REFERENCIA: CALASS 2000

Mensuração de Desigualdades na Área da Saúde no Brasil: novas dimensões sobre qualidade e resolutividade*x*

Maria Dolores Montoya Diaz Antonio Carlos Coelho Campino Departamento de Economia da FEA-USP

Maria Dolores Montoya Diaz
Faculdade de Economia, Adm. e Contabilidade - USP
Departamento de Economia
Av. Prof. Luciano Gualberto, 908 - Cidade Universitária
CEP: 05508-900 - São Paulo - SP
Brasil
e-mail: madmdiaz@usp.br

RESUMO

O objetivo básico deste trabalho é buscar evidências da presença de desigualdades socioeconômicas na saúde no Brasil. As facetas normalmente analisadas nos trabalhos que tem por objeto a mensuração de desigualdades nesta área são: Saúde, propriamente dita e Acesso/Utilização de Serviços de Saúde e, eventualmente, Financiamento. Ocorre, entretanto, que existem duas dimensões, tão importantes quanto as mencionadas e que até o momento não foram consideradas. São elas: Qualidade e Resolutividade. Incorporar estas facetas terminam de compor o escopo deste estudo.

RESUMEN

La finalidad deste estudio es buscar evidencias a respecto de la presencia de desigualdades socioeconómicas en el Area de Salud en Brasil. Los aspectos normalmente analisados son: Salud, Acceso/Utilización de Servicios Sanitarios, y Financiamiento. Ocurre, sin embargo, que existem dos dimensiones, tan ó más importantes que las mencionadas, mas que hasta el momento no fueron consideradas. Son ellas: Calidad y Resolutividad. Incorporar estas facetas termina de componer los objetivos deste estudio.

1 QUESTÃO DA EQUIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

A sociedade brasileira tem como característica marcante a presença de elevados níveis de desigualdade socioeconômica. Ademais desta peculiaridade, ou talvez em decorrência dela, verifica-se que a convivência com grandes contrastes em todas as áreas que de alguma forma comportam uma dimensão social, já há muitos anos, tem sido bastante pacífica. Assim, especificamente na esfera da saúde, observa-se, por um lado, uma forte preocupação com problemas que atingem indistintamente ricos e pobres, evidenciada, por exemplo, pelo elevado padrão de imunização infantil (BCG, Polio, DPT3, etc.) semelhante ao de países desenvolvidos. No outro extremo, ou seja, no caso dos problemas predominantemente associados à pobreza, verifica-se situação de grande penúria, fato comprovado, por exemplo, pela desonrosa segunda colocação no mundo, atrás apenas da Índia, em número de hansenianos, e pelo aumento da incidência de doenças controláveis, como a Leishmaniose e Malária.

Neste momento em que reformas vem sendo implementadas no sistema de saúde brasileiro torna-se de extrema relevância o desenvolvimento de critérios, que incorporem a dimensão da equidade, ou seja, que permitam avaliar os impactos de diferentes estruturas organizacionais e, mesmo, de financiamento sobre a saúde e acesso a serviços de saúde dos mais carentes.
É interessante notar que no exterior, onde os níveis de desigualdade socioeconômica são muito inferiores aos brasileiros, inúmeros são os trabalhos dedicados não somente à discussão sobre aspectos relacionados à questões eqüitativas na área da saúde, mas principalmente às várias formas de mensuração das desigualdades presentes no setor.

2 DIMENSÕES ANALISADAS: SAÚDE, ACESSO A SERVIÇOS, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE

As facetas normalmente analisadas nos trabalhos que tem por objeto a mensuração de desigualdades nesta área são: Saúde, propriamente dita, Acesso/Utilização de Serviços de Saúde e Financiamento. Ocorre, entretanto, que existem duas dimensões, tão importante quanto as mencionadas e que até o momento não têm sido consideradas. São elas: Qualidade e Resolutividade.

É interessante notar como desenvolveu-se a literatura acerca da satisfação dos usuários, quando o foco principal dos trabalhos estava concentrado no aprofundamento do processo de busca de critérios e formas de obter uma maior eficiência do sistema. Entretanto, a realidade parece estar se encarregando de mostrar que eficiência e equidade não caminham juntas, e o que é pior, a eficiência parece, cada vez mais, estar se associando às desigualdades.

