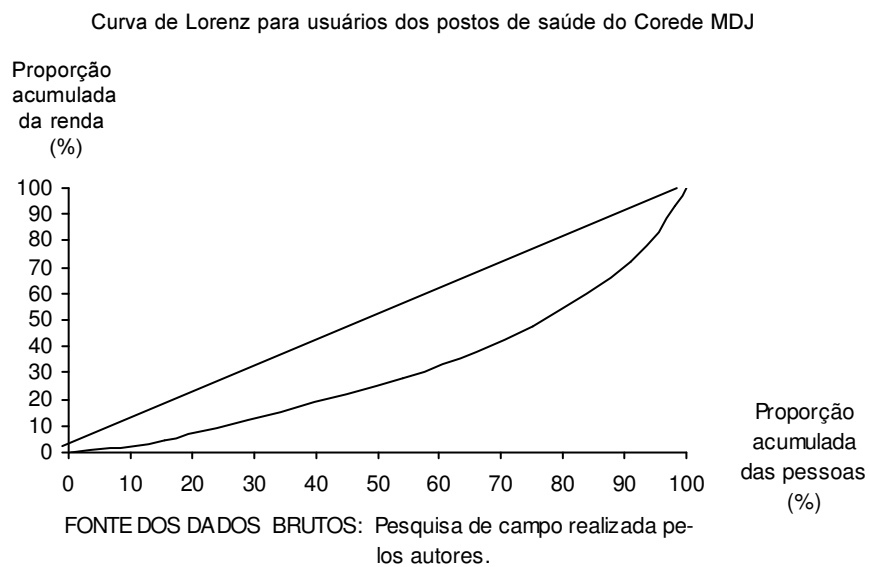


Gráfico 3



A seguir, são construídos e analisados indicadores sobre a satisfação dos usuários com a estrutura e serviços prestados por profissionais da área de saúde no Corede.

4.2.2 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde para hospitais

Para estimar de maneira sintética o nível de satisfação dos usuários dos hospitais e postos de saúde, optou-se pela formulação de um indicador agregado, idealizado de forma a variar entre 0 e 1. A metodologia para sua construção consiste inicialmente em considerar as cinco opções de avaliação das unidades de saúde apresentadas aos usuários entrevistados, quais sejam: ótimo, bom, regular, ruim e péssimo. A partir disso, consideram-se cinco situações hipotéticas, em que 100% dos entrevistados responderiam da mesma forma em relação à satisfação, e arbitra-se que:

- a) indicador de satisfação = 1, quando 100% dos entrevistados classificarem o hospital ou posto de saúde como “ótimo”;
- b) indicador de satisfação = 0,75, quando 100% dos entrevistados classificarem o hospital ou posto de saúde como “bom”;
- c) indicador de satisfação = 0,50, quando 100% dos entrevistados classificarem o hospital ou posto de saúde como “regular”;
- d) indicador de satisfação = 0,25, quando 100% dos entrevistados classificarem o hospital ou posto de saúde como “ruim”;
- e) indicador de satisfação = 0,00, quando 100% dos entrevistados classificarem o hospital ou posto de saúde como “péssimo”.

Dessa forma, para o cálculo efetivo do indicador, multiplica-se o percentual de entrevistados em cada nível de satisfação (ótimo, bom, regular, ruim e péssimo) pelo respectivo peso atribuído (1; 0,75; 0,50; 0,25 e 0) e somam-se as cinco parcelas. Matematicamente, representa-se o indicador pela fórmula:

$$IQSPS = (\% \text{ "ótimo"})(1) + (\% \text{ "bom"})(0,75) + (\% \text{ "regular"})(0,5) + (\% \text{ "ruim"})(0,25) + (\% \text{ "péssimo"})(0)$$

Assim, quanto maior o IQSPS calculado, maior é o nível de satisfação dos usuários. Como parâmetro para estimar se os usuários estão ou não satisfeitos, considera-se IQSPS equivalente à situação hipotética em que 100% dos entrevistados classificam o atendimento recebido como “bom”. Portanto, caso o IQSPS calculado seja de pelo menos 0,75, significa que os usuários estão satisfeitos com os serviços de saúde prestados.

