

O Brasil em números



Feliz Natal – MT

FOTOS: EQUIPES DE ENTREVISTADORES

Esta edição especial da revista *Radis* apresenta dados exclusivos da extensa Pesquisa Mundial de Saúde 2003, uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde para 71 países, cuja execução no Brasil foi entregue a pesquisadores do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz – que assinam os comentários sobre os resultados.

A pesquisa teve início em fins de 2002, com a tradução e a adaptação a nossas especificidades do questionário da OMS, que foi então submetido, entre janeiro e setembro de 2003, a 5 mil brasileiros com idade acima de 18 anos, em 250 setores censitários (locais visitados pelos entrevistadores) dentro de 188 municípios, em 25 estados (ficaram de fora Acre e Roraima).

A *Radis* espera que esse precioso levantamento sirva como base para a implementação de políticas públicas que considerem as necessidades e o perfil epidemiológico da população.



Campo Grande – MS

Por Célia Landmann Szwarcwald, Francisco Viacava, Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos, Maria do Carmo Leal, Luis Otávio Azevedo, Rita Suely Bacuri de Queiroz, Marcelo Felga de Carvalho, Maria Goretti Fonseca, Paulo Germano de Frias, Silvana Granado Gama, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Sonia Lansky, Karin Regina Luhm, Marcia de Costa Mazzei, Manoel C. S. de A. Ribeiro, Simone dos Santos, Wayner Vieira de Souza, Mariza Theme

A metodologia para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde das nações tem ocupado lugar de destaque na agenda de organismos internacionais e de instituições acadêmicas. Tal tema vem ganhando importância crescente, igualmente, entre os gestores e administradores do setor saúde, constituindo etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população.

Diante da relevância da questão no contexto atual, alguns países, como Canadá, Reino Unido e Austrália, têm desenvolvido, nos últimos anos, instru-

mentais para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2000), dedicado à proposição de uma metodologia para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos países-membros.

O Relatório 2000 trouxe à agenda da OMS o comprometimento com os objetivos louváveis de avaliação dos sistemas de saúde, monitoramento das desigualdades em saúde e alcance da equidade no financiamento da saúde. Entretanto, a metodologia utilizada, exposta a inúmeras críticas, tanto de cunho metodológico como conceitual, foi objeto de amplo debate internacional (Häkkinen & Ollila, 2000; Navarro, 2000; Rosén, 2001; Ugá et al., 2001).

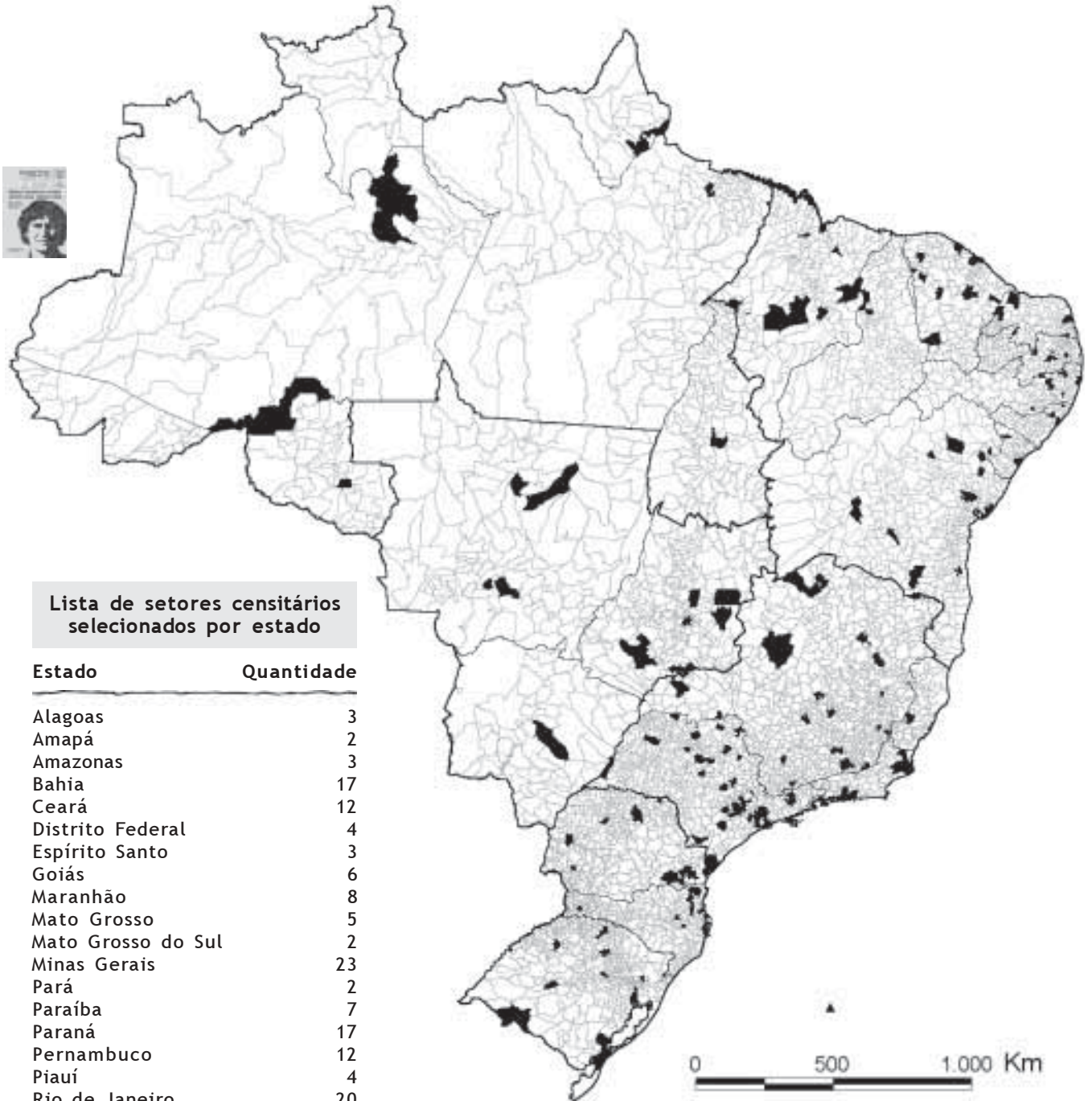
De forma sucinta, a metodologia empregada para avaliar o desempenho do sistema de saúde foi baseada em 5 dimensões: estado de saúde, medido pela esperança de vida ajustada pelas incapacidades – (DALE); desigualdade do estado de saúde, medida pela desigualdade na probabilidade de morte nos dois primeiros anos de vida; qualidade de resposta do sistema de saúde (*responsiveness*) – nível médio de satisfação; desigualdades na capacidade de resposta do

sistema de saúde; justiça na contribuição do financiamento da saúde. Um índice-resumo, denominado “índice geral de desempenho do sistema de saúde”, foi estimado pela média ponderada dos cinco indicadores acima mencionados, com pesos, respectivamente, de 25%, 25%, 12,5%, 12,5% e 25%. Os 191 países-membros da OMS foram classificados em ordem ascendente de magnitude do índice-resumo de desempenho, e os resultados foram publicados no Relatório 2000 sob a forma de um ranking.

Várias questões foram levantadas, marcadamente pelo governo brasileiro, acerca da validade da metodologia utilizada pela OMS. As críticas referiram-se, principalmente, à falta de utilidade do instrumento para subsidiar a definição das políticas de saúde, fazendo com que a avaliação fosse desprovida de significado. Compreendeu-se que a classificação dos países tinha sido feita a partir de um indicador único, conceitualmente vago e empiricamente incorreto (Almeida et al., 2001; Navarro, 2002; Rosén, 2001).

A forma inconsistente de elaboração do Relatório 2000, a utilização de procedimentos metodológicos cientificamente questionáveis e a ausência de dados para a construção

Mapa 1 – Distribuição geográfica dos municípios pesquisados



Lista de setores censitários selecionados por estado

Estado	Quantidade
Alagoas	3
Amapá	2
Amazonas	3
Bahia	17
Ceará	12
Distrito Federal	4
Espírito Santo	3
Goias	6
Maranhão	8
Mato Grosso	5
Mato Grosso do Sul	2
Minas Gerais	23
Pará	2
Paraíba	7
Paraná	17
Pernambuco	12
Piauí	4
Rio de Janeiro	20
Rio Grande do Norte	7
Rio Grande do Sul	14
Rondônia	3
Santa Catarina	11
São Paulo	60
Sergipe	4
Tocantins	1
Total geral	250



Marituba – PA



Blumenau – SC



Macapá – AP



Catuípe – RS



Recife – PE



Marituba – PA



Feliz Natal – MT

dos indicadores promoveram reação negativa na comunidade científica internacional. Vários artigos científicos, elaborados por pesquisadores de diferentes países, foram dedicados a apontar falhas metodológicas e conceituais na avaliação empregada pela OMS (Almeida et al., 2001; Jamison & Sandbu, 2001; Mulligan et al., 2000; Navarro, 2000; Walt & Mills, 2001; Williams, 2000; Williams, 2001). Como um dos grandes problemas encontrados na construção dos indicadores propostos, enfatizou-se a ausência de dados empíricos consistentes, necessários à construção dos indicadores propostos. Para a construção do índice de desigualdade no estado de saúde, os dados não

eram disponíveis em 70% dos 191 países-membros. Para construir as duas medidas de capacidade de resposta do sistema de saúde, os dados não eram disponíveis em 84% dos países e para aferir a justiça na contribuição do financiamento, em 89% dos países (Almeida et al., 2001).

