



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA - CAEN  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA - MPE**

**VALDERI LOPES DE LIMA**

**QUALIDADE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NOS SETORES PÚBLICO E  
PRIVADO: UM ESTUDO COMPARATIVO A PARTIR DA OPINIÃO DOS  
USUÁRIOS NOS ESTADOS DO MARANHÃO, PIAUÍ E CEARÁ**

**FORTALEZA  
2010**

**VALDERI LOPES DE LIMA**

**QUALIDADE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO: UM ESTUDO COMPARATIVO A PARTIR DA OPINIÃO DOS USUÁRIOS NOS ESTADOS DO MARANHÃO, PIAUÍ E CEARÁ**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Economia – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Brito Soares

**FORTALEZA  
2010**

**VALDERI LOPES DE LIMA**

**QUALIDADE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO: UM ESTUDO COMPARATIVO A PARTIR DA OPINIÃO DOS USUÁRIOS NOS ESTADOS DO MARANHÃO, PIAUÍ E CEARÁ**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Economia – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Economia.

Data de Aprovação: **22 de dezembro de 2009.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ricardo Brito Soares  
Orientador

---

Prof. Dr. Márcio Veras Corrêa  
Membro

---

Prof. Dr. Paulo Rogério Faustino Matos  
Membro

Aos meus Pais, à minha filha, às minhas irmãs,  
às minhas sobrinhas e aos meus sobrinhos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, sobretudo, por todos meus anos de vida e de plena saúde.

Ao meu pai, José Carneiro Lima (carinhosamente chamado de Cazé), por sua caligrafia especial; à minha mãe, Gregória, pela inspiração em vê-la ler todos os dias; à minha filha Sara, por ter em mim um exemplo de esforço e de dedicação; às minhas irmãs Toinha, Socorro Lima e Ana Lúcia, as quais procuro não decepcionar; aos meus sobrinhos Juliana, Fabiana e Pedro Higor, pelos olhares serenos de quem vê em mim um exemplo de vida; e mesmo ao pequeno sobrinho João Armando, que do alto dos seus dois aninhos de idade, nos anima com sua alegria e tem pela frente o caminho do saber.

Ao jovem Zacarias Júnior, que tantas vezes me desatou os nós do amarfanhado mundo da computação.

Ao professor Isidro Fortaleza, por me encaminhar para o mestrado e muito mais, por ter confiado em mim, colocando sua empresa como apoio institucional.

Ao colega Antonio de Pádua, por lembrar o meu nome para líder da turma.

Ao colega Ary, pela facilidade que tem em dividir sua experiência e seu conhecimento.

A FSA, por promover o curso de mestrado tão perto de nós.

Aos professores do CAEN, pela compreensão, dedicação e paciência com o aprendizado em cada disciplina.

O meu particular agradecimento ao prof. Ricardo Brito, por acompanhar de perto cada passo do desenvolvimento deste trabalho, lendo, na íntegra, e ter me orientado como continuar, nos diversos rascunhos que lhe encaminhei.

A todos os colegas, pelo espírito de grupo, apoio, carinho e respeito a mim dedicados. São credores de minha gratidão todos os que contribuíram para a conclusão desta dissertação, tecendo inúmeras críticas judiciosas e apresentando sugestões apreciáveis. Nem sempre, porém, absorvi os bons conselhos oferecidos; cabendo a mim, no entanto, a plena responsabilidade pelo que não dei ouvido. Estou convencido, mais uma vez, de que sonhar é bom. Este é mais um sonho que sonhei e vejo realizado.

“Seja Deus gracioso para conosco, e nos abençoe, e faça resplandecer sobre nós o rosto; para que se conheça na terra o teu caminho e, em todas as nações, a tua salvação”.

(Sl 67, 1,2)

## RESUMO

Este trabalho destina-se a analisar a satisfação dos usuários dos serviços de internação hospitalar, nos Estados do Piauí, Ceará e Maranhão, conforme os dados da PNAD nos anos de 1998 e 2003, em face de variáveis explicativas relevantes, tais como tipos de rede, se pública ou privada, interação da rede com o ano considerado, cobertura de plano de saúde, presença de doença crônica, local de residência (urbano ou rural), renda familiar, raça, e outras, tendo como principal foco os diferenciais de avaliação da qualidade das internações nos setores públicos e privados. Dos vários métodos econométricos disponíveis: linear, logit, probit, etc., optou-se, neste trabalho, pelo modelo econométrico probabilístico logit, tendo, baseado na função de probabilidade logística acumulada, onde a variável dependente dicotômica é igual a 1, se o usuário do hospital avaliou como satisfatório o serviço, e zero, de outra forma, e a variável explicativa chave é uma dummy de contraste entre o serviço público e privado. Ao final, obter-se-ão parâmetros que darão uma dimensão da sensibilidade do nível de qualidade relativamente às variáveis estudadas. Procura-se com isso levar aos gestores públicos e aos interessados de um modo geral um diagnóstico que possa refletir-se em políticas públicas que venham a minorar possíveis discrepâncias encontradas.

**Palavras-chave:** Internação hospitalar. Satisfação dos consumidores dos serviços de saúde. Diagnóstico. Interação em saúde por setor.

