



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

**RICARDO JOSÉ MARINHO CASTELO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO  
DOENTE RENAL CRÔNICO: DIFERENCIAL ENTRE PÚBLICO E PRIVADO**

**FORTALEZA**

**2014**

**RICARDO JOSÉ MARINHO CASTELO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO  
DOENTE RENAL CRÔNICO: DIFERENCIAL ENTRE PÚBLICO E PRIVADO**

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. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Brito Soares

**FORTALEZA**

**2014**

**RICARDO JOSÉ MARINHO CASTELO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO  
DOENTE RENAL CRÔNICO: DIFERENCIAL ENTRE PÚBLICO E PRIVADO**

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. Área de Concentração: Economia de Empresas.

Aprovada em: **28 de fevereiro de 2014**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Ricardo Brito Soares (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Maurício Benegas  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Frederico Augusto Gomes de Alencar  
Universidade Federal do Ceará - UFC

À Deus, pois sem Ele não teria forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta longa caminhada.

À minha esposa Maria Alzenir, pessoa com quem amo partilhar a vida. Obrigado pelos incentivos, paciência, compreensão pelas vezes que tive de me afastar do convívio familiar para elaborar este trabalho e por sua capacidade de me trazer tranquilidade e paz.

Aos meus filhos, Gustavo e Nayara, pelo carinho e amor demonstrados sempre no nosso dia-a-dia, foram de maneira especial os meus motivadores.

Aos meus Pais, Adroaldo (in memoriam) e Petronília, pelo dom da vida e por tudo que fizeram pela minha educação. Minha eterna gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Ricardo Soares Brito, por seus ensinamentos, paciência e compreensão ao longo das orientações e que Deus o proteja sempre. Pessoas como você, tornam o mundo um lugar melhor de se viver.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Frederico Augusto Gomes de Alencar e o Prof. Dr. Maurício Benegas, por terem participado de minha defesa e pelas correções e orientações proferidas. Meu muito obrigado.

Aos professores do Mestrado Profissional em Economia da UFC/CAEN na pessoa do seu coordenador Prof. Dr. Ronaldo de Albuquerque e Arraes, pela dedicação, ensinamento e paciência com todos nós alunos durante os meses que perdurou o curso.

Aos funcionários do CAEN, que se desdoblaram para que o curso fosse realizado da melhor maneira possível.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

O setor da saúde é um dos segmentos da administração pública em que a insatisfação do usuário pode adquirir um desfecho vital. Particularmente para pacientes acometidos de insuficiência renal crônica (IRC), doença que leva à perda de função dos rins, fazendo com que deixem de executar plenamente sua atividade básica, a qualidade dos serviços deve sempre manter a excelência. O presente trabalho destina-se a analisar e comparar o grau de satisfação destes pacientes quanto aos serviços de consultas e de hemodiálise prestados pelos setores público e privado. Para isso, foi utilizado um modelo logit multivariado com informações advindas dos suplementos de saúde das PNADs (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio) de 2003 e 2008. Os resultados mostraram que as pessoas atendidas na rede particular possuem um grau de satisfação maior em relação à pública. No entanto, este diferencial não aumentou entre 2003 e 2008 e não se mostra significativo em relação ao serviço de diálise.

**Palavras-chave:** Hemodiálise. Renal Crônico. Serviço Público de Saúde. Plano de Saúde.

## **ABSTRACT**

The health sector is one of the public administration segments where the user dissatisfaction can acquire a vital outcome. Particularly for patients suffering from chronic renal failure (CRF), a disease in which the kidneys loose functioning and no longer perform in totality its basic functions, the quality of services should always maintain excellence. The present work aims to analyze and compare the degree of satisfaction of these patients at consultation and dialysis services provided by public and private sectors. For this, it was used a multivariate logit model with 2003 and 2008 information of PNAD's (National Household Sample Survey) health supplements. The results showed that people in private service have a higher degree of satisfaction than those in public. However, this difference did not increase between 2003 and 2008 and not shown to be significant in relation to the dialysis service.

**Keywords:** Hemodialysis. Chronic Renal. Public Health Service. Health Plan.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percepção de qualidade de atendimento – Consultas médicas.....	30
Figura 2 - Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas.....	31
Figura 3 - Percepção de qualidade de atendimento – Tratamento de hemodiálise.....	32
Figura 4 - Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise.....	33
Figura 5 - Auto avaliação de saúde – Consultas médicas.....	34
Figura 6 - Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas.....	35
Figura 7 - Auto avaliação de saúde – Tratamento de hemodiálise.....	36
Figura 8 - Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise.....	37
Figura 9 - Percepção da qualidade do atendimento (Consultas médicas e Tratamento de hemodiálise) – público x privado para os anos de 2003 e 2008.....	38
Figura 10 - Auto avaliação de saúde (Consultas médicas e Tratamento de hemodiálise) – público x privado para os anos de 2003 e 2008.....	39

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Funções das Operadoras antes e depois da regulamentação.....	20
Quadro 2 - Os Sete Pilares da Qualidade de Donabedian.....	22
Quadro 3 - Descrição e média das variáveis (somente para o ano de 2008).....	27

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Amostra.....	29
Tabela 2 - Amostra de indivíduos que realizaram consulta médica.....	29
Tabela 3 - Amostra de indivíduos que realizaram tratamento específico de hemodiálise.....	29
Tabela 4 - Percepção de qualidade de atendimento – Consultas médicas.....	29
Tabela 5 - Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas.....	30
Tabela 6 - Percepção de qualidade de atendimento – Tratamento de hemodiálise.....	31
Tabela 7 - Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise.....	32
Tabela 8 - Auto avaliação de saúde – Consultas médicas.....	33
Tabela 9 - Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas.....	34
Tabela 10 - Auto avaliação de saúde – Tratamento de hemodiálise.....	35
Tabela 11 - Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise.....	36
Tabela 12 - atendimentos públicos e particulares por faixa de renda para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise.....	39
Tabela 13 - Regressão da avaliação da qualidade do atendimento prestado para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise.....	40
Tabela 14 - Regressão da avaliação da qualidade do atendimento prestado para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise.....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>LITERATURA RELACIONADA.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Contextualização.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.1</b>	<i>Insuficiência renal crônica.....</i>	<i>14</i>
<b>2.1.2</b>	<i>Sistema Único de Saúde e Planos de Previdência Privada – um breve histórico....</i>	<i>17</i>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Avaliação da qualidade como indicador de satisfação no tratamento de saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b>Base de dados.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Modelo econométrico.....</b>	<b>26</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos setores da administração pública mais complexo é a Saúde. Não se pode analisá-la sem considerar, conjuntamente, o desenvolvimento econômico, social e educacional de um povo, pois boa saúde é um reflexo do bem-estar da população. O estado de boa saúde afeta a produtividade e a renda das pessoas. Chama-se capital humano o conhecimento, as habilidades e a experiência que tornam um indivíduo mais produtivo e, assim, capaz de auferir rendas maiores durante a vida. A saúde, portanto, é parte do que os economistas chamam de estoque de capital humano. Os indivíduos mais saudáveis possuem maior estoque de capital humano e tendem a ser mais produtivos do que aqueles com saúde mais precária. Logo, as políticas públicas que afetam à saúde também tem consequências sobre o desenvolvimento econômico e o mercado de trabalho. É importante ressaltar, neste ponto, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como o estado completo de bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas falta de doença ou qualquer outra enfermidade (Lima-2009).

A Constituição Federal de 1988, no Título da Ordem Social, Capítulo da Seguridade Social, no seu Artigo 196, cita: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CF-1988). O que se observa, cotidianamente, é que o Estado é falho na implantação desse artigo, deixando a população sem acesso universal e igualitário ao atendimento de Saúde de qualidade, quando busca o serviço administrado por ele. Essa deficiência na prestação de serviço público de saúde de qualidade pode ser pensada como fruto gerado pela complexidade da administração, burocrática, mas também atribuída a várias reformulações do setor nas esferas Municipal, Estadual e Federal, ocorridas durante várias décadas e não consolidadas, deixando margem para o desvio de verbas e corrupção.

A administração dos serviços de saúde pública, apesar de enfrentar dificuldades na implantação de mudanças, tem por finalidade otimizar o funcionamento das organizações, de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados) com os recursos disponíveis, para que se consiga atingir o bem comum da sociedade.

A fim de auxiliar o Estado, na busca de melhor atender a população, a CF-1988 garantiu como "relevância pública as ações e serviços de saúde..., devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoas física ou jurídica de direito

privado" (CF-1988), ou seja, abriram-se as portas para os planos privados de saúde atuarem (sob fiscalização de órgãos federais), suplementando o atendimento à população.

O país conta com aproximadamente 200 milhões de habitantes, dentre os quais 83% moram em zona urbana e 48% moram em apenas quatro das 27 unidades federativas: São Paulo (43,6 milhões), Minas Gerais (20 milhões), Rio de Janeiro (16,3 milhões) e Salvador (15 milhões). Da totalidade da população, 75% é coberta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estatal, e 25% pelo Sistema Suplementar de Saúde, setor privado. (BECERRIL-MONTEKIO, 2013).

O setor de saúde suplementar brasileiro é o segundo maior mercado mundial de planos privados de assistência à saúde, contando com mais de 40 milhões de clientes de planos de assistência médica e quase 2.000 operadoras de planos de saúde (GODOY, 2009).

A Lei nº 9656 de 03 de Junho de 1998, regulamentou o setor de assistência suplementar de saúde no país, que vinha operando desde a década de 1960 sem regulação econômica. A partir desta Lei, os Planos de Saúde Suplementar passaram a dar cobertura também aos nefropatas, no que concerne a consultas, exames laboratoriais, tratamento dialítico (hemodiálise e diálise peritoneal) e transplante renal.

Diante do exposto, mostra-se a relevância do presente trabalho, que tem por objetivo avaliar a satisfação com consultas e tratamentos dos usuários com insuficiência renal, fazendo o comparativo entre serviço público (SUS) e privado. Para isso, utilizaram-se as informações dos microdados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), dos anos de 2003 e 2008, que contém suplementos especiais sobre saúde. A PNAD de 2003 entrevistou aleatoriamente 384 mil pessoas na população de 175 milhões de indivíduos e a PNAD de 2008 entrevistou 392 mil indivíduos na população brasileira de 189 milhões, à época. (PNAD –IBGE).

Dentre os vários serviços de saúde disponibilizados para a população, tanto pelo Governo quanto pela iniciativa privada, encontra-se o tratamento da Insuficiência Renal Crônica (IRC), que acomete os pacientes cujos rins perderam funções básicas. Esse tratamento é disponibilizado tanto por hospitais públicos e hospitais conveniados pelo SUS, como também por clínicas particulares especializadas credenciadas pelas Secretarias de Saúde dos Municípios (SSM).

O paciente com IRC, em tratamento hemodialítico, desloca-se comumente, pelo menos três vezes por semana, à clínica/hospital para sessão de hemodiálise, com duração de quatro horas cada. Durante a sessão, o nefropata recebe cuidados dos médicos, enfermeiros e técnicos durante todo o atendimento. O tratamento é por demais técnico e imprescindível à

sobrevivência do doente renal. Dentro dessas observações, o paciente não pode ser vítima de má gestão no serviço, quer seja por fator administrativo, médico ou humanístico. Assim, o tempo de espera para o acesso ao tratamento deve ser o menor possível, como também o tempo na obtenção de exames específicos, tempo de espera para internação hospitalar e consulta médica.

O serviço público, usando como guia os princípios basilares do SUS: universalidade de acesso, integralidade de assistência (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais), equidade, regionalização e hierarquização, participação (da comunidade), compromisso (dos agentes promotores da saúde) e humanização (no tratamento) (SUS-2011), busca a melhoria na qualidade do atendimento. O setor privado, provocado pela concorrência, encontra-se mais estruturado na busca da excelência no atendimento.

A avaliação do grau de satisfação do serviço de saúde quer público (SUS), quer privado (serviço de saúde suplementar – não SUS), por pacientes com IRC, constitui um instrumento de apoio à administração dos centros de diálise e se propõe a mostrar melhorias para tomadas de decisões mais qualificadas.

