EQÜIDADE NA SAÚDE: UMA ANÁLISE EM SERVIÇOS AMBULATORIAIS PÚBLICOS EM BELO HORIZONTE*

Moema Miranda de Siqueira**

1. Apresentação; 2. A temática eqüidade; 3. Metodologia; 4. Análise dos dados.

Perfil da demanda atendida. Esquema de atendimento. Percepção dos pacientes sobre a atenção recebida na rede ambulatorial do estado e da Prefeitura de Belo Horizonte. Indicadores de eqüidade nos serviços de saúde. Comparação dos resultados com estudos nacionais e internacionais.

1. *Apresentação*

A eqüidade, temática constante e enfática do discurso da saúde no passado recente, não envolve necessariamente o significado de igualdade de oportunidades, nem muito menos igualdade dos recursos e da qualidade dos serviços preventivos e curativos à disposição de diferentes grupos sociais. O reconhecimento da existência de núcleos de população marginais em relação ao simples direito à saúde, em várias nações do mundo, especialmente naquelas com elevadas concentração de renda e/ou maior escassez de recursos, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estabelecer, em 1978, a meta de saúde para todos no ano 2000.

Embora seja indiscutível que os indicadores alarmantes de saúde, ainda hoje prevalecentes em parcelas ponderáveis da população mundial, refletem condições indesejáveis de ocupação, renda, saneamento, habitação e outras variáveis sociais, é também verdade que decorrem da organização e distribuição impróprias dos serviços.

A necessidade de reprodução de força de trabalho para o processo produtivo explica grande parte das variações na oferta de serviços para diferentes grupos sociais. A história da Previdência Social e das formas organizacionais da prática médica no Brasil reflete essa tendência.

O presente artigo, a partir de breve revisão do tema no discurso oficial, pretende contribuir para o entendimento da eqüidade na saúde, com base em pesquisa realizada nas redes estadual e municipal de ambulatórios de Belo Horizonte.

2. *A temática eqüidade*

No início da década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde, ao constatar que a inadequada oferta de serviços de saúde era um dos principais problemas sociais do mundo contemporâneo, estabeleceu como objetivo do Plano Decenal de Saúde para as Américas a extensão de cobertura às populações rurais, identificadas como grupos marginais em relação às condições de (e para a) saúde.[1] Essa

* Este artigo foi baseado em pesquisa financiada pela Finep sobre Hierarquização em Saúde – análise da rede ambulatorial de Belo Horizonte, coordenada pelo Prof. Benedictus Philadelpho de Siqueira e com a participação dos Profs. Clóvis Boechat de Menezes, José Ribeiro de Paiva Filho e Adelaide Maria Coelho Baeta.

** Doutora em Administração; professora adjunta na Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG.

[1] Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de la Salud para las Américas*. Washington, 1972.

meta tornou-se prioritária nos programas de cooperação internacional da OMS e o Banco Mundial também colaborou para a difusão da idéia, através de financiamento de projetos de extensão de cobertura.

Na IV Reunião Especial de Ministros de Estado da América Latina, em 1977, o propósito anterior de intensificar os esforços para a extensão de cobertura foi confirmado, ampliando-se a prioridade tanto para os grupos marginalizados e subatendidos da área rural quanto para a urbana.[2]

A Declaração de Alma Ata definiu um nível aceitável de saúde como componente básico do desenvolvimento social de qualquer país e, refletindo a preocupação com a eqüidade, defendeu que os cuidados essenciais deveriam ser colocados ao alcance universal dos indivíduos e famílias da comunidade.[3] No Brasil, a V e a VI Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 1975 e 1977, respectivamente, incluíram em seus temários a extensão das ações de saúde às populações rurais e a interiorização dos serviços de saúde na região Nordeste, através do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass).[4]

A VII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1980, reavaliou os objetivos em vigor, concluindo que o modelo do Piass era mais adequado às características rurais e dos pequenos centros de regiões como o Nordeste, exigindo-se novos modelos, com a presença, inclusive, de atendimento médico diferenciado, para a satisfação da demanda nos médios e grandes centros urbanos.[5]

O Prev-saúde, projeto elaborado por um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social, defendeu essas teses. Segundo ele, as regiões metropolitanas, onde se aglomeram, em decorrência principalmente do intenso movimento migratório, cerca de 30% da população brasileira em condições de crescente marginalidade, não poderiam ficar fora do âmbito das medidas. A diferença em relação ao preconizado para a área rural residiria na estratégia básica de desconcentrar e racionalizar a distribuição e a utilização dos recursos existentes nas cidades e orientar o crescimento da rede urbana, reforçando o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) como órgão hegemônico do sistema.[6]

As inúmeras críticas que o Prev-saúde acumulou, provavelmente por ter sido um projeto tecnocrático dissociado da sociedade, inclusive produzindo duas versões diferentes, acabaram por inviabilizar a sua implantação. A criação do Inamps, no fim da década de 70, aglutinando a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, havia representado formalmente a integração do princípio de universalização da seguridade social, desvinculando cada vez mais o atendimento médico da condição de segurado, muito embora não tivesse eliminado a questão financeira, cuja base continuou a ser a contribuição dos segurados.[7]

[2] Organização Pan-Americana de Saúde. *Extensão de cobertura dos serviços de saúde baseada nas estratégias de assistência primária e participação da comunidade*. Washington, 1977.

[3] Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Relatório final*. Alma Ata, 1978.

[4] Conferência Nacional de Saúde – V Conferência. *Relatório final*. Brasília, 1975; Conferência Nacional de Saúde – VI Conferência. *Relatório final*. Brasília, 1977.

[5] Conferência Nacional de Saúde – VII Conferência. *Relatório final*. Brasília, 1980.

[6] Brasil – Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* – Prev-saúde. Brasília, 1980.

[7] Oliveira, Jaime A. de A. & Teixeira, Sonia M. F. In: *Previdência Social*. 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1986.