Assim é interessante notar que em Bernhart et. al.(1999), um trabalho dedicado à análise dos fatores mais relevantes nas avaliações acerca da satisfação dos pacientes na Indonésia, os autores iniciam o artigo com uma boa lista de indicações referentes à importância da satisfação dos pacientes para a própria cura, ou seja, para o resultado do tratamento recebido.
Desse modo, justifica-se plenamente uma preocupação quanto à presença de desigualdades nestas duas dimensões pois contribuem para uma maior compreensão acerca de como a estrutura do sistema de saúde pode estar contribuindo para o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas presentes na sociedade brasileira.

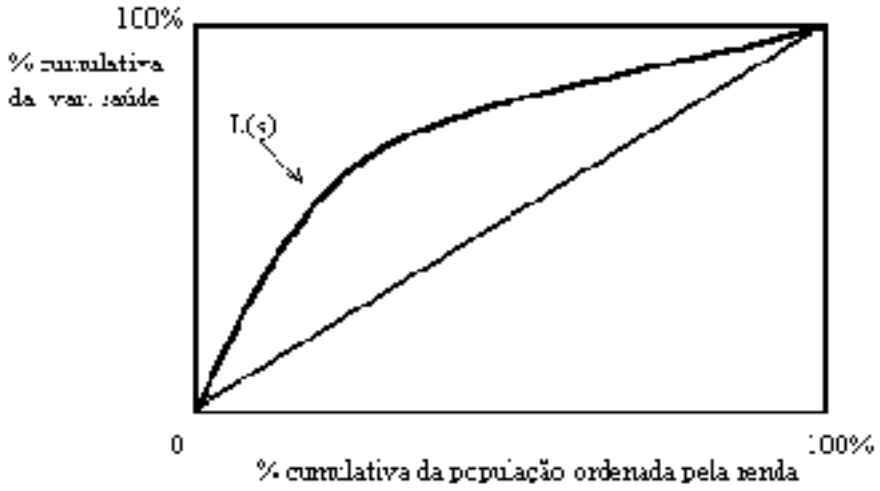
3 METODOLOGIA

3.1 Índice de Concentração

Essencialmente, o Índice de Concentração baseia-se na mesma estrutura do Índice de Gini, que é um indicador muito conhecido e utilizado na literatura econômica referente a medidas de concentração de renda.

No gráfico abaixo observa-se a curva L(s) que representa a curva construída a partir da variável que se esteja analisando, que pode ser qualquer das facetas normalmente analisadas nos trabalhos que tem por objeto a mensuração de desigualdades nesta área, quais sejam: Saúde, propriamente dita, Acesso/Utilização de Serviços de Saúde, ou as adicionais, Qualidade e Resolutividade.

Gráfico 1: Curva de Concentração para a Variável Estado da Saúde - presença de enfermidade



Por exemplo, se a variável analisada for qualificadora do estado de saúde dos indivíduos, construída a partir de questão sobre se o indivíduo apresentou algum problema de saúde nos últimos 30 dias, sendo binária, portanto, a curva L(s) mostrada no gráfico acima, evidenciaria que os indivíduos mais pobres estão apresentando mais problemas de saúde que os indivíduos originários de famílias mais ricas. Em termos do índice, este corresponde a duas vezes a área entre a curva L(s) e a diagonal. Deve-se notar

que este poderá ser nulo se a curva L(s) coincidir com a diagonal, positivo, se esta se situar abaixo da diagonal e negativo se esta estiver posicionada acima da diagonal, como no exemplo acima.

