

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

FATORES CONDICIONANTES DA QUALIDADE  
DO SISTEMA DE SAÚDE NA VISÃO DOS  
MÉDICOS E DA POPULAÇÃO DO RECIFE

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UFPE  
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE  
POR

RAFAEL DA SILVA ASSUNÇÃO

Orientador: Prof. Fernando Menezes Campello de Souza, Ph.D.

RECIFE, NOVEMBRO/2006



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA**  
**DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE**  
**MESTRADO ACADÊMICO DE**

**RAFAEL DA SILVA ASSUNÇÃO**

**“FATORES CONDICIONANTES DA QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE**  
**NA VISÃO DOS MÉDICOS E DA POPULAÇÃO DO RECIFE”.**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PESQUISA OPERACIONAL**

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do(a) primeiro(a), considera o candidato **RAFAEL DA SILVA ASSUNÇÃO APROVADO.**

Recife, 01 de novembro de 2006.

Prof. FERNANDO MENEZES CAMPELLO DE SOUZA, PhD (UFPE)

Prof. ADIEL TEIXEIRA DE ALMEIDA, PhD (UFPE)

Prof. ÁLVARO ANTONIO BANDEIRA FERRAZ, Doutor (Dento de Cirurgia/UFPE)

*“Dedico este trabalho à minha família, em especial às  
minhas irmãs Carolina e Larissa.”*

# AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, a Deus por me dar tranqüilidade, serenidade em alguns momentos de adversidade pessoal que atravessei ao longo do curso e por transmitir-me inspiração na elaboração deste trabalho. Agradeço também:

- Ao prof. Fernando Menezes Campello de Souza, não só pela qualidade da orientação, mas principalmente por ter-me contagiado, ao longo de cinco anos de convivência, com o prazer de pesquisar, de ensinar e de estar continuamente aprendendo sobre várias outras áreas do conhecimento. Sua paixão pela vida acadêmica mostrou-me o que é ser professor na acepção da palavra. Sem dúvida, este é um dos maiores legados que levo para a minha futura carreira como docente.
- À minha família, em especial à minha irmã Carolina, pelo incentivo que me foi dado para a conclusão deste curso de pós-graduação, apesar das dificuldades financeiras que enfrentamos ao longo dos últimos anos.
- A Diogo de Carvalho Bezerra, por ter-me ajudado e incentivado no início da elaboração deste trabalho.
- A Cláudio José Montenegro de Albuquerque, pelos debates informais que muito me ajudaram a compreender o problema da saúde.
- Aos meus amigos de mestrado, principalmente a Felipe, Fernanda, Sérgio e Paulo, por compartilharem comigo várias horas de estudo no aprendizado de disciplinas do curso.
- A todos os alunos integrantes do Grupo de Engenharia de Sistemas da UFPE que, de uma forma ou de outra, contribuíram na consolidação deste trabalho.
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento de minha bolsa de estudos durante dois anos.

Muitíssimo obrigado!

Rafael da Silva Assunção.

## RESUMO

A questão da saúde no Brasil envolve diversos problemas, como a nítida presença de falhas de mercado no setor e a existência de grandes conflitos de interesse entre os atores do sistema. O objetivo deste trabalho é contribuir para uma melhor compreensão dos problemas relativos à qualidade dos serviços de saúde no Brasil, de modo a servir de apoio ao estabelecimento de políticas para o setor. Para isso, foram realizadas pesquisas com médicos (331) e usuários de serviços de saúde da cidade de Recife (1415), em 2000 e 2001 respectivamente. O estudo consiste em uma análise exploratória de dados e mostra, entre outros resultados, diferença de percepção entre médicos e usuários quanto à influência de empresas de planos de saúde na qualidade da assistência médica. Como conclusões do trabalho, destaca-se a necessidade de existir no país uma colaboração mútua de alguns dos agentes do sistema de saúde, sendo isto factível somente por meio de mecanismos de incentivos e penalidades.

Palavras-chave: Sistema de Saúde; Saúde Suplementar; Planos de Saúde.

# ABSTRACT

The issue of the health sector in Brazil involves many problems such as the clear presence of market flaws in the sector and the existence of large conflicts of interest among the agents of the system. This work aims to contribute toward a better understanding of the problems related to the quality of the health service in Brazil, in such a way as to support the establishment of policies for the sector. With this aim, research was carried out with doctors (331) and users of health services in the city of Recife (1415), in 2000 and 2001. The study consists of an exploratory data analysis and shows, among other things, that doctors and users think differently about the influence of health insurance companies on the quality of the medical care. In concluding this work, the need for a mutual collaboration of several agents of the health system in the country stands out and this will only be feasible through mechanisms of incentives and penalties.

Key words: Health System; Supplementary Health Care; Health Insurance Policies.

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes . . . . .	1
1.2 A Seguridade Social . . . . .	1
1.3 A Saúde . . . . .	3
1.4 O Sistema Único de Saúde . . . . .	4
1.5 Objetivos . . . . .	6
1.5.1 Objetivo Geral . . . . .	6
1.5.2 Objetivos Específicos . . . . .	6
1.6 Justificativa . . . . .	7
1.7 Metodologia . . . . .	7
1.8 Organização da Dissertação . . . . .	8
<b>2 SISTEMA DE SAÚDE</b>	<b>10</b>
2.1 Características do Setor . . . . .	10
2.2 Planos de Saúde . . . . .	11
2.2.1 Risco Moral . . . . .	12
2.2.2 Seleção Adversa . . . . .	14
2.2.3 Expansão dos Planos de Saúde no Brasil . . . . .	16
2.2.4 Atuação no Sistema de Saúde Brasileiro . . . . .	17
2.2.5 Modalidades de Operadoras . . . . .	18