Com o agravamento da crise financeira do sistema, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), embora fundamentalmente preocupado com as medidas racionalizadoras, retoma algumas questões básicas relativas à eqüidade. Preocupa-se, por exemplo, com a superação de diferenças na assistência médica aos vários grupos populacionais, propondo a equiparação urbano-rural, a universalização do atendimento e a unificação progressiva das várias modalidades assistenciais. Preconiza a humanização do atendimento, aí incluindo a eliminação de filas e assegurando a oferta de serviços em volume adequado a parâmetros de cobertura e com padrões qualitativos assistenciais definidos.[8]

A estratégia fixada para implementação do plano estabeleceu, no que se refere à eqüidade, que a equiparação da atenção rural à urbana seria processada gradualmente. Em relação à assistência odontológica, o plano propunha a ampliação da cobertura a custos compatíveis com as realidades orçamentárias do Inamps, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação. A partir daí a temática tornou-se mais enfática, destacando-se no contexto do projeto da Reforma Sanitária.

Na proposta da Abrasco para a VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de universalização da atenção à saúde inclui explicitamente toda a população brasileira, sem qualquer tipo de discriminação, garantindo o acesso de todos a todos os níveis dos serviços, de acordo com suas necessidades. A ampliação da cobertura da população dar-se-ia através do aumento do número de unidades de saúde estatais por todo o país.[9]

A VIII Conferência Nacional de Saúde, como momento privilegiado do longo processo de luta pela transformação do sistema de saúde brasileiro, conseguiu formular um projeto de Reforma Sanitária onde são pontos básicos o acesso universal e igualitário da população aos serviços e a integralização das ações de saúde. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) é preconizado como capaz de implantar o atendimento gratuito para todos indistintamente, mesmo os não-contribuintes da Previdência, acabando de uma vez com a figura do indigente.[10]

Por fim, após longas discussões na Constituinte, nas quais influíram decisivamente os grupos progressistas, o art. 196 da nova Constituição consagrou o direito de todos à saúde, sendo dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.[11]

Hoje se reconhece cada vez mais que a Reforma Sanitária precisa acelerar o processo de transformação no setor, a fim de que as mudanças não sejam meramente administrativas. A ampliação das bases de sua legitimação envolve outras mudanças substantivas, das quais a melhoria da qualidade dos serviços prestados e do nível de resolubilidade são importantes itens, ligados de maneira especial à temática *eqüidade*.

[8] Brasil – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). *Plano de reorganização da assistência à saúde no âmbito da previdência social.* (Portaria nº 3.062, 23 de agosto de 1982.)

[9] Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A questão da reforma sanitária. *Abrasco,* Rio de Janeiro, Secretaria Executiva da Abrasco, *18*: 3, abr./jun. 1986.

[10] Conferência Nacional de Saúde – VIII Conferência. *Relatório final.* Brasília, 1986.

[11] Brasil. Da Ordem Social, Seção II, Da Saúde. *Constituição da República Federativa do Brasil,* art. 196, 1988.

3. *Metodologia*

Para a definição do universo e da amostra da pesquisa, utilizou-se listagem fornecida pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de Minas Gerais (Prodemge), contendo as unidades componentes das Ações Integradas de Saúde (AIS) em Belo Horizonte, na medida em que representavam, naquele momento, o instrumento da organização proposta para o sistema universalizado, regionalizado e hierarquizado de sáude.

Daquelas unidades, optou-se por trabalhar com a rede pública estadual e municipal de ambulatórios, que deveria exercer importante papel no sistema referenciado de atenção. Dificuldades diversas – de natureza financeira, operacional, greves, "pacotes" econômicos, etc. – impediram a total cobertura do universo. Foram estudados 25 ambulatórios do estado e 40 da Prefeitura, correspondendo, respectivamente, a 66 e 62,5% do total.

A *eqüidade* foi um dos aspectos analisados na pesquisa, sendo os demais – organização dos serviços, participação e esquema tecnológico – embora intimamente inter-relacionados, objeto de outros artigos.

3.1 Fontes e instrumentos de coleta de dados

Considerando que o projeto definiu diferentes níveis de análise, envolvendo abordagens, macrossocial e microssocial, foi necessário o uso de fontes primárias – pesquisa de campo e observação direta – e secundárias – históricas, bibliográficas e documentais – para o levantamento de dados.

Os dados secundários foram usados para construir um quadro referencial mais abrangente, com técnicas de análise de discurso, a partir principalmente das leis e atos normativos que no passado recente prescreveram a organização dos serviços de saúde no Brasil, desde a Lei nº 6.222, de 17 de julho de 1975, de criação do Sistema Nacional de Saúde, passando pelo Piass, Prev-saúde, VI e VII Conferências Nacionais de Saúde, Conasp, VIII Conferência, Reforma Sanitária, Suds, até a nova Constituição. Foi feita também uma revisão do que se tem divulgado sobre o assunto em publicações acadêmicas.

Os dados estatísticos permitiram a reconstituição da visão histórica do comportamento da rede. A microanálise utilizou como instrumentos de coleta dois tipos de questionários – para as chefias e para os pacientes – e documentos (impressos, formulários, normas) recolhidos nos ambulatórios pesquisados. Foi enviado um ofício aos secretários estadual e municipal de sáude, solicitando autorização para a pesquisa. A formalização dessa autorização pelos respectivos secretários facilitou muito o acesso aos chefes dos ambulatórios e a resposta aos questionários.

Tentou-se institucionalizar uma fonte adicional de dados, através de um cartão entregue a alguns pacientes, logo após a consulta, junto com uma ficha telefônica, visando obter informações sobre a percepção de resolubilidade da atenção. O cartão continha o número do telefone a ser chamado, a pessoa a ser procurada, a(s) data(s) para a ligação (média de 10 dias de intervalo) e perguntas sobre como foram obtidos os remédios, se a pessoa conseguiu fazer os exames pedidos e se teve alívio com o tratamento. Essa fonte teve de ser abandonada, tendo em vista o número insignificante de respostas.