## ABSTRACT

This study aims to examine the user satisfaction of hospital admissions in the States of Piauí, Ceará and Maranhão, according to the PNAD data for 1998 and 2003 in the face of relevant explanatory variables such as types of network, whether public or private network interaction with the year in question, coverage of health insurance, presence of chronic disease, place of residence (urban or rural), family income, race, and others, with the main focus of differential assessment quality of admissions in public and private sectors. Of the various econometric methods available: linear, logit, probit, etc.. We chose this work, the probabilistic logit econometric model, with, role-based logistic cumulative probability, where the dichotomous dependent variable equals 1 if the User's hospital assessed as satisfactory service, and zero otherwise, and the key explanatory variable is a dummy contrast between the public and private sectors. In the end, obtain parameters that will give a sensitive dimension of quality for the variables studied. Wanted to bring it to public managers and stakeholders in general a diagnosis that can be reflected in public policies that will reduce possible discrepancies found.

**Keywords:** Hospitalization. Consumer satisfaction of health services. Diagnosis. Interaction among health sector.



## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Percentual de aprovação dos usuários de internações hospitalares no Maranhão, Ceará e Piauí – Diferencial Público x Privado.....	24
GRÁFICO 2 - Percentual de aprovação das internações em hospitais públicos e privados por Estado.....	25

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Médias das variáveis do modelo.....	21
TABELA 2 - Modelo Logit de Probabilidade de Aprovação do Serviço de Internação.....	28

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Pilares da Avaliação de Qualidade.....	17
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 LITERATURA RELACIONADA</b> .....	15
<b>2.1 Contextualização</b> .....	15
<b>2.2 Referencial Teórico</b> .....	17
2.2.1 A Satisfação como Indicador de Avaliação de Qualidade.....	18
<b>3 METODOLOGIA DA ABORDAGEM EMPÍRICA</b> .....	20
<b>3.1 Base de Dados</b> .....	20
<b>3.2 Modelo Econométrico</b> .....	20
<b>4 ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	24
<b>4.1 Análise Descritiva de Aprovação</b> .....	24
<b>4.2 Análise do Modelo Econométrico</b> .....	26
4.2.1 Diferencial Público x Privado de Aprovação.....	26
4.2.2 Qualificação por Tipo de Atendimento.....	26
4.2.3 Qualificação por Intensidade de Uso, Seguro Saúde e Estado de Saúde.....	27
4.2.4 Avaliação por Condições Sócio-Econômicas.....	27
4.2.5 Avaliação por Estados.....	28
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde não constitui um aspecto isolado no estudo de uma população, é, antes, visto numa interdependência do desenvolvimento econômico e social, jamais podendo ser considerada isolada, alheia à margem do esforço do desenvolvimento global da sociedade, cuja meta final é o bem-estar do homem e da coletividade. Como bem define a Organização Mundial de Saúde, saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não apenas ausência de doença ou qualquer enfermidade.

E mais ainda, é um estado de interação homem/ambiente/meio social, que resulta no seu ajustamento dinâmico satisfatório, considerando-se neste mister que o desenvolvimento de caráter social exige o desenho e aplicação de filosofias de gestão baseadas nos conceitos mais modernos de eficácia e eficiência e economia na gestão dos recursos públicos, posto que, o benefício a ser perseguido pelo governo se expressa no bem comum da sociedade, por ele representada.

Desses pressupostos partem a escolha do tema, que tem como objetivo investigar diferenças nas qualidades das internações hospitalares nos setores público e privado, tendo como referência a opinião dos usuários nos estados do Maranhão, Piauí e Ceará, nos anos de 1998 e 2003.

A qualidade dos serviços públicos de saúde está condicionada à adoção de mecanismos de relacionamento entre sociedade e setor público, que possibilitem um adequado conhecimento sobre os requisitos básicos que a ação pública deve apresentar para atender satisfatoriamente às expectativas daqueles que são por elas impactados.

É importante ressaltar que a responsabilidade social na administração da coisa pública é congênita e se expressa no cumprimento eficiente, eficaz, efetivo e ético das várias missões distribuídas aos órgãos e entidades que compõem o aparelho do Estado. E, em se tratando do setor de saúde, pressupõe-se que a satisfação ou insatisfação do cidadão é resultado não só da qualidade do serviço

prestado, mas também do uso dos recursos públicos que ele coloca à disposição do Estado (LIMA, 2007).

Sobre este foco, pode-se lecionar que a economia de recursos públicos, a eficiência e a honestidade requerem atenção especial, mas há alguns padrões de desempenho que merecem consideração, tais como a qualidade dos serviços, a maneira como tais serviços são prestados, justiça na distribuição dos benefícios, como também na distribuição dos custos econômicos, sociais e políticos dos serviços e bens produzidos, grau de adequação dos programas às necessidades dos seus usuários.

A prestação de serviços, conforme expressa seu próprio conceito, é uma ação que exige a presença e o contato direto entre pessoas, especialmente quando se trata de um atendimento específico, como é o caso dos serviços agendados pelos postos de saúde, que são uma unidade prestadora de serviços ligados à saúde pública.

A busca pela qualidade da assistência na internação hospitalar tem proporcionado preocupação de estudos no campo da saúde que tem tomado por base os princípios do Sistema Único de Saúde; de equidade, universalidade do acesso, da integralidade, regionalização e hierarquização, participação, resolutividade e controle social para orientar suas práticas. Conjuntamente a esses princípios, o compromisso, o acolhimento e a humanização são variáveis que fazem parte do processo de construção das políticas de saúde no sentido de promover a qualidade do atendimento.

O que se percebe, no entanto, é que o tratamento da saúde pública parece não estar acompanhando a reestruturação do setor privado com seus hospitais e seus princípios administrativos voltados à excelência do mercado. Embora o princípio da universalidade possa representar uma dificuldade maior de desenvolvimento qualitativo para os hospitais públicos, ele não deve ser encarado como uma restrição eterna, e sim como um desafio superável.