Para essa avaliação, realizou-se o presente trabalho, dividido em cinco partes, além desta introdução, comparando os serviços do SUS e Sistema Suplementar de Saúde. Em sua primeira parte, traz reflexões sobre a insuficiência renal crônica (IRC) e seus tratamentos dialíticos; contextualiza o Sistema Único de Saúde (SUS) e os Planos de Previdência Privada no Brasil. Na segunda parte, faz uma abordagem sobre a insuficiência renal crônica, seu surgimento, tratamento e sua incidência no Brasil e no mundo. Na terceira parte, referências sobre teorias administrativas no contexto da saúde, que contenham a satisfação como indicador da qualidade do serviço. A quarta parte reportará sobre as bases de dados extraídas das PNADs de 2003 e 2008 e a metodologia usada, a saber: o “Modelo Logístico Multivariado”. A quinta parte apresentará os resultados da análise do “Modelo” trabalhado e, a sexta e última parte, a conclusão e os comentários sobre a análise comparativa realizada neste trabalho.

## 2 LITERATURA RELACIONADA

### 2.1 Contextualização

#### 2.1.1 *Insuficiência renal crônica*

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma enfermidade que acomete um grande número de pessoas no mundo inteiro. Atualmente, a IRC é um problema de saúde pública mundial. Estima-se que mais de um milhão de pessoas estejam em tratamento em hemodiálise e outros tantos com alguma perda de função renal (SESA – Ce, 2012). A IRC é de elevada morbidade e mortalidade. O aumento de incidência da IRC em estágio terminal (IRCT) tem sido muito significativo ano após ano, podendo-se afirmar que se trata de uma epidemia, tanto no Brasil quanto no mundo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a insuficiência renal é uma patologia que se caracteriza pela perda de função dos rins, podendo ser aguda ou crônica. Em alguns pacientes com doenças graves, os rins podem parar de funcionar de maneira rápida, porém temporária. A esta situação os médicos chamam de insuficiência renal aguda (IRA). Em alguns desses casos, os pacientes necessitam de tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar. Nos casos em que a perda das funções dos rins é lenta, progressiva e irreversível, os médicos chamam-na de insuficiência renal crônica (IRC) (SBN - 2012).

A enfermidade é considerada uma doença silenciosa, pois a sua instalação é lenta e o organismo consegue adaptar-se até as fases bem avançadas da doença renal crônica. O rim apresenta pouca inervação para dor e por isso só dói quando está inflamado ou dilatado. Como, na maioria dos casos, a doença renal crônica não apresenta nem uma nem outra destas situações, a pessoa pode ser acometida sem ter sentido uma única dor nos rins.

O médico pode identificar se o paciente está perdendo função renal através de exames laboratoriais. Basicamente, duas análises são de suma importância para o diagnóstico inicial da enfermidade:

- Dosagem da creatinina<sup>1</sup> e da ureia<sup>2</sup> no sangue;
- Análises de urina.

Com o resultado desses dois exames, o médico consegue identificar os pacientes que estão nas fases iniciais da doença e, portanto, são assintomáticos.

O grande problema da IRC de não apresentar sintomas até fases avançadas não significa que a doença não provoque complicações durante esse processo. O rim desempenha várias funções no organismo e, conforme a doença avança, mais problemas de saúde podem surgir. O diagnóstico precoce é essencial para retardar a progressão da doença.

O tratamento em hemodiálise é um dos grandes avanços da medicina. Os rins podem ser considerados órgãos nobres, pois são capazes de serem substituídos por uma máquina. Obviamente essa substituição não se dá por completo, pois os rins fazem outras funções além da função da máquina que é tirar o excesso de líquido do corpo e um pequeno percentual de toxina do sangue (SBN-2012).

Segundo Almeida e Meleiro (2000), há poucas décadas, a IRC significava morte. Atualmente, os variados tipos de diálise modificaram a história natural dessa doença, melhorando consideravelmente o prognóstico. Hoje, os tratamentos disponíveis ao paciente com IRC, segundo Tomé *et al.* (2007), são: terapia renal substitutiva (TRS), por meio da hemodiálise (HD), diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e transplante.

Um dos tratamentos da TRS é aquele em que o paciente portador de IRC é submetido a sessões de hemodiálise de 3 a 4 vezes na semana, com média de 4 horas por sessão. Nestas sessões, uma máquina que realiza terapia extracorpórea faz tratamento através da diálise do sangue, retirando as toxinas, o excesso de água e os sais minerais do organismo. Essa terapia é realizada em clínicas especializadas, para onde o paciente tem que se deslocar com objetivo de fazer o tratamento.

Por outro lado, existe a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e a diálise peritoneal automática (DPA), onde o paciente faz todo o procedimento em seu domicílio, não tendo que se deslocar até uma clínica, a não ser uma vez por mês para fazer uma avaliação médica para verificar se todo o processo está correto. Essas possibilidades de tratamento são apresentadas aos pacientes depois de uma avaliação médica, psíquica e

---

<sup>1</sup> A creatina fosfato é uma proteína sintetizada a partir das proteínas de nossa alimentação. Ela é produzida no fígado e posteriormente armazenada nos músculos. A creatina é uma espécie de lixo metabólico resultante do consumo constante através dos músculos. Após a sua formação, a creatina é lançada na corrente sanguínea, sendo eliminada do corpo na urina, através dos rins. Se existe um aumento nos níveis de creatina no sangue os rins estão com algum problema. (SBN -2012).

<sup>2</sup> A ureia é, também, uma substância produzida no fígado como resultado da metabolização de proteínas dos alimentos. A ureia também é eliminada pelos rins. Um aumento nos níveis de ureia na corrente sanguínea é um sinal de mau funcionamento dos rins (SBN-2012).

socioeconômica individualizada. Quando satisfatória, o nefropata, juntamente com os seus familiares, pode fazer a opção por qual tratamento seguir.

Por fim, existe o transplante, que é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (rim) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida (Manual do Transplante de Órgãos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO). No transplante de rim, implanta-se um rim sadio em uma pessoa com insuficiência renal crônica terminal (IRCT). Esse novo rim fará as funções que o outro já não conseguia mais fazer.

O custo elevado para manter pacientes em TRS é motivo de preocupação por parte do governo (SUS), que é responsável, em média, por subsidiar 95% desse tratamento, ficando o restante com as empresas privadas de plano de saúde. Desses pacientes que fazem TRS, aproximadamente 91% fazem hemodiálise e 9% diálise peritoneal (SBN-2012). Estima-se que 91 mil pacientes são mantidos em serviço de diálise na rede pública de saúde no Brasil, dos quais, aproximadamente, 3 mil estão no Ceará.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (JBN-2012) existem no Brasil 643 clínicas cadastradas ativas para tratamento em hemodiálise, sendo 111 no Nordeste e 16 no Ceará. Em 2012, foram realizadas aproximadamente 11,8 milhões de sessões de hemodiálise no país (MS -2012). Ainda segundo a SBN, existe pouco mais de 3.000 médicos trabalhando com nefrologia, para uma população de 190.756 pessoas (IBGE) e, para o Estado do Ceará, um número de 54 médicos nefrologistas (CREMEC-2011), para uma população de 8.452 pessoas.

A hemodiálise é um tratamento de alto custo, que produz sofrimento para o paciente e seus familiares, além de problemas de ordem sexual, psicológica, econômica, profissional, social, entre outros, comprometendo a qualidade de vida do paciente. O portador de DRCT tende a passar por situações cada vez mais críticas ao longo do tempo, pois começa a apresentar problemas, pelas múltiplas perfurações por agulha, nas veias em que se inserem o canal que o liga à máquina de hemodiálise, denominadas tecnicamente de acessos. O transplante passa a ser, assim, uma das opções para evitar o óbito do paciente.

O paciente com IRCT que já sofre com o tratamento em hemodiálise também sofre na fila de espera do transplante renal, pois a comissão de captação de órgãos do Estado tem dificuldade de trabalhar em virtude da infraestrutura e, principalmente, da falta de informação quanto à morte encefálica, por parte de alguns familiares dos pacientes, aumentando, portanto, o tempo de espera na fila.

O Ministério da Saúde possui um dos programas mais amplos de assistência aos portadores de IRC do mundo. O SUS oferece atenção integral aos portadores, assumindo o custo por completo das sessões de diálise, incluindo a oferta de medicamentos e exames laboratoriais (tanto para acompanhamento do tratamento, quanto para o preparo para um possível transplante). Ainda assim, o atendimento público ofertado não é suficiente para atender à demanda dos pacientes, que vão em busca de tratamentos particulares.

### ***2.1.2 Sistema Único de Saúde e Planos de Previdência Privada – um breve histórico***

O sistema de saúde brasileiro, antes da promulgação da CF-1998, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), era estruturado basicamente por uma assistência de saúde formada por Santas Casas de Misericórdia, Hospitais Universitários, Entidades Filantrópicas e por Institutos de Previdência e Aposentadoria espalhados por vários órgãos da iniciativa pública e privada, tais como: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados de Transportes e Cargas (IAPETEC) e, tantos outros, até surgir o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi a célula-mater da criação do SUS. (CONASS-2011).

A Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, nos seus artigos de 196 a 200, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), democratizando o atendimento médico a toda a população, quer da zona urbana, quer da zona rural, que, até então, tinham grande dificuldade de acesso à assistência médica. Assim, procurando atender as necessidades mais básicas da população, o Estado procurou corrigir uma lacuna na promoção do bem-estar da coletividade, resgatando o direito a cidadania aos menos favorecidos, principalmente aos trabalhadores da zona rural brasileira.

Ao assegurar o cidadão o direito à saúde como dever do Estado, a Constituição Federal de 1988 também permitiu a prestação de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, sedimentando os planos de saúde. Desde a década de 1960, os serviços de assistência privada de saúde, chamados à época de planos de assistência médica, operavam e, na década de 1970, se consolidam, passando a se chamar “seguros” de saúde. Daí, houve um aumento considerável do número de operadoras e, como consequência, do número de beneficiários de planos de saúde, acarretando, com isso, conflitos de interesses, sobre os quais recai a intervenção do Estado nas soluções dos problemas decorrentes das relações contratuais entre as partes. A percepção dos conflitos advindos da relação entre os agentes econômicos

entre si e entre os beneficiários (consumidores) ocasionou pressão política, onde o Governo Federal teve que intervir no sentido de regular o setor em todo o território nacional.

Em 04 de Junho de 1998, o Governo publicou, no *Diário Oficial da União*, a Lei Nº 9.656 promulgada em 03 de Junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Esta Lei estabelece os principais marcos de regulação da saúde suplementar, definindo a relação entre operadoras, produtos e consumidores. A Lei Nº 9.656 estabelece, também, que se submetem às suas disposições as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, definindo os conceitos de plano privado, de operadora de plano e de carteira, sobre os quais são expedidas as normas operacionais básicas (NOB) para operar no mercado de assistência à saúde (ANS -2002).

As Normas Operacionais Básicas definiram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão, definidas nas NOBs, foi condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Instituídas por meio de portarias ministeriais, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

Os principais pontos da NOB/91 foram: equiparar prestadores públicos e privados, no que se refere a modalidade de financiamentos, que passou a ser por produtividade; centralizar a gestão do SUS em nível federal; estabelecer o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios; instituir a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) para reajustar os valores de produtividade; modificar o sistema de pagamento aos prestadores de serviços, com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS).

Os principais pontos da NOB 01/92 foram: i) planejamento; ii) financiamento da assistência à saúde no SUS; iii) estímulo à “municipalização” do SUS e às ações de saúde coletiva; iv) investimentos na Rede; v) sistemas de informação; vi) controle e avaliação; vii) processo de municipalização para repasse de recursos e viii) produtividade e qualidade.

As principais contribuições da NOB 01/93 foram: i) criar a transferência regular e automática – fundo a fundo – do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena; ii) descentralizar a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios, possibilitando a habilitação para o recebimento de recursos fundo a fundo; iii) definir o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestores

do sistema estadual de saúde; iv) criar as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e referendar a Comissão Técnica criada em 1991, denominando-a de Comissão Intergestores Tripartite (nacional), como importante espaço de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios).

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- i) promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes, com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União;
- ii) caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- iii) reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- iv) aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- v) fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federal, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Após promulgar a Lei Nº 9.656 para regular o setor de saúde no país, o Governo necessita de um órgão que fiscalize as operadoras e as relações com os consumidores. Assim, em 28 de Janeiro de 2000, promulga a Lei Nº 9.961 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização dos serviços de assistência suplementar de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras de planos (quaisquer que sejam: médicas, odontológicas, cooperativas, etc.), como também, as suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para um melhor serviço das ações de saúde a nível nacional.

O Quadro 1 mostra as funções das operadoras de plano de saúde antes e depois da regulação.