2.2.6	Participação de Mercado das Operadoras . . . . .	19
2.2.7	Evasão de Usuários e Crise no Setor . . . . .	20
2.3	Usuários dos Serviços de Saúde . . . . .	23
2.3.1	<i>Internet</i> e Informação . . . . .	23
2.4	Profissionais de Saúde . . . . .	25
2.4.1	Desumanização no Exercício da Medicina . . . . .	26
2.4.2	Erro Médico . . . . .	28
2.4.3	Relação Médico-Paciente . . . . .	33
2.5	Estabelecimentos de Saúde . . . . .	34
2.6	Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares . . . . .	36
2.6.1	Análise da Situação Atual do Parque Nacional . . . . .	37
2.6.2	Principais Competidores . . . . .	38
2.7	Indústria de Fármacos . . . . .	39
2.7.1	Estágios da Produção de um Medicamento . . . . .	40
2.7.2	<i>Marketing</i> e Comercialização das Especialidades . . . . .	41
2.7.3	Características dos Medicamentos e de sua Demanda . . . . .	43
2.7.4	Empresas Líderes . . . . .	44
2.7.5	Diagnóstico da Realidade Brasileira . . . . .	44
2.7.6	Patentes de Fármacos . . . . .	45
2.7.7	Lei dos Genéricos . . . . .	47
2.7.8	Lucratividade Geral da Indústria Farmacêutica no Brasil . . . . .	49
2.8	Governo e Agências Reguladoras . . . . .	49
2.8.1	Papel Regulador do Estado . . . . .	50
2.8.2	Agências Reguladoras no Brasil . . . . .	51
2.8.3	Regime Regulatório em Saúde Suplementar . . . . .	52
2.9	Qualidade em Saúde . . . . .	53
2.10	Pólo Médico de Recife . . . . .	54
2.10.1	Introdução . . . . .	54
2.10.2	Pontos a Ponderar . . . . .	55
2.10.3	Potencialidades . . . . .	57
2.10.4	Considerações Finais . . . . .	58

<b>3</b>	<b>PESQUISA COM USUÁRIOS</b>	<b>60</b>
3.1	População Estudada . . . . .	60
3.2	Descrição da Amostra . . . . .	60
3.3	Influência dos Agentes na Qualidade dos Serviços de Saúde . . . . .	62
3.4	Influência de Outros Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde . . . . .	66
3.5	Características Importantes de um Médico . . . . .	67
3.6	Relacionamento com o Médico . . . . .	69
3.7	Erro Médico . . . . .	70
3.8	Comportamento do Usuário . . . . .	72
3.8.1	Demanda por Serviços de Saúde . . . . .	73
3.8.2	Outras Atitudes do Usuário . . . . .	76
3.9	Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil . . . . .	78
3.9.1	Serviços de Saúde Privados . . . . .	79
3.9.2	Serviços de Saúde Públicos . . . . .	80
<b>4</b>	<b>PESQUISA COM MÉDICOS</b>	<b>82</b>
4.1	População Estudada . . . . .	82
4.2	Descrição da Amostra . . . . .	82
4.3	Influência dos Agentes na Qualidade dos Serviços de Saúde . . . . .	84
4.4	Influência de Outros Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde . . . . .	88
4.5	Características Importantes de um Médico . . . . .	90
4.6	Relação Médico-Paciente . . . . .	91
4.7	Erro Médico . . . . .	95
4.8	Prescrição de Medicamentos . . . . .	97
4.9	Qualidade dos Serviços de Saúde na RMR . . . . .	98
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES, COMENTÁRIOS E SUGESTÕES</b>	<b>101</b>
5.1	A Seguridade Social . . . . .	101
5.2	O Sistema de Saúde . . . . .	102
5.3	Pesquisa com Médicos e Usuários . . . . .	103
5.4	Recomendações para Trabalhos Futuros . . . . .	105
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>107</b>

<b>ANEXO 1 — QUESTIONÁRIO AOS USUÁRIOS</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO 2 — QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO 3 — INSTRUÇÕES AOS ENTREVISTADORES</b>	<b>129</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABAR** Associação Brasileira de Agências Reguladoras.

**Abifarma** Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica.

**Abramge** Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

**Alanac** Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais.

**AMB** Associação Médica Brasileira.

**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar.

**ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**AVERMES** Associação das Vítimas de Erros Médicos.

**CF88** Constituição Federal de 1988.

**CNAS** Conselho Nacional de Assistência Social.

**CONASS** Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

**DIEESE** Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

**FACEPE** Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**ISS** Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza.

**OTC** *Over-The-Counter*.

**P&D** Pesquisa e Desenvolvimento.

**PNAD** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

**PS** Plano de Saúde.

**RAIS** Relação Anual de Informações Sociais.

**RMR** Região Metropolitana do Recife.

**SUS** Sistema Único de Saúde.

**Susep** Superintendência de Seguros Privados.

**TI** Tecnologia da Informação.

**TRIPS** *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*.

**UFPE** Universidade Federal de Pernambuco.

**UPE** Universidade de Pernambuco.

## LISTA DE FIGURAS

2.1	Evolução do Registro de Operadoras no Brasil no Período de 1999 a 2006 . . . . .	22
3.1	Histograma da Idade dos Usuários Entrevistados . . . . .	61
3.2	Histograma do Nível de Instrução dos Usuários Entrevistados . . . . .	61
3.3	Área de Formação dos Usuários Entrevistados com Nível Superior ou Técnico	62
3.4	Influência dos Planos de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	63
3.5	Influência dos Laboratórios Farmacêuticos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	63
3.6	Influência das Instituições de Ensino na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	63
3.7	Influência dos Profissionais de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	63
3.8	Influência dos Estabelecimentos de Saúde Privados na Qualidade dos Ser- viços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	64
3.9	Influência dos Estabelecimentos de Saúde Públicos na Qualidade dos Ser- viços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	64
3.10	Influência do Avanço na Aparelhagem Médica na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	64
3.11	Influência do Governo na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	64
3.12	Influência dos Conselhos de Medicina na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	64
3.13	Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opi- nião de Usuários <i>sem</i> Plano de Saúde . . . . .	65

3.14	Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião de Usuários <i>com</i> Plano de Saúde . . . . .	65
3.15	Influência do Computador na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	66
3.16	Influência da <i>Internet</i> na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	66
3.17	Influência dos Medicamentos Genéricos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	66
3.18	Importância da Capacidade de um Médico Realizar Pesquisas na Opinião do Usuário . . . . .	67
3.19	Importância da Formação Acadêmica de um Médico na Opinião do Usuário	67
3.20	Importância de Anos de Experiência Profissional de um Médico na Opinião do Usuário . . . . .	68
3.21	Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário <i>sem</i> Plano de Saúde . . . . .	68
3.22	Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário <i>com</i> Plano de Saúde . . . . .	68
3.23	Efeito de Ter uma Boa Relação com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário . . . . .	69
3.24	Efeito de Ser “Fiel” ao Seu Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário . . . . .	69
3.25	Efeito de Ter Muita Informação e Conhecimento sobre Medicina na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário . . . . .	69
3.26	Efeito de Ser Muito Exigente com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário . . . . .	69
3.27	Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário <i>sem</i> Plano de Saúde . . . . .	71
3.28	Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário <i>com</i> Plano de Saúde . . . . .	71
3.29	Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Usuário .	72
3.30	Busca do Usuário por Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Tipo de Usuário) . . . . .	73