Uma última observação que deve ser feita, refere-se ao fato de que a metodologia pressupõe, ainda, a realização de uma "padronização" a ser aplicada nas variáveis representativas do aspecto que está sendo analisado, que visa incorporar as distinções inerentes às diferentes faixas etárias e existentes entre homens e mulheres. A idéia que embasa este procedimento é bastante simples. No caso da distribuição de renda é bastante razoável supor que possa ser tomada como situação "ideal" a linha da perfeita igualdade, ou seja, a diagonal, porém, no caso da área da saúde, existem distinções que, pelo menos, teoricamente, não estariam relacionadas com a condição socioeconômica dos indivíduos. Assim, a situação "ideal" corresponderia não mais à linha da perfeita igualdade, mas sim a linha construída a partir da variável gerada pelo processo de padronização. Essencialmente, pretende-se obter uma variável que reflita a necessidade, neste caso, decorrente da incorporação da importância do genêro e idade dos indivíduos. Assim, o procedimento consiste em associar a cada indivíduo o grau de "doença" ou de "saúde" médio de pessoas de mesma idade e sexo.

Merece um comentário adicional, a escolha da variável caracterizadora da classificação socioeconômica dos indivíduos. Vários são os trabalhos evidenciando a necessidade de incorporar fatores como diferenças entre necessidades e, consequentemente, de custos entre crianças e adultos, bem como a existência de economias de escala, que podem aparecer, por exemplo, em decorrência da utilização de bens duráveis ou de bens públicos que são compartilhados por todos os membros do mesmo domicílio. Devem ser lembradas, ainda, as discussões acerca das diferenças entre utilizar a renda ou o consumo domiciliar. Dada a inexistência de consenso e o fato do consumo das famílias não ter sido objeto da pesquisa que gerou a base de dados utilizada , optou-se aqui por realizar todos os cálculos com base na classificação socioeconômica obtida a partir da renda familiar e da renda per capita2.

4 BASE DE DADOS: PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA - PCV/SEADE

Utilizou-se uma pesquisa do tipo domiciliar realizada entre maio e outubro de 1994 pela Fundação SEADE no Estado de São Paulo. Outra das limitações - lembrar que não foi pesquisado o padrão de consumo das famílias - decorre do fato de não haver qualquer informação acerca de padecimento de problema crônico de saúde. Conforme identificado em Campino et. al.(1999), existem profundas diferenças no padrão de desigualdades que afligem o grupo de indivíduos que são acometidos de problemas crônicos e aquelas que atingem indivíduos com problemas de caráter agudo.

Por outro lado, a grande vantagem deste levantamento em relação aos demais - a Pesquisa sobre Padrões de Vida(PPV) ou Pesquisa Nacional sobre Amostra de Domicílio(PNAD) do IBGE - decorre da inclusão de indagações acerca da avaliação feita pelos indivíduos acerca do tratamento recebido e da opinião sobre a contribuição do tratamento recebido para a solução do problema apresentado.

5 RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, o objetivo deste trabalho é procurar mensurar as desigualdades existentes na área da saúde no Estado de São Paulo, considerando quatro as aspectos distintos: na saúde, propriamente dita, no acesso a serviços de saúde, na qualidade do atendimento e, finalmente, na resolutividade. Seguem abaixo os resultados obtidos.

5.1 Desigualdades na Saúde

A medida acerca da "saúde" da população foi obtida a partir da composição das informações obtidas a partir de duas questões:

- Procurou Atendimento de Saúde nos 30 dias anteriores a entrevista? - pergunta realizada para todos os indivíduos.
- Teve problema de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista? - pergunta realizada somente para aqueles que não procuraram serviço de saúde.

A partir das respostas a essas duas questões construiu-se uma variável binária(*dummy*) denominada HEALPROB, que assumiu o valor unitário no caso do indivíduo ter respondido afirmativamente a qualquer das duas questões.

Porém, optou-se por realizar a análise deste aspecto mesmo considerando as restrições mencionadas acima, pois, por um lado, considerou-se que as questões tendem a captar mais especificamente a presença de um problema de caráter agudo , e de qualquer maneira, as medidas obtidas corresponderão ao índice de desigualdade na saúde dos indivíduos.

Na tabela abaixo, encontram-se, com distinção por quintil da distribuição da renda familiar ou per capita, o número de observações enquadrados em cada quintil(N) e a média de HEALPROB. Verifica-se que, na verdade, a média de HEALPROB corresponde ao percentual de indivíduos que apresentaram problemas em cada um dos quintis, dado que HEALPROB é uma variável binária. Deve-se frisar, ainda, que em ambos os critérios de classificação socioeconômica escolhidos nota-se uma maior menção a problemas de saúde por parte dos pertencentes aos quintis inferiores da distribuição de renda, confirmando o resultado obtido por Campino et.al. (1999) em relação aos problemas agudos de saúde.