Sérios problemas metodológicos adicionais foram apontados na construção dos indicadores. No que diz respeito ao indicador da "qualidade de resposta" (*responsiveness*) do sistema de saúde, o questionamento maior referiu-se à composição da amostra de informantes, que não contemplou princípios básicos de aleatoriedade e representatividade populacional (Blendon et al., 2001; Travassos,

2001). Quanto ao indicador de medida das desigualdades em saúde, o questionamento dirigiu-se, principalmente, à abordagem conceitual utilizada, não sendo realizada comparação do estado de saúde entre grupos sociais distintos, mas medindo-se variações individuais na população. Em consequência, o indicador proposto era mais influenciado pelas desigualdades socioeconômicas do que pelas ações no âmbito do setor saúde (Szwarcwald, 2002; Braveman et al., 2001; Houweling et al., 2001).

Em resposta às críticas, em janeiro de 2001, o Conselho Executivo da OMS aprovou resolução com o reconhecimento da necessidade de estabelecer um processo de consulta técnica

e a recomendação de formação de um Grupo Científico Consultor para avaliar a metodologia empregada no Relatório de 2000. Foram feitas várias consultas regionais (América, Ásia, África e Europa) para discutir a metodologia utilizada no Relatório 2000, todas disponíveis na internet (www.who.int/health-system-performance).

No ano de 2001, a OMS incorporou parte das críticas recebidas pela comunidade científica internacional e das consultas regionais e propôs mudanças metodológicas relevantes. Neste contexto, a OMS desenvolveu a Pesquisa Mundial de Saúde, inquérito populacional para suprir informações sobre o estado de saúde das populações, assim como sobre o desempenho dos sistemas de saúde dos países membros (Ustun et al., 2001).

A experiência de realização da Pesquisa Mundial de Saúde em algumas nações em 2001, utilizando diferentes metodologias de aplicação, somada às críticas sobre os tamanhos de amostra utilizados (não suficientes para a estimação dos indicadores), bem como sobre a falta de aleatoriedade e qualidade das informações coletadas, fez com que a OMS reformulasse todo o processo de aplicação do inquérito nos países. O questionário atual incorpora parte das críticas e sugestões que foram feitas pelas consultas regionais e Grupo Científico Consultor, adicionando questões relativas ao acesso, à cobertura e à utilização de serviços de saúde, considerados objetivos intermediários dentro do marco referencial de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Além disso, existe um grande esforço no sentido de ultrapassar as dificuldades de comparação de informações coletadas entre diferentes níveis culturais de um mesmo país ou entre distintos países.

A PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE NO BRASIL

Dando prosseguimento às discussões sobre a proposta da OMS para Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde, em janeiro de 2002, na 109ª Reunião do Conselho Executivo, a delegação brasileira firmou acordo com a OMS para a realização da Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, cabendo a responsabilidade da execução da pesquisa no Brasil à Fundação Oswaldo Cruz.

No sentido de assegurar a maior qualidade na execução das pesquisas, a OMS delegou a responsabilidade de aplicação do inquérito nos países-

membros a cada Coordenadoria Regional. No caso do Brasil, a responsabilidade coube à Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), que promoveu a primeira reunião em Cuernavaca, México, de 7 a 11 de outubro de 2002. Neste seminário, foi ressaltada a importância de realização desta pesquisa no país, principalmente pelo fato de a OMS estar transferindo aos países participantes um conjunto estruturado de métodos, compondo uma plataforma inicial para o desenvolvimento de inquéritos sistemáticos no campo da avaliação do desempenho dos sistemas nacionais de saúde.

De janeiro a setembro de 2003, foi realizado inquérito populacional, de âmbito nacional, em 5.000 domicílios escolhidos por amostragem probabilística. A execução da pesquisa no Brasil significou a oportunidade de desenvolver instrumental e suprir informações para avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde, além de possibilitar a comparação com o desempenho de outros países, permitindo ao governo brasileiro permanecer no debate internacional sobre o tema.

METODOLOGIA

Amostra

Visando à representatividade nacional e diante do financiamento fornecido pela OMS, o tamanho de amostra foi estabelecido em 5.000 indivíduos, com 18 anos e mais de idade. A amostragem foi realizada em dois estágios. No primeiro, foram selecionados 250 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho. Situação (urbano ou rural) e porte do município (até 50.000; 50.000 até 400.000; 400.000 + habitantes) estratificaram explicitamente as unidades primárias de seleção. O nível socioeconômico, estabelecido pela renda média dos chefes dos domicílios do setor, foi utilizado para estratificação implícita.

Em cada setor, foram selecionados 20 domicílios aleatoriamente. Em cada domicílio, foi identificado um morador para responder às perguntas relativas às características do domicílio. Apenas um indivíduo do domicílio (selecionado aleatoriamente) respondeu ao questionário individual.

Trabalho de campo

A Pesquisa Mundial da Saúde foi aplicada no Brasil, de janeiro a setembro de 2003, subdividida em 10 micro-pesquisas que foram coordena-

das por pesquisadores experientes na área de Saúde Pública, os Coordenadores Locais. Para cada micropesquisa, foi formada equipe por quatro entrevistadores, em média, e um supervisor. Cada micropesquisa abrangeu de 300 a 500 entrevistas domiciliares, distribuídas em 15 a 25 setores censitários, em distintas áreas geográficas. O treinamento dos coordenadores locais foi realizado na Fiocruz, consistindo tanto da aplicação do questionário como da organização do trabalho de campo em cada área geográfica. O recrutamento e o treinamento dos entrevistadores couberam a cada coordenador local, nas respectivas áreas geográficas sob sua coordenação.

Questionário

O questionário original da OMS foi traduzido para o português e adaptado para aplicação no nosso meio pelos coordenadores da pesquisa e pelos coordenadores locais. Alguns módulos foram excluídos, enquanto outros foram acrescentados ao instrumento. O pré-teste do instrumento foi realizado em todas as áreas sob responsabilidade dos coordenadores locais.

O questionário utilizado foi modular, abordando-se os seguintes aspectos: condições socioeconômicas; descrição do estado de saúde; fatores de risco (fumo, álcool, atividade física, nutrição, fatores ambientais); alguns problemas de saúde (situações crônicas – diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos; situações agudas – assistência); cobertura de programas de saúde, como saúde bucal, assistência pré-natal e saúde materna-infantil; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário; gastos relativos das famílias em saúde, incluindo planos de saúde privados.

Análise dos dados

Nesta primeira etapa, utilizando-se as ponderações necessárias em acordo com o desenho de amostragem, foram analisados os seguintes módulos: estado de saúde, fatores de risco, morbidade auto-referida, cobertura de programas de saúde, e grau de satisfação com os serviços de saúde do ponto de vista do usuário.

As análises foram realizadas por faixa etária, sexo e condição socioeconômica. Para examinar as desigualdades por nível socioeconômico, três variáveis foram consideradas: grau de escolaridade; número de bens (medido pelo número de bens no domicílio: televisão, geladei-





Sinop – MT

ra, aparelho de som, microondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, microcomputador e número de carros, variando de 0 a 11 bens); e gasto domiciliar mensal.

Quanto ao gasto domiciliar mensal, foram analisados os seguintes componentes do gasto: alimentação; casa; educação; saúde; outros. Especificamente, em relação aos gastos em saúde, foram analisados os gastos com medicamentos; com planos de saúde privados; com consultas médicas; com dentista; com internação; com exames; com óculos, aparelhos para audição, próteses etc; com terapias (fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia); outro serviço ou produto de saúde.

A análise do estado de saúde foi baseada em duas questões gerais – auto-avaliação do estado de saúde e dificuldade no trabalho ou atividades habituais, em duas questões sobre o grau em que sentiu dor ou mal-

estar físico nos 30 dias anteriores à pesquisa, bem como em questões específicas sobre grau de dificuldade em: se locomover (locomoção); se lavar e se vestir (autocuidado); adormecer e se sentir bem disposto no dia seguinte (sono); se socializar na comunidade e lidar com situações de conflito (sociabilidade); aprender coisas novas, se concentrar e memorizar (concentração/memorização); ver de perto e de longe (visão). Além disto, o estado de ânimo foi mensurado pelo grau com que o indivíduo se sentiu triste ou deprimido e pelo grau em que sentiu ansiedade ou preocupação.

Quanto aos fatores de risco, foram considerados:

i) Obesidade: Mensurada pelo índice de massa corporal, índice de Quetelet, dado pela razão entre o peso e a altura ao quadrado (kg/cm^2). Foram consideradas as seguintes categorias para análise: abaixo do peso

<18,5; normal 18,5 até 25; sobrepeso 25 até 30; obeso 30+.

ii) Fumo: Mensurado pela frequência de fumo (não fuma; fuma, mas não diariamente; fuma diariamente).

iii) Bebida alcoólica: Mensurado pelo número de doses na última semana (nunca bebeu; não bebeu na semana; 1-4 doses; 5+ doses).

iv) Atividade física: mensurada por três tipos de atividade (vigorosa, moderada e caminhada) e pela frequência semanal e número de minutos durante a realização da atividade física. Foram consideradas três categorias na análise: sedentários (não fazem nenhum tipo de atividade física); atividade física insuficiente (menos do que 150 minutos por semana); suficiente (150+ minutos por semana).

Para a avaliação de situações crônicas de saúde, foram feitas duas perguntas ao indivíduo: O sr(a) tem alguma doença de longa duração ou

incapacidade? Esta doença ou incapacidade limita de alguma forma suas atividades? A seguir, foram feitas perguntas sobre problemas específicos – artrite, angina, asma, diabetes, depressão e esquizofrenia – questionando-se se o indivíduo já tinha tido alguma vez diagnóstico e tratamento de cada um destes problemas. Em relação às situações agudas, foi perguntado se o indivíduo sofreu lesões corporais provocadas por causas externas, isto é, por algum envolvimento com acidente (de trânsito, afogamento, queda, intoxicação) ou agressão (por arma de fogo, briga, faca), nos 12 meses que precederam a entrevista.