Para investigar o diferencial de qualificação dos serviços de internação entre os serviços públicos e privados, este trabalho está dividido em mais quatro seções além desta introdução. O trabalho gera reflexões sobre a organização das políticas públicas de saúde, revisão teórica sobre as influências das teorias administrativas no âmbito da saúde, uma análise crítica sobre a implantação de programas na saúde que tenham como foco a qualidade e a consideração teórica sobre a satisfação como indicador de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Com base no exposto, a pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades de saúde durante o período de internação como elemento para se avaliar a qualidade.

## 2 LITERATURA RELACIONADA

### 2.1 Contextualização

É pertinente ressaltar que o Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Constituição Federativa de 1988, em seu art. 198, foi criado para gerir as ações ligadas ao setor de saúde pública no Brasil. A criação do SUS possibilitou o atendimento a milhões de pessoas da zona rural que não tinham carteira assinada e, por isso, não tinham direito a atendimento e a estrangeiros devidamente legalizados no Brasil.

Saiu-se, então, do princípio de criação de caixas de assistência ligadas às empresas, cada profissão com sua caixa, nas décadas de 30-40 e, posteriormente, da ideia de fazer uma caixa para toda a população ativa do país, INAMPS (INSS), nas décadas de 60-70, apenas para trabalhadores de carteira assinada, os demais eram atendidos nos Hospitais Universitários, com seus ambulatórios, e nas Santas Casas.

Assim, ficou claro que o SUS estava sendo concebido a partir de um modelo de saúde baseado nas necessidades básicas da população, em que buscava o reconhecimento do compromisso do estado para com o bem-estar social, detidamente no resgate da saúde coletiva, e assim confirmando um dos direitos do cidadão.

Se, por um lado, o princípio da universalidade tornou potencialmente mais democrático o acesso aos serviços de saúde pública, por outro ele pressionou ainda mais o seu próprio sistema de financiamento, que passou a ser regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), que sofreram várias modificações ao longo da década de 90.

A primeira NOB foi editada em 1991, com o pretexto de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, que, dentre outros argumentos, redefinia o repasse direto e



automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, - redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em grande parte. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltada para a produção de serviços e avaliada pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

A segunda NOB foi editada em 1993, para corrigir o desacordo entre o sistema implantado pela NOB 01/91, que criou critérios e categorias diferenciadas que, de acordo com a gestão implantada nos municípios, havia critérios diferenciados de forma de repasse dos recursos financeiros e o que recomendava a Constituição Federal e as Leis que regulamentavam o SUS. No mesmo ano em que foi extinto o INAMPS, que perdeu sua função, com a criação do SUS, o comando passou a pertencer ao Ministério da Saúde.

Apesar dos esforços políticos para aplicação das fontes de financiamento através de contribuições financeiras (CPMF), o SUS continuou com dificuldades estruturais. Desta forma, o governo edita em 1996 a NOB-SUS 01/1996, que revoga os modelos de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e consolida a municipalização, propondo que os municípios se enquadrem nos modelos de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Este foi um passo inicial na busca pela privatização da administração hospitalar pública, sem o prejuízo dos princípios do SUS.

O setor privado pode ser um excelente referencial para o setor público exatamente porque ele visa à qualidade do atendimento motivado também pela competição, além da excelência no atendimento. O que notamos é um desenvolvimento rápido do setor privado de saúde, que em parte, advém da

incapacidade do setor público de fazer valer o princípio da universalidade com a qualidade necessária.

Devido a esse desenvolvimento, o Ministério da Saúde criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). É uma agência reguladora criada pela lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, a relação entre prestadoras e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País (Ministério da Saúde, 2009).

Neste trabalho estudamos não apenas se existe um diferencial de qualidade nas internações em hospitais públicos e privados, mas também se este diferencial aumentou ou não entre 1998 e 2003.

## 2.2 Referencial Teórico

Os meios e instrumentos de avaliação da qualidade nos serviços de saúde se basearam a princípio no quadro desenvolvido por Avedis Donabedian (1985), a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado.

Esses princípios foram posteriormente ampliados e denominados de “Sete Pilares da Qualidade” (DONABEDIAN, 1994).

<b>Princípio</b>	<b>Descrição</b>
1. EFICÁCIA	Capacidade de ver a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias
2. EFETIVIDADE	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis
3. EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
4. OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são

<b>Princípio</b>	<b>Descrição</b>
	avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser
5. ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
6. LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
7. EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Quadro 1 – Pilares da Avaliação de Qualidade

Fonte: Donabedian (1994)

Estes princípios se sustentam quando da intenção de se produzir melhorias na saúde e no bem-estar do indivíduo, alcançados com a prática do cotidiano (efetividade), medindo-se os custos da melhoria da saúde (eficácia), e dos efeitos do cuidado, levando-se em consideração a receptividade dos usuários.

Fala-se muito da atenção em eficácia e efetividade, mas tem-se esquecido um pouco o critério de aceitabilidade promovido pelo usuário.

### 2.2.1 A Satisfação como Indicador de Avaliação de Qualidade

“Satisfação é o ato ou efeito de satisfazer-se, enquanto satisfazer-se significa realizar, agradar, contentar-se, corresponder ao que se deseja” (FERREIRA, 1977).

Os indicadores, frequentemente, são utilizados como instrumentos de avaliação dos serviços na saúde. São representações quantitativas, ou não, de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema; constitui instrumento gerencial de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade (BITTAR, 1996, p.86).