É interessante observar, ainda, que a queda na menção a problemas de saúde é mais acentuada quando se trabalha com a renda familiar. Isto irá se refletir em um índice de desigualdade maior, quando se utiliza a renda familiar como critério para classificação socioeconômica, em vez da renda per capita, conforme verificar-se-á a seguir.

Tabela 1: Distribuição da Variável Binária - "SAÚDE"

	Renda Familiar		Renda Per Capita	
Quintis	N	Média	N	Média
1	8,004	0.3806	8,048	0.3576
2	8,004	0.3475	7,963	0.3489
3	8,005	0.3339	8,001	0.3385
4	8,038	0.3309	8,006	0.3397
5	7,967	0.3242	8,000	0.3324
Total	40,018	0.3434	40,018	0.3434

Conforme mencionado na seção 3, é possível construir um índice de desigualdade com base na variável HEALPROB que corresponde aos valores efetivamente observados. Porém, a lógica do índice exige a aplicação de um procedimento de padronização. Os resultados indicaram que se fossem considerados fatores biológicos e demográficos não haveria motivos para se verificar qualquer distinção marcante na menção a problemas de saúde entre os indivíduos pertencentes a diferentes quintis de renda.

Assim, na tabela abaixo podem ser vistos os índices de desigualdade obtidos para o aspecto Saúde. Na linha ORIGINAL encontram-se os índices de concentração calculados a partir da série de valores efetivos da variável HEALPROB. Na linha MODELO encontram-se os índices de concentração calculados a partir das séries padronizadas construídas por meio da estimação de modelo obtido pelo métodos PROBIT. Na linha ÍNDICE DE CONCENTRAÇÃO encontra-se a diferença entre os dois anteriores, que na verdade, representa o índice obtido a partir da hipótese de que a comparação não deve ser realizada com a situação de perfeita igualdade mas sim com a situação obtida a partir do procedimento de padronização.

Tabela 2 Índices de Desigualdade - "SAÚDE"

	RENDA FAMILIAR	RENDA PER CAPITA
ORIGINAL	-0.0321	-0.0153
MODELO	-0.0017	0.0011
Índice de Concentração:	-0.0304	-0.0164

Deve-se notar que, de acordo com o mencionado anteriormente, observou-se uma maior concentração quando da utilização da Renda Familiar como critério para realização da classificação socioeconômica comparativamente ao que se obteve quando da utilização da Renda per capita. O sinal negativo, distintamente do que ocorre com o índice de Gini, não somente pode ocorre como reflete justamente o fato de que os mais pobres mencionaram mais problemas de saúde do que os indivíduos pertencentes a quintis superiores da distribuição. Para maiores detalhes sobre a compreensão destes resultados consultar Campino et al.(1999) e van Doorslaer and Wagstaff(1998).

5.2 Desigualdades no Acesso aos Serviços de Saúde

A variável que reflete o acesso a serviços de saúde foi obtida a partir da questão:
- Foi atendido? - pergunta realizada somente para aqueles que haviam procurado serviço de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista.

Também, neste caso esta variável assume a forma binária, correspondendo o valor 1 ao fato do indivíduo ter sido atendido e 0, caso contrário. Por construção, de maneira análoga ao que ocorreu com HEALPROB a média corresponde ao percentual de indivíduos atendidos em relação a toda a amostra. Em termos gerais, verificou-se, entre o primeiro e o terceiro quintis, uma queda no percentual de atendimentos, que voltou a se elevar nos dois últimos quintis.

Tabela 3: Distribuição da Variável Binária - ACESSO

	Renda Familiar		*Renda per capita*	
Quintis	N	Média	N	Média
1	8,004	0.2606	8,048	0.2479
2	8,004	0.2510	7,963	0.2473
3	8,005	0.2496	8,001	0.2460
4	8,038	0.2528	8,006	0.2629
5	7,967	0.2621	8,000	0.2720
Total	40,018	0.2552	40,018	0.2552

Novamente, neste caso, o procedimento de padronização originou uma série sem distinções marcantes entre os quintis, e representado por um índice próximo de zero, conforme se verifica na tabela abaixo.