O cuidado em selecionar os entrevistadores prioritariamente entre os pós-graduandos de cursos da área de sáude pretendeu facilitar a compreensão dos objetivos da pesquisa, o acesso aos entrevistados e a observação direta. Os entrevista-

dores receberam treinamento e orientação, inclusive escrita, para a realização das entrevistas.

3.2 Definição operacional das variáveis

A categoria *eqüidade* foi analisada através das seguintes variáveis: *perfil da demanda atendida, esquema de atendimento da rede ambulatorial e percepção dos pacientes sobre o atendimento.*

A variável *perfil da demanda atendida* englobou os dados referentes a sexo, idade, condições sócio-econômicas e queixas de saúde. As idades foram agrupadas em faixas, conforme o impacto diferencial dos problemas de sáude: 0-1; 2 a 14; 14 a 49; 50 e mais.

Para a análise das condições sócio-econômicas do paciente, foram usados os grupamentos ocupacionais de Hutchinson e Gouveia, na medida em que englobam as variáveis escolaridade, renda e *status* profissional, e foram validados para várias capitais brasileiras.[12] As queixas de saúde foram agrupadas em itens, correspondendo àquelas mais freqüentes nas manifestações dos próprios pacientes, além dos programas verticais dos ambulatórios.

No *esquema de atendimento* incluíram-se o mapeamento da oferta de serviços, através de uma análise mais agregada, envolvendo a regionalização das redes estadual e municipal; horário de funcionamento (número de horas e turnos) dos ambulatórios pesquisados; sistemas de marcação de primeiras consultas e de retorno; e tipos de atividades e serviços oferecidos e executados.

Complementou-se a análise desta categoria com a *percepção dos pacientes* sobre o atendimento recebido e as razões de escolha daquele serviço.

4. *Análise dos dados*

Com base na análise da temática *eqüidade*, que se comprovou constante no discurso da sáude nos últimos anos, pode-se concluir que seu conceito admite uma conotação restrita e outra ampla. A primeira significa o efetivo e fácil acesso de todos os segmentos da população – urbanos e rurais – ao sistema de saúde e às ações preventivas e curativas. Já o conceito amplo, divulgado mais recentemente, incorpora a questão da qualidade dos serviços prestados e do nível de resolubilidade, mantendo, no entanto, a desconsideração pelas práticas diversificadas relativas a diferentes grupos sociais. Embora os dados levantados e passíveis de análise com alguma fidedignidade não permitam conclusões absolutas e muito menos generalizações, foi tentada, na medida do possível, uma aproximação do conceito amplo de *eqüidade*.

De acordo com a operacionalização do conceito, os dados do perfil da demanda atendida, do esquema de atendimento e da percepção sobre o atendimento foram considerados básicos para a análise da temática.

4.1 Perfil da demanda atendida

A primeira constatação referente ao perfil da clientela atendida é a predominância absoluta da demanda feminina nos ambulatórios públicos de saúde, uma vez

[12] Hutchinson, Bertrand et alii. *Mobilidade e trabalho:* um estudo na cidade de São Paulo. Rio de Janeiro, Centro de Estudos e Pesquisas, 1960.

que 72,5% dos pacientes dos centros de saúde do estado e 81,1% da prefeitura são mulheres. Essa informação não passa despercebida, existindo vários estudos que demonstram a tendência de maior freqüência da morbidade referida e mesmo de utilização de serviços de saúde entre as mulheres.[13]

O estudo de Kohn e White,[14] realizado em 12 cidades de diferentes países, encontrou taxas de 36,4% da morbidade referida nos 15 dias anteriores para as mulheres e 30,6% para os homens; de 17,1% de utilização de serviços para as mulheres e de 14,1% para os homens.

Na pesquisa de Carvalho e colaboradores,[15] em cinco áreas do estado da Bahia (três urbanas e duas rurais), os resultados confirmaram as taxas mais elevadas, tanto na morbidade referida quanto na utilização de consulta médica, para as mulheres. Os dados oficiais da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (Pnad-saúde) – que, apesar de algumas críticas que lhe são imputadas em termos metodológicos, tem constituído valioso instrumento de informações no Brasil – também apresentam esse padrão, embora com taxas variando bastante de capital para capital.[16]

A maior freqüência de mulheres nessas duas taxas tem desafiado os analistas e epidemiólogos, na tentativa de explicação. Evidentemente, a percepção sobre um estado mórbido e a declaração deste pelo entrevistado sofre uma série de influências de caráter cultural, simbólico, ideológico, educacional e social. O seu relacionamento com as condições sócio-econômicas e de reprodução de força de trabalho desiguais, e com a oferta diferenciada de serviços de saúde entre as diversas classes e regiões, tem sido comprovado.[17]

Uma variável explicativa plausível, senão para a maior morbidade feminina referida, pelo menos para a utilização de serviços de saúde, é a disponibilidade e/ou flexibilidade de tempo para procurar os serviços em seus horários convencionais de funcionamento da rede pública, que é mais alta para as mulheres do que para os homens, os quais normalmente acham-se trabalhando longe do domicílio, nessas horas. Isso tem sido discutido a nível de programação dos serviços e gerou, inclusive, tentativas de ampliação dos horários de atendimento até a noite e também nos fins de semana.

Em relação a essas alterações, informações extraídas das entrevistas com as chefias mostram que, apesar de 65% terem relatado que alteraram seus horários nos últimos anos, apenas 11% o fizeram por solicitação da comunidade. A maioria dos centros de saúde de Belo Horizonte opera 12 horas por dia, mas exclusivamente em expediente diurno, alguns funcionando até o início da noite (35%) e nenhum deles atendendo em fins de semana.

[13] Kohn, R. & White Kerr L., org. *Health care:* an international study. London, Oxford Acd Press, 1976; MacMahon, B.; Pugh, T. F. & Ipsen, J. *Métodos de epidemiologia.* México, La Prensa Médica Mexicana, 1965; Carvalho, Fernando M.; Silvany Neto, Annibal M.; Paim, Jairnilson S.; Melo, Adélia Maria C. & Azaro, Maria da Graça A. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do estado da Bahia. *Ciência e Cultura,* São Paulo, SBPC, *40*(9): 853-8, set. 1988.