“A satisfação é produto da gestão dos relacionamentos e das expectativas de atendimento, diz respeito não só à qualidade do serviço, mas ao acesso, local, cortesia, presteza da resposta e atenção humana ao usuário”(MOTTA, 2001, p.87).

A satisfação da saúde no Brasil, na avaliação de Sonia Maria (2006), sofre a interferência de fatores como cultura, experiência, idade e até de humor.

“Medir as expectativas de um indivíduo é um processo complexo, carregado de subjetividades por estar relacionado ao conjunto de suas crenças, valores, experiências anteriores, nível cultural, situação da hospitalização, tipo e a gravidade da doença” (CADAH, 2000, p.10).

Por outro lado, quando o objetivo é comparar o desempenho dos setores públicos e privados, a satisfação do usuário passa a ser um indicador interessante, dado que este último setor preza por excelência em seus serviços e por ela é guiado.

Ademais, o entendimento que se tem de saúde é que ela é determinada também pelo que acontece com o indivíduo no dia-a-dia da sua vida. Portanto, a avaliação dos serviços disponibilizados de saúde também deve considerar a opinião do usuário.

### **3 METODOLOGIA DA ABORDAGEM EMPÍRICA**

#### **3.1 Base de Dados**

Para investigar a satisfação dos usuários de hospitais públicos e privados, esta dissertação utiliza a base de dados das PNADs de 1998 e 2003, cujos suplementos são voltados para questões relativas aos serviços de saúde. Estas pesquisas permitem levantar uma série de características ao nível do indivíduo, além de identificar se o indivíduo esteve internado nos últimos doze meses, se a internação foi por serviço público ou privado e como ele conceituou este serviço. Portanto, esta base de dados permite verificar os níveis de aceitação dos serviços de internação nos setores públicos e privados, além de evidenciar suas evoluções comparativas entre 1998 e 2003.

Com relação à opinião dos usuários, vale ressaltar que o nível de satisfação do usuário foi transformado em uma variável dicotômica de aceitação ou não do serviço, definindo aceitação para os conceitos de bom ou muito bom nas respostas dos usuários, e não aceitação com a conjugação dos conceitos de regular, ruim e muito ruim. É esta dicotomia da variável dependente que permite a estimação de um modelo qualitativo Logit que será o modelo econométrico de referência como está explicitado a seguir.

#### **3.2 Modelo Econométrico**

Emprega-se neste trabalho o modelo Logit para estimar a probabilidade de satisfação no atendimento dos serviços de internação hospitalar, nos setores públicos e privados, nos estados do Maranhão, Piauí e Ceará.

A satisfação com o serviço está muitas vezes condicionada não só à resolubilidade do serviço em si, mas também às características das pessoas que o

recebe. Portanto, a probabilidade de satisfação encontrada na regressão Logit é o resultado da combinação de várias variáveis, incluindo aquela diferenciadora dos serviços públicos ou privados, que é o foco deste trabalho.

Formalmente a probabilidade de um usuário aprovar o serviço de internação é dada por:

$$P_j = E(Y = 1 / X_j) = \frac{1}{1 + e^{-Z_j}}$$

E  $Z_j = \beta_0 + \alpha_1 D_{2003} + \alpha_2 \text{Rede Pública} + \alpha_3 D_{2003} * \text{Rede Pública} + X\beta$ . Pode-se notar, então, que o modelo capta não apenas o diferencial de probabilidade de aprovação da internação pública versus privada, mas também sua evolução entre 1998 e 2003, dado que  $D_{2003}$  e Rede Pública são duas variáveis dummies identificadoras, respectivamente, do ano de 2003 (vis-a-vis o ano de 1998) e da internação realizada pelo SUS (vis-a-vis realizada no setor privado). A matriz X representa um conjunto de covariáveis relacionadas ao tipo de atendimento e ao próprio paciente que podem também influenciar a qualificação dos serviços. A descrição e a média destas variáveis estão incluídas na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Médias das variáveis do modelo

Variável	Descrição	Média
D_2003	Dummy = 1 se internação realizada em 2003, 0 se realizada em 1998.	0.5237
Rede Pública	Dummy = 1 se internação foi realizada na rede pública, 0 se foi realizada na rede privada.	0.7983
Parto	Dummy = 1 se o motivo da internação foi para realização de parto, 0 se outros motivos.	0.1772
Cirurgia	Dummy = 1 se o motivo da internação foi para realização de cirurgia, 0 se outros motivos.	0.1978
Exames	Dummy = 1 se o motivo da internação foi para realização de exames, 0 se outros motivos.	0.0188
Tratamento Psiquiátrico	Dummy = 1 se o motivo da internação foi para realização de tratamento psiquiátrico, 0 se outros motivos.	0.0155
Número de vezes internado(a)	Número de vezes em que foi internado nos últimos doze meses.	1.3519
Número de dias internado	Número de dias em que ficou internado.	4.2538
Cobertura Plano de Saúde	Dummy = 1 se o paciente tem algum plano de saúde, 0 de outra forma.	0.1281
Pagou por Internação	Dummy = 1 se o paciente pagou algum valor pela internação, 0 de outra forma.	0.0449
Presença de doença crônica	Dummy = 1 se entrevistado possui alguma doença crônica, 0 de outra forma.	0.4921