Distintamente ao que foi apresentado no caso da variável HEALPROB, verifica-se abaixo, que quando a classificação baseia-se na Renda Familiar praticamente não se detecta qualquer desigualdade. É interessante observar, que no caso da classificação baseada na Renda per capita, mesmo quando se incorporam as distinções decorrentes de padrões biológicos, evidencia-se a presença de desigualdades pró-ricos.

Tabela 4: Índices de Desigualdade - ACESSO

	RENDA FAMILIAR	RENDA PER CAPITA
ORIGINAL	0.0004	0.0196
MODELO	0.0000	0.0005
Índice de Concentração:	0.0004	0.0190

5.3 Desigualdades na Qualidade do Atendimento

A variável que procura captar a avaliação que os indivíduos fizeram quanto à qualidade do atendimento recebido foi construída a partir da seguinte questão:
- Que nota(de 0 a 10) daria para o atendimento recebido? - pergunta realizada somente para aqueles que utilizaram serviço de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista.

Neste caso, diferentemente do ocorrido com os dois aspectos considerados anteriormente, a variável gerada não era binária, mas sim, categórica, incluindo, na verdade, 11 categorias.

Em relação a este aspecto verifica-se, na Tabela 5 uma grande preponderância das avaliações superiores a 5, sendo que aproximadamente metade dos indivíduos considerou que o atendimento recebido foi excelente tendo merecido a nota máxima.

No entanto, na Tabela 6, nota-se, claramente, uma tendência crescente acompanhando a condição socioeconômica, em relação à avaliação quanto a qualidade do serviço recebido, implicando que os indivíduos pertencentes às classes mais favorecidas tendem a expressar maior satisfação com o atendimento recebido.

Tabela 5: Distribuição de Freqüência da Variável QUALIDADE

qual94	Freq.	%
0	341	3.3629%
1	54	0.5325%
2	102	1.0059%
3	145	1.4300%
4	159	1.5680%
5	758	7.4753%
6	335	3.3037%
7	703	6.9329%
8	1,760	17.3570%
9	934	9.2110%
10	4,849	47.8205%
Total	10,140	100.00%

Este resultado contrasta uma opinião normalmente encontrada, mesmo entre alguns especialistas, em que se afirma que os indivíduos mais pobres tendem a ser menos exigentes no atendimento, satisfazendo-se mais facilmente.

Essencialmente, assumiu-se que subjacente à resposta à referida questão existe uma variável latente que reflete a satisfação dos indivíduos e que possui uma distribuição lognormal padronizada. Os escores da variável latente correspondentes a cada uma das onze opções consideradas, foram obtidos por meio da divisão da área sob a distribuição lognormal padronizada de acordo com as proporções amostrais que recairam em cada uma das 11 categorias. A cada indivíduo foi associado o escore correspondente à sua resposta e esta nova variável foi a analisada . Vale ressaltar que, na variável transformada, quanto menor o valor, melhor é a avaliação quanto ao serviço recebido. Abaixo, encontra-se a distribuição desta nova variável.

Tabela 6: Distribuição da Variável QUALIDADE

	Renda Familiar			*Renda Per Capita*		
		Original	Transformada		Original	Transformada
Quintis	N	Média	Média	N	Média	Média
1	2,028	7.7574	1.9248	2,029	7.6082	2.0277
2	2,031	7.8597	1.8080	2,027	7.8925	1.7735
3	2,047	8.2565	1.5321	2,028	8.2377	1.5461
4	2,006	8.3744	1.4482	2,029	8.4135	1.4173
5	2,028	8.6938	1.2185	2,027	8.7884	1.1681
Total	10,140	8.1880	1.5866	10,140	8.1880	1.5866

Verifica-se na tabela a seguir que os níveis de desigualdade superaram consideravelmente aqueles obtidos quando da avaliação dos aspectos Saúde e Acesso a Serviços de Saúde. Vale lembrar que também, neste caso, a padronização produziu uma variável com desigualdade praticamente nula evidenciada pelos índices 0,0069 ou 0,0014. O fato dos índices serem negativos indica que as desigualdades presentes desfavorecem os mais pobres.