3.31	Busca do Usuário por Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Nível de Instrução) . . . . .	73
3.32	Expectativa do Usuário por Sucesso no Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Tipo de Usuário) . . . . .	73
3.33	Expectativa do Usuário por Sucesso no Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Nível de Instrução) . . . . .	73
3.34	Número de Consultas Realizadas pelos Usuários nos Últimos 6 Meses (Ano 2003) . . . . .	74
3.35	Atitudes do Usuário em Caso de Problemas de Saúde que Não Precisam de Internação . . . . .	75
3.36	Número de Exames Realizados pelos Usuários nos Últimos 6 Meses (Ano 2003) . . . . .	76
3.37	Comportamento do Usuário em Relação ao Uso de Remédios . . . . .	77
3.38	Busca por Informação sobre Saúde e/ou Medicina na <i>Internet</i> pelo Usuário	78
3.39	Busca por Informação sobre Saúde e/ou Medicina na <i>Internet</i> pelo Usuário	78
3.40	Gráfico <i>Box &amp; Whisker</i> da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Privados (1) . . . . .	79
3.41	Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Privados na Opinião do Usuário (1) . . . . .	79
3.42	Gráfico <i>Box &amp; Whisker</i> da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Privados (2) . . . . .	80
3.43	Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Privados na Opinião do Usuário (2) . . . . .	80
3.44	Gráfico <i>Box &amp; Whisker</i> da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos (1) . . . . .	80
3.45	Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos na Opinião do Usuário (1) . . . . .	80
3.46	Gráfico <i>Box &amp; Whisker</i> da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos (2) . . . . .	81
3.47	Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos na Opinião do Usuário (2) . . . . .	81
4.1	Histograma da Idade dos Médicos Entrevistados . . . . .	82

4.2	Titulação Máxima dos Médicos Entrevistados . . . . .	83
4.3	Principal Atividade Enquanto Médico dos Entrevistados . . . . .	83
4.4	Influência dos Planos de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	84
4.5	Influência dos Laboratórios Farmacêuticos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	84
4.6	Influência das Instituições de Ensino na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	84
4.7	Influência dos Profissionais de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	84
4.8	Influência dos Estabelecimentos de Saúde Privados na Qualidade dos Ser- viços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	85
4.9	Influência dos Estabelecimentos de Saúde Públicos na Qualidade dos Ser- viços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	85
4.10	Influência do Avanço na Aparelhagem Médica na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	85
4.11	Influência do Governo na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	85
4.12	Influência dos Conselhos de Medicina na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	85
4.13	Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opi- nião do Usuário . . . . .	87
4.14	Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opi- nião do Médico . . . . .	87
4.15	Influência do Computador na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	88
4.16	Influência da <i>Internet</i> na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	88
4.17	Influência dos Medicamentos Genéricos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	88
4.18	Correlação de Diversos Fatores Invervenientes na Qualidade do Sistema de Saúde, na Opinião do Usuário . . . . .	89

4.19	Correlação de Diversos Fatores Invervenientes na Qualidade do Sistema de Saúde, na Opinião do Médico . . . . .	89
4.20	Importância da Capacidade de um Médico Realizar Pesquisas na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	90
4.21	Importância da Formação Acadêmica de um Médico na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	90
4.22	Importância de Anos de Experiência Profissional de um Médico na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	91
4.23	Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário	92
4.24	Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Médico	92
4.25	Efeito de Ter uma Boa Relação com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	93
4.26	Efeito de Ser “Fiel” ao Seu Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	93
4.27	Efeito de o Usuário Ter Muita Informação e Conhecimento sobre Medicina na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário e do Médico	93
4.28	Efeito de Ser Muito Exigente com Profissionais de Saúde na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	93
4.29	Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário . . . . .	94
4.30	Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Médico . . . . .	94
4.31	Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Médico . .	96
4.32	Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	96
4.33	Expectativa de Sucesso do Paciente no Recebimento de Indenização, na Opinião do Usuário e do Médico . . . . .	97
4.34	Indicação do Médico na Prescrição de Medicamentos . . . . .	98
4.35	Qualidade Típica dos Serviços de Saúde Privados e Públicos na Região Metropolitana do Recife, na Opinião do Médico . . . . .	99

## LISTA DE TABELAS

2.1	Evolução de Beneficiários da Saúde Suplementar no Acumulado de 2000 a 2004 . . . . .	20
2.2	Reajustes de Planos de Saúde frente à Inflação . . . . .	21

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Antecedentes

Desde o final da década de oitenta, as reformas em curso no Brasil vêm representando uma mudança expressiva nas condições de acesso, no aparato institucional e nos mecanismos de financiamento do sistema de saúde no país.

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988 (CF88), o direito universal de acesso às ações e serviços de saúde passou a ser expressamente previsto na Carta Magna. A saúde transformou-se em um direito social, a ser garantida pelo Estado a todo o seu povo, manifestado como direito de acesso aos serviços sanitários, bem como ao direito popular de participar nas decisões referentes à matéria.

A partir deste momento, tiveram início mudanças profundas nas condições de atendimento à população. A legislação infraconstitucional que regulamentou a CF88 promoveu a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que envolveu a unificação institucional na esfera federal e a descentralização do sistema.

Nesse processo, o país teve, assim, uma política de saúde claramente definida constitucionalmente, implicando, portanto, mudanças substantivas para sua operacionalização. No entanto, a natureza, a complexidade e a abrangência dessas mudanças e suas implicações em termos de situações e interesses existentes, associados ao momento político e à eleição de governos não comprometidos com as teses centrais da reforma sanitária, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde.

## 1.2 A Seguridade Social

Como o estado de saúde afeta diretamente a capacidade produtiva dos indivíduos, estando ao mesmo tempo relacionado à qualidade e ao tempo de vida, é de interesse da grande maioria dos governos comprometidos com o desenvolvimento de seu país garantir que toda a população possa usufruir de alguns desses bens e serviços. A existência de um sistema de seguridade social resulta em ganhos de bem-estar para os indivíduos. Em consonância com o disposto, esta foi a preocupação do constituinte originário de 1988 ao introduzir a saúde na Carta Magna como um dever do Poder Público.