Variável	Descrição	Média
Estado de saúde: bom ou muito bom	Dummy = 1 se o paciente considera seu estado de saúde bom ou muito bom.	0.5212
Estado de saúde: ruim ou muito ruim	Dummy = 1 se o paciente considera seu estado de saúde ruim ou muito ruim.	0.1426
Residência em zona urbana	Dummy = 1 se a pessoa internada reside em zona urbana, 0 se reside em zona rural.	0.7396
Idade	Idade da pessoa em anos.	33.5716
Anos de estudos	Número de anos de estudos.	3.6432
Renda per capita familiar: 0,5 – 1SM	Renda per capita familiar do entrevistado entre 0,5 e 1 salário mínimo.	0.2438
Renda per capita familiar: 1 – 2SM	Renda per capita familiar do entrevistado entre 1 e 2 salários mínimos.	0.1053
Renda per capita familiar: 2 ou mais SM	Renda per capita familiar do entrevistado maior que 2 salários mínimos.	0.0918
Negro	Dummy = 1 se entrevistado for negro, 0 de outra forma.	0.0293
Branco	Dummy = 1 se entrevistado for branco, 0 de outra forma.	0.2939
Homem	Dummy = 1 se entrevistado for homem, 0 se for mulher.	0.3668
D_Maranhão	Dummy = 1 se o entrevistado for do Estado do Maranhão, 0 de outra forma.	0.2155
D_Ceará	Dummy = 1 se o entrevistado for do Estado do Ceará, 0 de outra forma.	0.6025

Nota: Categorias base: 1998, rede privada, tratamento clínico, sem cobertura de plano de saúde, sem qualquer pagamento por internações, sem doença crônica, estado de saúde regular, residência em zona rural, renda per capita familiar entre 0 e 0,4 salários mínimos, pardo, mulher, Piauí.

Fonte: Elaboração do autor.

As informações dos suplementos das PNADs 1998 e 2003 permitem identificar cinco tipos gerais de atendimentos de internações: parto, cirurgia, exames, tratamento psiquiátrico, e tratamento clínico. É bastante provável que a qualidade e a consequente qualificação do usuário por estes serviços tenham uma variação. Desta forma, esta dissertação também faz uma avaliação qualificadora em relação ao serviço prestado.

Outras variáveis importantes para a qualificação dos serviços de internações são o número de vezes que a pessoa foi internada no ano anterior e o número de dias que passou internada da última vez. Estas variáveis indicam o grau de exposição dos pacientes ao tratamento, tornando-os mais habilitados para qualificar o atendimento recebido.

Se por um lado as variáveis indicadoras de renda familiar, educação, idade, cobertura de plano de saúde e pagamento por internação podem indicar uma

demanda de maior qualidade, por outro, elas podem determinar uma avaliação mais rigorosa, pois determinam expectativas maiores na qualidade do tratamento. Seus efeitos, portanto, demandam testes empíricos.

É bem possível, também, que a presença de doença crônica e o estado de saúde declarado do indivíduo também influenciem a avaliação dos serviços, seja por efeito externalidade de bem-estar, seja pelo efeito reverso do próprio serviço na sua condição atual.

A variável de residência em zona urbana foi incluída no modelo para captar o efeito de acesso, dado que pessoas que moram em zona urbana teriam mais disponibilidade de serviços. Por outro lado, estes mesmos serviços podem ser mais concorridos, o que torna o uso do serviço mais difícil, sendo esta dificuldade refletida na avaliação do usuário.

Motivado por uma provável discriminação, a raça pode apresentar uma influência na avaliação da qualidade, assim como o gênero. E, finalmente, os diferentes estados apresentam estruturas diferenciadas de atendimento, o que deve contribuir para uma qualificação diferenciada dos seus usuários.

Além dos coeficientes Logit qualificadores, também serão estimados os efeitos marginais que indicarão relativamente a cada regressor a sua influência diretamente na probabilidade ou no nível de satisfação em estudo. Os efeitos marginais são calculados a partir das médias das variáveis explicativas e são gerados no programa Stata 9.1<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> O comando específico para rodar os efeitos marginais é o “prchange”, preparado por De Long (1997).



## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 Análise Descritiva de Aprovação

O gráfico 1, abaixo, demonstra o percentual de aprovação entre as redes pública e privada nos anos de 1998 e 2003. Observa-se que o nível de aprovação das internações no setor público é da ordem de 83.9 % e 81.1 %, respectivamente, nos anos de 1998 e 2003, implicando um decréscimo de 2.80%, enquanto no setor privado é da ordem de 91.1% e 94.7%, respectivamente, nos anos de 1998 e 2003, correspondendo a um acréscimo de 3.60%.