Tabela 7: Índices de Desigualdade - QUALIDADE

	RENDA FAMILIAR	*RENDA PER CAPITA*
ORIGINAL	-0.0920	-0.1109
MODELO	0.0069	0.0014
Índice de Concentração:	-0.0989	-0.1123

5.4 Desigualdades na Resolutividade

A variável que procura captar a avaliação que os indivíduos fizeram quanto à resolutividade do atendimento recebido foi construída a partir da seguinte questão:

- Independentemente da nota dada, acha que o atendimento recebido nesse estabelecimento ajudou a resolver seu problema de saúde? - pergunta realizada somente para aqueles que utilizaram serviço de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista.

Neste caso, a variável gerada também era categórica, incluindo 3 categorias:
1= Não 2= Sim, parcialmente 3= Sim, totalmente

Na tabela abaixo, constata-se que mais de 80% dos indivíduos considerou que, de alguma forma, o tratamento recebido contribuiu para a melhoria de sua saúde. Nota-se, novamente, que quando é feita a classificação socioeconômica, clara evidência de que os indivíduos pertencentes aos quintis mais elevados consideraram que o tratamento recebido foi mais decisivo na melhora do seu quadro clínico.

Tabela 1: Distribuição de Freqüência da Variável RESOLUTIVIDADE

Resolutividade	*Freq.*	*Percent*	*Cum.*
1	1362	13.43	13.43
2	3633	35.83	49.26
3	5145	50.74	100.00
Total	10140	100.00%	

Tabela 2: Distribuição da Variável *RESOLUTIVIDADE*

	Renda Familiar			Renda Per Capita		
		Original	Transformada		Original	Transformada
Quintis	N	Média	Média	N	Média	Média
1	2,028	2.2983	1.6591	2,029	2.3371	1.5868
2	2,031	2.3368	1.5585	2,027	2.3074	1.6336
3	2,047	2.3708	1.5130	2,028	2.3718	1.5041
4	2,006	2.4182	1.4096	2,029	2.3958	1.4455
5	2,028	2.4418	1.3574	2,027	2.4534	1.3288
Total	10,140	2.3731	1.4998	10,140	2.3731	1.4998

A análise desta variável, assim como a variável Qualidade, exigiu uma transformação que originou escores da variável latente, neste caso, caracterizadora do nível de "resolutividade" do tratamento percebido pelos indivíduos. Também, neste caso, a variável transformada, implicou em uma inversão no sentido da mesma, ou seja, quanto menor o valor melhor é a avaliação quanto à "resolutividade" do serviço recebido Na Tabela 9 encontra-se a distribuição desta nova variável. A análise desta variável, assim como a variável Qualidade, exigiu uma transformação que originou escores da variável latente, neste caso, caracterizadora do nível de "resolutividade" do tratamento percebido pelos indivíduos. Também, neste caso, a variável transformada, implicou em uma inversão no sentido da mesma, ou seja, quanto menor o valor melhor é a avaliação quanto à "resolutividade" do serviço recebido Na Tabela 9 encontra-se a distribuição desta nova variável.

Os índices, novamente negativos, confirmam a presença de desigualdades favoráveis aos ricos, porém, é importante ressaltar que em nível inferior àquele detectado no caso da variável "Qualidade", mas superior às identificadas para os outros dois aspectos - "Saúde" e "Acesso".

Tabela 10: Índices de Desigualdade - RESOLUTIVIDADE

	RENDA FAMILIAR	RENDA PER CAPITA
ORIGINAL	-0.0423	-0.0389
MODELO	0.0022	0.0079
Índice de Concentração:	-0.0446	-0.0468

6 CONCLUSÕES

Um primeiro ponto que deve ser ressaltado refere-se à identificação de desigualdades pró-ricos em todos os aspectos analisados. No caso da variável "Saúde" este fato refletiu-se em índices que oscilaram na faixa -0,0164 a -0,0304, dependendo do critério de classificação socioeconômica adotado. Vale notar que estes valores são ligeiramente inferiores aos encontrados em Campino et. al.(1999) para as desigualdades na saúde decorrentes de problemas agudos, que oscilaram na faixa dos -0,0435. Os resultados parecem bastante coerentes pois a base de dados utilizada naquele estudo - PPV/IBGE - incorpora indivíduos residentes nas regiões Nordeste e Sudeste enquanto a utilizada neste estudo refere-se apenas à situação de moradores do Estado de São Paulo.