Nesta primeira análise, foram contempladas apenas as coberturas de dois programas de saúde, o de saúde bucal e o exame ginecológico entre as mulheres de 18 a 69 anos de idade.

No que se refere à avaliação do desempenho do sistema de saúde, foram analisadas a utilização dos serviços de saúde no ano que precedeu a pesquisa e a avaliação do atendimento de acordo com as expectativas do usuário. Para análise desta última, foram considerados todos os indivíduos que se internaram nos cinco anos anteriores (atendimento com internação) ou no caso de ausência de internação no

período, todos os indivíduos que utilizaram serviços de saúde no ano anterior (atendimento ambulatorial).

Primeiramente, analisou-se a satisfação do usuário com as habilidades e os equipamentos do profissional de saúde, bem como com a disponibilidade de medicamentos no atendimento. A seguir, utilizando-se uma escala de 1 a 5, avaliou-se o grau de satisfação com os seguintes aspectos: tempo de deslocamento; tempo de espera; tratamento respeitoso; intimidade respeitada; clareza nas explicações dadas pelos profissionais de saúde; tempo para fazer perguntas; possibilidade de obter informações; participação na tomada de decisões; falar em privacidade com profissionais de saúde; sigilo das informações pessoais; liberdade de escolha do profissional de saúde; limpeza das instalações; espaço disponível das salas de espera e de exames. No caso de assistência com internação, consideraram-se, adicionalmente, "facilidade em ter visitas de familiares e amigos" e "contato com mundo exterior".

Para efeitos da análise estatística, calculou-se um índice de avaliação do atendimento, atribuindo-se um ponto para cada resposta "muito boa" ou "boa" relativa à avaliação de cada um dos aspectos do atendimento, e utilizou-se escala variando de 1 a 100. A avaliação do atendimento foi reali-

zada de acordo com a forma de pagamento: não pagou (SUS); pelo plano de saúde; direto, sem reembolso.

Na avaliação da assistência por parte do usuário, considerou-se ainda se ele se sentiu alguma vez discriminado (foi tratado pior) por algum dos seguintes motivos: falta de dinheiro, classe social, sexo, idade, raça/cor, nacionalidade ou tipo de doença.

Para todos os entrevistados, independentemente de terem recebido assistência com internação nos 5 anos anteriores ou assistência ambulatorial no ano anterior, perguntou-se sobre o grau de satisfação com o funcionamento da assistência no país, utilizando-se uma escala que variou de "muito satisfeito" a "muito insatisfeito".

RESULTADOS

Estado de Saúde

Entre os 5.000 entrevistados, 9% avaliaram sua saúde como "ruim" ou "muito ruim", 53% como "boa" ou muito "boa", e 38% como "regular". A percepção de saúde foi pior entre as mulheres quando comparadas aos homens: o percentual de auto-avaliação "boa" ou muito "boa" foi de 47%, para o sexo feminino, e de 60%, para o sexo masculino. Grande amplitude de variação do percentual de auto-avaliação "boa" ou muito "boa" foi

TABELA 1: Percentual (%) de indivíduos com auto-avaliação da saúde boa / muito boa por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	49,7	66,3	83,8	63,4
	35-49	30,0	44,1	69,8	45,4
	50+	20,3	24,8	51,4	27,2
	Total	36,0	47,3	69,8	47,5
Masculino	18-34	63,0	74,7	86,9	72,4
	35-49	49,4	64,0	76,4	61,9
	50+	30,7	40,3	59,2	40,9
	Total	49,9	61,8	74,1	60,2
Total	18-34	55,7	70,3	85,2	67,7
	35-49	38,9	53,0	72,7	52,7
	50+	24,9	31,9	55,4	33,6
	Total	42,3	54,0	71,9	53,3

encontrada por faixa etária, variando de 34%, entre os indivíduos com 50 anos e mais de idade, a 68%, entre os jovens de 18 a 34 anos.

Chama a atenção, ainda, a variação da percepção de saúde "boa" ou "muito boa" por condição socioeconômica. O percentual mostrou-se tanto menor quanto pior o nível socioeconômico (NSE), seja este representado pelo número de bens ou grau de escolaridade. Entre os que possuem três bens ou menos no domicílio, o percentual de respostas "muito boa" ou "boa" foi de 42%, enquanto entre os participantes que possuem oito ou mais bens o percentual foi de 72%. Analisando-se por grau de escolaridade, o percentual de auto-avaliação "muito boa" ou "boa" variou de 41%, entre os entrevistados com primeiro grau incompleto, a 72%, entre aqueles com segundo grau completo. De forma geral, o padrão encontrado é o de percepção pior da saúde entre os mais idosos, entre as mulheres quando são comparadas com os homens em qualquer faixa etária, e entre os de NSE mais baixo relativamente aos de NSE mais elevado, constatando-se que o gradiente social na auto-avaliação de saúde "boa" ou "muito boa" se repete em qualquer faixa de idade ou sexo (Tabela 1).

No que se refere ao percentual de indivíduos que responderam que não tiveram dificuldade no trabalho ou



Macapá – AP



Belém – PA

nas suas atividades habituais no mês anterior à data da pesquisa, o mesmo padrão por sexo e grupo etário foi encontrado: o percentual foi maior entre os mais jovens bem como entre os homens, em todas as faixas de idade (Tabela 2). Porém, o gradiente social não foi tão nítido quanto o evidenciado para a auto-avaliação de saúde, sugerindo que há diferenças importantes na percepção individual da saúde, que não se traduzem, pelo menos não totalmente, pelas limitações das atividades cotidianas.

Quanto às questões específicas relativas ao estado de saúde nos 30 dias que antecederam a entrevista, o maior percentual de problemas foi encontrado para estado de ânimo, estabelecido por perguntas sobre tris-

teza e depressão, bem como sobre ansiedade e preocupação: 26% dos participantes relataram grau grave de problemas relativos ao estado de ânimo. O segundo maior percentual de problemas correspondeu ao mal-estar físico ou dores no corpo, de 18%, seguido por dificuldades no sono, com percentual no mesmo patamar. A seguir, foram evidenciadas dificuldades de concentração e memorização, na visão (de perto ou de longe), e na sociabilidade (participação na comunidade e habilidade em lidar com situações de conflito), respectivamente com percentuais de 14%, 10% e 10%. Os menores graus de dificuldade corresponderam à locomoção e ao auto-cuidado (lavar-se e vestir-se),



TABELA 2: Percentual (%) de indivíduos que não tiveram dificuldade no trabalho ou atividades domésticas, no último mês, por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	77,7	83,3	85,3	81,9
	35-49	58,2	68,7	77,2	67,7
	50+	49,1	50,3	60,9	51,5
	Total	64,2	69,1	75,8	68,8
Masculino	18-34	81,7	88,4	83,7	85,8
	35-49	77,5	80,3	77,3	79,0
	50+	52,7	65,6	81,7	65,1
	Total	72,2	79,5	81,0	77,7
Total	18-34	79,7	85,8	84,6	83,7
	35-49	67,0	73,9	77,2	72,7
	50+	50,7	57,3	71,4	57,8
	Total	67,9	74,0	78,1	72,9

com menos de 6% dos indivíduos relatando problemas nestes dois aspectos (Figura 1).

O mesmo padrão encontrado para a percepção geral de saúde foi evidenciado na análise por problema específico do estado de saúde: as mulheres têm uma avaliação pior do que os homens; os mais velhos têm maior grau de dificuldades que os mais jovens; os mais ricos referem grau menor de problemas que os mais pobres. Porém, é interessante notar que o gradiente social foi bem menos acentuado para os problemas relativos à socia-

bilidade, ao estado de ânimo e às dificuldades no sono. Os maiores diferenciais socioeconômicos se referiram aos problemas de visão e de concentração/memorização (Figura 2).

Fatores de risco

De acordo com o critério internacional de obesidade (índice de massa corporal maior ou igual a 30 kg por cm²), 10% dos brasileiros são obesos e 28,5% estão acima do peso (Tabela 3). Entre os indivíduos com mais de 35 anos de idade, a obesidade é mais prevalente no sexo feminino, destacando-se que o maior percentual de

obesidade, de 17%, foi encontrado entre as mulheres de 50 anos ou mais.

Já o fumo é hábito mais frequente entre os homens, sobretudo entre os de menor NSE, para os quais o percentual de fumo diário chega a atingir 33% entre aqueles com mais de 35 anos de idade (Tabela 4). Entretanto, destaca-se que, para ambos os sexos, as proporções de fumantes são menores entre os mais jovens, o que pode ser um indicio de diminuição do hábito de fumar na população brasileira.