No modelo de seguridade social, buscou-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passaram a ser concedidos em bases mais equânimes, com fundamento nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais.

Hoje, no Brasil, entende-se por seguridade social o conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Antes, esses direitos eram restritos à população beneficiária da previdência. Com este novo modelo, o Estado, por meio de instrumentos legais, propicia uma correção ou, ao menos, uma diminuição das desigualdades sociais existentes.

Os princípios particulares da Seguridade Social estão espalhados pela CF88 e leis securitárias. Dentre os mais importantes, destacam-se os abordados no Art. 194 do texto constitucional, que, apesar de serem denominados objetivos, são verdadeiros princípios, a saber (IBRAHIM, 2005):

1. **universalidade da cobertura e do atendimento:** qualquer pessoa, residente no país ou apenas de passagem por ele, pode participar da proteção social patrocinada pelo Estado;
2. **uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais:** a partir da Constituição de 1988, as prestações securitárias passaram a ser idênticas para trabalhadores rurais ou urbanos, não sendo lícita a criação de benefícios diferenciados;
3. **seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços:** por não ser possível à seguridade social proporcionar tudo à população, algumas prestações são extensíveis somente a algumas parcelas populacionais, como, por exemplo, salário-família e auxílio-reclusão (seletividade). Além disto, os benefícios e os serviços devem almejar a otimização da distribuição de renda no país, reduzindo as desigualdades socioeconômicas entre as regiões e favorecendo as pessoas mais carentes (distributividade);
4. **irredutibilidade do valor dos benefícios:** este princípio é nominal, e não real, ou seja, diz respeito à correção do benefício, o qual deve ter seu valor atualizado,

mas não garante o poder de compra em face de períodos inflacionários;

5. **eqüidade na forma de participação no custeio:** princípio dirigido ao legislador, institui que este crie a contribuição de forma eqüitativa, justa, de acordo com a capacidade econômica de cada um dos contribuintes, empresa e trabalhador;
6. **diversidade da base de financiamento:** a seguridade social apresenta uma diversidade de fontes de financiamento, como empregadores, empregados, trabalhadores autônomos, governo, concurso de prognósticos etc, de modo que oscilações setoriais na arrecadação de contribuições não venham a comprometer o custeio;
7. **caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.**

Os princípios orientadores da Seguridade Social não se aplicam igualmente a todos os setores; a saber: a universalidade da cobertura e do atendimento são o eixo do novo sistema de saúde; a uniformidade e a equivalência dos benefícios e sua irredutibilidade são a base da reforma da previdência social; e a seletividade e a distributividade atuam como princípios orientadores da política de assistência social.

### 1.3 A Saúde

Segundo o Art. 196 da CF88, “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*”, ou seja, independentemente de contribuição à seguridade social, qualquer pessoa, seja ela residente ou apenas, por exemplo, de férias no país, tem o direito de obter atendimento na rede pública de saúde.

Atualmente, a saúde é um segmento autônomo da seguridade social, com organização distinta. Possui o escopo mais amplo de todos os ramos protetivos, já que não possui restrição à sua clientela protegida.

Garantida constitucionalmente mediante políticas sociais e econômicas, a saúde visa à redução do risco de doença e de outros agravos, com o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.

A CF88 também evidenciou a possibilidade de assistência à saúde pela iniciativa privada, embora submetida à regulação, à fiscalização e ao controle do Estado, uma vez que

as ações e os serviços de saúde são considerados como “de relevância pública” pelo texto constitucional. Assim, a rede privada pode participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Art. 199, §1º, da CF88).

No entanto, é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com objetivo de lucro. Vale salientar que a CF88 não veda a criação de empreendimentos voltados ao lucro na saúde. Apenas proíbe o aporte de recursos públicos, salvo, evidentemente, a quitação de serviços prestados ao SUS. Ademais, restou vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo exceções previstas em lei.

## 1.4 O Sistema Único de Saúde

Criado pela CF88 e regulamentado pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população.

O processo de implantação do SUS teve como objetivo o estabelecimento, no território nacional, de uma rede pública regionalizada e hierarquizada, de acordo com os seguintes princípios e diretrizes constitucionais:

- universalização;
- integralidade da atenção, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- igualdade no direito de acesso de toda a população brasileira às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade;
- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- participação social.

Por intermédio do SUS, toda a população brasileira tem direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas a ele, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

Quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região, o setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado.

Além de outras atribuições, compete ao SUS, nos termos da lei:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, além de participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O financiamento do SUS se dá pelo orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Parágrafo Único do Art. 198 da CF88). Note-se, pois, que o SUS é uma responsabilidade financeira dos três níveis de governo — federal, estadual e municipal.

As ações e os serviços devem ser ofertados de acordo com políticas e diretrizes aprovadas por Conselhos de Saúde — compostos por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários — vinculados institucionalmente aos órgãos executivos da esfera federal, estadual e municipal.

A ação dos Conselhos é pautada por recomendações de Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo, com a ampla participação dos vários segmentos sociais,

convocadas, a cada quatro anos, pelo Poder Executivo para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

No entanto, apesar de todo esse arcabouço constitucional existente, o Sistema Único de Saúde está ainda muito longe de ser o “melhor plano de saúde” da população brasileira. Longas filas no atendimento ambulatorial, carência de leitos, dificuldades na marcação de cirurgias, tratamento desumano, entre outros aspectos, são apenas alguns dos infortúnios encontrados hoje por alguém, em território nacional, com necessidade de cuidados gratuitos com a saúde.

A deficiência na prestação de serviços de saúde pela rede pública, ampla e abertamente divulgada pela mídia, deu margem para que o sistema suplementar de saúde investisse maciçamente no setor. Ocorre que, na expectativa de auferir ganhos expressivos com o setor de saúde, a iniciativa privada vem realizando investimentos acima da demanda, gerando uma capacidade ociosa que pode inviabilizar toda uma infra-estrutura já instalada. Somem-se a isso os diversos conflitos existentes entre os agentes que compõem o sistema de saúde, transformando a questão da assistência à saúde num problema difícil de ser modelado.