[14] Kohn & White. op. cit.

[15] Carvalho et alii. op. cit.

[16] Brasil. FIBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)* – 1981. Rio de Janeiro, FIBGE, 1983. v. 5, t. 12.

[17] Boltanski, Luc. *As classes sociais e o corpo.* Rio de Janeiro, Graal, 1979; Oliveira, L. A. P. & Simões, C.C.S. *Morbidade:* níveis de percepção; perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Situação de saúde. Rio de Janeiro, Seplan/FIBGE, 1981.

Em relação à *idade*, a maioria absoluta da clientela está na faixa de 15 a 40 anos. Isto contraria a expectativa em relação ao perfil demográfico e epidemiológico clássico. Era de se esperar que os menores de quatro anos constituíssem a maior demanda.

O Pnad-saúde (1981) e o trabalho de Carvalho e colaboradores[18] apresentam taxas mais elevadas de morbidade referida e de uso de serviços nos primeiros anos de vida (menores de um ano e de um a quatro anos), decrescendo nas faixas etárias seguintes (cinco a 14 anos e 15 a 49 anos), tornando a elevar-se no grupo de 50 anos e mais. A única diferença nos dois estudos é a intensidade das taxas de utilização, bem menor no estudo do Pnad-saúde, variando entre 2,2 em Belém e 4,9% em Belo Horizonte, dentre as nove capitais da pesquisa. No estudo da Bahia, as taxas vão de 4,9 a 15,2%, sendo maiores nas áreas urbanas e bem mais próximas dos estudos internacionais (valor médio de 15,5%).

Uma hipótese para os dados discrepantes desta pesquisa em relação à distribuição etária poderia ser a procura das mães de Belo Horizonte, com crianças menores a serem atendidas, preferencialmente por hospitais infantis que, normalmente, também contam com serviços ambulatoriais, ou ainda por ambulatórios especializados em pediatria, alguns com imagem positiva na opinião pública, como o da Fundação Benjamin Guimarães, ao invés de usar, para a atenção infantil, o centro de saúde mais próximo.

Os dados da variável *profissão* (ocupação principal) demonstram que o grupamento ocupacional 5 concentra a maior parcela da clientela (51%) dos ambulatórios públicos de Belo Horizonte. Considerando que esse grupamento engloba os trabalhadores de serviços e assemelhados – aí incluídos os empregados domésticos, faxineiros, jardineiros, biscateiros, etc. – pode-se confirmar que a demanda para os serviços públicos de saúde é constituída predominantemente de grupos de renda mais baixa, persistindo a estratificação no consumo.

O mesmo foi comprovado na pesquisa de Carvalho e colaboradores,[19] na Bahia, as duas áreas não-urbanizadas e de renda menor apresentando a ocorrência de mais de 50% das consultas em estabelecimentos do setor público, enquanto as áreas urbanas e de renda mais alta tiveram no setor privado o maior responsável pelas consultas. Isto reforça a hipótese de que o setor público desenvolve prioritariamente ações de saúde para as populações de baixa renda.

Comparando-se esses resultados com o clássico estudo de White[20] sobre os problemas de saúde encontrados na população inglesa (ver gráfico 1), pode-se constatar que, embora a lista de queixas seja muito semelhante, a ordem das freqüências confirma o perfil epidemiológico de sociedades com características sócio-econômicas diferentes.

Assim, o grupo de diarréias e problemas gastrintestinais ocupa o primeiro lugar no quadro de morbidade que justifica a utilização dos serviços da população pesquisada, enquanto no estudo inglês sequer aparece na lista dos problemas mais freqüentes. Já artrites e reumatismos, responsáveis por grande parte da morbidade inglesa referida, atinge o nono lugar na presente pesquisa, e furúnculos, do 12º lugar na Inglaterra, passa para sexto na amostra pesquisada.

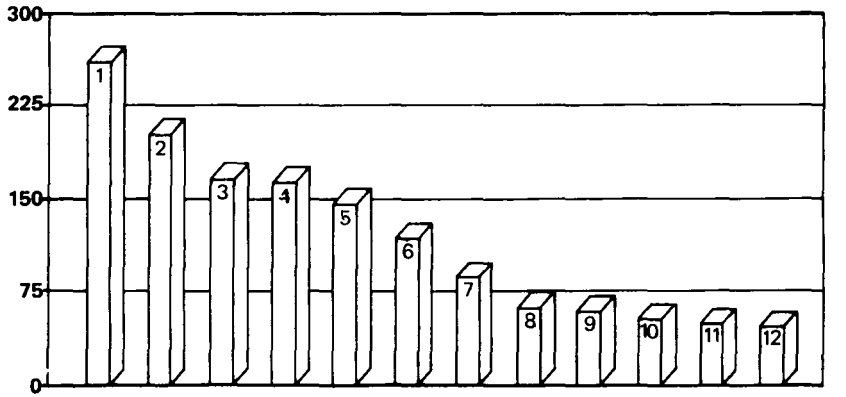
[18] Carvalho et alii. op. cit.

[19] Id. ibid.

[20] White, Kerr L. Life and death and medicine. *Scientific American*, *229*(3): 23-33, Sept. 1973.

Gráfico 1

Problemas de saúde encontrados em uma população de mil habitantes na Inglaterra, por grupo diagnóstico, em 1958



1 – Bronquites
2 – Artrites e reumatismos
3 – Distúrbios psíquicos
4 – Resfriados
5 – Amigdalites
6 – Gripe
7 – Hipertensão com envolvimento cardíaco
8 – Otite média
9 – Doenças coronarianas
10 – Distúrbios do estômago
11 – Asma
12 – Furúnculos

Adaptado de White, Kerr L. Life and death and medicine. *Scientific American, 229*(3): 23-33, Sept., 1973.