Quadro 1 – Funções das Operadoras antes e depois da regulamentação

	<b>Antes da regulamentação</b>	<b>Depois da regulamentação</b>
<b>Operadoras</b>	<b>Atuação Livre</b>	<b>Atuação Controlada</b>
	* Legislação tipo societário	* Autorização de funcionamento
		* Regras uniformes de operação (ex.: balanço)
		* Sujeitas à intervenção e liquidação
		* Exigências de reservas (garantias financeiras)
<b>Assistência à Saúde</b>	<b>Atuação Livre</b>	<b>Atuação Controlada</b>
	* Livre definição da cobertura assistencial	*Obrigatoriedade de assistencial integral à saúde
	* Seleção de risco	*Proibição de seleção de risco
	* Livre exclusão de usuário	*Proibição de rescisão unilateral
	* Livre definição para o prazo de carências	* Definição e limite dos prazos
	* Livre definição de reajuste	* Reajustes controlados

Fonte: Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004 - Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil

Antes da lei 9.656/98, não havia cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Como consequência, as operadoras excluía de seus contratos as doenças pré-existentes, os tratamentos de alto custo, além de impor limitações no tempo de internações e de idade para acesso ao plano.

Após a regulação do setor de planos de saúde, com a criação da ANS, houve a padronização dos serviços ofertados pelos planos de saúde privados, a fiscalização das operadoras quanto a seleção de risco, a elaboração de um sistema regulatório eficiente e, como consequência, a estabilização do mercado. No contexto regulatório, a avaliação da qualidade do serviço passa a ser fundamental para esta estabilização.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão” (TANAKA, 2012).

Na literatura, o autor que mais se aproximou de uma proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi Avedis Donabedian (1919-2000), que publicou importantes trabalhos para a literatura médica. Dificilmente artigos publicados na área não se baseiam ou citam, com destaque, os trabalhos desse autor.

Segundo Donabedian (1990),

O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que os desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

A avaliação da qualidade do cuidado médico desenvolvida por Donabedian (1990) se deu a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, a saber:

- ✓ **ESTRUTURA** – corresponde aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.
- ✓ **PROCESSO** – abrange todas as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico ou administrativo. É com essas relações que se obtém os resultados da assistência.
- ✓ **RESULTADO** – é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Posteriormente, esses conceitos de qualidade foram ampliados e Donabedian os denominou de “*os sete pilares da qualidade*”, postos a saber:

Quadro 2 – Os Sete Pilares da Qualidade de Donabedian

<p>➤ <b>EFICÁCIA:</b> É a capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor possível sob as condições mais favoráveis. A eficácia relativa de estratégias alternativas de diagnóstico ou de terapêutica é estabelecida através de pesquisas clínicas bem controladas. A estratégia mais eficaz de tratamento é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas.</p>
<p>➤ <b>EFETIVIDADE:</b> É a melhora alcançada, ou que se espera ser alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. Através da determinação da efetividade pode-se identificar o quanto o grau do cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia. Efetividade: Melhora real na saúde, com o cuidado a ser avaliado; melhora ideal na saúde com o melhor cuidado. A questão do custo do cuidado a ser realizado não é abordada na efetividade, sendo nos tópicos seguintes.</p>
<p>➤ <b>EFICIÊNCIA:</b> Definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias de saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente. É possível que, em muitas situações, pequenas melhoras no cuidado não justifiquem um aumento desproporcional no custo, o que introduz o conceito de otimização dos cuidados.</p>
<p>➤ <b>OTIMIZAÇÃO:</b> Definida como a mais vantajosa relação entre custos e benefícios. Esse aspecto passa a ser interessante quando os efeitos do cuidado não são avaliados apenas em termos absolutos, mas relativamente ao custo do cuidado (do ponto de vista do paciente).</p>
<p>➤ <b>ACEITABILIDADE:</b> É quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares. Depende, em grande parte, da avaliação subjetiva do paciente do que seja efetivo, eficiente e ótimo. Pode-se colocar, também, em consideração: a acessibilidade, a relação médico-paciente e a comodidade do tratamento. Estas considerações são explicitadas a seguir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Acessibilidade:</b> a possibilidade de se obter cuidado quando necessário, de forma facilitada e conveniente, é um importante determinante de qualidade (ex.: transporte, posto de saúde perto do domicílio).</li> <li>✓ <b>Relação Médico-Paciente:</b> os pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, desejam que seus questionamentos sejam respondidos e sua condição explicitada; desejam participar das decisões a serem tomadas sobre seu tratamento. Uma boa relação médico-paciente favorece a efetividade através da adesão e cooperação do paciente ao tratamento.</li> <li>✓ <b>Comodidade do Tratamento:</b> o conforto, ambiente adequado e agradável, equipamentos em condições adequadas de uso e em número suficiente são considerados aspectos de qualidade para os pacientes (embora existam outros, também, importantes).</li> </ul>
<p>➤ <b>LEGITIMIDADE:</b> É a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade em geral. Frequentemente a sociedade tem uma percepção de custos bem diferentes da percepção do indivíduo. Uma das razões é o financiamento social da saúde por terceiros (empresas) ou pelo Estado (SUS). O que a sociedade considera cuidado ótimo varia, às vezes, de forma importante, da avaliação do que os indivíduos consideram ótimo.</p>
<p>➤ <b>EQUIDADE OU JUSTIÇA DISTRIBUTIVA:</b> Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados 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 sociedade</p>

Fonte: Soc. Bras. Cardiologia – RJ (2011)

Donabedian (1994) sugere que o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo da qualidade do cuidado médico. A qualidade do cuidado em saúde é analisada dentro das expectativas que nascem das fontes: a ciência, que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais, que determinam a aceitabilidade; e os valores e expectativas sociais, que determinam a legitimidade do cuidado. A melhora no cuidado sendo mais efetiva pode ser mais aceitável e a mais legítima. Na busca da qualidade do cuidado na

saúde podem ocorrer conflitos entre os vários pilares, sendo os maiores quando as preferências sociais não estão de acordo com as preferências individuais, principalmente porque existem diferenças específicas de cuidado ótimo e equidade.

### **3.1 Avaliação da qualidade como indicador de satisfação no tratamento de saúde**

“A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Apesar disso, o seu uso é ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde” (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Uma das dificuldades para o uso da avaliação nos serviços de saúde, para auxiliar na tomada de decisão, é que a sua implementação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nestas condições, que ocorrem de forma comum em se tratando de saúde, o que facilitaria a tomada de decisão seriam os conhecimentos pré-existentes e os resultados de avaliações anteriores (TANAKI, 2012).

A avaliação, em muitas de suas definições, se apresenta de forma conjunta ao processo de tomada de decisão. Sobre as pesquisa de avaliação, Matida e Camacho (2011) afirmaram que “[...] conferem à avaliação, quer seja ela administrativa quer seja científica, um objetivo – subsidiar a tomada de decisão. A aplicabilidade do ato de avaliar integra o seu conceito”.

Os indicadores de avaliação, frequentemente, são utilizados como instrumentos de análise 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 (LIMA, 2010).

A satisfação dos pacientes é, ao mesmo tempo, o julgamento sobre a qualidade dos cuidados em saúde que incorpora as expectativas e percepções do usuário e é o resultado do cuidado vivenciado. É a reação diante do contexto, do processo e do resultado global da experiência relativa a um serviço de saúde (DONABEDIAN).

Um dos métodos usados para avaliação da satisfação do serviço de saúde é a coleta indireta de dados dos usuários a respeito da qualidade dos serviços que recebem. As informações, mesmo que subjetivamente, podem ser influenciadas pelas expectativas do usuário quanto ao recebimento do tratamento. Essas informações estão relacionadas com as experiências vividas do usuário, sua formação, suas crenças, gravidade da doença, acesso, tipo

de interação e relação interpessoal. Ou seja, o cotidiano do usuário do serviço de saúde influencia na satisfação do tratamento.

Este trabalho, procurando estabelecer um paralelo entre o serviço SUS e Privado, coloca a satisfação como um importante indicador de qualidade, visto que o serviço privado é referência por buscar a excelência na saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Base de dados

A base de dados usada neste trabalho são os microdados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 e 2008. Os microdados consistem no menor nível de agregação de uma pesquisa, ou seja, por meio das análises e respostas dadas por cada indivíduo em uma pesquisa, consegue-se produzir as avaliações e os resultados pertinentes.

Desde 1967 a PNAD é realizada anualmente, menos nos anos em que ocorre o censo, com base em amostra estratificada. Colhe informações sobre diversos perfis da população brasileira, tais como: idade, sexo, educação, trabalho, salários, habitação, saúde e previdência. Os dados da PNAD podem ser analisados em nível Brasil, por regiões, unidades da federação, pelas zonas urbanas e rurais. A PNAD, até 2003, não abrangia a área rural da Região Norte, com exceção do Estado de Tocantins (RIPSA, 2008).

Segundo a PNAD/2008 existiam 49,1 milhões de usuários de plano de saúde, dentre estes, 26 milhões (53%) do sexo feminino. Observa-se, e vários autores destacam, que existe uma probabilidade maior da mulher contratar plano de saúde do que o homem. Em 2003, os planos médicos e odontológicos foram analisados conjuntamente, não sendo possível separá-los (PNAD-IBGE).

Esta dissertação, a fim de analisar a qualidade do atendimento dos usuários dos sistemas de saúde público e privado, mormente os renais crônicos, utiliza os dados das PNAD's 2003 e 2008, porque trazem os suplementos relativos aos serviços de saúde ao nível do indivíduo: informações sobre tempo de internação (se foi na rede pública ou privada), se fez autoavaliação, se possui doença crônica, como avaliou o atendimento, se possui plano suplementar de saúde, e, traz também, os perfis populacionais já citados acima. Para avaliar a qualidade do atendimento propiciado pelos serviços públicos e privados, as variáveis quantitativas foram transformadas em variáveis dicotômicas (binárias) do tipo aceitar ou rejeitar, positivo ou negativo, morrer ou sobreviver, e assim por diante. Se a variável dependente de um modelo quantitativo é dicotômica, então é possível fazer a regressão dele através do modelo de Regressão Logit. Este será o modelo econométrico empregado a seguir.

## 4.2 Modelo econométrico

O modelo econométrico que melhor se adapta ao objetivo deste trabalho é o Modelo de Regressão Logística, pois “se caracteriza como uma técnica estatística que nos permite estimar a probabilidade de ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis exploratórias, além de auxiliar na classificação de objetos ou casos. É particularmente recomendada para as situações em que a variável dependente é de natureza dicotômica ou binária. Quanto às independentes, tanto podem ser categóricas como métricas” (FIPECAFI.). O que se pretende estimar é a probabilidade da qualidade do atendimento no sistema de saúde público e privado no tratamento de pacientes com insuficiência renal.

Para aplicação do modelo logit, tem-se as variáveis binárias – qualidade do atendimento (1 = muito bom e 0 = caso contrário) que modela a probabilidade de uma avaliação positiva do serviço de saúde como função de variáveis como idade, escolaridade, renda familiar em salários mínimos per capita, presença de outras doenças crônicas, ocorrência de internação nos últimos 12 meses e do provedor do serviço (público ou privado). A estimação é feita por máxima verossimilhança, que se trata de um recurso iterativo que facilita a identificação dos coeficientes necessários ao cálculo da probabilidade máxima associada a determinado evento.

Apesar da variável original ser mensurada através de uma escala de Likert com cinco pontos, optou-se por agregar as informações em uma variável binária devido à escassez de indivíduos na amostra. A utilização de um modelo multinomial poderia comprometer a apuração dos resultados e, desta forma, utilizou-se um modelo binomial para a avaliação da qualidade do atendimento prestado.

O modelo matemático para a probabilidade do indivíduo avaliar afirmativamente uma condição é dado pela equação:

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

onde  $Z_j = \alpha_0 + \alpha_1 * D_{ano08} + \alpha_2 * D_{sus} + \alpha_3 * D_{ano08*sus} + X\beta$ , para todo indivíduo  $j$  selecionado em cada subamostra, e  $X$  é uma matriz de covariáveis relacionadas e que têm poder explicativo na percepção da qualidade do item avaliado (seja o atendimento, seja a própria saúde). Observa-se que o modelo busca uma possível evolução entre os anos de 2003 e 2008 como também o diferencial de probabilidade de aprovação de atendimento entre rede

pública e privada, dado que  $D_{ano08}$  (controle 2003) e  $D_{SUS}$  (controle setor privado) são duas variáveis *dummies* identificadoras, respectivamente, do ano de 2008 e do atendimento do SUS.

Adicionalmente, é estimado um segundo modelo no qual se busca eliminar um possível viés de seleção: o fato de que pessoas com maior nível de renda tendem a buscar atendimento privado de saúde. Neste caso, a equação estimada é dada por  $Z_j = \alpha_0 + \alpha_1 * D_{renda} + \alpha_2 * D_{SUS} + \alpha_3 * D_{renda*SUS} + X\beta$ , para todo indivíduo  $j$  em cada subamostra selecionada.