## 1.5 Objetivos

### 1.5.1 Objetivo Geral

1. Contribuir para uma melhor compreensão dos problemas relativos à qualidade dos serviços de saúde no Brasil, de modo a servir de apoio ao estabelecimento de políticas para o setor;

### 1.5.2 Objetivos Específicos

1. Discutir a influência de alguns atores do sistema de saúde (planos de saúde, profissionais de saúde, usuários, estabelecimentos de saúde públicos e privados, indústria de fármacos, indústria de equipamentos médico-hospitalares, governo e agências reguladoras) na qualidade dos serviços de saúde do país;
2. Detectar, entre perfis diferentes de usuários de serviços de saúde da cidade de Recife, comportamentos diferentes em relação à demanda por serviços de saúde;

3. Observar a opinião dos usuários sobre temas ligados à relação médico-paciente e ao erro médico;
4. Confrontar a percepção do médico com a da população da cidade de Recife a respeito da influência dos principais atores do sistema na qualidade dos serviços de saúde.

## 1.6 Justificativa

Com as campanhas institucionais modelando o Pólo Médico no Estado de Pernambuco, iniciou-se uma empreitada desenfreada na busca de instalação de unidades médico-hospitalares, sem que um plano adequado de viabilidade e/ou exeqüibilidade para a Região Metropolitana do Recife fosse devidamente traçado pelo setor empresarial de saúde.

Diante de vários conflitos e problemas existentes no sistema de saúde, o excesso de implantação de unidades, meramente como forma de negócio, pode comprometer toda uma cara estrutura já montada e em funcionamento.

O presente trabalho visa a identificar e analisar fatores intervenientes no sistema de saúde bem como detectar possíveis diferenças de percepção entre dois de seus integrantes, o médico e o próprio usuário, sobre questões relacionadas à qualidade do sistema.

A proposta desta dissertação é uma recomendação para trabalhos futuros feita por Dubeux (2000) e integra o Projeto Vesalius, um estudo que busca “dissecar” os diversos atores que compõem o sistema de saúde, lançando uma luz para os problemas que desafiam o setor, assim como Andreas Vesalius, pai da anatomia, fez com cadáveres humanos no século XVI, guardadas as devidas proporções, com o intuito de construir um corpo de conhecimento mais embasado para a medicina.

## 1.7 Metodologia

A intervenção científica adotada no estudo foi uma análise exploratória de dados, de caráter transversal, por ser o objetivo maior da pesquisa fornecer apenas uma indicação da dinâmica do setor de saúde (um retrato instantâneo), mas não a dinâmica em si.

A metodologia baseou-se nas seguintes etapas básicas do processo de uma pesquisa de campo:

**Planejamento e elaboração dos questionários de pesquisa:** nesta etapa, foram planejados os questionários de pesquisa (Anexos 1 e 2), determinando os dados a serem coletados, de modo a permitir a inclusão dos mesmos nos métodos e análises estatísticas e demais modelos quantitativos.

**Levantamento de dados:** esta fase compreendeu a realização de entrevistas com médicos e usuários da cidade de Recife, nos anos de 2000 e 2001 respectivamente. Recomendou-se aos entrevistadores (alunos de nível superior) que utilizassem algum mecanismo probabilístico de escolha de modo a evitar vieses e inconsistências nas apurações (Anexo 3). O número de amostras por questionário levou em conta a população em fluxo pelo sistema de saúde sob estudo, ou seja, aquela pertinente ao Pólo Médico de Recife, de modo a garantir sua representatividade, segundo o componente do sistema de saúde para o qual as informações coletadas foram destinadas para estudo.

**Pré-análise dos dados:** baseou-se na verificação das informações coletadas, considerando a consistência entre questionários e/ou entre respostas obtidas, dados perdidos, pontos de influência e pontos fora-da-curva (*outliers*), entre outros, promovendo a adequação amostral para as análises descritivas e inferenciais previstas.

**Revisão de literatura:** refere-se à fundamentação teórica adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa. Por meio da análise da literatura publicada, buscou-se traçar um quadro teórico e estruturar conceitualmente aquilo que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa.

**Explicações dos resultados da pesquisa a partir do conhecimento *a priori*:** a partir das inferências estatísticas realizadas e com base no conhecimento *a priori* obtido com a revisão de literatura, foram propostas explicações para as divergências de opiniões entre médicos e usuários de serviços de saúde da cidade de Recife, sobre fatores intervenientes na qualidade do sistema.

## 1.8 Organização da Dissertação

O trabalho foi estruturado em cinco capítulos, apresentando na sua Introdução (Capítulo 1) o papel da Seguridade Social para o país, o objetivo geral da dissertação, bem como

seus objetivos específicos, a justificativa e a metodologia utilizada.

O Capítulo 2, partindo de um referencial teórico sobre o tema, é destinado a uma visão geral dos atores que compõem o sistema de saúde e busca evidenciar os principais problemas existentes no setor de saúde e os conflitos que peculiarizam a relação entre seus agentes. Problemas e potencialidades do Pólo Médico de Recife também são abordados aqui.

No Capítulo 3, são comparadas as opiniões de diferentes perfis de usuários de serviços de saúde da cidade de Recife, sobre temas ligados à saúde. Procurou-se detectar diferenças de percepções principalmente entre pessoas assistidas apenas pela seguridade social e usuários com plano de saúde.

Os resultados obtidos da pesquisa realizada com os médicos da Região Metropolitana do Recife (RMR) são apresentados no Capítulo 4, por meio de figuras que comparam sua opinião com a dos usuários de serviços de saúde, sobre assuntos relacionados ao sistema.

Por fim, o Capítulo 5 apresenta comentários e conclusões da revisão de literatura levantada, uma síntese dos principais resultados obtidos com a pesquisa realizada com médicos e usuários de serviços de saúde da cidade de Recife, bem como recomendações para trabalhos futuros.

## 2 SISTEMA DE SAÚDE

### 2.1 Características do Setor

O mercado de bens e serviços de saúde apresenta diversas peculiaridades que dificilmente são encontradas em outros setores da economia: o primeiro aspecto é a natureza intrínseca desses bens, isto é, por estarem diretamente associados à vida, do ponto de vista individual, não existe saciedade em relação a esses bens e serviços; a segunda característica está associada ao ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos, caracterizado como um ambiente de imprevisibilidade da necessidade de cuidados de saúde e, por conseguinte, da demanda que pode acometer qualquer pessoa, em qualquer local e a qualquer momento; por último, a existência de informação assimétrica entre os agentes provedores e consumidores desses bens e serviços (ANDRADE, 2000).