Tal como o fumo, o hábito de bebida alcoólica é predominante entre os homens. Enquanto 25% dos homens

FIGURA 1: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" de problemas às questões relativas ao estado de saúde

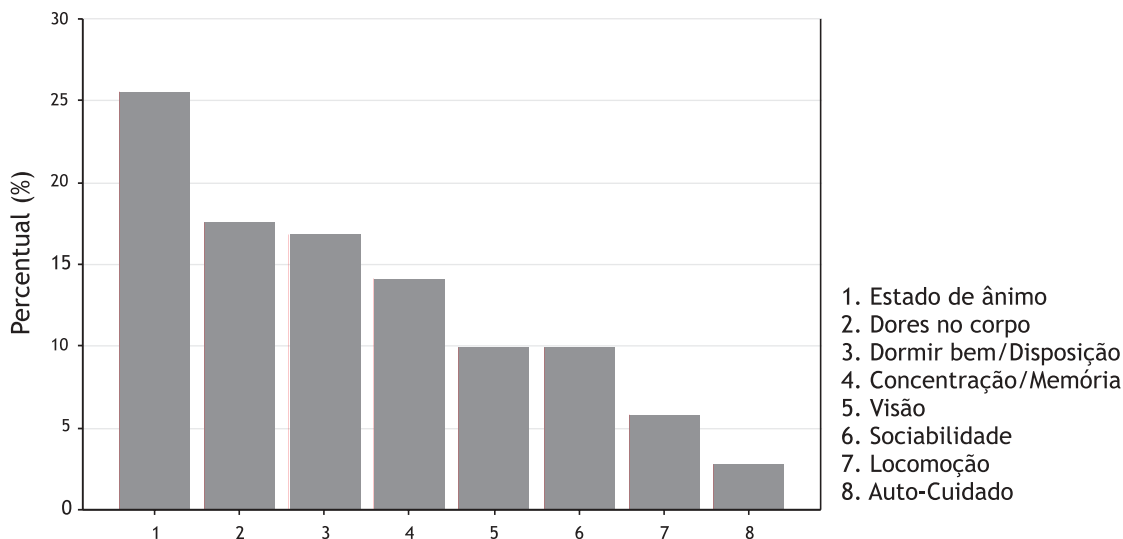
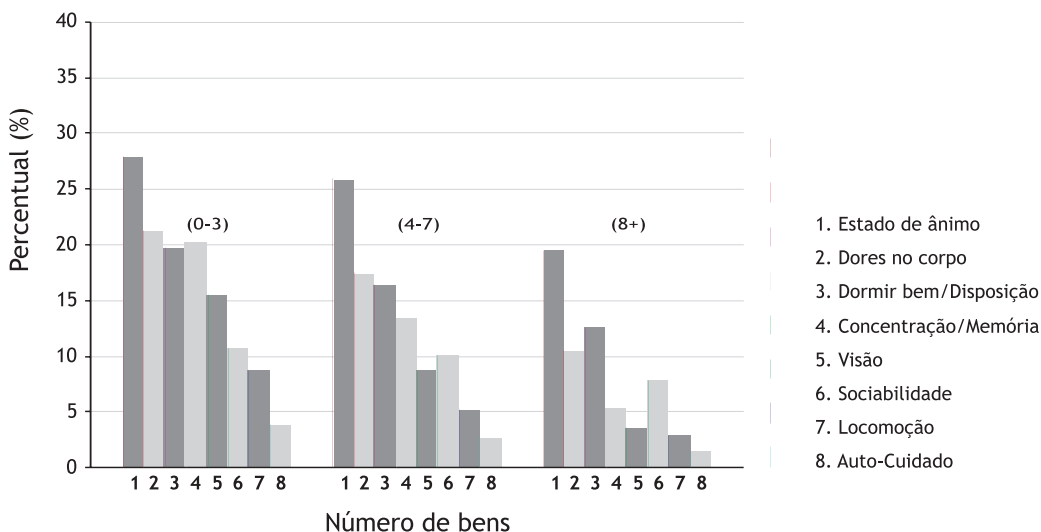


FIGURA 2: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" de problemas às questões relativas ao estado de saúde por número de bens



relataram ter tomado 5 doses ou mais de álcool na semana que antecedeu a entrevista, o percentual é de apenas 6% entre as mulheres (Tabela 5). O consumo de bebida alcoólica por condição social obedece, no entanto, padrão in-

verso ao encontrado para o hábito de fumar: quanto maior o número de bens, tanto maior é o percentual de uso de álcool. Adicionalmente, não há sinais de redução do hábito de beber na geração mais jovem.

No que diz respeito à atividade física (no lazer ou relacionadas ao trabalho), seja em atividades vigorosas, moderadas ou caminhada, 24% relataram menos do que 150 minutos por semana, tempo considerado insuficiente de

TABELA 3: Distribuição (%) segundo índice de massa corpórea por faixa etária e sexo

Sexo	Faixa etária	Abaixo do peso	Normal	Sobrepeso	Obeso
Feminino	18-34	11,0	66,4	17,4	5,1
	35-49	3,5	54,4	28,9	13,2
	50+	3,6	43,5	35,6	17,2
	Total	6,7	56,5	26,0	10,9
Masculino	18-34	4,1	68,4	21,2	6,3
	35-49	2,1	47,0	39,3	11,6
	50+	3,2	47,9	37,9	11,0
	Total	3,2	56,2	31,3	9,2
Total	18-34	7,7	67,4	19,3	5,7
	35-49	2,9	51,0	33,7	12,4
	50+	3,4	45,7	36,7	14,1
	Total	5,0	56,4	28,5	10,1



TABELA 4: Percentual (%) de indivíduos que fumam diariamente por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	17,1	9,5	9,5	11,8
	35-49	24,9	21,2	21,2	20,8
	50+	13,6	11,4	11,4	11,4
	Total	18,3	13,6	13,6	14,4
Masculino	18-34	25,8	17,3	17,3	19,2
	35-49	33,1	24,2	24,2	25,5
	50+	33,3	23,3	23,3	24,2
	Total	30,0	21,0	21,0	22,5
Total	18-34	21,0	13,2	13,2	15,2
	35-49	28,6	22,5	22,5	22,8
	50+	22,7	16,8	16,8	17,4
	Total	23,5	17,0	17,0	18,1

acordo com os critérios da OMS. Já o percentual de sedentários, que não realizam nenhum tipo de atividade física, é de 11% na população total, mas atinge o patamar de 20% entre os indivíduos mais idosos e de menor NSE (Tabela 6).

Problemas de saúde

Entre todos os participantes na pesquisa, 29% responderam afirmativamente à pergunta sobre presença de doença de longa duração ou incapacidade, sendo que 20% relataram

também limitação de suas atividades provocada pela doença (Tabela 7). Corroborando os resultados encontrados para a percepção do estado de saúde, o percentual é maior para o sexo feminino do que para o mas-

TABELA 5: Percentual (%) de indivíduos que tomaram pelo menos 5 doses de bebida alcoólica na semana anterior à pesquisa por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	5,8	6,6	10,1	6,8
	35-49	2,3	9,2	9,3	7,4
	50+	0,9	4,6	3,6	3,4
	Total	3,5	6,8	8,1	6,0
Masculino	18-34	29,4	28,8	33,3	29,5
	35-49	19,9	28,0	36,4	27,2
	50+	12,2	16,9	26,7	17,3
	Total	21,8	25,1	32,2	25,3
Total	18-34	16,5	17,2	20,4	17,4
	35-49	10,3	17,6	20,4	16,1
	50+	5,9	10,1	15,4	15,4
	Total	11,8	15,3	19,0	14,8

TABELA 6: Percentual (%) de indivíduos que não realizam atividade física por faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	4,9	7,3	12,7	7,3
	35-49	7,5	8,6	9,9	8,5
	50+	18,1	15,5	14,4	16,1
	Total	9,3	10,1	12,3	10,2
Masculino	18-34	5,6	8,1	12,2	7,9
	35-49	8,4	9,3	16,5	10,3
	50+	20,7	15,3	9,2	15,7
	Total	10,9	10,5	12,5	10,9
Total	18-34	5,2	7,8	12,5	7,6
	35-49	7,9	8,9	12,9	9,4
	50+	19,5	15,3	11,7	15,9
	Total	10,1	10,3	12,4	10,6

culino, e aumenta com a idade. Entre as mulheres de 50 anos e mais de idade, 52% relataram doença de longa duração ou incapacidade, 35% com limitação das atividades rotineiras.

Os achados relativos à auto-avaliação de saúde validam as respostas dadas à ocorrência de doença de longa duração ou incapacidade, já que percentuais de auto-avaliação "ruim" ou "muito ruim" são bem menores entre aqueles que respondem que

não têm doença, variando de 4%, entre estes, a 29%, entre os que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante. Os resultados são ainda mais pronunciados quando se analisa o grau de dificuldade em realizar atividades cotidianas. Entre os indivíduos com doença e ocorrência de limitação, o percentual de grau "grave" e "muito grave" de problemas é sempre superior neste grupo quando comparado

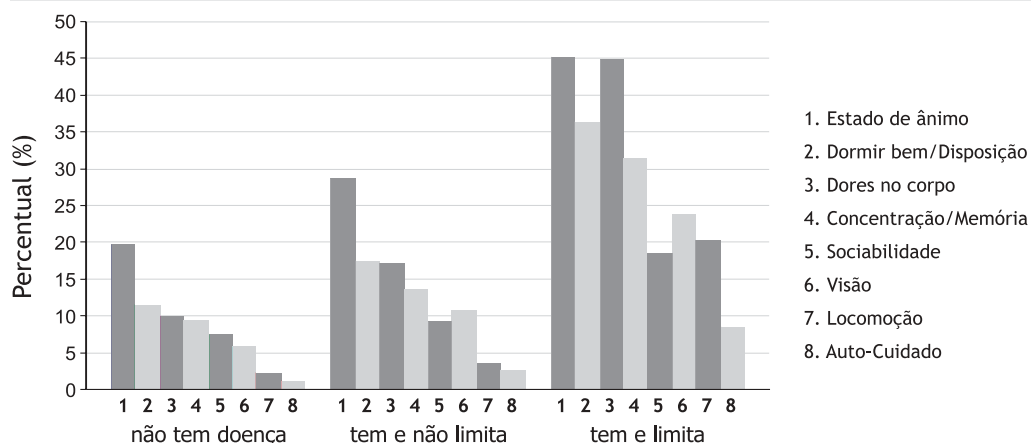
aos demais, sendo que, dentre todos os aspectos considerados na pesquisa, as maiores diferenças são encontradas para o estado de ânimo e para o grau de dores no corpo ou mal-estar físico (Figura 3).