Quadro 3 – Descrição e média das variáveis (somente para o ano de 2008)

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	Cons.	Hemo
qualidade_atendimento	dummies = 1, se avaliação de atendimento muito bom;	0,213	0,383
	dummies = 0, caso contrário.		
autoavaliação	dummies =1, se autoavaliação de saúde muito ruim;	0,1	0,148
	dummies = 0, caso contrário.		
ano08	dummies =1, se ano 2008;	$\frac{1161}{4761} = 0,244$	$\frac{81}{4761} = 0,017$
	dummies = 0, se ano 2003.		
sus	dummies =1, se atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde;	$\frac{790}{1161} = 0,681$	$\frac{62}{81} = 0,765$
	dummies = 0 se atendimento realizado na rede particular.		
idade	Idade da pessoa, em anos.	51,3	55,1
educação	Escolaridade, em anos de estudo.	5,09	6,4
renda_f_pc_sm	Renda familiar per capita, em salários mínimos.	1,44	1,81
outra_doença	dummies = 1 se possui diagnóstico de outra doença crônica (exceto renal);	$\frac{993}{1161} = 0,855$	$\frac{69}{81} = 0,865$
	dummies = 0 caso contrário.		

Fonte: Elaboração do autor

Nota: Categorias de referência: ano03, atendimento na rede privada, sem outras doenças crônicas, não hospitalizado nos últimos 12 meses

As variáveis extraídas dos suplementos das PNADs de 2003 e 2008, como qualidade de atendimento e autoavaliação do estado de saúde, podem ser influenciadas pela qualificação do usuário e por possuidores de planos de saúde, pois, quanto mais instrução e situação econômica diferenciada, maior a probabilidade de melhor qualificação do serviço de saúde.

As avaliações feitas no ano de 2003, possivelmente, possuem um diferencial das avaliações de 2008, decorrentes tanto de mudanças socioeconômicas quanto de avanços tecnológicos, que podem influenciar na avaliação de modo temporal.

As variáveis indicadoras da idade, renda familiar, educação e plano de saúde podem sinalizar uma procura por atendimento de melhor qualidade, como também uma avaliação mais criteriosa. As pessoas com mais idade (idosas) tendem a procurar mais o serviço de saúde, motivadas pela fragilidade decorrente dos anos de vida. As mulheres, em idade fértil, procuram mais o serviço de saúde do que os homens.

O estado de saúde crônica, provavelmente, se comporta como um diferencial ao verificar se o usuário possui outra doença crônica, que não a IRC. O portador, por procurar mais vezes o serviço, torna-se uma pessoa com mais discernimento de sua saúde, influenciando na avaliação da qualidade dos serviços.

Outra variável importante para qualificação dos serviços é o número de vezes de internação nos últimos doze meses. O paciente internado possui uma relação intrínseca com os responsáveis pelo tratamento, tanto de forma afetiva quanto profissional, fazendo com que sejam mais qualificados para uma avaliação.

Observa-se que os vários olhares sobre as variáveis determinam diferentes formas de atendimento e do cuidado da própria saúde, podendo ocorrer uma qualificação diferenciada por parte dos usuários dos serviços de saúde.

## 5 RESULTADOS

A base completa possui 10889 observações de pessoas com insuficiência renal crônica. Entretanto, somente 3393 destas realizaram algum tipo de atendimento médico nas duas semanas precedentes à pesquisa, 1855 referentes ao ano de 2003 e 1538, ao ano de 2008. Na tabela seguinte, temos as observações de acordo com o ano avaliado e com o tipo de serviço, se realizado no Sistema Único de Saúde ou por algum plano de saúde suplementar.

Tabela 1 – Amostra

	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>TOTAL</b>
Particular	615	507	1122
SUS	1240	1031	2271
<b>TOTAL</b>	<b>1855</b>	<b>1538</b>	<b>n=3393</b>

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 2 – Amostra de indivíduos que realizaram consulta médica

	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>TOTAL</b>
Particular	423	371	794
SUS	934	790	1724
<b>TOTAL</b>	<b>1357</b>	<b>1161</b>	<b>n=2518</b>

Fonte: Elaboração do autor

Tabela 3 – Amostra de indivíduos que realizaram tratamento específico de hemodiálise

	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>TOTAL</b>
Particular	12	19	31
SUS	70	62	132
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>n=163</b>

Fonte: Elaboração do autor

As avaliações de qualidade do atendimento são baseadas em uma escala de Likert tradicional de 5 pontos – onde o valor 1 significa atendimento muito bom e o valor 5, atendimento muito ruim.

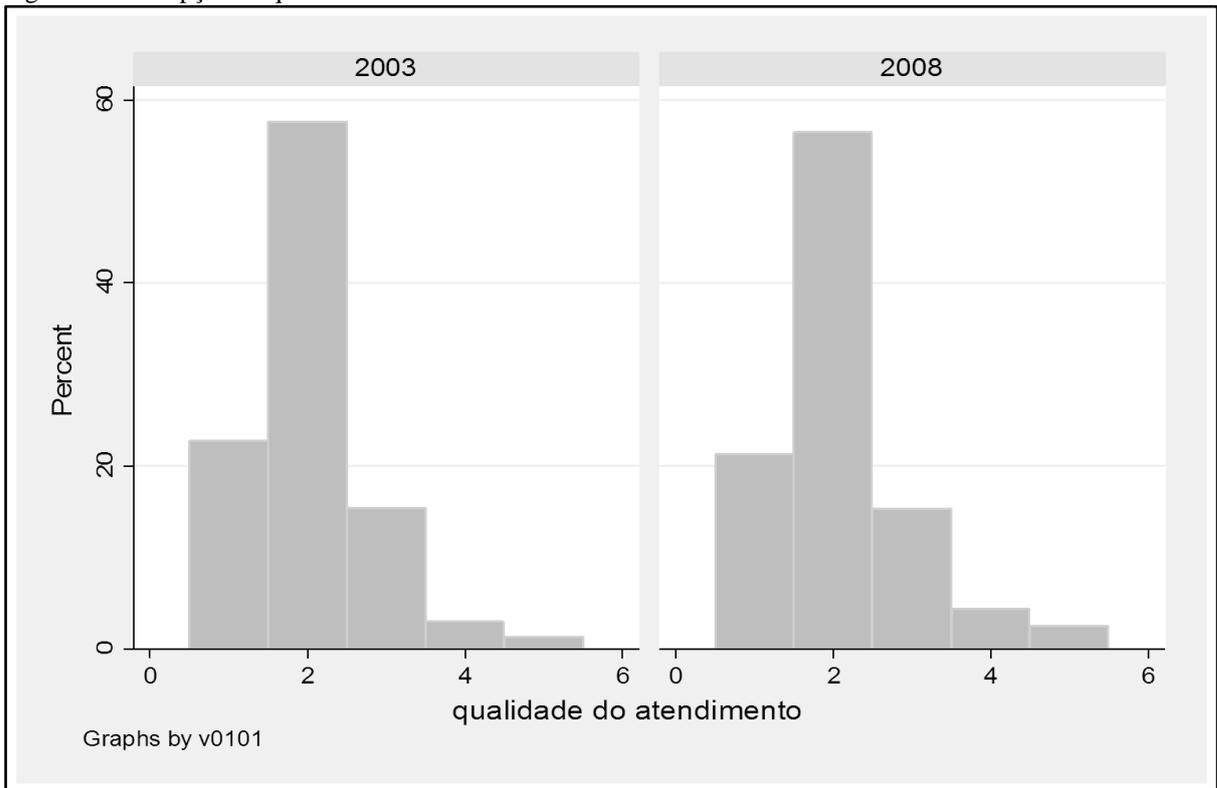
Daqueles 2518 indivíduos que realizaram consulta médica, independentemente do ano e da natureza do serviço (público/particular), 555 (aproximadamente 22%) consideraram o atendimento prestado muito bom:

Tabela 4 – Percepção de qualidade de atendimento – Consultas médicas

	<b>2003</b>	<b>2008</b>
Muito bom	0,227	0,213
Bom	0,576	0,565
Regular	0,154	0,153
Ruim	0,029	0,044
Muito ruim	0,013	0,025
	<b>n=1357</b>	<b>n=1161</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 1 – Percepção de qualidade de atendimento – Consultas médicas



Fonte: Elaboração do autor

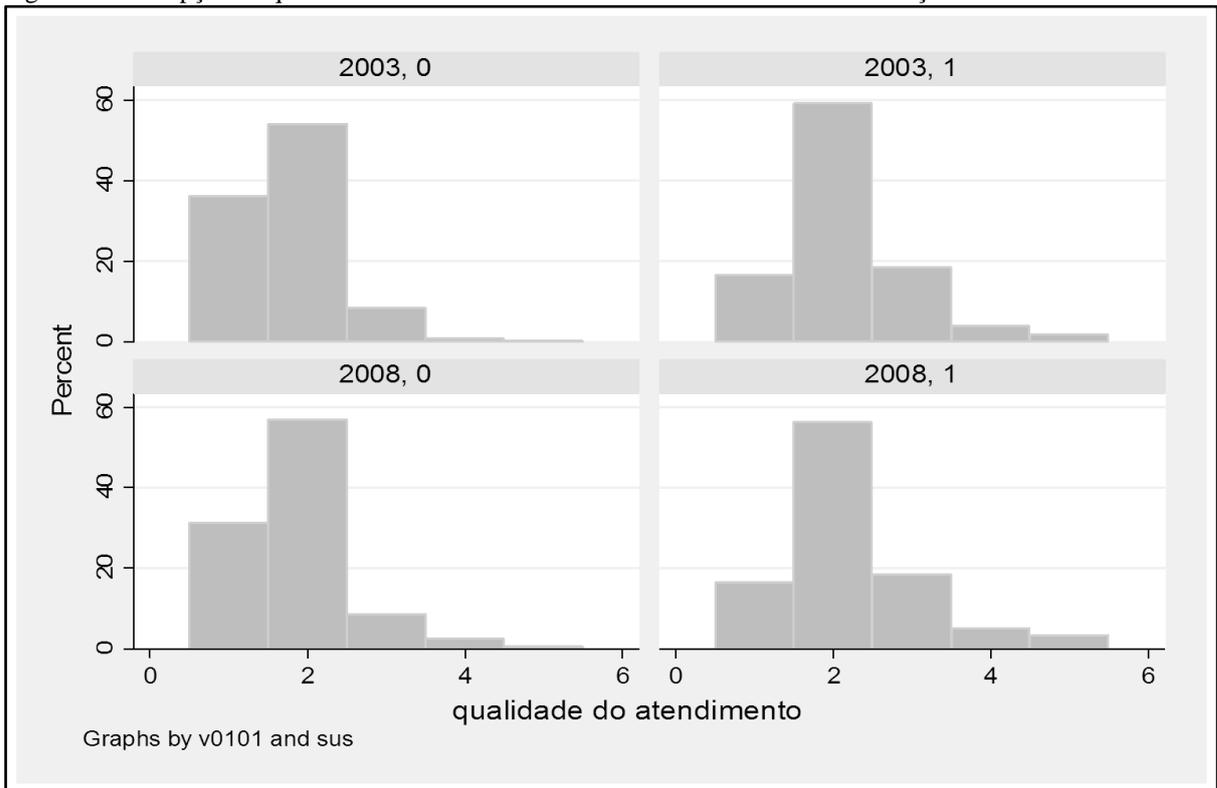
A tabela a seguir discrimina estes mesmos indivíduos pela natureza do serviço, se o atendimento foi realizado através de um convênio particular ou pelo SUS. A princípio, vemos uma grande diferença nas avaliações quanto à natureza do serviço, mas não percebemos grandes variações de um ano para outro.