Tipicamente os serviços de saúde são classificados como bens meritórios, uma vez que a utilização individual promove benefícios que vão além daqueles gozados pelo consumidor. Um bem de mérito é aquele cujo consumo satisfaz as necessidades consideradas socialmente prioritárias, cabendo ao poder público a sua definição, estímulo, fomento e provisão (BRASIL, 2005). Como exemplo, pode-se mencionar a vacina, que, além do consumidor imediato, também propicia efeitos e benefícios indiretos a outros indivíduos devido à quebra da cadeia de contágio.

É oportuno salientar que a consideração dos bens e serviços de saúde como bens meritórios não implica a necessidade de financiamento e provimento público. A escolha dos mecanismos de provimento e financiamento desses bens e serviços está relacionada à discussão sobre quais são os mecanismos mais eficientes para garantir à população o acesso aos bens meritórios. Além disso, cabe investigar em que medida esse setor apresenta peculiaridades que tornem ineficiente o provimento privado.

A dinâmica desse sistema é caracterizada pela ação de várias entidades e agentes; entre eles, podem-se citar:

- profissionais de saúde;
- indústria de equipamentos médico-hospitalares;
- empresas de planos de saúde;

- estabelecimentos de saúde;
- indústria de fármacos;
- população;
- governo e agências reguladoras.

Nesse sistema, os consensos são mínimos porque os interesses são muito antagônicos. Para uma boa compreensão dos problemas que envolvem esse segmento, é fundamental analisar as características de cada um de seus atores.

## 2.2 Planos de Saúde

Incerteza e distribuição não uniforme dos gastos ao longo do tempo são duas características fundamentais presentes no consumo individual de serviços de saúde. As pessoas, de regra, não sabem quando irão ficar doentes. Na eventualidade de precisar de cuidados médicos especiais, os custos associados ao tratamento podem ser bem elevados. Além disso, na medida em que o indivíduo envelhece, a tendência é que haja um aumento das despesas com cuidados de saúde (MAIA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2004).

Do ponto de vista do bem-estar social, é melhor para os indivíduos se associarem, realizando divisão do risco entre todos aqueles que compõem a população. O agente intermediador desta divisão de risco é a seguradora, que calcula o risco médio associado à população e financia o fluxo de gastos realizados por meio dos recursos auferidos com os indivíduos que não estão utilizando os serviços (PINDYCK; RUBINFELD, 1999).

O estabelecimento de um contrato de seguro-saúde, público ou privado, envolve, necessariamente, três grupos de agentes:

1. o segurador, que pode ser o governo ou seguradoras privadas;
2. os provedores (prestadores) de cuidados médicos, que, uma vez mais, podem ser públicos ou privados;
3. e os segurados (beneficiários).

Entretanto, o setor de seguro-saúde apresenta falhas de mercado que justificam a intervenção do Estado na economia para corrigir desvios de eficiência, evitar a extinção

de empresas do mercado e propiciar à maior parte da população a faculdade de aderir a esse tipo de cobertura. Quando isso acontece, está-se diante de fenômenos típicos de mercados onde não há condição de perfeita competição, a saber (CASTRO, 2002):

- a) risco moral;
- b) seleção adversa;
- c) externalidades;
- d) distribuição desigual da informação;
- e) existência de barreiras.

A seguir, pretende-se discutir as principais falhas de mercado que ocorrem no setor de planos de saúde, suas inter-relações e conseqüências.

### 2.2.1 Risco Moral

O chamado risco moral (*moral hazard* em inglês) no contexto da saúde é, classicamente, uma mudança de comportamento do indivíduo ao demandar mais serviços ou cuidados médicos do que normalmente necessitaria se não estivesse coberto por uma seguradora. Em função de não ter de suportar o custo total do atendimento, uma pessoa que possui total cobertura de seguro-saúde tende a visitar o médico com maior freqüência do que no caso de não possuir seguro ou de a cobertura ser limitada (GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, 2004).

Assim, na relação entre o paciente e a seguradora, o problema de risco moral ocorre na presença de seguro pleno na medida em que, nesse caso, os usuários tendem a sobreutilizar os serviços já que o custo marginal do serviço demandado é zero. Isto é o que acontece especialmente no caso da demanda por consultas médicas (STANCIOLI, 2002).

Por não possuírem incentivos para racionalizar a escolha e o uso de provedores, os indivíduos tipicamente utilizam em excesso os serviços médicos. Em contrapartida, a seguradora, ao observar esse comportamento do consumidor, simplesmente incorpora esses custos adicionais no momento de realizar o cálculo dos gastos esperados, provocando elevação dos prêmios de risco.

O problema do risco moral na saúde, além de ocorrer na relação beneficiários-seguradora, acontece também na relação provedores-seguradora. Na relação de contratos entre

os provedores e a fonte financiadora, que pode ser a seguradora, se o financiamento for privado, ou o governo, se o financiamento for público, o problema de risco moral decorre da indução de demanda por serviços médicos gerada pelos provedores.

Os provedores podem sobreutilizar o volume de serviços tanto para elevar seus rendimentos diretos, se o sistema de reembolso for por procedimento (*fee-for-service*), como para tentar garantir a certeza de um diagnóstico correto, caso existam ganhos de reputação. Procedimentos errôneos podem ocasionar danos à reputação do médico ou gastos com processos judiciais, gerando perda de utilidade aos provedores (ANDRADE, 2000).

De acordo ainda com Andrade (2000), o sistema de reembolso gera incentivos para os médicos determinarem maior nível de demanda. Como os pacientes geralmente são leigos, não possuindo informação suficiente para julgar se o procedimento determinado é necessário, o provedor tem livre arbítrio para determinar a necessidade de qualquer procedimento de diagnóstico e tratamento. Por ter sua renda elevada, o médico possui incentivos a determinar o maior volume de serviços de saúde. Como observado anteriormente, além do rendimento direto, o uso excessivo de serviços pode ser também ocasionado pela medicina defensiva.

Diante do exposto, note-se que o médico apresenta um papel de destaque na economia do setor, na medida em que atua não só no lado da oferta — prestando o serviço — quanto no lado da demanda — enquanto agente do paciente que, por não possuir informações suficientes para a tomada de decisões, tenderá a consumir os serviços de acordo com o indicado pelo médico.

Um sistema de remuneração utilizado nos EUA para conter problemas com a sobreutilização de serviços provocado pelo sistema *fee-for-service* consiste no *capitation*, mecanismo de remuneração dos participantes em que o prestador assume os riscos da assistência recebendo da seguradora, em contrapartida, uma importância fixa em dólar por paciente, por período de tempo (ANDRADE, 2000). Este sistema apresenta como principal problema a subutilização de recursos, pois o paciente tende a receber um tratamento insuficiente já que provedores ganham mais limitando a assistência.