Em relação às questões sobre problemas específicos de saúde, 10,6% responderam que já tiveram diagnóstico de artrite, 6,7% de angina, 12,1% de asma, 6,2% de diabetes, 19,3% de depressão e 1,7% de

TABELA 7: Distribuição (%) por presença de doença de longa duração ou incapacidade segundo ocorrência de limitação das atividades habituais por sexo e faixa etária

Faixa Etária	Sexo	Presença de doença ou incapacidade		
		Não tem	Tem e limita	Tem e não limita
18-34	Feminino	82,5	11,8	5,8
	Masculino	85,8	9,0	5,2
	Total	84,0	10,5	5,5
35-49	Feminino	69,1	21,6	9,3
	Masculino	77,1	15,2	7,7
	Total	72,6	18,8	8,6
50 +	Feminino	48,0	35,0	17,0
	Masculino	57,1	30,5	12,4
	Total	52,2	32,9	14,9
Total	Feminino	68,5	21,5	10,1
	Masculino	74,8	17,1	8,1
	Total	71,4	19,5	9,2

FIGURA 3: Percentual (%) de indivíduos que responderam grau "grave" ou "muito grave" às questões referentes ao estado de saúde por presença de doença de longa duração ou incapacidade e ocorrência de limitação resultante da mesma



esquizofrenia. Para quase todos os problemas, as proporções de indivíduos que já tiveram o diagnóstico da doença e se trataram por este motivo são ligeiramente inferiores aos que tiveram apenas o diagnóstico. Depressão, entretanto, é uma exceção: o percentual de 19%, relativo aos indivíduos que informaram diagnóstico desta doença, decresce para 14%, entre aqueles que relataram tratamento além do diagnóstico.

Dentre os problemas crônicos de saúde considerados na pesquisa, a pior auto-avaliação da saúde foi encontrada entre os que relataram diagnóstico de angina, para os quais o percentual de auto-avaliação

“ruim” ou “muito ruim” é de 27%. Para os que disseram ter tido diagnóstico de esquizofrenia, artrite e diabetes, os percentuais foram pouco menores, de 26%, 24% e 24%, respectivamente, mas bem mais elevados do que o percentual encontrado entre os indivíduos que não tiveram diagnóstico de nenhum destes problemas, de 5%.

No que se refere à saúde bucal, estima-se que 14% dos brasileiros perderam todos os seus dentes naturais (Tabela 8). O gradiente social para este indicador é pronunciado: entre as mulheres com mais de 50 anos de pior condição socioeconômica, o percentual alcança 56%, enquanto entre aquelas de melhor situação o

percentual é de 19%. As razões entre as proporções de indivíduos que perderam todos os dentes naturais na categoria de pior NSE (0 a 3 bens) e as encontradas na categoria de melhor NSE (8 e mais bens) são da ordem de 3:1, qualquer que seja a faixa etária ou sexo. Igualmente, o percentual de indivíduos que tiveram problema bucal no ano anterior e não receberam assistência foi de 15,4%, entre os de pior condição socioeconômica, de 10,1% na categoria intermediária, e de 4,6%, entre aqueles de melhor condição.

Quanto aos problemas provocados por causas externas nos 12 meses anteriores à pesquisa, chama a aten-

TABELA 8: Percentual (%) de indivíduos que perderam todos os dentes naturais segundo faixa etária, sexo e número de bens

Sexo	Faixa etária	0-3 bens	4-7 bens	8 + bens	Total
Feminino	18-34	3,2	2,0	0,7	2,3
	35-49	14,6	10,8	4,3	10,5
	50+	55,9	46,8	18,9	45,1
	Total	21,3	18,0	6,9	17,2
Masculino	18-34	3,2	2,4	-	2,3
	35-49	6,7	5,6	1,8	5,2
	50+	33,3	33,4	11,7	29,5
	Total	12,9	12,3	4,5	11,2
Total	18-34	3,2	2,2	0,4	2,3
	35-49	11,0	8,5	3,3	8,2
	50+	45,6	40,7	15,6	37,8
	Total	17,5	15,4	5,9	14,4

TABELA 9: Gasto (R\$) médio domiciliar mensal por componentes do gasto e número de bens

Número de bens	Componentes do Gasto										Total	
	Alimentação		Casa		Educação		Saúde		Outro			
	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%
0-3	169,54	57,53	71,16	24,15	13,31	4,52	38,87	13,19	1,79	0,61	294,68	100,00
4-7	283,86	41,97	208,91	30,89	45,93	6,79	120,53	17,82	17,04	2,52	676,27	100,00
8 +	504,53	25,44	566,54	28,57	267,12	13,47	424,32	21,40	220,69	11,13	1983,20	100,00
Total	284,27	37,18	223,39	29,22	70,16	9,18	143,10	18,72	43,64	5,71	764,56	100,00



Campo Grande – MS

ção o grande percentual de indivíduos que sofreram lesões corporais provocadas por acidentes ou agressões, igual a 11%. Entre os entrevistados do grupo etário de 18 a 34 anos do sexo masculino, o percentual do bra de valor, alcançando 22%.

A cobertura de exame ginecológico (nos três anos anteriores) com Papanicolaou, entre mulheres de 18 a 69 anos, foi de 66%, variando de 54%, entre as mais carentes, a 81%, entre as que possuem oito ou mais bens no domicílio.

Gastos em saúde

A média de gasto total mensal foi de R\$ 765, sendo que o gasto médio mensal em saúde foi de R\$ 143, aproximadamente, correspondendo a 19% do gasto total (Tabela 9). Nos domicí-

lios com número precário de bens, o gasto médio domiciliar mensal foi de cerca de R\$ 295, e o gasto em saúde, de R\$ 39, representou 13% do total. Nos domicílios mais ricos, o gasto médio mensal foi de quase R\$ 2 mil, e a fração gasta com saúde, de 21%.

Do gasto mensal com saúde, os medicamentos constituíram o principal componente, correspondendo a 32% do total, sendo que a média mensal de gastos com medicamentos foi de R\$ 44,27 (Tabela 10). Em segundo e terceiro lugar, estão os gastos com plano de saúde (R\$ 35,15) e com dentista (R\$ 22,08), representando, respectivamente, 25% e 16% do gasto mensal com saúde (R\$ 143). Na categoria mais abastecida, a média de gasto em saúde foi maior do que R\$ 400, sendo que a maior fra-

ção corresponde às quotas de seguro de saúde privado. O gasto médio mensal com plano de saúde privado foi de R\$ 160,64, e com medicamentos, de R\$ 88,83, quatro vezes maior do que a quantia gasta pelos mais pobres. Entre estes, 61% do gasto mensal em saúde (R\$ 38,87) são consumidos com medicamentos, equivalente à quantia de R\$ 22,88.

O percentual de indivíduos que tiveram que pegar empréstimo ou vender objetos de valor para pagar despesas com saúde foi de 9% na população brasileira, variando de 7% a 11%, dos menos aos mais carentes. Entre as pessoas que têm doença de longa duração ou incapacidade com limitação dela resultante, o percentual alcança 16%.



Planos de saúde

Os resultados da pesquisa indicam que 25,8% dos brasileiros têm planos de saúde, sendo que 2,2% de servidor público, 21,2% plano privado, e 2,4% de servidor público e privado. Analisando-se por categoria de número de bens, o percentual de pessoas com plano de saúde privado varia de 4%, entre os de pior NSE, a 64%, entre os de melhor condição socioeconômica.

Desempenho do Sistema de Saúde

Entre os 5.000 indivíduos que participaram da pesquisa, 70% precisaram de assistência de saúde no ano anterior. O percentual de utilização foi maior para o sexo feminino quando comparado ao masculino, e mais

TABELA 10: Gasto (R\$) médio domiciliar mensal em saúde por componentes do gasto e número de bens

Componentes do Gasto	Número de bens						Total	
	0-3		4-7		8 +			
	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%	Gasto (R\$)	%
Medicamentos	22,88	58,9	43,42	36,0	88,83	20,9	44,27	30,9
Plano de saúde	1,69	4,3	18,61	15,4	160,64	37,9	35,15	24,6
Dentista	2,78	7,2	20,49	17,0	65,28	15,4	22,08	15,4
Óculos, próteses, etc	2,98	7,7	11,51	9,5	26,73	6,3	11,32	7,9
Internações	2,29	5,9	7,98	6,6	27,17	6,4	9,22	6,4
Exames	2,27	5,8	7,06	5,9	9,32	2,2	5,99	4,2
Consultas médicas	2,39	6,1	5,93	4,9	10,37	2,4	5,57	3,9
Total do gasto com saúde	38,87	100,0	120,53	100,0	424,32	100,0	143,10	100,0

elevado na categoria de indivíduos mais abastecidos, para ambos os sexos (Figura 4). A utilização é também mais freqüente entre os que têm planos de saúde (81%) do que entre os que não têm (67%).

Somente 127 dos entrevistados (2,7%) responderam que não conseguiram assistência de saúde na última vez que precisaram. Este percentual foi de 3,3% entre os mais carentes, de 2,8% na categoria intermediária e de 0,8% entre os que possuem oito ou mais bens no domicílio.

Em relação à obtenção dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde que precedeu o inquérito, 87% conseguiram adquirir todos os medi-

camentos prescritos, 5% conseguiram adquirir grande parte e 8%, muito poucos ou nenhum. Na categoria de indivíduos de pior condição social, 10,2% não conseguiram adquirir os medicamentos prescritos. A falta de dinheiro foi o motivo mais freqüentemente alegado.

Avaliação do atendimento ambulatorial

Dos 2.396 indivíduos que receberam algum cuidado de saúde sem internação no ano anterior, 19% pagaram diretamente o atendimento (sem reembolso), 21% pagaram pelo plano e 60% utilizaram o SUS. Entre todos os usuários, 19% acharam que a disponibilidade de medicamentos não era adequada, 9%, que os equi-

pamentos do profissional de saúde eram inadequados e 8%, que as habilidades do profissional de saúde eram inadequadas. Já entre os usuários do SUS, estes percentuais se elevam, respectivamente, para 24%, 12% e 10%.