Tabela 5 – Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas

	2003		2008	
	SUS	Particular	SUS	Particular
Muito bom	0,166	0,362	0,166	0,313
Bom	0,592	0,541	0,563	0,569
Regular	0,185	0,085	0,185	0,086
Ruim	0,039	0,009	0,052	0,027
Muito ruim	0,018	0,002	0,034	0,005
	<b>n=934</b>	<b>n=423</b>	<b>n=790</b>	<b>n=371</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 2 – Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas



Fonte: Elaboração do autor

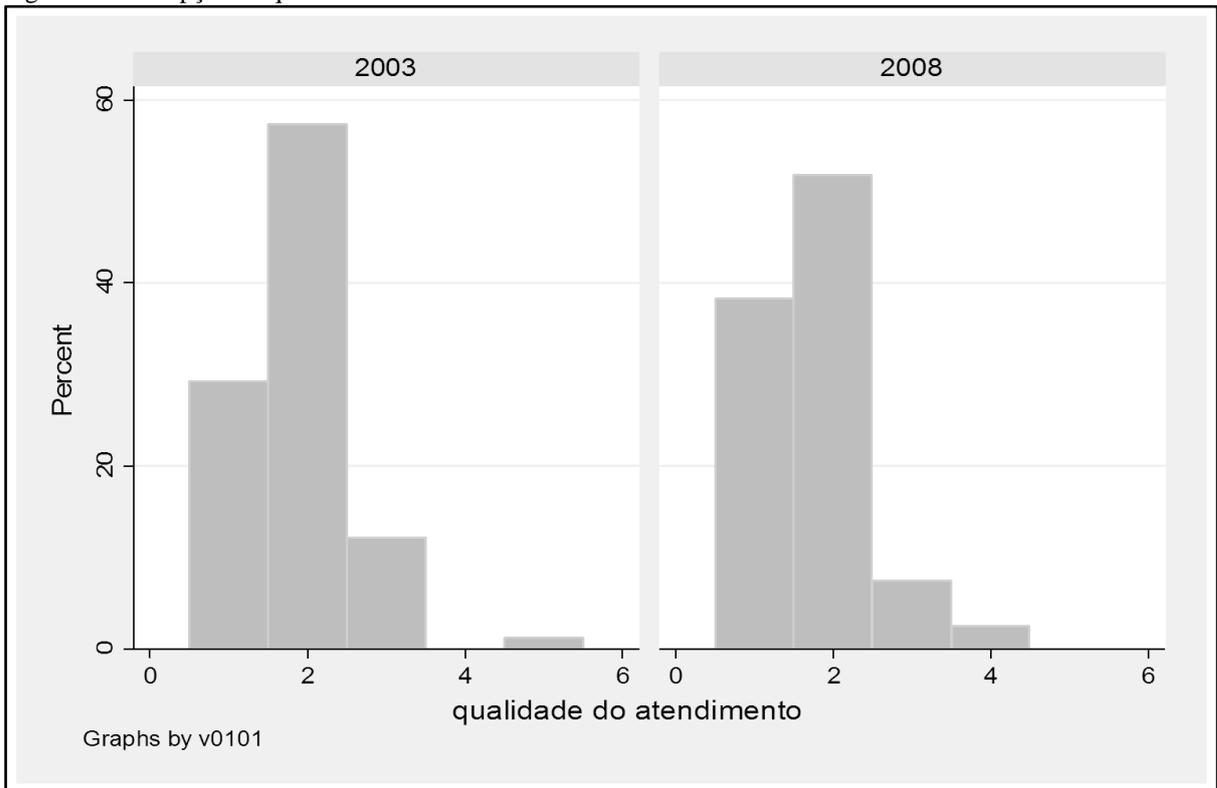
Daqueles 163 indivíduos que relataram ter realizado algum procedimento médico específico (hemodiálise, hemoterapia, radioterapia, quimioterapia), independentemente do ano e da natureza do serviço, em torno de 34% (55 pessoas) consideraram o atendimento prestado muito bom:

Tabela 6 – Percepção de qualidade de atendimento – Tratamento de hemodiálise

	2003	2008
Muito bom	0,293	0,383
Bom	0,573	0,519
Regular	0,122	0,074
Ruim	0,000	0,025
Muito ruim	0,012	0,000
	<b>n=82</b>	<b>n=81</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 3 – Percepção de qualidade de atendimento – Tratamento de hemodiálise



Fonte: Elaboração do autor

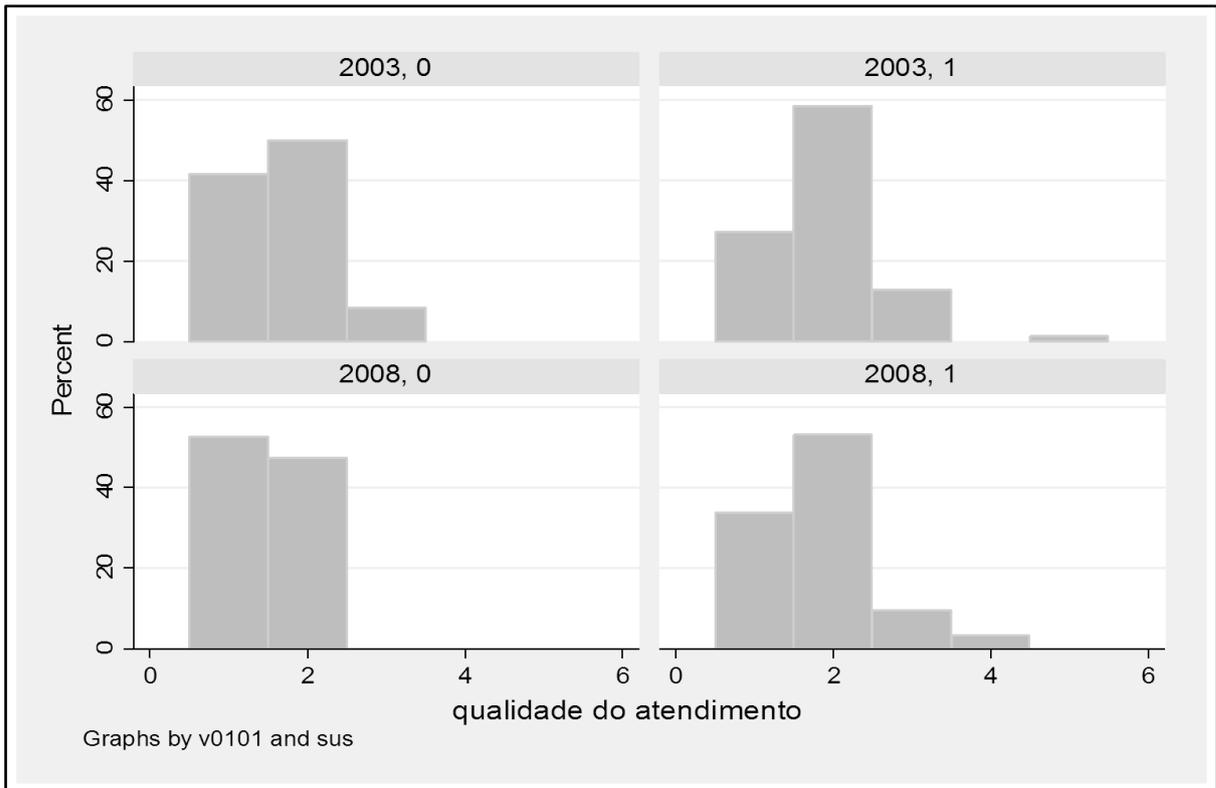
Na tabela abaixo, ao discriminar estes indivíduos que realizaram o tratamento específico pela natureza do serviço, vemos, novamente, uma vantagem do atendimento particular sobre o público. Nota-se que, da primeira avaliação em 2003 para a segunda avaliação em 2008, houve uma discreta melhora nas avaliações, em especial para o sistema de saúde suplementar.

Tabela 7 – Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise

	2003		2008	
	SUS	Particular	SUS	Particular
Muito bom	0,271	0,417	0,339	0,526
Bom	0,586	0,500	0,532	0,474
Regular	0,129	0,083	0,097	0,000
Ruim	0,000	0,000	0,032	0,000
Muito ruim	0,014	0,000	0,000	0,000
	<b>n=70</b>	<b>n=12</b>	<b>n=62</b>	<b>n=19</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 4 – Percepção de qualidade de atendimento de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise



Fonte: Elaboração do autor

Da mesma forma, nas autoavaliações de saúde realizadas, as notas são dadas de acordo com uma escala de Likert, onde o valor 1 significa uma percepção muito boa da própria saúde e o valor 5, muito ruim.

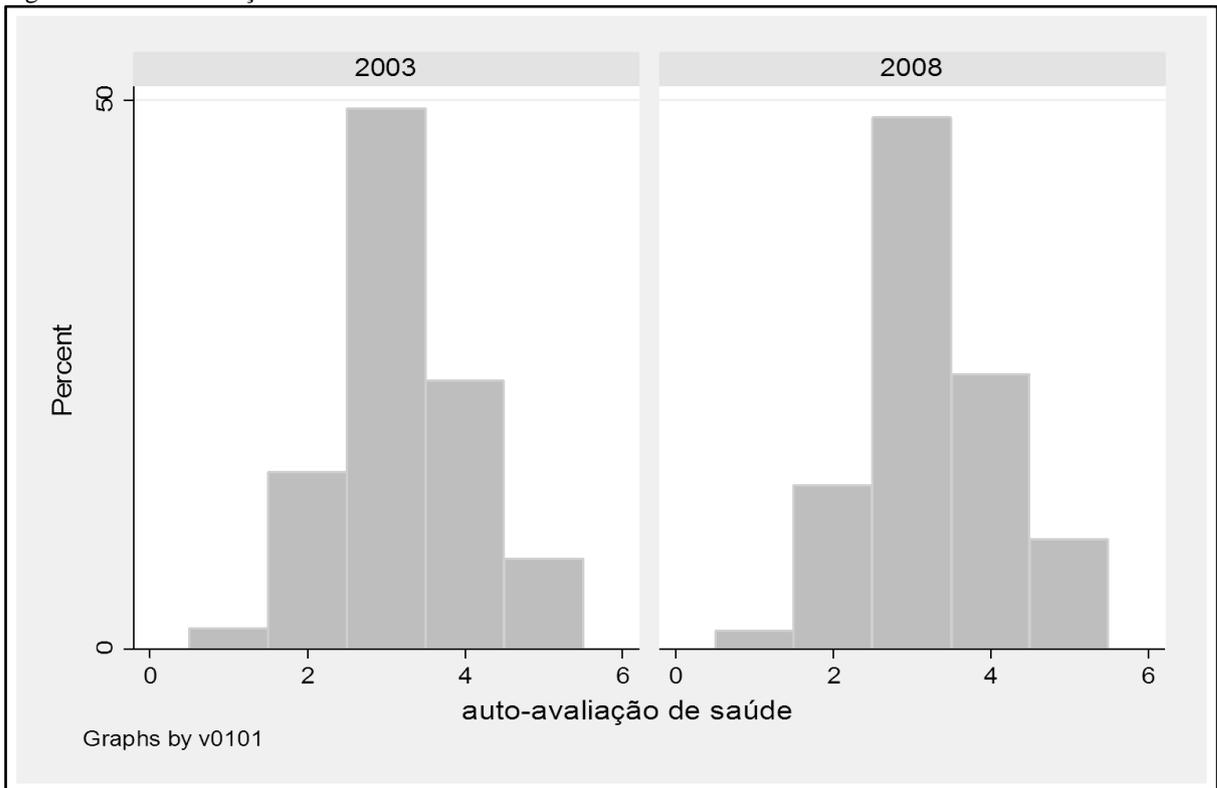
Daqueles 2518 indivíduos que realizaram algum procedimento específico, 8% consideraram a condição atual de saúde muito ruim em 2003 e 10%, em 2008. Podemos perceber que as demais categorias também mantêm os mesmos percentuais ao longo do tempo.