O Indicador de Qualidade dos Serviços Públicos de Saúde para os serviços hospitalares (IQSPS hospitalar) foi calculado com base nos 432 usuários entrevistados nos hospitais pertencentes ao SUS do Corede MDJ. A primeira constatação a ser feita é a de que os usuários se encontram globalmente satisfeitos com os serviços hospitalares oferecidos, visto que o IQSPS se situou em 0,81. Para maior detalhamento da qualidade dos serviços, perguntou-se especificamente aos usuários sobre a satisfação com a “estrutura do SUS” e com o “atendimento dos profissionais” (médicos e enfermeiros). Para facilitar o entendimento, denomina-se a partir daqui os indicadores respectivamente como IQSPS-E (satisfação com a estrutura) e IQSPS-P (satisfação com profissionais).

Constata-se que, para os hospitais, o nível de satisfação com os profissionais é consideravelmente maior, visto que o IQSPS-P atingiu 0,84 e o IQSPS-E, 0,78. De qualquer forma, os usuários encontram-se satisfeitos nas duas dimensões consideradas da saúde pública.

A seguir, buscando verificar se existem diferenças no nível de satisfação entre diferentes parcelas da amostra, calcularam-se novamente os indicadores para os seguintes subgrupos:

- a) homens e mulheres - os resultados indicam que a diferença entre os gêneros é praticamente nula, uma vez que os homens têm IQSPS igual a 0,82, enquanto as mulheres têm IQSPS igual a 0,81. Especificamente em relação aos indicadores de estrutura e atendimento, existe uma pequena diferença na satisfação com a estrutura, já que o IQSPS-E dos homens é de 0,80 e o das mulheres é de 0,77. Em relação ao IQSPS-P, ambos tiveram indicador de 0,84. Assim, resumidamente, não se pode apontar significativas diferenças no nível de satisfação entre homens e mulheres nos hospitais que atendem ao SUS no Corede MDJ;
- b) brancos e não brancos⁶ - a diferença estimada do nível de satisfação entre as raças também foi bastante baixa, embora exista maior satisfação dos usuários brancos. O IQSPS dos brancos foi de 0,82, enquanto o dos não brancos foi de 0,79. Assim como anteriormente, a pequena diferença encontrada está relacionada com a “estrutura do SUS” e não com o “atendimento dos profissionais”. O IQSPS-E para os usuários brancos foi de 0,79, enquanto o dos não brancos foi de 0,75 (valor limite para considerar o grupo de usuários satisfeitos). Em relação ao

⁶ Para o grupo de usuários não brancos foram considerados os negros, pardos, amarelos e índios.

IQSPS-P, o dos brancos foi igual a 0,84, enquanto o dos não brancos foi igual a 0,83, o que indica nível de satisfação semelhante. Assim, mesmo que a diferença entre raças tenha sido maior do que a diferença entre gêneros, seria precipitado apontar para desigualdade no nível de satisfação, visto que os indicadores estão próximos, considerando a escala de 0 a 1;