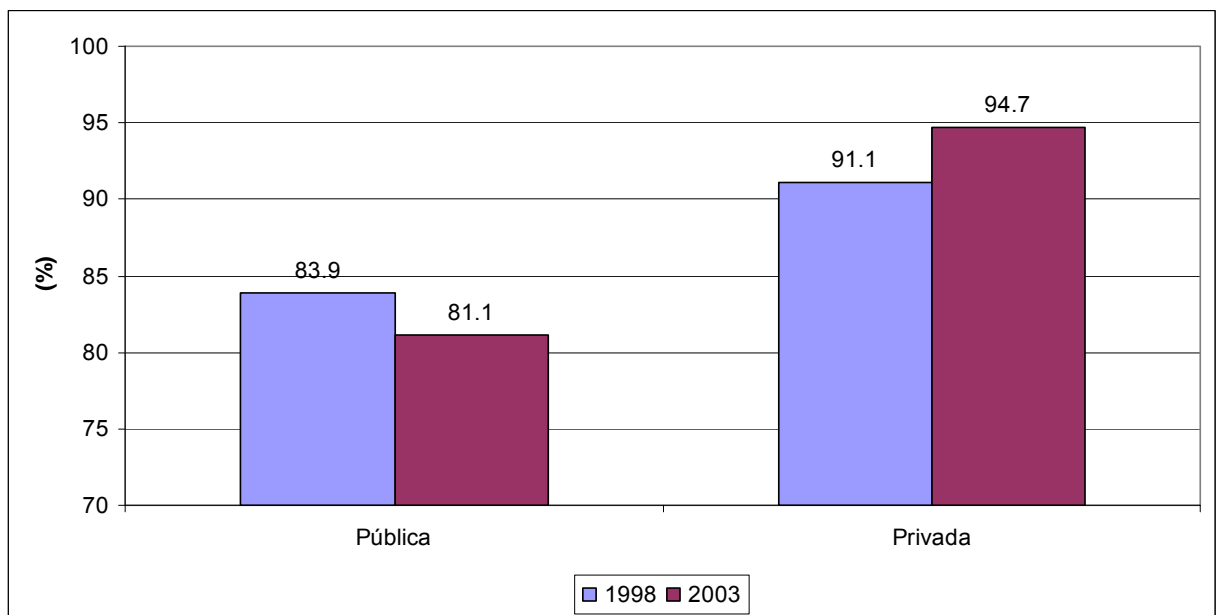


Gráfico 1 - Percentual de aprovação dos usuários de internações hospitalares no Maranhão, Ceará e Piauí – Diferencial Público x Privado

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNADs 1998, 2003 - IBGE.

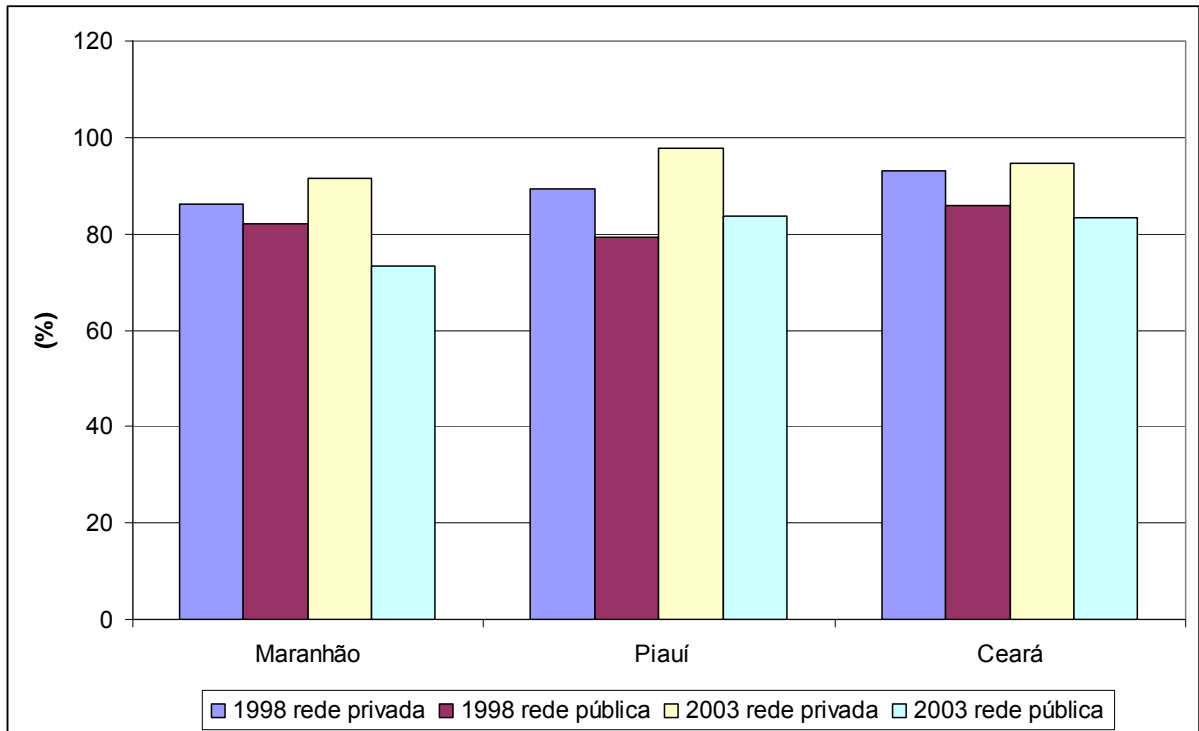


Gráfico 2 – Percentual de aprovação das internações em hospitais públicos e privados por Estado  
 Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNADs 1998, 2003 - IBGE.

Constata-se, já a partir dessas demonstrações, que o setor privado supera o setor público nos dois exercícios estudados, sendo que em 1998 o setor privado supera o setor público em 7.20 %, e em 2003 o setor privado supera o setor público em 13.60 %.

O comparativo por estado está exposto no Gráfico 2. É possível notar que a qualificação para o setor público aumentou apenas para o estado do Piauí e diminuiu para os demais estados. Já a rede privada teve um aumento na aprovação entre 1998 e 2003 para os três estados.

Desta forma, a análise descritiva sugere que a qualificação do setor público não acompanhou a qualificação do setor privado. No entanto, precisa-se verificar se esta conclusão se sustenta quando controlamos para cofatores que podem influenciar a qualificação do serviço de internação. Isto é feito com o modelo de regressão Logit, cujos resultados estão expostos na próxima seção.

## 4.2 Análise do Modelo Econométrico

Os resultados no modelo Logit estimados para a probabilidade de aprovação do serviço de internação estão expostos na Tabela 2.