4.2 Esquema de atendimento

Diversos trabalhos sobre avaliação de serviços de saúde definem esse processo como o dimensionamento da capacidade dos recursos de uma determinada área geográfica de responder às necessidades de saúde de seus residentes. Tal conceito envolve relevantes fatores, visualizados na figura 1.

Esses fatores permitem uma análise da dimensão estrutural da avaliação – assim denominada por Donabedian em vários estudos – ligada aos recursos e insumos utilizados na prestação de serviços.[21]

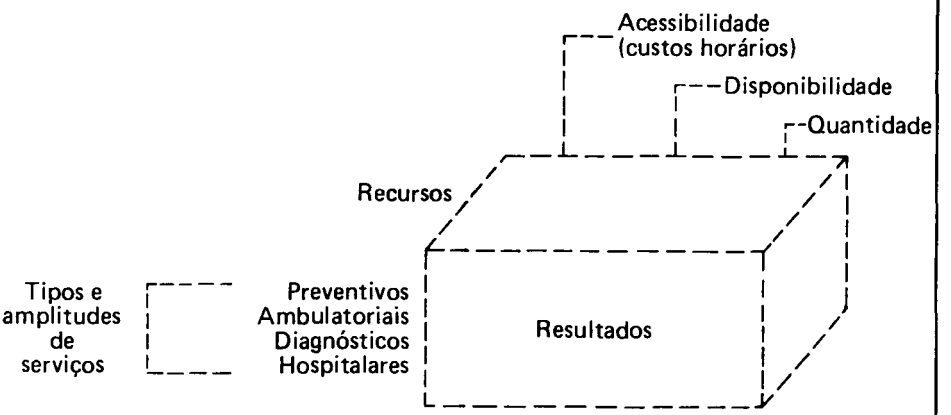
A avaliação de estrutura consiste na análise de como se estabelece e maneja o sistema de atenção à saúde, incluindo a avaliação das instalações e intrumentais disponíveis e usados na provisão de cuidados. Evidentemente, o perfil epidemiológico e as condições sócio-econômicas da população a ser atendida deverão constituir variáveis prioritárias e precondições desse processo.

Para a análise da temática *eqüidade* são importantes ainda, e de modo especial, as informações constantes do topo da figura 1: a quantidade de serviço, sua disponibilidade diferenciada pelo custo e pelos horários, condicionando a acessibilidade. Os dados de números de unidade ambulatoriais em Belo Horizonte, numa série histórica, foram o ponto de partida (ver tabela 1).

[21] Donabedian, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública del Mexico, 28*(3): 234-327, mayo/jun. 1986.

Figura 1

Fatores condicionantes da avaliação de serviços de saúde



Fonte: adaptação, da autora, de Kerr, Markay & Trantow, Don J. Defining, measuring and assessing the quality of health services. *Public Health Reports, 84* (5): 415-24, May 1969.

Tabela 1
Estabelecimentos para-hospitalares em Belo Horizonte
Período: 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1982

Ano	Total	Públicos		Privados		% da rede em relação ao período anterior	
		Abs.	(%)	Abs.	(%)		
1960	69	...		...		-	
1965	45	...		...			34,78
1970	63	33	52,38	30	47,62	+	40,00
1975	72	...		...		+	14,28
1980	178	95	53,37	83	46,63	+	147,22
1982	134	91	67,91	43	32,09	-	24,72

Fontes: SEI/Seplan-MG. *Planejamento metropolitano de Belo Horizonte.* Plambel/Inamps; dados trabalhados pela autora.

O período 1975-80 apresenta um crescimento altamente significativo no número de estabelecimentos para-hospitalares, coincidindo com a fase das grandes reformas e do aumento de investimentos no setor (até 1977). O acirramento da crise econômica nos anos 80 e, especialmente, a crise da Previdência Social podem explicar a reversão da expansão, já que afetou a capacidade de financiamento da saúde e reduziu o número de contratos e convênios com a rede privada, de acordo com as premissas do discurso oficial de priorizar e intensificar o uso dos recursos da rede pública, particularmente a ambulatorial. Realmente, a rede pública foi ocupando maior espaço no setor, chegando a atingir aproximadamente 68%.

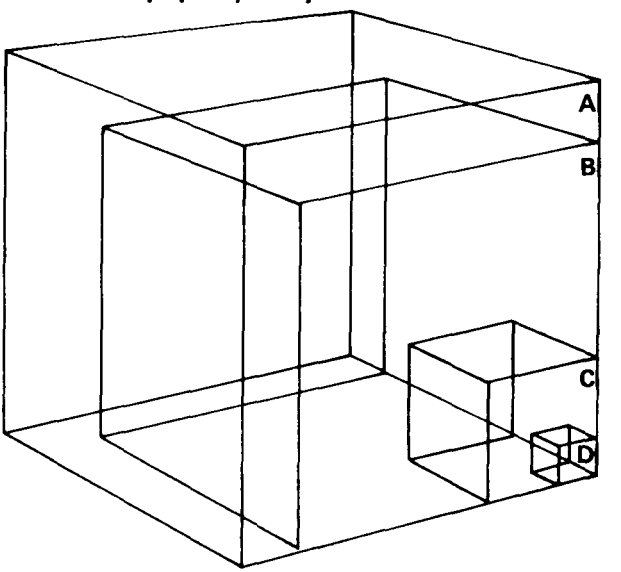
As estatísticas de atendimento ambulatorial em Belo Horizonte nos últimos oito anos (ver tabela 2) demonstram apreciável crescimento da ordem de 15% no período, fazendo supor a extensão da cobertura. O aumento da produção decorreu da ampliação de mais de 350% no número de consultas prestadas nos estabelecimentos próprios do Inamps e de acréscimo em torno de 150% das consultas dos ambulatórios das entidades públicas conveniadas.

Tabela 2
Coeficiente de cobertura de atendimento ambulatorial médico em Belo Horizonte, em 1980, 1982 e 1984

Anos	População total	Consultas médicas	Coeficiente de cobertura
1980	1.780.855	2.055.362	1,15
1982	1.937.925	3.876.589	2,00
1984[1]	2.061.622	3.589.425	1,74

Fontes: Censos demográficos. FIBGE-SEI/Seplan-MG. Superintendência Regional do Inamps-MG.
[1] Estimativa: dados trabalhados pela autora.