- c) renda - esse indicador tem como objetivo captar possíveis disparidades no atendimento dos diferentes grupos relacionadas a faixas de renda. O primeiro grupo é formado por usuários que declararam possuir renda familiar maior do que R\$ 1.051,00. Já o segundo grupo é formado por usuários com renda familiar declarada de até R\$ 350,00. Constatou-se que as diferenças são praticamente inexistentes, com IQSPS variando em apenas em 1% tanto de forma agregada quanto na consideração de IQSPS-E e IQSPS-P. Os usuários mais “ricos” (com renda superior a R\$ 1.051,00) apresentam IQSPS igual a 0,81 e IQSPS-E e IQSPS-P iguais a 0,78 e 0,84 respectivamente, enquanto os usuários mais “pobres” apresentam IQSPS de 0,80 e IQSPS-E e IQSPS-P de 0,77 e de 0,83 respectivamente. É interessante ressaltar que, assim como nos outros grupos, mantém-se a tendência geral de maior satisfação com os profissionais do que com a estrutura do SUS;
- d) alta escolaridade e baixa escolaridade - considerou-se como tendo alta escolaridade os usuários que declararam possuir pelo menos ensino médio completo (o que representa 11 anos de estudo, valor sensivelmente superior à escolaridade média do Corede MDJ). Os usuários com ensino fundamental incompleto foram considerados como tendo baixa escolarização. Os dados indicam que os usuários do grupo de alta escolaridade se encontram menos satisfeitos do que aqueles com escolaridade menor. O IQSPS do primeiro grupo é de 0,78, enquanto o do segundo é de 0,82. A diferença de quatro pontos percentuais encontrada está igualmente distribuída entre os indicadores de satisfação com a estrutura do SUS e com os profissionais. Contudo, repete-se a tendência de maior satisfação dos usuários com os profissionais do que com aspectos estruturais da rede de saúde hospitalar. Os IQSPS-E(s) calculados foram de 0,75 (alta escolaridade) e 0,79 (baixa escolaridade), enquanto os IQSPS-P(s) foram de 0,81 (alta escolaridade) e 0,85 (baixa escolaridade).

4.2.3 Análise dos indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde para postos de saúde

Seguindo os critérios adotados para o cálculo e apresentação dos indicadores referentes aos hospitais do Corede MDJ, a seguir são apresentados os indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde referentes aos postos de saúde, tanto geral como para subgrupos.

Em termos gerais, a avaliação dos usuários dos postos de saúde medida pelo indicador de qualidade dos serviços públicos de saúde (IQSPS) foi de 0,68. Em termos desagregados, a avaliação quanto à estrutura de atendimento das unidades básicas (IQSPS-E) situou-se em 0,63, bem abaixo do indicador considerado satisfatório. Já o indicador referente à avaliação dos profissionais (IQSPS-P) dos postos de saúde atingiu 0,73. Ambos indicadores, IQSPS-E e IQSPS-P, apesar de estarem abaixo do nível considerado satisfatório, 0,75, mostraram situações distintas: enquanto o primeiro reflete a plena condição de insatisfação dos usuários com relação à estrutura dos postos de saúde, o segundo, que leva em consideração o atendimento dos profissionais que nelas trabalham, está próximo do limite para ser considerado bom.

Quando se considera essa avaliação por faixas ou grupos, verifica-se mais claramente a distinção observada acima. No entanto, o objetivo aqui é analisar possíveis diferenças de avaliações entre diferentes classes ou grupos de usuários, as quais são apresentadas a seguir:

- a) homens e mulheres - os indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde (IQSPS) para homens e mulheres foram iguais a 0,68. Essa igualdade apresenta algumas particularidades quando analisada sob a ótica da estrutura e profissionais. No caso dos indicadores de satisfação referentes à estrutura de atendimento (IQSPS-E), tanto para homens quanto para mulheres, não foram considerados satisfatórios e situaram-se em 0,60 e 0,64 respectivamente. Assim, em termos de estrutura, pela avaliação dos usuários, constata-se que os serviços de saúde prestados pelos postos não estão satisfazendo às condições de demanda dos usuários. Por outro lado, para o atendimento dos profissionais, a avaliação dos usuários é melhor, uma vez que para homens o indicador de satisfação IQSPS-P situou-se em 0,75 e para mulheres, em 0,72. Diferentemente do anterior, para a avaliação IQSPS-P, os homens avaliaram satisfatório o atendimento, o que não aconteceu na avaliação das mulheres, cujo indicador ficou abaixo de 0,75. Destaca-se que essa diferença na avaliação dos usuários entre IQSPS-E e IQSPS-P seguiu a tendência já verificada nos indicadores gerais de satisfação anteriores;