Uma proporção significativa de usuários se sentiu discriminada no atendimento ambulatorial: 9% sentiram que receberam tratamento pior do que às outras pessoas por falta de dinheiro e 8%, devido à classe social (Figura 5). Entre os usuários do SUS, estes percentuais foram de 11% e 10%. Do total de usuários, 1,2% se sentiu discriminado pela cor.

Dentre todos os aspectos do atendimento ambulatorial que foram avaliados pelos usuários, o "tempo de

FIGURA 4: Percentual (%) de indivíduos que precisaram de assistência de saúde no último ano por sexo e número de bens

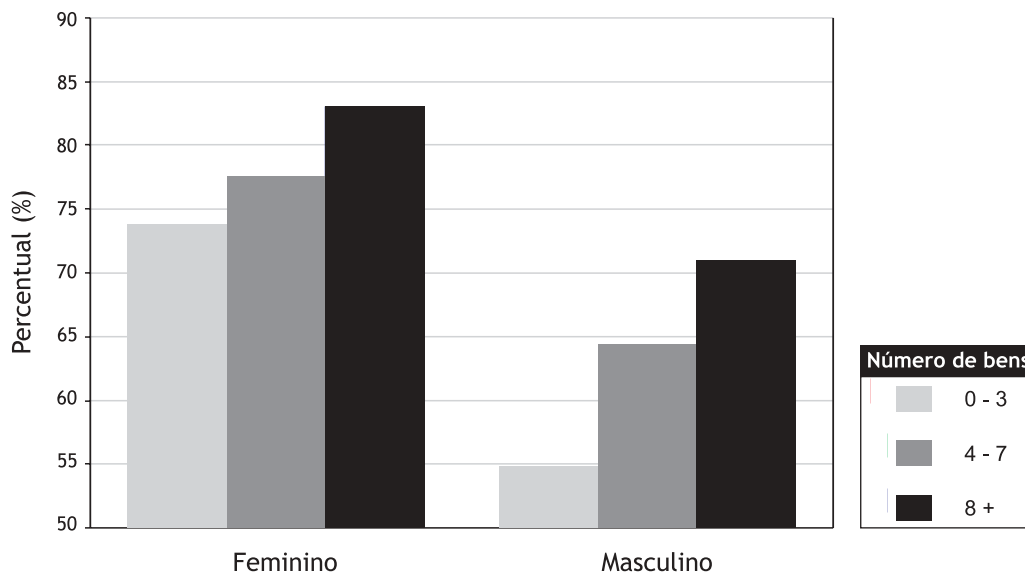
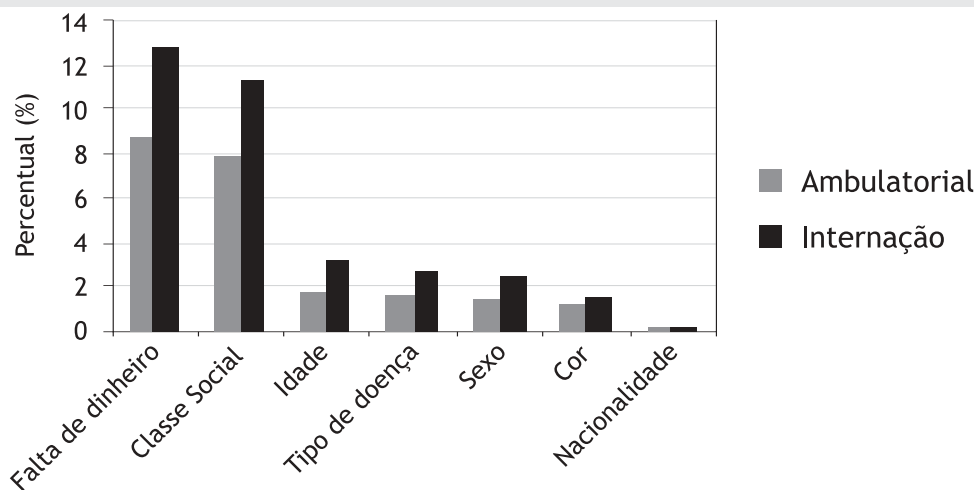


FIGURA 5: Percentual (%) de indivíduos que tiveram assistência de saúde (ambulatorial no último ano ou internação nos últimos 5 anos) que acham que foram tratados pior segundo o motivo da discriminação

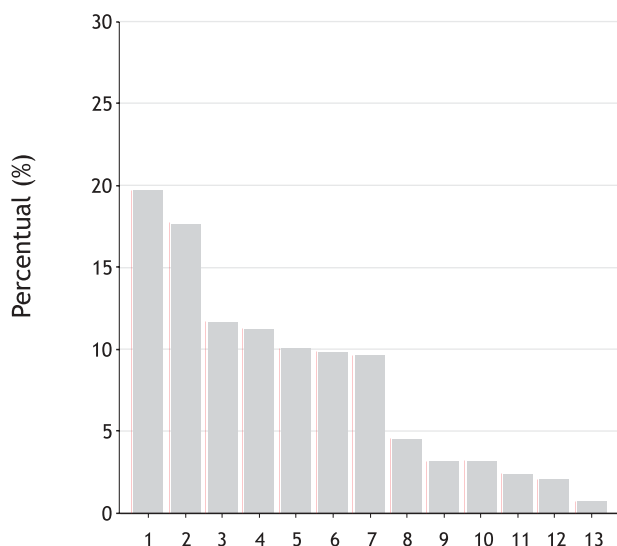


espera” foi o que teve maior grau de insatisfação (21%), seguido, de perto, por “liberdade de escolha do profissional de saúde” (20%) (Figura 6). Os aspectos “participação na tomada de decisões sobre o tratamento”, “possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento”, “espaço disponível das salas de espera e dos exames”, “tempo gasto de desloca-

mento” e “tempo para fazer perguntas” foram avaliados como “ruim” ou “muito ruim” por pouco mais de 10% dos usuários. Percentuais pequenos de insatisfação, inferiores a 5%, foram obtidos para “clareza nas explicações”, “privacidade com os profissionais de saúde”, “respeito no tratamento”, “sigilo sobre as informações pessoais” e “respeito à intimidade”.

Comparando-se o percentual de usuários que fizeram uma avaliação “boa” ou “muito boa” por forma de pagamento do atendimento, invariavelmente para todos os aspectos estudados, o percentual é sempre menor para os usuários do SUS (Tabela 11). Entre estes, menos da metade fez uma avaliação positiva do “tempo de espera” (45%) e da

FIGURA 6: Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito ruim” ou “ruim” segundo aspectos relativos à assistência ambulatorial



1. Tempo de espera
2. Liberdade de escolha do profissional de saúde
3. Participação na tomada de decisões sobre o tratamento
4. Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
5. Espaço disponível das salas de espera e dos exames
6. Tempo gasto de deslocamento
7. Tempo para fazer perguntas
8. Clareza nas explicações
9. Limpeza das instalações do serviço
10. Privacidade com os profissionais de saúde
11. Tratamento respeitoso
12. Sigilo sobre as informações pessoais
13. Intimidade respeitada



TABELA 11: Percentual (%) de indivíduos com avaliação “muito boa” ou “boa” segundo aspectos relativos à assistência ambulatorial por forma de pagamento do atendimento

Aspecto	Direto	Plano	SUS	Total
Tempo de espera	74,8	72,1	45,4	56,7
Liberdade de escolha do profissional de saúde	87,3	78,0	48,9	64,6
Participação na tomada de decisões sobre o tratamento	83,5	86,7	59,8	70,0
Possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos	85,2	86,3	60,1	70,5
Espaço disponível das salas de espera e dos exames	87,9	88,1	63,9	73,6
Tempo para fazer perguntas	92,0	88,6	65,9	75,7
Tempo gasto de deslocamento	78,1	78,3	68,9	72,6
Clareza nas explicações dos profissionais de saúde	94,6	92,5	80,0	85,5
Limpeza das instalações do serviço	96,9	98,3	79,3	86,7
Privacidade com os profissionais de saúde	92,2	96,1	83,3	87,7
Tratamento respeitoso	96,3	96,8	86,0	90,2
Sigilo sobre as informações pessoais	96,2	97,0	89,0	92,2
Intimidade respeitada	96,0	98,1	94,0	95,2



Feliz Natal – MT



"liberdade de escolha do profissional de saúde" (49%), e menos do que 70% da "participação na tomada de decisões sobre o tratamento" (60%), da "possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos" (60%), do "espaço disponível das salas de espera e dos exames" (64%), do "tempo para fazer perguntas" (66%), bem como do "tempo gasto com deslocamento" (69%). O índice médio de avaliação do atendimento ambulatorial, numa escala de 0 a 100, foi de 77, variando de 70, entre os usuários do SUS, a 89, entre os que pagaram o atendimento pelo plano de saúde.

Avaliação da assistência de saúde com internação

Dos 5.000 entrevistados, 1.547 (31%) relataram assistência de saúde com internação nos cinco anos antes da pesquisa. Destes, 71,0% foram

atendidos pelo SUS, 22,5% pagaram pelo plano de saúde e 6,5% pagaram diretamente, sem reembolso.

Do total de usuários, 9% relataram insatisfação com as habilidades do profissional de saúde e 8% com os equipamentos, enquanto 7% acharam inadequada a disponibilidade de medicamentos. Entre os usuários do SUS, estes percentuais se elevam para 10%, 10% e 9%, respectivamente.