Figura 2
Distribuição da demanda por cuidado médico de uma população típica durante um ano



De um total de 1.000 pessoas (cubo A), 720 (cubo B) visitam um médico em um ambulatório; 100 são admitidas em um hospital comunitário (cubo C) e somente 10 são internadas em um hospital universitário (cubo D).

Fonte: extraído de White, Kerr L. op. cit. p. 30.

Essas mudanças exprimem, na prática, os efeitos da política de valorização, pela Previdência Social, das instituições públicas de saúde dos níveis estadual e municipal, principalmente com a implantação do programa das Ações Integradas de Saúde, instituído pela Resolução nº 6, de 3.5.84, da Comissão Interministerial de Planejamento da Assistência Médica (Ciplam).

Esse total de consultas ambulatoriais seria suficiente para um coeficiente de cobertura conforme a tabela 2.

Assim, a cobertura ambulatorial de Belo Horizonte, em dados agregados, apresentou uma situação que, embora em dois anos da série estivesse abaixo do indicador teórico do planejamento em saúde – duas consultas/habitante/ano –, não parece crítica.

Considerando-se a projeção prevista nos estudos de White,[22] com a ressalva da necessidade de se proceder aos ajustamentos para as realidades sócio-econômicas e epidemiológicas distintas, a figura 2 colocaria Belo Horizonte, em dados agregados, em uma situação bem satisfatória em termos de oferta de consultas ambulatoriais.

No entanto, a desagregação a nível de regiões (áreas geográficas) da cidade pode refletir desigualdades significativas. Tal análise foi realizada com base na variável regionalização.

O mapa apresentado na figura 3 mostra a localização geográfica dos ambulatórios do estado e da Prefeitura, permitindo algumas inferências interessantes.

Embora à primeira vista a distribuição espacial dos centros de saúde em Belo Horizonte pareça razoável, o cruzamento com os dados de população é mais esclarecedor.

Pela tabela 3, a região 2 – Pampulha Sul e Cachoeirinha – é a mais bem dotada em termos de cobertura ambulatorial, estando seu coeficiente quase no limite inferior do padrão dos estudos clássicos (5 mil a 25 mil habitantes).[23]

Em situação bem precária estão as regiões Pedro II e Lagoinha e principalmente Glória/Ressaca, com um coeficiente mais de duas vezes menor do que o limite superior do modelo de White.[24]

De maneira geral, as zonas mais centrais estão mais bem cobertas que as áreas periféricas, sendo que nessas últimas o número de ambulatórios da Prefeitura é maior do que o do estado. Ainda em relação ao esquema de atendimento, conforme já citado anteriormente, os horários de funcionamento dos ambulatórios pesquisados continuam sendo uma restrição à eqüidade. A maioria dos centros opera 12 horas por dia, mas exclusivamente em horário diurno, e nenhum deles atende em fins de semana.

O sistema de marcação de primeiras consultas e de retorno não varia muito entre a rede da Prefeitura e a do estado, reservando-se uma percentagem (em torno de 60%) para as primeiras consultas, marcadas quase sempre por ordem de chegada, até o limite de seis a oito jornadas/médico. Tal sistema faz com que seja comum a existência de filas no início – ou até antes da abertura – dos expedientes, confrontando com períodos em que os ambulatórios ficam vazios e sem a presença dos médicos que já completaram sua carga de atendimento.

[22] White, Kerr L. op. cit.

[23] Id. ibid.

[24] Id. ibid.

Figura 3

Distribuição dos ambulatórios do estado e da prefeitura, em Belo Horizonte, por áreas geográficas e sócio-econômicas, em 1987