- b) brancos e não brancos - quanto à raça dos usuários, para os quais se estabeleceu o critério de brancos e não brancos, verificou-se situação análoga à anterior (gênero) em termos de avaliação, em que o IQSPS situou-se em 0,67 para os usuários brancos e 0,71 para usuários não brancos. Em termos desagregados, para os usuários brancos, o indicador de satisfação referente à avaliação estrutura (IQSPS-E) situou-se em 0,62, enquanto para os usuários de etnias não brancas o indicador atingiu 0,67. Em ambos os grupos, o processo de atendimento geral dos postos de saúde foi avaliado insatisfatório, visto que ficaram muito abaixo de 0,75, indicador mínimo para que a avaliação dos usuários seja satisfatória. De outra forma, para os profissionais das unidades de saúde, o indicador de qualidade dos serviços públicos de saúde (IQSPS-P) refletiu uma condição melhor, tanto para brancos como para não brancos. Porém, para o primeiro grupo, o IQSPS-P foi igual a 0,72, que indica que os usuários de etnia branca não estão satisfeitos com o atendimento dos profissionais de saúde dos postos, enquanto para o grupo de usuários não brancos o IQSPS-P foi de 0,76, que indica uma avaliação satisfatória dos serviços prestados pelos profissionais;
- c) faixas de renda - em relação à renda, a partir das diferenças de avaliação entre as faixas, observam-se questões relevantes. Em termos gerais, os indicadores de satisfação foram de 0,68 e 0,73, respectivamente, para os mais “pobres” e mais “ricos”. Essa diferença pode ser verificada de forma mais clara quando se restringe a análise à avaliação da estrutura do atendimento (IQSPS-E) que, para os usuários de menor renda, situou-se em 0,61, indicador que reflete insatisfação desses usuários em relação ao atendimento recebido nos postos de saúde, enquanto, para os usuários das classes mais elevadas de renda, o IQSPS-E foi de 0,71, uma avaliação não satisfatória, porém superior em 10 pontos à feita pelos usuários de menor renda. Já no que se refere ao atendimento dos profissionais das unidades básicas, os indicadores IQSPS-P refletiram outra condição, em que ambos os grupos de usuários avaliaram de forma muito semelhante. Tanto os usuários das classes de baixa renda quanto os de renda elevada avaliaram satisfatoriamente o atendimento dos profissionais, cujos indicadores IQSPS-P foram de 0,74 e 0,76 respectivamente;
- d) alta escolaridade e baixa escolaridade - quanto à escolaridade, a diferença entre a avaliação da estrutura de atendimento dos postos de saúde e atendimento dos profissionais seguiu a mesma tendência da renda, refletindo-se em sensíveis diferenças nos indicadores gerais de qualidade dos serviços públicos (IQSPS), os quais foram de 0,66 para

usuários de menor escolarização e 0,73 para usuários de elevada escolarização. No entanto, no caso da escolaridade, nos outros indicadores (IQSPS-E e IQSPS-P) ocorrem diferenças mais significativas. Para os usuários de menor nível de escolarização, com até sete anos de estudo, conceituados como de baixa escolaridade, o IQSPS-E foi de 0,61, indicando o nível de insatisfação dos usuários com relação à estrutura dos postos de saúde. Da mesma forma, os usuários de alta escolaridade, aqueles com, no mínimo, 11 anos de estudo, avaliaram insatisfatório o atendimento dos postos de saúde do Corede MDJ, cujo IQSPS-E atingiu 0,68, porém acima da avaliação dos usuários com menor nível de estudo. Da mesma forma, em relação ao atendimento dos profissionais das unidades básicas, para os usuários de baixa escolaridade, o IQSPS-P situou-se em 0,72, porém, pouco abaixo do considerado satisfatório, enquanto, para os usuários de escolaridade mais elevada, a avaliação do atendimento dos profissionais foi satisfatório, uma vez que o IQSPS-P atingiu 0,76.