### 4.2.1 Diferencial Público x Privado de Aprovação

Os resultados observados na análise descritiva se mantêm quando adicionamos controle. Ou seja, existe um diferencial significativo entre a avaliação do setor público e do setor privado, e este diferencial ampliou-se entre 1998 e 2003. O indicador da variável Rede Pública apresenta um coeficiente negativo e estatisticamente significativo, assim como o cruzamento desta variável com a dummy de 2003. O efeito marginal conjunto do diferencial entre público e privado, é, portanto da ordem de 13.62%, aproximadamente, porém a maior parte deste diferencial (7,87%) foi gerada no período entre 1998 e 2003.

### 4.2.2 Qualificação por Tipo de Atendimento

Na qualificação das internações por tipo, que tem como categoria base o tratamento clínico, destacam-se com avaliações positivas diferenciadas as pacientes para trabalho de parto (efeito marginal de 4.5%), e as internações para tratamento cirúrgico (efeito marginal de 6.8%). Estes resultados positivos são interessantes, pois evidenciam uma qualificação melhor para os tratamentos mais intrusivos, ressaltando o reconhecimento do serviço.

#### 4.2.3 Qualificação por Intensidade de Uso, Seguro Saúde e Estado de Saúde

O número de dias internados é um qualificador adicional à avaliação dos serviços, dado que o paciente teve a oportunidade de acompanhar a dinâmica hospitalar, ficando mais tempo exposto aos seus riscos. Esta variável teve um resultado satisfatório (coeficiente positivo e estatisticamente significativo), o que é um reconhecimento maior para as internações dos estados analisados.

É interessante observar que a cobertura de plano de saúde não teve efeito significativo. Por outro lado, a avaliação do indivíduo, conforme seu estado de saúde declarado, mostrou um padrão esperado. Ou seja, indivíduos em melhores situações de saúde avaliam positivamente, e indivíduos em piores situações avaliam negativamente.

Um resultado menos esperado foi o coeficiente negativo (e estatisticamente significativo) para os indivíduos residentes em zona urbana. Este fato requer um estudo mais detalhado que pode estar relacionado tanto a uma maior concorrência e dificuldade no uso dos serviços - apesar da melhor oferta e proximidade física do atendimento de saúde -, quanto a um nível de satisfação mais facilmente atingível por pessoas da zona rural.

#### 4.2.4 Avaliação por Condições Sócio-Econômicas

O acesso que o indivíduo tem ao conhecimento parece estar condicionando uma avaliação mais exigente. Isto está correlacionado tanto à variável de escolaridade quanto à de renda<sup>2</sup>, que mostraram coeficientes negativos e estatisticamente significantes. A experiência ressaltada pela idade, por outro lado, mostrou avaliar melhor os serviços.

---

<sup>2</sup> Importante ressaltar, no entanto, que o diferencial de avaliação por renda ocorre apenas para a classe de renda familiar per capita entre meio e um salário mínimo, relativa aquelas mais pobres ainda.

#### 4.2.5 Avaliação por Estados

No Maranhão, os serviços de internação têm menor avaliação em relação ao Piauí, com coeficiente negativo e estatisticamente significativo. Já no Ceará, apesar de haver uma diferença na avaliação, essa diferença é muito discreta, sem qualquer alteração na sua significância.

Tabela 2 – Modelo Logit de Probabilidade de Aprovação do Serviço de Internação

	<b>Coeficientes Logit</b>	<b>Efeitos Marginais</b>
D_2003	0.4777+ (1.74)	0.0572
Rede Pública	-0.4801* (2.38)	-0.0575
D_2003*Rede Pública	-0.6578* (2.28)	-0.0787
Parto	0.3855** (2.79)	0.0461
Cirurgia	0.5717** (4.45)	0.0684
Exames	0.1754 (0.57)	0.021
Tratamento Psiquiátrico	-0.1423 (0.46)	-0.017
Número de vezes internado(a)	0.0238 (0.59)	0.0028
Número de dias internado	0.0344** (3.00)	0.0041
Cobertura Plano de Saúde	0.4100+ (1.70)	0.0491
Pagou por Internação	0.3206 (1.12)	0.0384
Presença de doença crônica	-0.1255 (1.21)	-0.015
Estado de saúde: bom ou muito bom	0.2720** (2.58)	0.0326
Estado de saúde: ruim ou muito ruim	-0.2252+ (1.75)	-0.027
Residência em zona urbana	-0.2782** (2.74)	-0.0333
Idade	0.0050* (2.17)	0.0006
Anos de estudos	-0.0316* (2.47)	-0.0038
Renda per capita familiar: 05 – 1SM	-0.2382*	-0.0285

	<b>Coefficientes Logit</b>	<b>Efeitos Marginais</b>
	(2.29)	
Renda per capita familiar: 1 – 2SM	-0.0152	-0.0018
	(0.10)	
Renda per capita familiar: 2 ou mais SM	0.0471	0.0056
	(0.21)	
Negro	0.3585	0.0429
	(1.33)	
Branco	0.0122	0.0015
	(0.13)	
Homem	-0.0871	-0.0104
	(0.94)	
D_Maranhão	-0.3389**	-0.0406
	(2.69)	
D_Ceará	0.1394	0.0167
	(1.22)	
Observações	4566	

Nota 1: Valor absoluto da estatística z entre parêntesis.

Nota 2: Categorias base: 1998, rede privada, tratamento clínico, sem cobertura de plano de saúde, sem qualquer pagamento por internações, sem doença crônica, estado de saúde regular, residência em zona rural, renda per capita familiar entre 0 e 0,4 salários mínimos, pardo, mulher, Piauí.