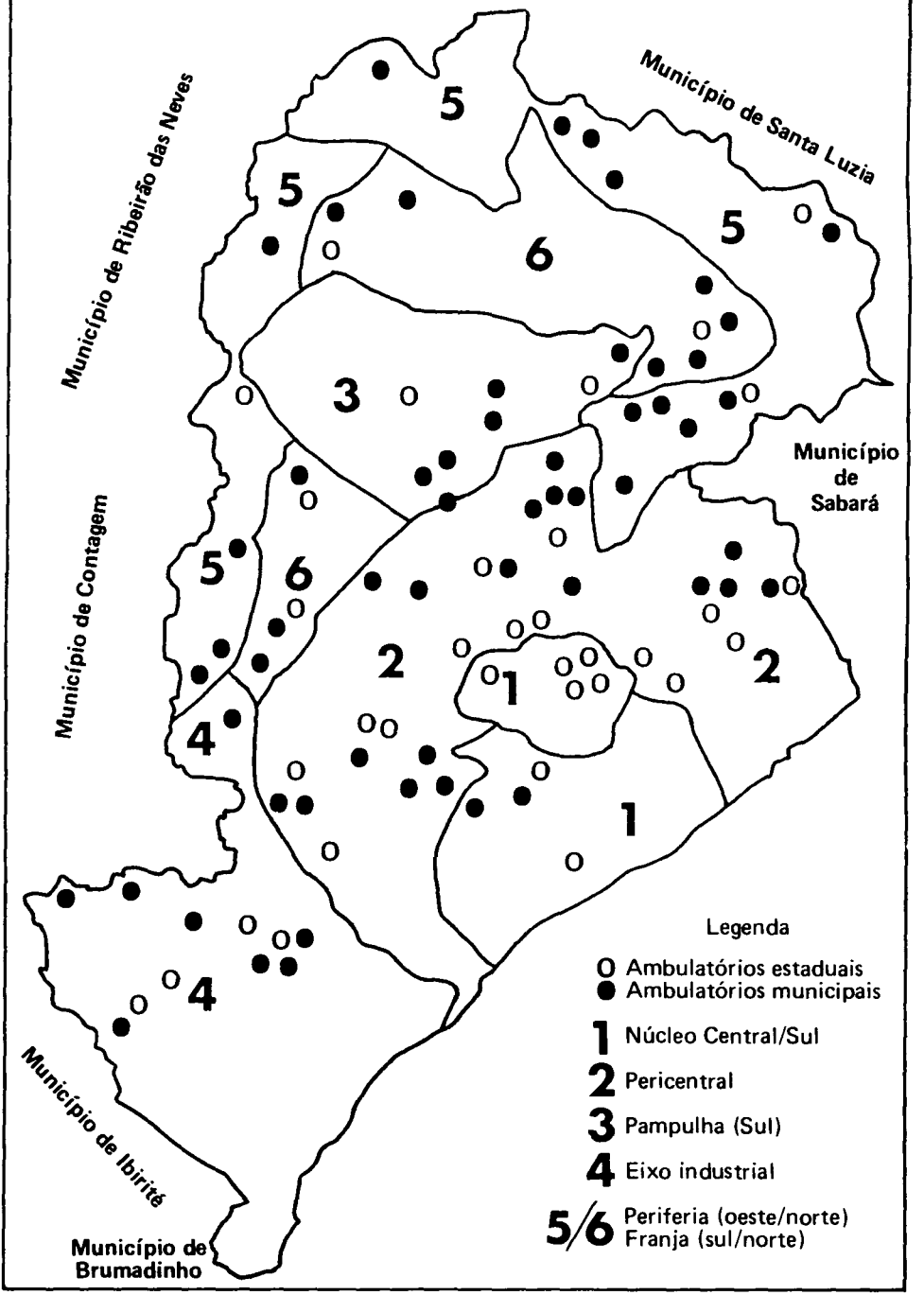


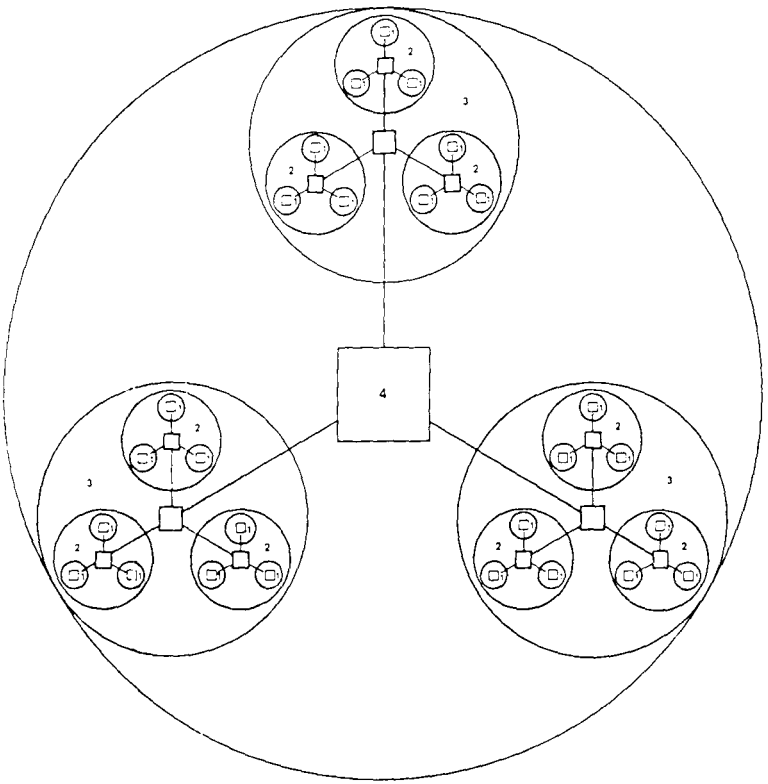
Tabela 3
Coeficiente de cobertura ambulatorial da população de Belo Horizonte, por regiões, em 1987

Regiões (Ubes)	População (hab.)	Número de centros de saúde			Coeficiente de cobertura (população/centros de saúde)
		Estado	Prefeitura	Total	
1. Venda Nova Venda Nova Rio Branco Céu Azul Planalto	200.000	3	7	10	20.000
2. Pampulha Cachoeirinha Pampulha Sul Cachoeirinha	102.000	3	9	12	8.500
3. São Paulo Aarão Reis Cristiano Machado Aarão Reis São Paulo Gorduras	234.000	3	11	14	16.714
4. Pedro II Lagoinha Pedro II	154.000	2	1	3	51.333
5. Glória Ressaca Glória Serrano	133.000	1	1	2	66.500
6. Horto Santa Efigênia Floresta Horto Santa Inês Santa Efigênia Taquaril	272.000	12	8	20	13.600
7. Centro-Sul Contorno Mangabeiras Santo Antônio São Bento	257.000	5	9	14	18.357
8. Oeste Calafate Barroca Gameleira Betânia	258.000	5	11	16	16.125
9. Barreiro Durval Barros Industrial	178.000	4	7	11	16.181

Fonte: Plambel. Superintendência de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Belo Horizonte (Prodemge); dados trabalhados pela autora.

Figura 4

Sistema de atenção médica hierarquizada e regionalizada



Hospital regional Cuidado terciário	4	500.000 a 5.000.000
Hospital comunitário Cuidado secundário	3	25.000 a 500.000
Centro de saúde Cuidado primário	2	5.000 a 25.000
Consultório Cuidado primário	1	1.000 a 5.000

Fonte: adaptado de White, Kerr L. op. cit, 1973, p.31.

Os tipos de atividades e serviços oferecidos e executados pelas redes estadual e municipal de centros de saúde de Belo Horizonte ainda são insuficientes para abrigar a gama preconizada pelo modelo de organização hierarquizado e descentralizado. Apenas alguns centros desenvolvem programas coordenados de atenção materno-infantil, e poucos têm controle de tuberculosos e hansenianos. O uso de terapêuticas ditas "alternativas" é praticamente inexistente (somente um centro da Prefeitura adota a homeopatia).