Para minorar a sobreutilização de serviços por parte dos provedores, as seguradoras tradicionalmente determinam sistemas de divisão de custos com os segurados. Os principais mecanismos utilizados são franquias, limites de dispêndio, co-pagamentos e co-seguros.

Os co-pagamentos e co-seguros constituem, respectivamente, em um valor específico ou

fração da tarifa cobrada pelo serviço prestado, cujo pagamento é de responsabilidade dos segurados e geralmente realizado no ato do provimento do serviço. O limite de dispêndio corresponde ao valor máximo que o beneficiário pode gastar em um ano. Entretanto, segundo Sallai & Sant'anna (2003), é vedada a utilização deste mecanismo no Brasil. Já a franquia é um limite inferior de dispêndio até o qual o indivíduo é responsável por 100% do pagamento dos provedores. Os quatro mecanismos têm o intuito de racionalizar o uso dos serviços médicos, impondo sobre o consumidor um custo marginal.

No Brasil, as empresas de plano de saúde também utilizam outros mecanismos para evitar o uso indiscriminado de serviços de saúde, tais como exclusão de alguns procedimentos com finalidade estética, limitação do número de exames complementares bem como exigência de guias de autorização para a realização desse tipo de serviço.

Já no mercado de saúde dos Estados Unidos, na tentativa de evitar problemas advindos de risco moral, utiliza-se o *managed care*, ou seja, um modelo de gestão em que “médicos generalistas” (uma espécie de clínico geral) são responsáveis por todos os encaminhamentos referente ao acesso do assegurado ao serviço de saúde, evitando, assim, a procura desnecessária a especialistas, bem como a sobreutilização de exames sofisticados. Isso, porém, tem feito com que o segurado norte-americano perca a liberdade de procurar especialistas diretamente (GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, 2004).

Com o *managed care*, a prevenção contra doenças é valorizada na medida em que o médico generalista acompanha o assegurado por um longo período, incentivando-o a ter hábitos mais saudáveis de vida.

### 2.2.2 Seleção Adversa

A segunda falha de mercado presente em serviços de saúde se refere ao problema de seleção adversa. Este fenômeno resulta tipicamente da incapacidade da operadora de plano de saúde de diferenciar os segurados quanto ao seu estado de saúde. Os segurados são heterogêneos com respeito aos seus custos esperados e possuem mais informação sobre seu risco do que a seguradora, que não é, em princípio, capaz de diferenciá-lo (ALVES, 2004).

Na ausência de dificuldades dessa natureza e de dispositivos legais impeditivos, as seguradoras cobrariam prêmio de risco calculado em função da expectativa de gastos dos indivíduos, por intermédio da análise dos seus fatores de risco (*experience rating*). A

conseqüência deste sistema de tarifação é que indivíduos com maior risco, como idosos e portadores de doenças crônicas, iriam pagar prêmios mais elevados.

Em virtude dos resultados perversos sobre os indivíduos com elevado grau de risco, a utilização da tarifação pelo sistema *experience rating* é comumente criticada por vários especialistas no assunto. Segundo os críticos, esse sistema gera efeitos perversos sobre a distribuição de renda do país e, em alguns casos, determina a exclusão de grupos sociais do mercado de serviços de saúde (ANDRADE, 2000).

Para proteger estes grupos sociais excluídos do mercado privado, uma alternativa seria regulamentar o provimento de bens e serviços de saúde e determinar a impossibilidade de discriminação entre os indivíduos, o que resultaria em seleção adversa de consumidores.

Neste caso, a seguradora seria obrigada a cobrar uma tarifa única para todos os indivíduos (*community rating*). Ao cobrar o prêmio de risco médio, somente os indivíduos com risco maior que o risco médio da sociedade iriam comprar o plano de seguro, configurando, portanto, outro problema de seleção adversa de consumidores (GODOY; SILVA; BALBINOTTO NETO, 2004).

Há um custo para a seguradora na obtenção de informação sobre os tipos dos agentes. Naturalmente, o indivíduo de alto risco não tem incentivo a se “revelar” para a seguradora, no que concerne ao seu risco e, conseqüentemente, ao seu custo esperado.

Nesta hipótese, os pacientes, mais informados sobre seu verdadeiro estado de saúde, só demandariam planos de seguro quando realmente fossem utilizá-los. Somente os indivíduos de alto risco comprariam planos de seguro, configurando, portanto, seleção adversa de consumidores.

Muito embora a assimetria de informação seja freqüentemente apontada na literatura como elemento gerador de seleção adversa, empiricamente a sua importância pode ser bastante reduzida com a introdução de exames médicos quando da realização dos contratos junto às seguradoras.

Atualmente no Brasil, quando o indivíduo adere a um plano de saúde, as empresas do setor não realizam um levantamento de informações sobre os hábitos de vida e consumo dos indivíduos, o que lhe permitiria mapear o seu risco, reduzindo-se assim a seleção adversa ao premiar as pessoas com práticas mais saudáveis de vida (pessoas que não fumam, bebem pouco, praticam esportes e estão dentro da faixa de peso recomendada pelos médicos, por exemplo). Bahia (2001) salienta, no entanto, que a aplicação de questionários de auto-avaliação pode ser percebida como um instrumento punitivo pelo

indivíduo, estimulando respostas que não representam o estilo de vida do cliente avaliado.

Com efeito, as empresas de plano de saúde não apresentam nenhum estímulo para motivar seus usuários a adotar hábitos que possam proporcionar-lhes menos gastos com o reembolso dos serviços de saúde aos provedores.

Por outro lado, uma prática muito usada pelas empresas seguradoras no país para evitar a seleção adversa no mercado de seguros de saúde é a imposição de cláusulas sobre doenças preexistentes e a exigência de tempos de carência para tratamentos específicos. Note-se, pois, que medidas como essa não contribuem para uma mudança de postura do usuário, servindo apenas como barreira para entrada de novos beneficiários.