Nota 3: + Significante a 10%; \* Significante a 5%; \*\* Significante a 1%.

Fonte: Elaboração do autor.

## 5 CONCLUSÃO

Este trabalho procurou evidenciar os diferenciais de avaliação da qualidade das internações hospitalares existentes entre os setores público e privado, nos Estados do Maranhão, Piauí e Ceará. Para isso, foi utilizado o modelo econométrico logit (baseado na função de probabilidade logística acumulada), cuja variável dependente dicotômica é igual a 1, se o usuário do hospital avaliou como satisfatório o serviço, e zero, de outra forma, e a variável explicativa chave é uma dummy de contraste entre o serviço público e privado. A estimação empírica foi realizada utilizando os dados contidos nos suplementos das PNADs de 1998 e 2003, de forma que a evolução do diferencial de qualidade público-privado também foi estimado.

Pelos resultados obtidos, constatou-se que existe um diferencial de qualificação entre o setor público e o setor privado a favor deste último. Em 1998, a rede privada era mais bem avaliada, com uma diferença de 5,75 pontos percentuais, e entre 1998 e 2003 esse diferencial aumentou ainda mais para aproximadamente 13,62 pontos percentuais. Esse descolamento das qualidades das internações público-privado é alarmante para a saúde pública.

Outros resultados interessantes destacados foram que os tratamentos mais intrusivos tiveram uma melhor avaliação, e que o estado de saúde percebido dos indivíduos influencia diretamente as suas opiniões. Desta forma, ressalta-se a importância de estudos complementares de avaliação que contemplem um mix de opinião do usuário com a resolubilidade dos sistemas (público e privado como foco de observação).

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Manoel Maurício. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 728 p.

BARBOSA. R. Redesenho do papel do Estado para o desenvolvimento econômico e social. **Rev. Política e Administração**. Rio de Janeiro: FESP, v. 2, n. 1, p. 7, jan/mar, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº. 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº. 1 a 6/94 – Brasília. Senado Federal, subsecretária de edições técnicas, 2007.

BRASIL. **Instrução normativa número 01/97**, de 15 de maio de 1997. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do distrito federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96. Brasília, Diário oficial da união de 15/05/97.

BRASIL. Leis, Decretos. DECRETO nº. 42. Piauí, 28 de janeiro de 1891.

BRASIL. Leis, Decretos. DECRETO nº. 72. Piauí, 20 de maio de 1891.

BURUNI, O.; SILVA. N. M. **Controle, avaliação e auditoria em saúde**. Florianópolis: 1. ed., 1996.

CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA, Mozart; TONON, Lidia M. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.102 p. (Cadernos de saúde, 2)

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.161 p. (Cadernos de saúde, 3)

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. dos. **Administração hospitalar**. Fundamentos. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2002.



COSTA, Nilson Rosário. **Políticas públicas: justiça distributiva e inovação.** São Paulo: Hucitec, 1998. 178 p.

DONNANGELO, Maria C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975, 174 p.

DUCKER, P. F. **Fator humano e desempenho.** São Paulo: Pioneira, 1981.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron. **A economia da saúde.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate.** Rio de Janeiro: Graal, 1979, 225 p.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1998.

LEITE, Celso c. **A crise da Previdência Social.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981, 72

LIMA, P. D. B. **A excelência em gestão pública: a trajetória e a estratégia do gespública.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

LUZ, Madel F. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.** Rio de Janeiro, Graal, 1979, 295 p.

MARQUES DE LIMA, F. N. A contradição do modelo neoliberal brasileiro. In: **Revista Direito Hoje.** 1. Nº. 1. 2007; p. 60-61.

MARQUES SOBRINHO, R. O Piauí entre a Saúde e a doença: Por que a Saúde se torna pública? (1889-1930). **Carta Cepro,** Teresina. v. 21, n. 1, p. 42-50, jan./jun. 2002.

MARTINS, A. de. S. *et al.* **Piauí: Evolução, realidade e desenvolvimento.** 3 ed. Teresina: Fundação Cepro, 2003.

MELO FILHO, A. **Saúde Pública no Piauí (1889-1930) entre o enfoque nacional e experiência local.** Teresina, 2000 (Dissertação de mestrado).

MENDES, C. V. A. **A organização da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998,

MENEZES, Maria J. **Planejamento Governamental**: um instrumento a serviço do poder. Cadernos do Curso de Pós-Graduação em Administração, UFSC, Florianópolis, 1974.

NASCIMENTO, F. A. do. Cidade e memória: o processo de modernização de Teresina. In: EUGÊNIO, J. K. **História de vários feitos e circunstâncias**. Teresina: Instituto Dom Barreto, 2001. P.

NICZ, Luiz F. Previdência social no Brasil. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988, cap. 3, p.163-197.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. (In) **Previdência social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 360 p.

OLIVEIRA, R. P. A municipalização do ensino no Brasil. In: OLIVEIRA, A. (org). **Gestão democrática na educação**: desafios contemporâneos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho** – a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981, 324 p.

REZENDE, A. P. A modernização e o modernismo. **Clio Recife**, v. 1, n. 14, p. 7-14, 1994.

SALMITO, M. do. A. **Saúde e desenvolvimento no Estado do Piauí**. Teresina: Projeto Petrônio Portela, 1987.

SERRES, M. **Diálogo sobre a ciência, a cultura e o tempo em conversas com Bruno Latour**. Lisboa: instituto Piaget, 1996.