Tabela 8 – Auto avaliação de saúde – Consultas médicas

	<b>2003</b>	<b>2008</b>
Muito bom	0,019	0,016
Bom	0,161	0,149
Regular	0,492	0,484
Ruim	0,245	0,251
Muito ruim	0,083	0,100
	<b>n=1357</b>	<b>n=1161</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 5 – Auto avaliação de saúde – Consultas médicas



Fonte: Elaboração do autor

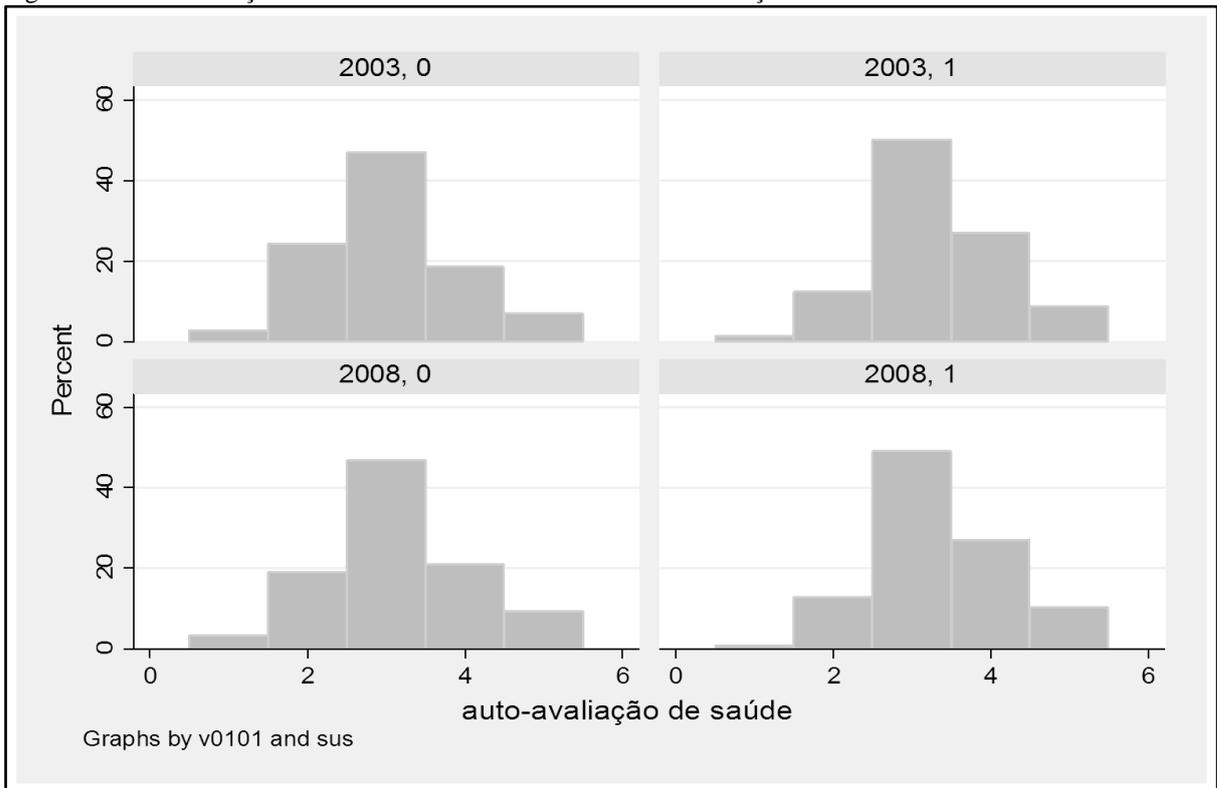
Discriminando estes pacientes de acordo com a natureza do serviço, vemos uma ligeira superioridade das autoavaliações positivas entre aqueles que buscaram atendimento no setor privado. Da mesma forma, vemos que as avaliações negativas – ruim e muito ruim – são mais frequentes no sistema público. Esse padrão se mantém no segundo momento avaliado.

Tabela 9 – Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas

	2003		2008	
	SUS	Particular	SUS	Particular
Muito bom	0,015	0,028	0,008	0,035
Bom	0,124	0,243	0,129	0,191
Regular	0,502	0,470	0,491	0,469
Ruim	0,271	0,187	0,270	0,210
Muito ruim	0,088	0,071	0,103	0,094
	<b>n=934</b>	<b>n=423</b>	<b>n=790</b>	<b>n=371</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 6 – Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Consultas médicas



Fonte: Elaboração do autor

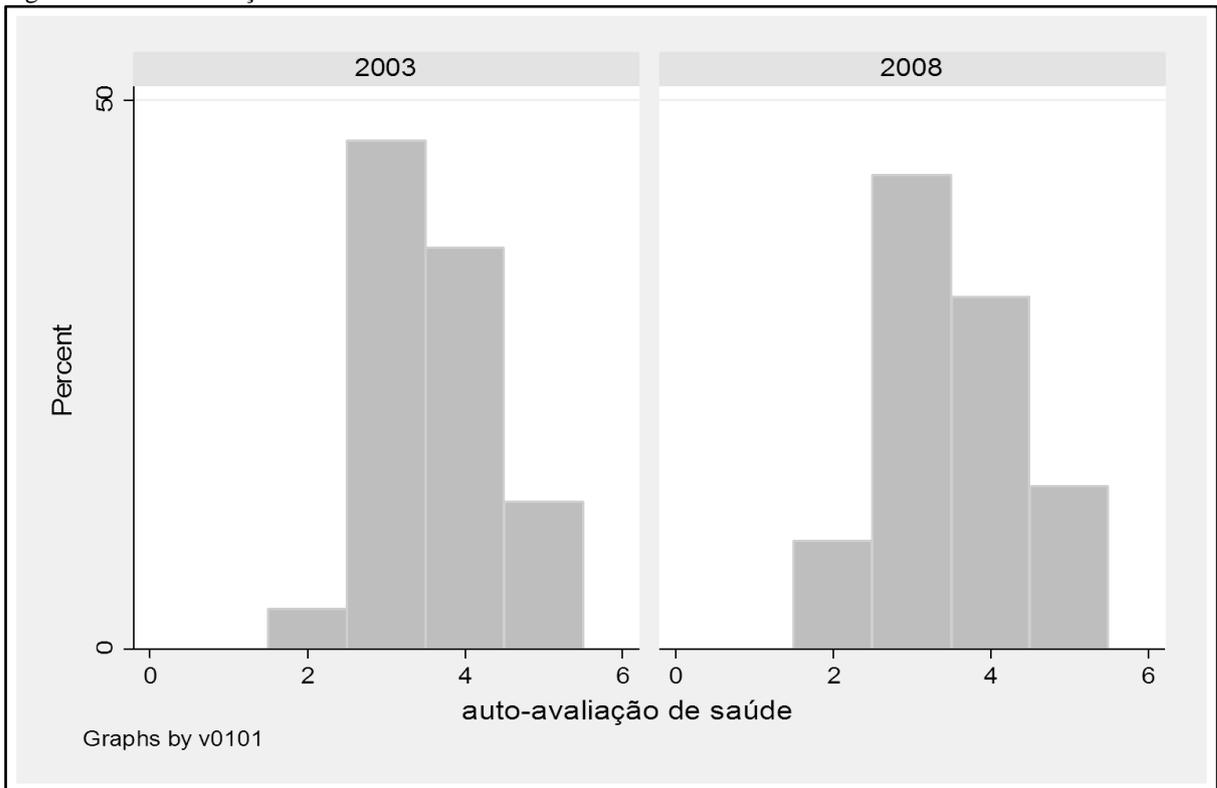
Do total de 163 indivíduos que realizaram algum procedimento médico específico (hemodiálise, hemoterapia, radioterapia, quimioterapia), independentemente de ano e de tipo de serviço, em torno de 14% (23 pessoas) consideraram o seu atual estado de saúde muito ruim:

Tabela 10 – Auto avaliação de saúde – Tratamento de hemodiálise

	2003	2008
Muito bom	0,000	0,000
Bom	0,037	0,099
Regular	0,463	0,432
Ruim	0,366	0,321
Muito ruim	0,134	0,148
	<b>n=82</b>	<b>n=81</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 7 – Auto avaliação de saúde – Tratamento de hemodiálise



Fonte: Elaboração do autor

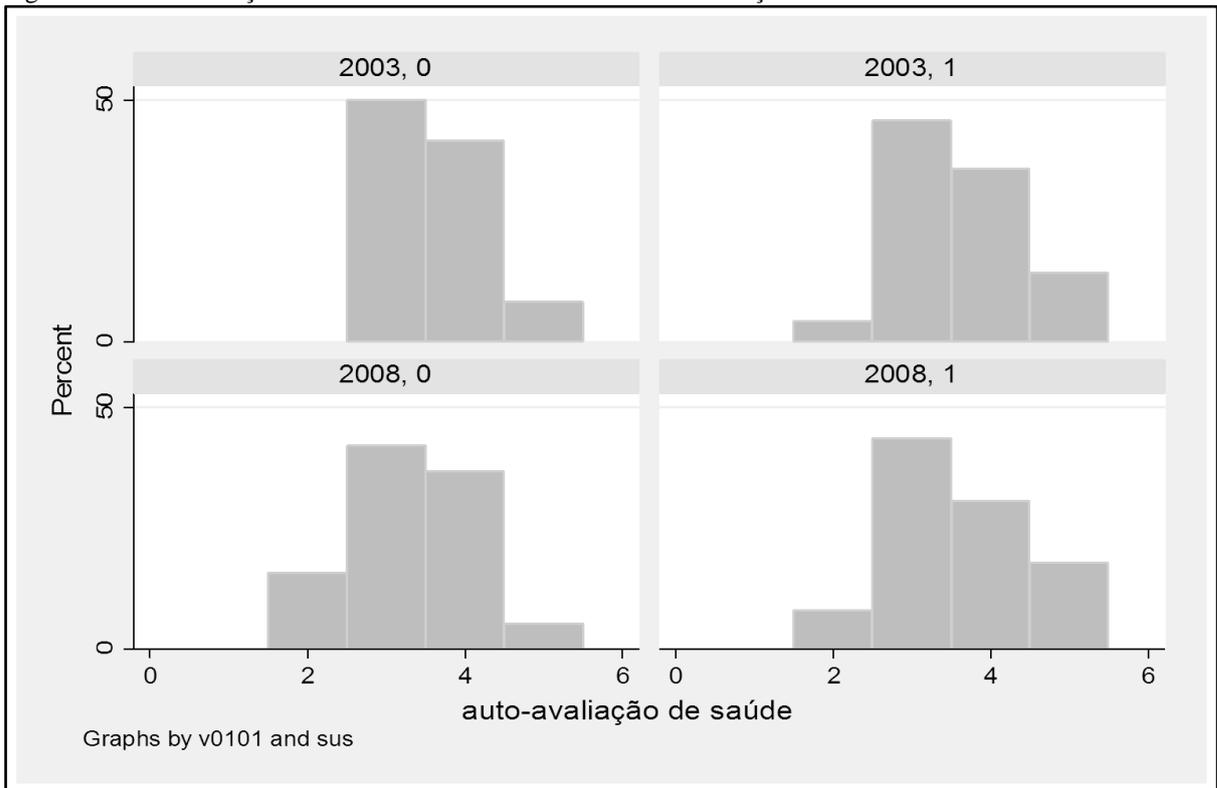
Quando estes indivíduos são discriminados pela natureza do atendimento, não conseguimos mais distinguir claramente o padrão anterior. Se, por um lado, as autoavaliações extremamente negativas (saúde muito ruim) acontecem predominantemente entre aqueles indivíduos atendidos no setor público, por outro, as avaliações negativas (saúde regular e ruim) são maioria entre aqueles com plano de saúde – em ambos os momentos avaliados.

Tabela 11 – Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise

	2003		2008	
	SUS	Particular	SUS	Particular
Muito bom	0,000	0,000	0,000	0,000
Bom	0,043	0,000	0,081	0,158
Regular	0,457	0,500	0,435	0,421
Ruim	0,357	0,417	0,306	0,368
Muito ruim	0,143	0,083	0,177	0,053
	<b>n=70</b>	<b>n=12</b>	<b>n=62</b>	<b>n=19</b>

Fonte: Elaboração do autor

Figura 8 – Auto avaliação de saúde de acordo com a natureza do serviço – Tratamento de hemodiálise