Em uma análise entre níveis de renda e de escolaridade, pode-se verificar uma relação que segue uma tendência: para usuários de níveis de renda menores e baixa escolaridade, o indicador de satisfação situou-se bem abaixo dos usuários de renda mais elevada e com mais anos de estudo, em média nove pontos para avaliação da estrutura de atendimento e três para o atendimento dos profissionais. Ademais, verifica-se que os indicadores de satisfação dos usuários de menor renda e baixa escolaridade estão muito próximos dos indicadores gerais de estrutura de atendimento (0,63) e dos profissionais (0,73), enquanto os indicadores dos usuários de maior renda e maior escolaridade ficaram bem acima dos indicadores gerais.

4.2.4 Análises comparativas dos indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde

Por fim, são feitas aferições envolvendo hospitais e postos de saúde do Corede MDJ por meio de análises comparativas entre os indicadores de qualidade dos serviços públicos de saúde apresentados anteriormente, tanto para estrutura das unidades como para atendimento dos profissionais.

Comparativamente, o primeiro fato que se pode apontar é que os usuários entrevistados demonstraram estar consideravelmente mais satisfeitos com os serviços prestados pelos hospitais do que os prestados pelos postos de saúde. A diferença encontrada no IQSPS foi igual 0,13 — valor bastante significativo numa escala entre 0 e 1. Os indicadores obtidos levam a classificar os hospitais do Corede MDJ como satisfatórios, enquanto os postos de saúde são

insatisfatórios, na visão dos usuários.

Resta saber se essa diferença origina-se na dimensão estrutural do SUS ou especificamente do atendimento dos profissionais. Tanto nos hospitais como nos postos, os usuários declararam-se mais satisfeitos com o atendimento dos profissionais do que com a estrutura existente em cada unidade de saúde. Contudo, entre os usuários dos postos, a diferença entre o IQSPS-E e o IQSPS-P foi de 0,10. Já entre os usuários dos hospitais, a diferença foi menor: 0,06. Não obstante, tal resultado foi consistente entre todos os grupos analisados, estabelecendo-se assim como um padrão importante para entendimento da situação da saúde pública no Corede MDJ.

Em relação aos grupos escolhidos para mensurar as possíveis diferenças no nível de satisfação, temos que:

- a) entre homens e mulheres, os resultados são semelhantes entre hospitais e postos de saúde, na medida em que ambos apontam para diferenças no nível de satisfação praticamente nulas;
- b) entre brancos e não brancos, os resultados são divergentes, visto que, nos hospitais, os usuários brancos declararam-se mais satisfeitos (diferença de 0,03) e, nos postos de saúde, os usuários não brancos declararam-se mais satisfeitos (diferença de 0,04);
- c) entre usuários de maior renda e de menor renda, os resultados novamente mostram-se diferentes, visto que, nos hospitais, não há diferença significativa entre os grupos e, nos postos, os usuários ricos mostraram-se mais satisfeitos que os demais (diferença de 0,05);
- d) entre usuários de baixa e alta escolaridade, mais uma vez os resultados não são convergentes, já que, nos hospitais, há uma diferença de 0,04 ponto em favor dos menos escolarizados (mais satisfeitos), enquanto, nos postos de saúde, ocorre o contrário, estando os usuários de maior escolaridade mais satisfeitos, em torno de 0,07 ponto.

Algumas considerações adicionais:

- a) nos hospitais, todos os grupos analisados são classificados como satisfeitos, sendo que o menor índice encontrado refere-se à satisfação dos usuários não brancos e dos usuários de alta escolaridade com a estrutura do SUS, (0,75);
- b) nos postos, apenas quatro grupos declararam-se satisfeitos em alguma dimensão analisada, quais sejam, usuários homens (0,75), usuários não brancos (0,76), usuários "ricos" (0,76) e usuários de alta escolaridade (0,76), todos em relação ao atendimento dos profissionais.