No caso do acesso a serviços, as diferenças em relação aos resultados em Campino et. al. (1999) foram marcantes uma vez que no referido trabalho as desigualdades no acesso oscilaram na faixa dos 0,097. Assim, este ponto merece ser investigado com mais atenção, principalmente, na direção de se verificar se existe algum arranjo institucional no Estado de São Paulo, que tenha contribuído para este resultado.

Em relação à avaliação acerca da Qualidade do atendimento recebido, merece menção o fato de que foi justamente neste aspecto, que se identificaram os maiores níveis de desigualdade, favorecendo os indivíduos mais ricos. Assim, os índices oscilaram entre -0.0989 e -0.1123, evidenciando que apesar do acesso estar se dando de forma mais eqüitativa, a qualidade do atendimento dado aos mais pobres tem deixado muito a desejar.

Para complementar os resultados obtidos nesta dimensão da análise tabulou-se a variável Tempo de espera para receber atendimento, medido em minutos. Na Tabela 11 encontram-se as tabulações de acordo com os quintis de renda, e na Tabela 12, a distinção é feita de acordo com o tipo de atendimento recebido, no sentido de ter sido pago, pré-pago ou gratuito. Nota-se, claramente que o tempo de espera cai aproximadamente pela metade quando se passa do primeiro para o último quintil da distribuição de renda, qualquer que seja o critério utilizado. E no caso, do tipo do serviço, as diferenças são ainda mais marcantes, sendo que a diferença entre o atendimento recebido em um serviço gratuito é feita com demora superior ao triplo do tempo em que ocorre em um serviço pago.

Tabela 11: Distribuição da var. "Tempo"

	*R*enda Familiar		*Renda per capita*	
Quintis	N	Média	N	Média
1	2,065	75.00	1,973	76.64
2	1,984	64.65	1,945	65.00
3	1,986	54.44	1,955	56.24
4	2,012	42.75	2,084	43.11
5	2,063	32.20	2,153	30.7887
Total	10,110	53.78	10,110	53.78

Tabela 12: "Tempo" por tipo de Serviço

Tipo de serviço utilizado	*N*	*média*
Pago	991	23.00
pré-pago	3,852	31.35
Gratuito	5,263	75.97
Missing	4	83.75
Total	10,110	53.78

Assim, pode-se questionar a razão de pela qual diferenças tão grandes acabem gerando índices de concentração relativamente pequenos. A este respeito o trabalho de Bernhart et. al.(1999) é bastante sugestivo. Segundo os autores, parece que, pelo menos na Indonésia, alguns fatores normalmente associados com qualidade nos trabalhos realizados em países desenvolvidos, ou seja, acompanhamento pelo mesmo provedor, tempo de espera para atendimento e custos encontraram-se

nas posições finais da lista de prioridades dos usuários. As três primeiras posições foram ocupadas, respectivamente, pelos seguintes fatores: ficar curado, receber medicamentos e privacidade.

Se o padrão de preferências da população brasileira tiver alguma semelhança com o identificado na Indonésia, pode-se compreender as razões que justificam o fato de diferenças tão grandes em um fator normalmente associado com qualidade, como é o tempo de espera acabar se refletindo em índices relativamente baixos de desigualdade na avaliação acerca da qualidade do atendimento recebido. Assim, é que os resultados obtidos na análise da dimensão da resolutividade deve auxiliar na explicação deste resultado.

Finalmente, a dimensão da resolutividade também evidenciou a presença de desigualdades que favorecem os indivíduos melhor posicionados na escala de classificação socioeconômica, por qualquer dos critérios adotados. Estes indicadores situaram-se na casa dos -0.04. Assim é, que ao apresentar níveis inferiores de desigualdade quando comparada com a dimensão qualidade, estes resultados podem estar sinalizando que os indivíduos, acabam incorporando na sua avaliação acerca da qualidade do atendimento recebido, o fato deste ter contribuído ou não para a solução do problema de saúde apresentado.