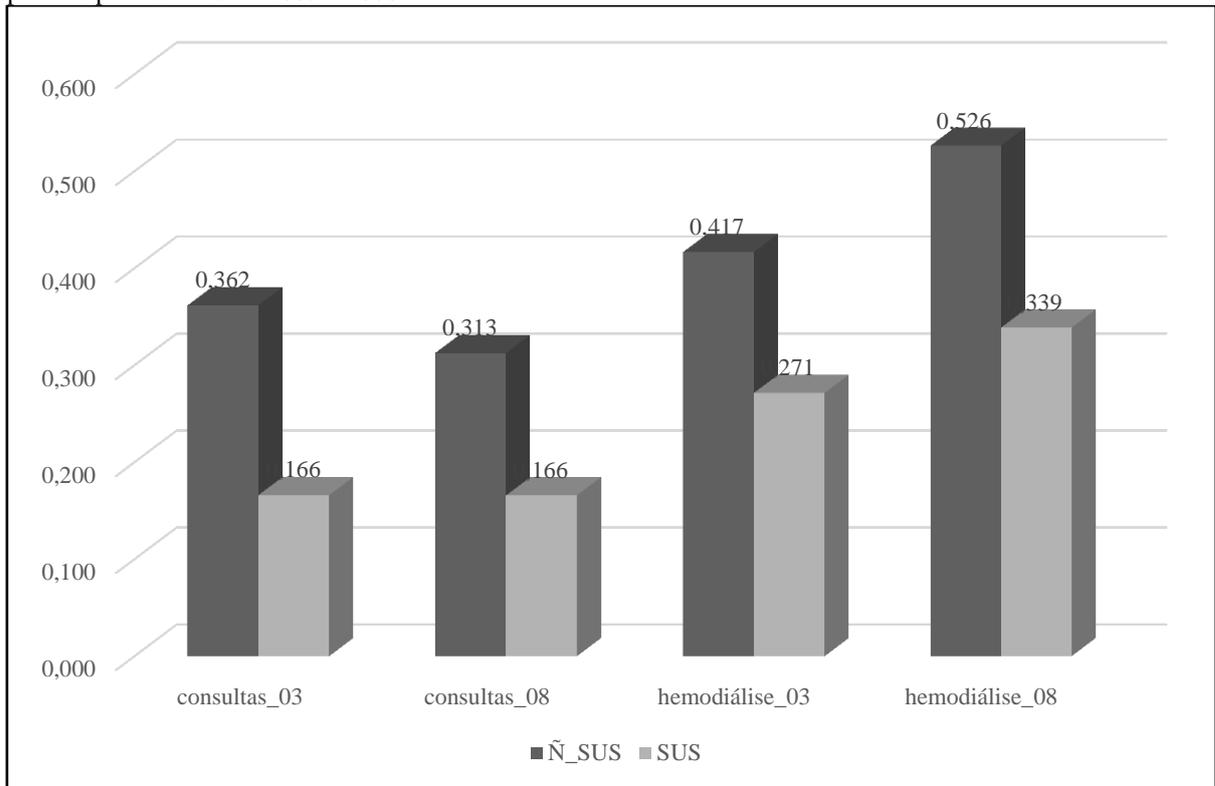
Fonte: Elaboração do autor

Abaixo, o gráfico mostra um comparativo entre os percentuais de pessoas que consideraram o serviço prestado muito bom, nos dois anos estudados, de acordo com o tipo de atendimento realizado: privado ( $\tilde{N}$ \_SUS) e o público (SUS).

Observa-se que as pessoas atendidas na rede particular mostraram-se mais satisfeitas do que aquelas atendidas na rede pública, tanto para consultas como para a hemodiálise, nos dois momentos avaliados. No segundo momento avaliado, percebe-se uma queda de 5 pontos percentuais na satisfação em relação às consultas particulares, enquanto as consultas realizadas na rede pública mantiveram o mesmo padrão de satisfação dos pacientes. Testes-t indicam diferença significativa nos percentuais de satisfação sobre as consultas em favor daquelas realizadas na rede particular.

Já o serviço de hemodiálise teve os percentuais de satisfação aumentados em ambas as modalidades de atendimento e não há diferença estatisticamente significativa entre os percentuais de aprovação dos serviços – e isso se deve, em parte, pelo reduzido tamanho de amostra disponível.

Figura 9 – Percepção da qualidade do atendimento (Consultas médicas e Tratamento de hemodiálise) – público x privado para os anos de 2003 e 2008



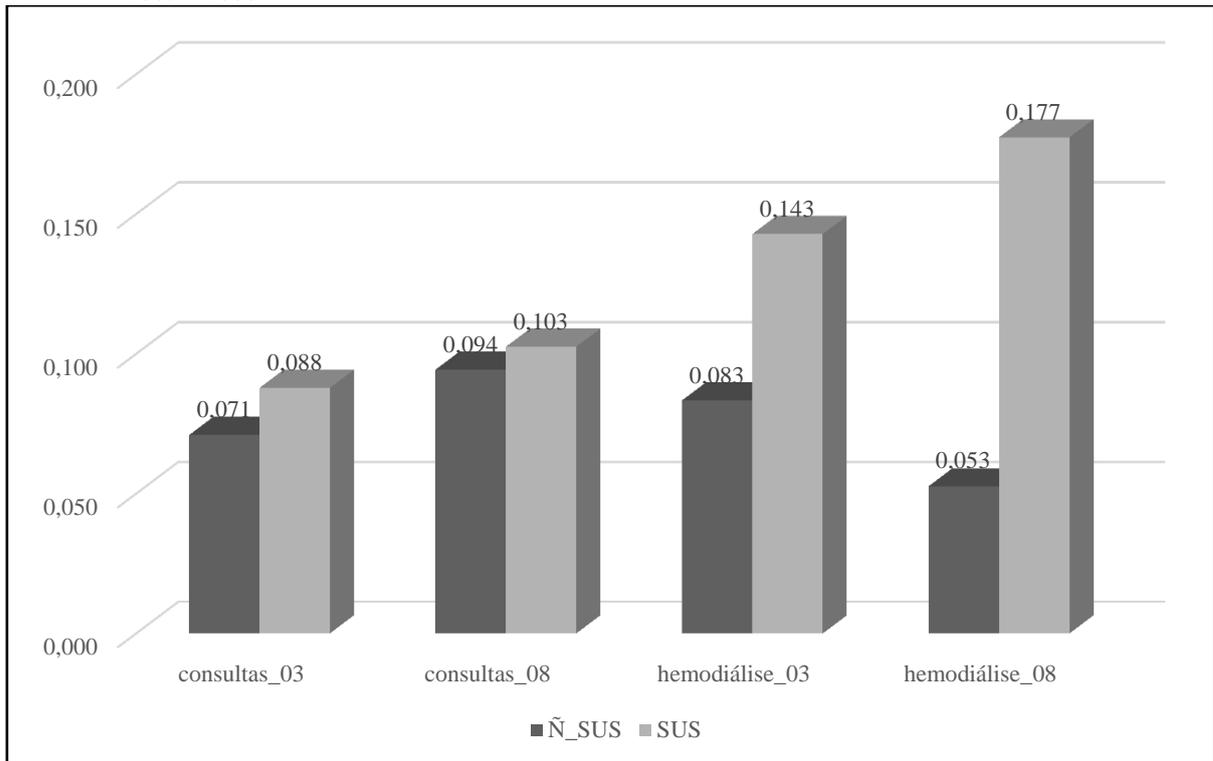
Fonte: Elaboração do autor

O gráfico abaixo mostra uma comparação entre os percentuais de pessoas que avaliaram a própria saúde como muito ruim, nos dois anos estudados, de acordo com o tipo de atendimento que realizaram: privado (Ñ\_SUS) ou público (SUS).

Observa-se que os pacientes atendidos pelo SUS fazem uma avaliação pior da própria saúde do que aqueles que buscaram atendimento particular – tanto para quem fez uma simples consulta como para aqueles que fizeram o tratamento específico de hemodiálise. Isso é razoavelmente esperado, visto que o atendimento público é mais demorado do que o atendimento particular, o que vai, gradativamente, debilitando aquelas pessoas que precisam esperar pelo atendimento.

Nem para consultas médicas nem para tratamento específico de hemodiálise, os testes-t sugerem a existência de diferenciais significativos nas autoavaliações de saúde.

Figura 10 – Auto avaliação de saúde (Consultas médicas e Tratamento de hemodiálise) – público x privado para os anos de 2003 e 2008



Fonte: Elaboração do autor

Na tabela seguinte, temos os atendimentos públicos e particulares de acordo com a faixa de renda dos pacientes e do tipo de procedimento realizado. Imediatamente, nota-se que a maior parte das pessoas com renda per capita de até 2 salários mínimos busca o Sistema Único de Saúde para realizar seus tratamentos. Entretanto, para o tratamento específico de hemodiálise, devido à amostra de pacientes ser reduzida (onde cada indivíduo representa 14% da amostra analisada, como no caso da faixa de renda de 3 a 4 salários mínimos) e devido ao tratamento ser caro (comprometendo um percentual da renda mais expressivo do que uma consulta de rotina), não vemos essa diferença tão nítida como no caso das consultas médicas.

Tabela 12 – Atendimentos públicos e particulares por faixa de renda para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise

Faixa de renda (per capita)	CONSULTAS			HEMODIÁLISE		
	Ñ_SUS	SUS		Ñ_SUS	SUS	
até 0,5 sm	0,115	0,885	n=680	0,034	0,966	n=29
0,5 até 1 sm	0,212	0,788	n=746	0,088	0,912	n=57
1 até 2 sm	0,366	0,634	n=626	0,119	0,881	n=42
2 até 3 sm	0,552	0,448	n=201	0,563	0,438	n=16
3 até 4 sm	0,843	0,157	n=83	0,429	0,571	n=7
4 até 5 sm	0,833	0,167	n=54	0,000	0,000	n=0
6 ou mais sm	0,900	0,100	n=100	0,889	0,111	n=9
	<b>0,314</b>	<b>0,686</b>	<b>n=2490</b>	<b>0,194</b>	<b>0,806</b>	<b>n=160</b>

Fonte: Elaboração do autor

Os resultados dos modelos Logit estimados são expostos na tabela seguinte.

Os modelos M.1 e M.3 da tabela 13 são regressões simplificadas que utilizam somente as variáveis-chave da nossa análise e visam reforçar a validade das demais variáveis utilizadas como controle nos modelos completos M.2 e M.4. Note também que o tamanho da amostra varia de uma análise para outra e se reduz bastante quando se trabalha somente com pessoas que realizaram procedimento de hemodiálise nas duas últimas semanas precedentes à pesquisa. Essa redução amostral diminui a robustez dos modelos, o que remete a uma maior cautela nas inferências estatísticas, levando somente a tendências de aprovação/rejeição do serviço médico.

Nos dois primeiros, temos uma amostra de pessoas com doença renal crônica que realizaram alguma consulta médica no período de duas semanas precedentes à entrevista da PNAD. Nos dois últimos, temos uma amostra de pessoas, também com doença renal crônica, mas que realizaram o tratamento específico relacionado – hemodiálise.

Tabela 13 – Regressão da avaliação da qualidade do atendimento prestado para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise

	CONSULTAS		HEMODIÁLISE	
	M.1	M.2	M.3	M.4
SUS	-1,047*** (0,134)	-0,913*** (0,142)	-0,651 (0,644)	-0,679 (0,726)
ano_08	-0,220 (0,151)	-0,302* (0,155)	0,442 (0,744)	0,390 (0,789)
ano_08_sus	0,219 (0,199)	0,228 (0,204)	-0,124 (0,836)	0,205 (0,881)
idade		0,013*** (0,003)		-0,023* (0,013)
educação		0,029** (0,013)		-0,103** (0,050)
rendapc_sm		0,027 (0,020)		0,307** (0,144)
outra_doença		-0,130 (0,155)		0,333 (0,518)
internado_12m		0,210* (0,108)		0,258 (0,352)
auto_avaliação		0,307* (0,166)		-0,054 (0,517)
constante	-0,568*** (0,101)	-1,453*** (0,240)	-0,337 (0,586)	0,527 (1,134)
	n=2518	n=2483	n=163	n=160

Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da PNAD 2003 e PNAD 2008

Nota: Erro padrão entre parênteses. / \*\*\* significativo a 1% / \*\* significativo a 5% / \* significativo a 10%

No segundo modelo, vemos que aquelas pessoas que realizaram suas consultas médicas no sistema público de saúde fizeram avaliações mais baixas do que aquelas que se consultaram através de planos de saúde particulares. Da mesma forma, os atendimentos têm uma avaliação pior em 2008, quando comparados ao ano de 2003. Apesar disso, não há

diferença estatisticamente significativa entre as avaliações dadas por aquelas pessoas que tiveram atendimento pelo SUS em 2003 e por aquelas que tiveram atendimento pelo SUS em 2008 – ou seja, os atendimentos realizados mantiveram o mesmo padrão de avaliações nos dois momentos (2003 e 2008), segundo a sua natureza (pública ou particular).

Nota-se que, quanto mais alto o nível educacional, mais positivamente são as avaliações das consultas médicas realizadas recentemente. Da mesma forma, ocorre com a renda, porém, sem significância estatística. Sabe-se que nível educacional e renda são correlacionadas, e espera-se que pessoas de mais altas classes sociais busquem o atendimento particular. As tendências semelhantes para estes fatores, talvez, se devam à dedicação do médico para com seu paciente visto que, no SUS, o atendimento pode ser prejudicado pela grande quantidade de pessoas que um mesmo médico tem para atender, além das limitações materiais e estruturais. Já em uma clínica particular, essas deficiências tendem a ser minimizadas e ocorrem numa frequência bem menor.

O fato da pessoa ser portadora de outra doença crônica, além da doença renal, sugere uma pior avaliação dos atendimentos, porém isso não é conclusivo. Quanto mais avançada a idade, mais positivamente as pessoas avaliam o atendimento médico recebido. Já o fato de ter sido internado no último ano também influencia positivamente nas avaliações. E, curiosamente, o fato do indivíduo fazer uma autoavaliação muito ruim da sua saúde é um determinante que aumenta a avaliação da qualidade do atendimento médico recebido. Esses fatos podem ser caracterizados como uma visão positiva da vida, de um modo geral, e podem ser originados da expectativa que o paciente tem da própria vida.