5 Considerações finais

Os dados analisados ao longo deste trabalho permitiram evidenciar que a oferta de serviços de saúde no Corede MDJ é inferior à demanda e que está altamente concentrada na cidade de Porto Alegre. Os maiores problemas são enfrentados pelos usuários que precisam de atendimento nos postos de saúde. Uma análise conjunta dos dados secundários e dos resultados dos questionários aplicados junto aos usuários deixou claro que existe uma demanda superior à oferta e que a concentração dos serviços especializados na Capital tem provocado dificuldades no atendimento dessa demanda.

A pesquisa de campo contribuiu de forma significativa para o entendimento do perfil do usuário, de seu comportamento com relação aos cuidados com a saúde, das carências do sistema público de saúde. Também coletou informações sobre o nível de satisfação dos usuários. Ainda foi possível verificar que, apesar de insuficientes em número, os profissionais da área de saúde buscam atender os pacientes de forma satisfatória; a estrutura não é suficiente nem satisfatória.

Relacionando os índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e de desigualdade de renda (Gini), percebe-se que o Corede MDJ encontra-se melhor que o Estado e que o País. No entanto, isso não se mantém quando são analisados os dados relativos à saúde, onde se pode referenciar que o desenvolvimento humano não tem ocorrido de forma equitativa, uma vez que desigualdades existem tanto entre as faixas de renda dentro de uma mesma cidade quanto entre as cidades. Essas desigualdades são ratificadas pelo número de postos de saúde, hospitais, oferta de leitos, complexidade do tratamento entre outros, em que as diferenças são mais significativas.

Alguns aspectos não foram considerados, haja vista que não eram objeto de estudo deste trabalho, entretanto surgiram ao longo do mesmo, os quais pela importância suscitam novas e mais específicas investigações. Dentre esses, podem-se destacar os aspectos relativos à distribuição dos recursos públicos entre os municípios e a conversão desses recursos em benefício para a população. Além disso, é preocupante a constatação sobre a insuficiente oferta de leitos por habitantes, que se encontra bastante abaixo do internacionalmente recomendado. Por fim, a grande incidência de doenças crônicas e o baixo percentual de pessoas que fazem prevenção sinalizam para a necessidade de uma maior atenção no que tange à “educação em saúde”.

Referências

ARAGÃO, E. et. all. Gastos em saúde e incidência de benefício no município de Senhor do Bonfim (BA) em 2003. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 11, n. 2, maio/ago. 2007.

CAMPINO, A. C. C.; DIAZ, M. D. M. **Condições de acesso a serviços de saúde, sob o aspecto da equidade, no interior do Estado de São Paulo e Região Metropolitana**. São Paulo: USP; Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, 2001.

CASTELLANOS, P. L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de vida e condições de vida**: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

DATASUS: Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: mar. 2006.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA SIEGFRIED EMANUEL HEUSER — FEE. Disponível em: <www.fee.tche.br>. Acesso em: mar. 2006.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. **Saúde pública, bioética e equidade**. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>>. Acesso em: 16 abr. 2008.

HOFFMANN, R. **Distribuição de renda**: medidas de desigualdade e pobreza. São Paulo: EDUSP, 1998. 271 p.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO DE SAÚDE. **Desafios para a equidade em saúde na Região Metropolitana de São Paulo**: Resumo executivo. São Paulo, 2004.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Texto para discussão, n. 687).

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. **Desigualdade social no acesso aos serviços de saúde na região sudeste do Brasil**. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 10., Diamantina, 2002.

PRATA, P. R. Economic development, inequality and health. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, jul./set. 1994.

RAWLS, J. **Teoria de la justiça**. México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

SIMÕES, R. et al. Disparidades regionais mineiras na oferta de serviços de saúde. pp 293-324. In: FONTES, Rosa; FONTES, Mauricio (Org.). **Crescimento e desigualdade regional em Minas Gerais**. Viçosa: Folha de Viçosa, 2005. v. 1, p. 293-324.

VIANA, S. M. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; IPEA, 2001. 224p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **Int. J. Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