Porém, de qualquer modo não deixa de ser preocupante a identificação de desigualdades pois indicam que a atuação do sistema de saúde não tem sido pautada pela busca da equidade, e portanto, quando se verificam os níveis de desigualdade entre o primeiro - Saúde - e o último aspecto - Resolutividade - verifica-se que o sistema de atendimento nada mais fez do que reproduzir o quadro de desigualdades presentes.

7 BIBLIOGRAFIA

BERNHART,M. WIADNYANNA, I.G.P., WIHARDJO,H. AND POHAN,I.(1999). "Patient satisfaction in Developing Countries", Social Science and Medicine, vol.48, nº 8. pp. 986-996.

CAMPINO, A., MONTOYA-DIAZ, Mª D., PAULANI, L., GUENA, R., PIOLA, S. e NUNES, A. (1999) Equity in Health in Brazil

DEATON, A. (1997) The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy. World Bank, Washington, D.C.

GLEWWE, P. and VAN DER GAAG, J.(1990) - "Identifying the Poor in Developing Countries: do Different Definitions Matter?", World Development, vol 18, nº 6, pp. 803-814.

KAKWANI,N., WAGSTAFF,A. and VAN DOORSLAER, E.(1997)."Socioeconomic Inequilities in Health: measurement, computation, and statistical inference",Journal of Econometrics, 77, pp. 87-103.

MEDINA, Fernando(1998).El ingresso y el gasto como medida del bienestar de los hogares: una evaluación estadística. Encontrado em http://www.eclac.org/espanol/estadisiticas/mecovi2/ingresogasto.htm

RAVALLION, M. (1992) - Comparaciones de Pobreza: una Guía sobre Conceptos y Métodos - Documento de Trabajo LSMS número 88. Reproduzido para el 1er Curso Regional del Programa MECOVI - Diseño, Implementación y Análisis Encuestas de Hogares sobre Condición de Vida.

VAN DOORSLAER, E. and WAGSTAFF, A.(1998). "Inequity in the Delivery of Health Care: Methods and Results for Jamaica", Paper for the Human Development Department - the World Bank, June.

WAGSTAFF, W., PACI, P. and VAN DOORSLAER(1991). "On the Measurement of Inequalities in Health", Social Science and Medicine, vol.33, nº 5.pp. 545-557.

WAGSTAFF, W. and VAN DOORSLAER(1994). "Measuring Inequalities in Health in the Presence of Multiple-Category Morbidity Indicators", Health Economics, vol.3, nº 4.pp. 281-291.

WAGSTAFF, W. and VAN DOORSLAER, E. (1998). Inequalities in Health: Methods and Results for Jamaica. Paper prepared for the Human Development Department of the World Bank.

NOTAS

XEste artigo é parte do relatório do Projeto: "A Reforma do Sistema Público de Saúde: Experiências Internacionais e o Caso do Brasil (RH-RE 02/96 - 03)", referente a convênio firmado entre a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, com apoio do Departamento de Economia da FEA-USP e CAPES dentro do Programa de Apoio e Formação de Recursos Humanos para o Desenvolvimento da Reforma do Estado, conduzido em cooperação entre o Ministério da Educação e do Desporto, Ministério da Ciência e Tecnologia e Ministério da Administração e da Reforma do Estado.

De qualquer maneira, sugere-se a leitura de Kakwani et alli.(1997), Wagstaff and van Doorslaer (1994), Wagstaff and Doorslaer (1998) e Doorslaer and Wagstaff(1998).

Maiores detalhes podem ser encontrados em RAVALLION(1992), DEATON(1997),GLEWWE VAN DER GAAG(1990) e Medina(1998).

Isto em decorrência da explícita menção ao período de 30 dias anteriores à entrevista.. A informação acerca da presença de problemas crônicos é obtida a partir de questão acerca de padecimento deste tipo de problema.

Para maiores detalhes consultar Wagstaff and van Doorslaer (1994).