Quanto ao tempo de espera para a internação (desde o momento que o usuário precisou da internação), mais de 90% dos usuários conseguiram a internação em menos de um dia, tanto para os que não pagaram o atendimento (SUS) como para aqueles que pagaram pelo plano (Figura 7).

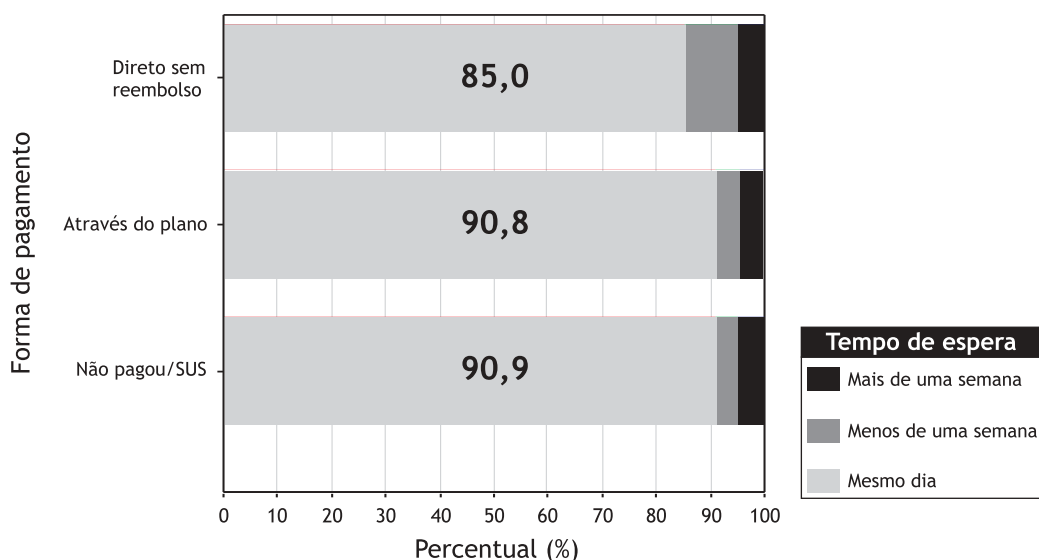
Fração considerável dos entrevistados com internação nos últimos 5 anos se sentiu discriminada, em níveis mais elevados ainda, em relação aos

usuários do atendimento ambulatorial: 13% por falta de dinheiro e 11% pela classe social. Entre os que não pagaram pela internação, 15% e 13% sentiram que foram tratados de modo pior por estes dois motivos, respectivamente. No total dos usuários, 1,5% se sentiu discriminado pela cor (Figura 5, na página 28).

Entre todos os aspectos da internação avaliados pelos usuários, o maior percentual de insatisfação correspondeu à "liberdade de escolha do profissional de saúde", de 25% (Figura 8). Em segundo lugar, foi "facilidade em estar em contato com o mundo exterior", para o qual 19% fizeram uma avaliação ruim. Cerca de 15% avaliaram mal os seguintes aspectos: "tempo gasto com deslocamento"; "tempo de espera até ser atendido"; "possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento"; "participação na tomada de decisões sobre o tratamento"; "tempo para fazer perguntas". Já a "privacidade com os profissionais de saúde" e "facilidade em ter visitas" foram avaliadas como "ruim" ou "muito ruim" por aproximadamente 12% dos entrevistados, enquanto "espaço disponível na internação" e "clareza nas explicações", por 9%. A "limpeza das instalações" foi objeto de insatisfação para 6%, e "sigilo sobre as informações pessoais", "respeito no tratamento", e "respeito à intimidade", para menos de 5% dos usuários.

A análise comparativa das avaliações dos usuários por forma de pagamento da internação indica que

FIGURA 7: Distribuição (%) dos indivíduos que tiveram assistência com internação nos últimos 5 anos por tempo de espera até a internação e forma de pagamento da internação

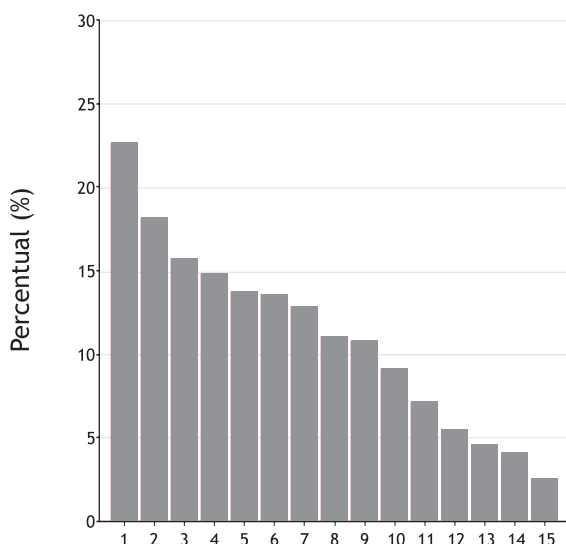


os percentuais de satisfação entre os usuários do SUS são sempre inferiores aos obtidos entre os usuários que pagaram o atendimento pelo plano de saúde, para qualquer dos aspectos contemplados na pesquisa (Tabela 12). Entre os usuá-

rios do SUS, menos de 50% fizeram uma avaliação boa da "liberdade de escolha dos profissionais de saúde" (47%); menos do que 60%, da "possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento" (58%), da "participação na tomada

de decisões sobre o tratamento" e da "facilidade de estar em contato com mundo exterior"; e menos do que 70% do "tempo gasto com deslocamento", do "tempo para fazer perguntas", do "tempo de espera até ser atendido", e da

FIGURA 8: Percentual (%) de indivíduos com avaliação "muito ruim" ou "ruim" segundo aspectos relativos à assistência com internação



1. Liberdade de escolha do profissional de saúde
2. Facilidade em estar em contato com o mundo exterior
3. Tempo gasto de deslocamento
4. Tempo de espera até ser atendido
5. Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
6. Participação na tomada de decisões sobre o tratamento
7. Tempo para fazer perguntas
8. Privacidade com os profissionais de saúde
9. Facilidade em ter visitas
10. Espaço disponível na internação
11. Clareza nas explicações
12. Limpeza das instalações do serviço
13. Sigilo sobre as informações pessoais
14. Tratamento respeitoso
15. Intimidade respeitada



TABELA 12: Percentual (%) de indivíduos com avaliação "muito boa" ou "boa", segundo aspecto relativo à internação por forma de pagamento da internação

Aspecto	Direto	Plano	SUS	Total
Liberdade de escolha do profissional de saúde	77,6	84,5	47,2	57,5
Possibilidade de obter informações sobre outros tratamentos	77,2	85,8	58,3	65,7
Participação na tomada de decisões sobre o tratamento	78,2	84,0	59,0	65,9
Tempo gasto de deslocamento	71,1	81,6	60,8	66,1
Facilidade em estar em contato com o mundo exterior	76,5	82,9	59,2	65,6
Tempo para fazer perguntas	77,2	89,2	62,9	69,8
Tempo de espera até ser atendido	72,4	86,4	67,8	72,3
Privacidade com os profissionais de saúde	87,2	90,6	67,9	74,3
Espaço disponível na internação	87,9	91,4	71,5	77,0
Facilidade em ter visitas (família e amigos)	82,0	88,6	69,9	74,9
Clareza nas explicações dos profissionais de saúde	86,3	90,5	78,3	81,5
Limpeza das instalações do serviço	89,4	91,7	78,0	81,8
Sigilo sobre as informações pessoais	89,2	96,6	81,5	85,5
Tratamento respeitoso	90,6	93,8	85,8	87,9
Intimidade respeitada	95,2	96,8	90,2	92,0

"privacidade com os profissionais de saúde". O índice médio de avaliação da internação, numa escala de 0 a 100, foi de 73, para o total de usuários; de 88, para aqueles que pagaram a internação pelo plano de saúde; e de 68, para os usuários do SUS.

4.7. Grau de satisfação com o funcionamento da assistência

A todos os 5.000 entrevistados foi feita a seguinte pergunta: "Em geral, qual o seu grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no país?". O percentual de insatisfação foi de 58% (22% insatisfeitos e 36% muito insatisfeitos) e o de satisfação de apenas 27%, com 19% satisfeitos e 8% muito satisfeitos (Figura 9).



O grau de insatisfação foi ligeiramente superior entre as mulheres quando comparadas aos homens, e na faixa etária intermediária (35 a 49 anos), para ambos os sexos. Diferenças maiores foram encontradas por grau de escolaridade, observando-se que o grau de insatisfação é tanto maior quanto melhor o nível de instrução (Figura 10).

Não houve diferença significativa entre os percentuais de insatisfação quando os participantes que tiveram assistência de saúde no último ano foram comparados aos que não tiveram. Por outro lado, o fato de não ter conseguido assistência quando precisou foi fator determinante da insatisfação. Entre os 2,7% do total de entrevistados que não conseguiram assistência, o percentual de insatisfação atingiu quase 80%. Da mesma forma, pagar por plano de saúde privado também se mostrou uma variável associada à insatisfação. Entre os entrevistados que têm plano de saúde privado, o percentual de insatisfeitos é 72%, percentual este que aumenta proporcionalmente aos gastos com saúde, particularmente com a cota de seguro mensal de saúde (Figura 11). Para os que gastam mais de R\$ 200 por mês com plano de saúde, o percentual de insatisfação é 78%.


Variações pouco relevantes no percentual de insatisfação foram encontradas para o percentual do gasto domiciliar mensal com saúde, evidenciando-se que o valor absoluto do gasto foi bem mais importante do que o relativo. A presença de doença de longa duração ou incapacidade também não mostrou influência na insatisfação. 