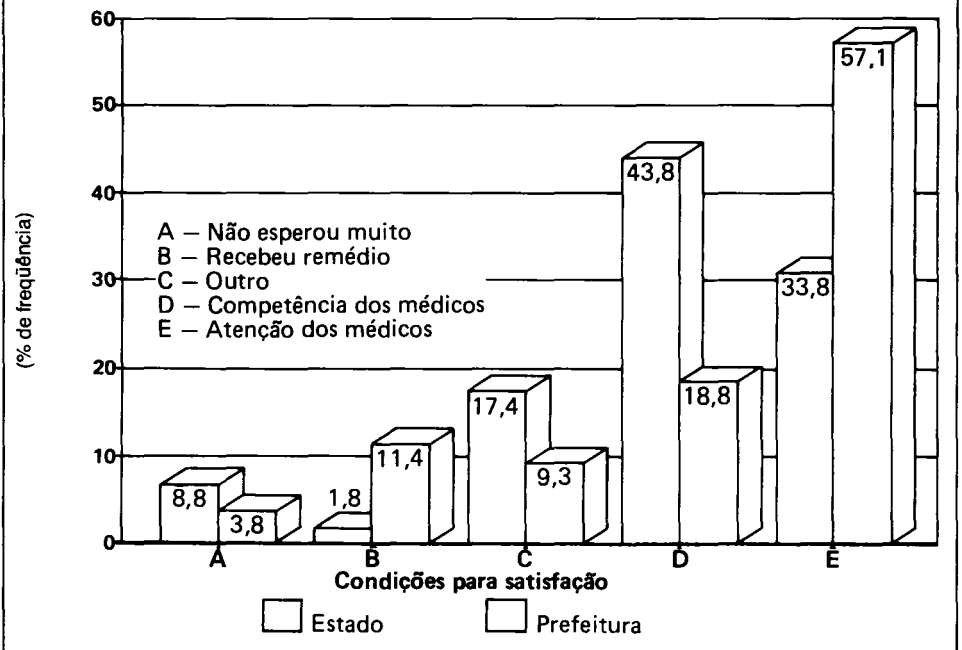
4.3 Percepção sobre o atendimento

Ao lado das medidas objetivas, cada vez mais sofisticadas e complexas, de avaliação dos serviços de saúde, envolvendo múltiplos indicadores e variáveis, a representação e a subjetividade dos pacientes sobre seu atendimento vêm sendo crescentemente incorporadas a essa análise.

Segundo Donabedian,[25] a própria definição de qualidade tem de ser legitimada no contexto apropriado, supondo a consideração dos valores compartilhados pelos pacientes. A percepção dos pacientes sobre os serviços prestados não apresentou novidades em relação a estudos anteriores.[26] A maioria absoluta dos entrevistados

Gráfico 2

Percepção de satisfação com o atendimento dos pacientes atendidos na rede ambulatorial pública de Belo Horizonte, em 1987/88



[25] Donabedian, Avedis. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *The Journal of Family Practice*, Appleton, Century Crofta, *19*(2): 277-84, 1979.

[26] Siqueira, Moema M. de. Atendimento hospitalar: o que importa para o paciente? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *22*(4): 10-6, out./dez. 1988.

expressou satisfação com o atendimento (97% nos centros de saúde do estado e 93,8% nos da Prefeitura). Mais uma vez o atendimento cordial (atencioso) foi responsável por 57,1% da percepção de satisfação dos pacientes da Prefeitura e por 31% daqueles do estado, sendo que, para esses últimos, a percepção de competência foi mais expressiva (43%).

A relação que os pacientes mantêm com o estranho universo da doença e da medicina está fundamentalmente dependente da relação com o médico, o que já foi confirmado em estudos anteiores.[27] Na pesquisa Hierarquização de Saúde I, realizada por este mesmo grupo de pesquisadores sobre a rede hospitalar de Belo Horizonte, e que fundamentou o trabalho de Siqueira,[28] *Competência dos médicos e médicos atenciosos* foram as condições mais importantes para a satisfação com o atendimento.

As sugestões apresentadas para melhorar o serviço reforçam essa imagem de liderança quase mítica que os pacientes têm do médico; 41,5% dos pacientes do estado e 43,9% da Prefeitura citaram o aumento do número de médicos como a principal medida promotora de melhorias no serviço, como se vê na tabela 4.

Tabela 4
Sugestões para melhorar o serviço, formuladas por pacientes de centros de saúde do estado e da Prefeitura de Belo Horizonte, em 1987

Sugestões	Estado		Prefeitura		Total	
	Abs.	(%)	Abs.	(%)	Abs.	(%)
Mais médicos	34	41,5	36	43,9	70	42,7
Mais remédios	9	11,0	17	20,7	26	15,9
Horário maior	14	17,1	4	4,9	18	11,0
Menor espera	7	8,6	7	8,6	14	8,5
Laboratório	6	7,3	8	9,7	14	8,5
Ampliação do posto	7	8,5	3	3,6	10	6,1
Outros	5	6,0	7	8,6	12	7,3
Total	82	100,0	82	100,0	164	100,0

Fonte: entrevistas com pacientes.

Além desses aspectos, essas respostas – em relação tanto à satisfação quanto às sugestões apresentadas – demonstram a importância da garantia de acesso aos medicamentos e da presteza no atendimento, para a percepção de satisfação com o atendimento. No entanto, dos pacientes que tiveram prescrição de remédio, pouco mais da metade recebeu os medicamentos (55,6% nos postos do estado e 59,5%

[27] Boltanski, Luc. op. cit.; Siqueira, Moema M. de. op. cit.

[28] Siqueira, Moema M. de. op. cit.

nos da Prefeitura). Note-se, ainda, que todas as medidas sugeridas constam das propostas mais abrangentes de organização no setor e da temática específica *eqüidade*, em seu sentido amplo.

Summary

The outline of the demand attended, the attention given and the pacient's perception of it in the network of state and municipal ambulatory clinics in Belo Horizonte are used as indicators of equity in health services, while results are compared to national and international studies.