No quarto modelo, há uma tendência das pessoas avaliarem negativamente o tratamento de hemodiálise realizado pelo SUS, mas isso não é absolutamente conclusivo. Embora o serviço pareça ter avaliações melhores no ano de 2008, inclusive para o SUS, essa evidência também não é estatisticamente significativa.

Apesar de renda e educação serem fatores relacionados, neste caso, os seus efeitos são contrários. Em relação à renda, quanto maior a classe social, maior, também, é a avaliação do serviço. Isso sugere que pessoas com maiores níveis de renda buscam tratamentos particulares, ao contrário de pessoas com renda mais baixa que buscam tratamentos no SUS, onde há, sabidamente, uma limitação financeira exógena para prestação qualificada do serviço. Já em relação ao nível educacional, quanto mais anos de estudo, menor a avaliação dada pelo atendimento recebido. Talvez isso se deva aos conhecimentos que a pessoa tem a respeito da doença e do tratamento necessário. As pessoas com menos anos de estudo são

leigas no assunto e podem ficar fascinadas com mais facilidade com o tipo de tratamento que recebem e avaliam bem o serviço prestado, por não conhecerem outro tipo de serviço.

O fato do indivíduo ter outra doença crônica ou ter sido internado nos últimos 12 meses sugere uma avaliação mais positiva do serviço de hemodiálise, sem apresentar significância estatística. O avanço da idade e uma autoavaliação muito ruim da própria saúde tendem a piorar a avaliação da qualidade deste serviço, mas este último não é um fator determinante. Neste modelo, estes fatores indicam uma visão mais negativa da expectativa da própria vida, extrapolando para a avaliação do serviço de saúde.

Note que a interação das variáveis ANO\_08 e SUS não se mostra significativa em nenhum dos modelos estimados, sugerindo que a média das avaliações se manteve constante nos dois períodos avaliados, para atendimentos públicos e para atendimentos privados. Ao remover esta interação, os resultados alteram-se ligeiramente, entretanto, as mesmas conclusões são mantidas.

Na Tabela 14, os modelos tentam corrigir um possível viés de seleção: o fato de que pessoas com maior nível de renda tendem a buscar atendimento privado de saúde. Da mesma forma que os modelos estimados anteriormente, temos uma amostra de pessoas com doença renal crônica que realizaram consulta médica no período de duas semanas precedentes à entrevista da PNAD e temos uma amostra de pessoas, também com doença renal crônica, que realizaram o tratamento específico relacionado – hemodiálise.

Tabela 14 – Regressão da avaliação da qualidade do atendimento prestado para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise

	CONSULTAS		HEMODIÁLISE	
	M.1	M.2	M.3	M.4
SUS	-0,506** (0,226)	-0,527** (0,228)	0,445 (0,693)	0,355 (0,742)
rendapcsm	0,043** (0,020)	0,023 (0,020)	0,111 (0,102)	0,208 (0,129)
rendapcsm_sus	-0,411* (0,228)	-0,326 (0,231)	-1,008 (0,665)	-1,248** (0,530)
ano08		-0,162 (0,237)		0,572 (0,361)
idade		0,012*** (0,003)		-0,021 (0,013)
educação		0,027** (0,013)		-0,113** (0,050)
outra_doença		-0,133 (0,155)		0,297 (0,522)
internado_12m		0,205* (0,108)		0,328 (0,358)

Continua

Conclusão

Tabela 14 – Regressão da avaliação da qualidade do atendimento prestado para consultas médicas e tratamento específico de hemodiálise

	CONSULTAS		HEMODIÁLISE	
	M.1	M.2	M.3	M.4
auto_avaliação		0,313* (0,167)		-0,109 (0,530)
constante	-0,792*** (0,094)	-1,466*** (0,237)	-0,469 (0,501)	0,716 (1,072)
	n=2490	n=2483	n=160	n=160

Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados da PNAD 2003 e PNAD 2008

Nota: Erro padrão entre parênteses. / \*\*\* significativo a 1% / \*\* significativo a 5% / \* significativo a 10%

No modelo M.1 das CONSULTAS, vemos que aquelas pessoas que realizaram suas consultas médicas no sistema público de saúde fizeram avaliações significativamente mais baixas do que aquelas pessoas que se consultaram através de algum plano de saúde particular. Ao controlar o modelo para a renda per capita familiar, em salários mínimos, vemos que as consultas são mais bem avaliadas quanto maior for o nível de renda dos pacientes. E há, também, uma diferença estatisticamente significativa entre as avaliações dadas por pessoas com renda mais baixa que tiveram atendimento pelo SUS e por aquelas pessoas com renda mais alta que tiveram atendimento particular – ou seja, as avaliações das pessoas com renda mais baixa que foram atendidas na rede pública é significativamente menor comparadas às avaliações das pessoas com renda mais alta que foram atendidas na rede particular. Os resultados deste modelo ajudam nesta interpretação, no entanto, eles não se sustentam quando se adicionam controles na regressão.

Ao incluir mais controles na equação, no modelo M.2, vemos que apenas a tendência (sinais direcionais) para estes fatores se mantêm, sendo a significância estatística modificada. Ainda neste modelo, do ano de 2003 para o ano de 2008, parece ter havido uma piora nas avaliações de atendimento. Percebe-se, ainda, que quanto maior a idade e maior o nível educacional das pessoas, mais positivamente elas avaliam o atendimento médico prestado, seguindo a mesma linha de raciocínio do fator renda. A presença de outra doença crônica sugere que a avaliação dos atendimentos é pior, mas sem significância estatística. O fato de ter sido internado nos últimos 12 meses influencia de maneira positiva as avaliações da qualidade do atendimento médico recebido e o fato de considerar o próprio estado de saúde muito ruim também aumenta esta avaliação.

No quarto modelo, vemos que o tratamento de hemodiálise dado pelo Sistema Único de Saúde é melhor avaliado. Entretanto, o alto valor do desvio padrão não dá confiabilidade a esta conclusão. Ainda mais porque o fator renda se mostra em contraponto a isto, pois há uma tendência de melhores avaliações com o aumento da renda. Além disso, a

interação entre renda e atendimento público, que sugere um possível viés de seleção, também é altamente significativa – indicando que o atendimento público dado aos pacientes de mais baixa renda é pior qualificado em relação ao atendimento particular dado aos pacientes de renda mais alta.

Os resultados sugerem que houve uma melhora nas avaliações do ano de 2003 para o ano de 2008, mas esta melhora não foi estatisticamente significativa. De maneira oposta ao modelo anterior, quanto maiores a idade e o nível educacional, piores são as avaliações dos tratamentos recebidos, talvez pela experiência e pelos conhecimentos dos pacientes sobre os seus tratamentos. A ocorrência de outro tipo de doença crônica e de internações no último ano aumentam as avaliações do atendimento, enquanto uma autoavaliação muito ruim faz essas avaliações de prestação de atendimento piorarem, mas estes não são resultados absolutamente conclusivos devido à amostra ser muito reduzida.

## 6 CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de saúde para uma amostra de indivíduos com doença renal crônica, fazendo um diferencial entre o atendimento prestado pelo setor público e pelo setor privado.

A princípio, nas estatísticas descritivas, vemos uma grande diferença nas avaliações quanto à natureza do serviço de prestação de consultas médicas, mas não percebemos grandes variações de um ano para outro. Nota-se também que, de um ano para outro, houve uma discreta melhora nas avaliações do tratamento específico de hemodiálise, em especial para o sistema de saúde suplementar.

Já na análise econométrica, no geral, vemos que tanto o serviço de consultas médicas quanto o tratamento específico de hemodiálise tendem a ter avaliações piores quando realizados pelo SUS. Enquanto as consultas médicas foram mais negativamente avaliadas em 2008, o tratamento específico teve uma tendência de melhora nas avaliações deste mesmo ano, quando comparadas ao ano de 2003. Não há diferença estatisticamente significativa no padrão das avaliações de um ano para outro no que segue a natureza pública ou particular do atendimento, seja para consultas médicas, seja para tratamento de hemodiálise.

Nos modelos onde se adota a hipótese de viés de seleção, o Sistema Único de Saúde tem avaliações significativamente piores para consultas médicas e uma tendência de avaliação melhor para o tratamento específico de hemodiálise. Entretanto, a renda mostra-se um fator determinante para a boa avaliação de ambos os tipos de serviço, provavelmente devido às restrições que a (falta de) renda impõe às pessoas que buscam o tratamento público. Principalmente, na interação com a natureza do serviço: o atendimento público dado aos pacientes de mais baixa renda é pior qualificado em relação ao atendimento particular dado aos pacientes de renda mais alta.

Fatores como idade e educação são determinantes importantes nas avaliações dos serviços recebidos. Enquanto os pacientes mais velhos e com maior escolaridade avaliam melhor as consultas, estes mesmos pacientes avaliam pior o tratamento de hemodiálise. As condições de saúde do paciente também são fatores que influenciam na percepção da qualidade do atendimento recebido. E, embora os itens avaliados não sejam totalmente conclusivos eles podem ser originados da expectativa positiva/negativa que o paciente tem da própria vida e são extrapolados para a avaliação do serviço de saúde em questão.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alexander M.; MLEIRO, Alexandrina M. A. S. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **Jornal Bras. Nefrologia**, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/20050308-in-draa-Depressao-irc.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS – ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes**, n. 4, Ano XVI, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 19 mai. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**, n. 4, Ano XVII, jan./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 18 mai. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplantes**, n. 4, Ano XVIII, jan./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 19 mai. 2013.
- \_\_\_\_\_. **Registro Brasileiro de Transplante**. Edição Comemorativa 10 anos. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- BECERRIL-MONTEKIO, V.; MEDINA, G.; AQUINO, R. Sistema de salud de Brasil. **Salud Publica Mex**, v. 53, supl. 2, p. 120-131, 2011. Disponível em: <<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003.
- CASTELAR, Ivan; SOARES, Ilton G. **Econometria Aplicada com o Uso do Eviews**. 2. ed. Ceará: UFC-CAEN, 2004.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Informativo**. Disponível em: <<http://www.sesa.ce.gov.br>>. Acesso em: 23 fev. 2013.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 705-711, 2006.
- COSTA, E. A. (org). **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- COUTINHO, Nair Portela Silva; TAVARES, Maria Clotilde Henriques. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 232-9, 2011.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS CONTÁBEIS, ATUARIAIS E FINANCEIRAS FIECAFI. Luiz J. Corrar, Edilson Paulo, José Maria Dias Filho (coord). **Análise Multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia**. 1. ed. 4. reimp. São Paulo: Atlas, 2012.

GODOY, M. R. **A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e risco moral**: uma aplicação da regressão quantílica para dados de contagem. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA. Sociedade Brasileira de Nefrologia, v. 33, n. 4, Out/Nov./Dez.2011. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA. Sociedade Brasileira de Nefrologia, v. 35, n. 1, Jan/Fev./Mar. 2013. ISSN 0101-2800.

LIMA, Valderi Lopes de. **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. 2010. 34f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.caen.ufc.br/index.php/teses-dissertacoes-defendidas>>.

LUCENA, Fábio de Oliveira. **Monografia – Arte e Técnica da Construção**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda, 2011.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimento e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Apresentação de 11 de março de 2003**. Brasília: ANS, 2003.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A saúde suplementar no Brasil**. Apresentação no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Pesquisa de opinião pública com usuários de planos de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, dezembro de 2002.

\_\_\_\_\_. **Qualificação em saúde suplementar**: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Apresentação de Trabalhos Científicos**: Monografia, TCC, Teses e Dissertações. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

PEREIRA, C. O marco regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004, p. 93-120.

SALOMON, Délcio Vieira. **Como fazer uma monografia**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2012**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

TANAKA, Osvaldo Y.; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TERRA, Fábio de Souza. **Avaliação da qualidade de vida do renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário**. 2007. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas - MG, 2007.

THOMÉ, F. S.; BARROS, Elvino; MANFRO, R. C.; GONÇALVES, L. F. S. **Nefrologia Rotinas, Diagnóstico e Tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TRANSPLANTES de Órgãos no Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 49, n. 1, Jan. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 mai. 2013.

VIACAVA, Francisco; UGÁ, Maria Alicia Domingues; PORTO, Silvia; LAGUARDIA, Josué. **Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2013.