FIGURA 9: Distribuição (%) dos indivíduos de acordo com o grau de satisfação com o funcionamento da assistência de saúde no país

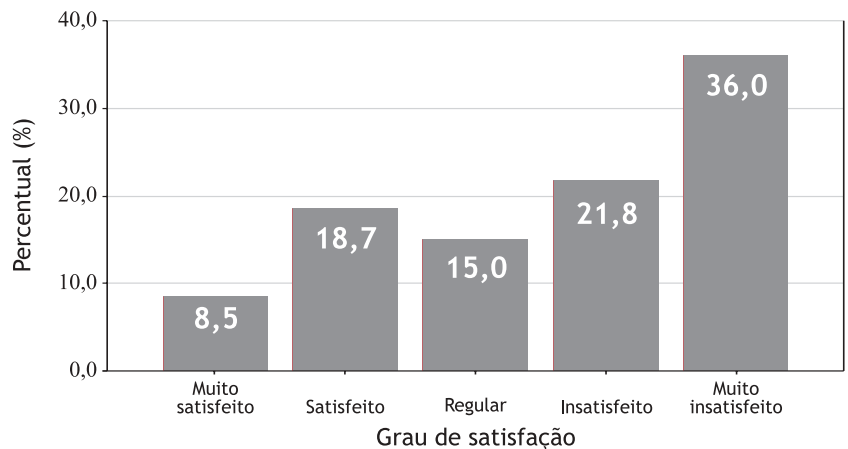


FIGURA 10: Percentual (%) de insatisfação com o funcionamento da assistência de saúde por sexo e grau de escolaridade

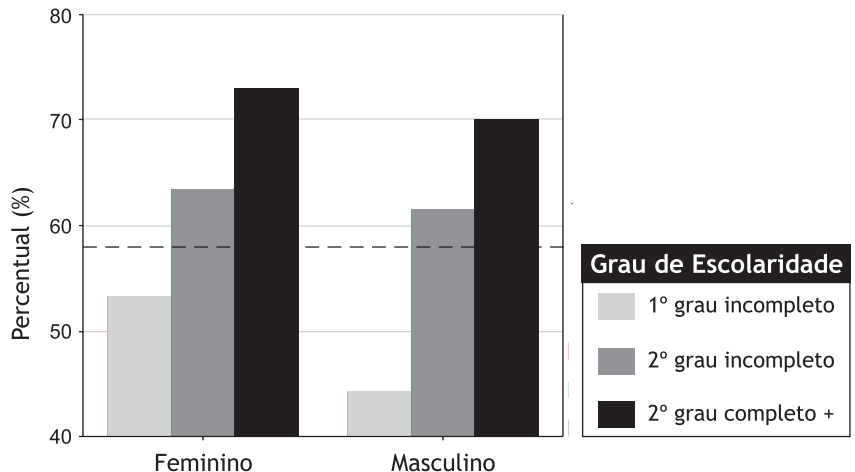
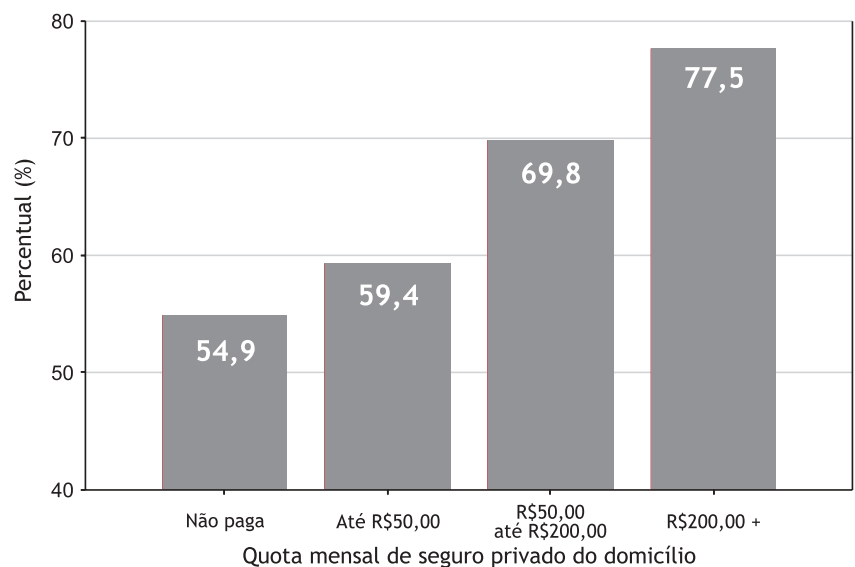


FIGURA 11: Percentual (%) de insatisfação com o funcionamento da assistência de saúde por quota mensal do plano de saúde



Referências bibliográficas

Almeida CM, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Maglionico A, Millar JS, Porto S, Costa NR, Rubio VO, Segall M., Starfield B, Travassos C, Ugá A, Valente J, Viacava F. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357:1692-1697, 2001.

Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 20(3): 10-20, 2001.

Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*. 22; 323(7314):678-81, 2001.

Häkkinen U & Ollila E (eds.). *The World Health Report 2000: What does it tell us about health systems? Analyses by Finnish experts*. Helsinki: National Research and Development Center for Welfare and Health (STAKES). [http://www.stakes.fi/english/publicati/Publications.htm], 2000.

Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *Lancet*, 357(9269): 1671-1672, 2001.

Jamison DT & Sandbu ME. WHO ranking of health system performance. *Science Reprint*, 293: 1595-96, 2001.

Mulligan J, Appleby J, Harrison A. Measuring the performance of health systems indicators still fail to take socioeconomic factors into account. *BMJ*, 321: 191-92, 2000.

Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356: 1598-601, 2000.

Navarro V. The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health*, 92(1): 31-34, 2002.

Rosén M. Can the WHO Health Report improve the performance of health systems? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1):76-80, 2001.

Szwarcwald CL. On the World Health Organization's measurement of health

inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:177-182, 2002.

Travassos C. Assessing health systems performance – a critical appraisal about the WHO World Health Report 2000 and future developments. Paper presented at *Conference on Restructuring of Health Services and Corporate Public Health in the Era of Reforms. 5-7-2001*, Maastricht, The Netherlands, 2001.

Ugá AD, Almeida CM, Szwarcwald CL, Travassos C, Viacava F, Ribeiro JM, Costa NR, Buss PM, Porto S. Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3):705-712, 2001.

Ustun TB, Chatterji S, Villanueva M, Çelik LBC, Sadana R, Valentine N, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Cao Y, Jun XW, Ozaltin E, Mathers C, Murray CJL. Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. Geneva: World Health Organization. (GPE Discussion Paper 37), 2001.

WHO – World Health Organization. *The World Health Report 2000*. Geneva: WHO, 2000.



Avanço na avaliação dos sistemas de saúde

A metodologia da nova Pesquisa Mundial de Saúde da OMS vem correspondendo às expectativas de especialistas como a epidemiologista Rita Barradas Barata, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa São Paulo. Ela destaca o esforço exigido na elaboração de uma metodologia mais apropriada para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. "Foi um passo importante no desenvolvimento de metodologias de avaliação de sistema de saúde", acredita. "O desafio de aprimorar formas comparáveis de avaliação não é pequeno, pois se trata de desenvolver estratégias sintéticas sem perder, no processo, a complexidade do objeto que se pretende analisar".

A pesquisa 2003 incluiu mudanças de metodologia em relação à de 2000, cujos resultados, lembra a epidemiologista, foram "polêmicos e incoerentes". "A modelagem matemática de um conjunto de indicadores para produzir uma única nota, e com isso posicionar cada país e seu sistema de saúde num ranking, resultou num procedimento falho, artificial e enganoso", sustenta. Na atual pesquisa, no entanto, essas lacunas foram preenchidas e o resultado agradou. "Não se procurou transformar aspectos tão distintos como a situação da saúde, a satisfação dos usuários e os



gastos com saúde numa única medida", afirma Rita Barradas.

Para ela, a manutenção das diferentes dimensões e seus indicadores permite compreender melhor o desempenho de cada sistema avaliado. "A pesquisa abarca dimensões relativas à situação de saúde (estado de saúde e prevalência de problemas selecionados), distribuição de determinantes de saúde e prevalência de fatores de risco, acesso a serviços de saúde e cobertura de ações de saúde, satisfação dos usuários e gastos com saúde. Assim, é possível ter um panorama mais próximo da complexidade desse objeto, e aquilatar os esforços feitos em cada país para atender às necessidades de saúde da população", analisa. Outro ponto positivo destacado por Rita Barradas é a possibilidade de troca de experiências entre diferentes países, uma vez que a mesma metodologia foi utilizada por todos eles.

A epidemiologista ressalta as informações inéditas da pesquisa, como a

prevalência de fatores e situações de risco. "Até o momento, não se dispunha de informações com abrangência nacional para esses aspectos". Há também dois pontos relevantes para o SUS. "Várias informações relativas à cobertura de atividades sugerem que a universalidade do sistema é um fato real", diz. Das pessoas que referiram problemas de saúde, 97,3% afirmaram ter obtido algum tipo de assistência. Dessas, 86,9% obtiveram todos os medicamentos prescritos. Apenas 13,1% das mulheres referiram nunca ter realizado o exame de Papanicolau. "O grande desafio para o sistema brasileiro parece estar nos dois outros princípios constitucionais: a integralidade e a equidade", avalia.

Os dados ainda permitem avaliar aspectos como a comunicação social. "Aparentemente, apontam uma contradição entre a avaliação que os indivíduos fazem do atendimento particular por eles recebido e a avaliação que fazem do sistema de saúde como um todo", diz Rita.

– O grau de insatisfação é muito maior na avaliação do sistema do que na avaliação dos atendimentos recebidos. O esclarecimento dessa aparente contradição exige pesquisas mais aprofundadas desses aspectos, inclusive, de possíveis preconceitos que podem perdurar na população em relação a políticas públicas e sociais. (W. V.)