### 2.2.3 Expansão dos Planos de Saúde no Brasil

Segundo Costa (2004), alguns fatores estruturais contribuíram para a expansão das empresas de planos de saúde em todos os segmentos de renda, a saber:

1. diminuição gradativa do financiamento público à saúde, decorrente da política de ajuste fiscal e da mudança na composição de despesas do setor de saúde;
2. aumento do poder de barganha das seguradoras devido à grande oferta de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nas regiões demográficas mais prósperas do país;
3. baixo percentual da população capaz de custear diretamente os serviços de que necessita, sobretudo os intensivos em tecnologia;
4. descontentamento da classe média com a qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, resultado da demora no atendimento ambulatorial, da longa fila de espera na marcação de cirurgias, da carência de leitos, enfim, da falta de infra-estrutura, e também de outros aspectos valorizados por esse perfil de usuário tais como a hotelaria, a presteza e o atendimento personalizado.

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a expansão do princípio da universalização pelo SUS foi acompanhada de mecanismos de racionamento, longas filas de espera, enfim, queda na qualidade dos serviços de atendimento médico, afastando do sistema público segmentos da classe média, principalmente em regiões mais prósperas do Brasil.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro concentravam, em 2003, 68,5% de todos os beneficiários de planos de saúde no país. No Estado do Maranhão, por exemplo, apenas 6% da população tem algum tipo de cobertura de planos e seguros de saúde, enquanto em São Paulo esse percentual chega a 39%. Nota-se, portanto, que o crescimento dos planos de assistência à saúde deu-se de modo desigual nas regiões do território nacional.

O segmento de planos e seguros de saúde tem como clientela principal a população inserida no mercado formal de trabalho, ou seja, com vínculo de emprego. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) evidenciou, em 1999, que 70% dos titulares de planos de assistência à saúde acessam aos serviços de saúde mediante a intermediação de empresas empregadoras, enquanto apenas 30% do total de segurados estabelecem vínculo pela compra direta individual (IBGE/PNAD, 1999).

## 2.2.4 Atuação no Sistema de Saúde Brasileiro

Os planos de saúde realizam a interface do binômio usuário *versus* entidade médico-hospitalar. Não participam de nenhuma gestão na qualidade do serviço médico que será prestado ao comprador do seguro, o que evidencia que o centro das atenções dessas empresas está mais voltado para a venda de planos assistenciais do que com a própria prestação do serviço de saúde. Com efeito, as operadoras deixam de gerir a saúde e acabam atuando apenas no repasse financeiro aos credenciados, contribuindo, assim, para o insucesso do sistema como um todo.

Atualmente essas empresas impõem regras unilaterais de atendimento, sem apresentar qualquer base objetiva para as restrições de parâmetros de qualidade, tanto para os usuários — adquirentes do seguro de saúde — quanto para os profissionais de saúde e unidades médico-hospitalares. Assim, na relação com os profissionais de saúde, os planos de saúde constantemente vêm interferindo na assistência médica ao segurado, ao limitar o tipo de tratamento prescrito, o tempo necessário de internação e até mesmo os remédios utilizados e suas dosagens.

Ademais, para conter o efeito do risco-moral tanto na relação com os segurados quanto com os provedores, as operadoras de seguro-saúde adotam como práticas mais comuns a auditoria de contas, a burocracia excessiva, limites de utilização, autorizações prévias e o direcionamento de exames e procedimentos. Essas práticas são usadas como forma

de restringir o segurado ao acesso à assistência médica. Nos bastidores, existe inclusive pressão sobre o médico para conter ao máximo a solicitação de exames, sob a ameaça de descredenciamento.

Além disso, com a vigoração do Art. 32 da Lei n.º 9.656/98, instituindo o ressarcimento ao SUS, uma medida que obriga as operadoras a restituir o SUS, em caso de serviços prestados pelo Sistema Público constarem nos respectivos contratos particulares, pelos gastos realizados com o tratamento de pessoas filiadas a planos privados de assistência à saúde, muitas operadoras ainda não cumprem a determinação da Lei, sob a alegação de que o dispositivo fere a CF88 (REIS, 2003).

Os planos de saúde também vêm dificultando ao máximo ou pelo menos protelando o pagamento dos serviços prestados pelas entidades de saúde, por meio de glosas, por exemplo. Para demonstrar essa situação, algumas empresas de plano de saúde chegam ao ponto de glosar o ressarcimento do serviço prestado caso a solicitação de um determinado exame por um médico seja realizada utilizando-se tinta de caneta diferente. Em termos práticos, medidas como essa vêm dificultando e atrasando a obtenção de receitas dos provedores de serviços de saúde.

### 2.2.5 Modalidades de Operadoras

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal vinculada ao Ministério da Saúde, classifica e segmenta, quanto ao estatuto jurídico, as empresas operadoras de planos de assistência à saúde em:

**Administradoras** – empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde financiados por outra operadora, sem assumir o risco decorrente da operação desses planos. Não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos para oferecer aos beneficiários da sua contratante;

**Autogestão** – sistema fechado com público específico, sem fins lucrativos, vinculado a empresas (públicas ou privadas) ou a sindicatos e associações, podendo ser patrocinadas ou não-patrocinadas pelas companhias a ela vinculada. O atendimento médico-hospitalar é oferecido por empresas a seus funcionários, com administração direta ou terceirizada;

**Cooperativas Médicas** – entidades organizadas por médicos que prestam serviços médico-hospitalares e ambulatoriais aos seus associados, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971;

**Cooperativas Odontológicas** – sociedades sem fins lucrativos, que operam exclusivamente planos odontológicos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971;

**Instituições Filantrópicas** – entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos governos estaduais e municipais;

**Medicina de Grupo** – convênio que presta serviços médico-hospitalares com recursos próprios e contratados, cobrando valor *per capita* fixo;

**Odontologia de Grupo** – convênio odontológico firmado entre empresas, ou entre empresa e pessoa física. São empresas de direito privado que garantem a execução dos serviços odontológicos seja por sua própria clínica ou pelas clínicas credenciadas a elas, que podem ser pessoa física ou jurídica;

**Seguradoras Especializadas** – permitem livre escolha de médicos e hospitais, por meio do sistema de reembolso de despesas no limite da apólice contratada. São pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade anônima que operam o seguro enquadrado como plano ou produto de saúde definido pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, nos termos do seu artigo 1º, inciso I e §1º, devendo, para tanto, realizar essa atividade com exclusividade, isto é, sem atuar em outros ramos do seguro.

## 2.2.6 Participação de Mercado das Operadoras

A Tabela 2.1 mostra a participação de mercado das operadoras bem como a variação do número de usuários no acumulado de 2000 a 2004 (SANDES, 2005). Note-se que apenas as cooperativas registraram aumento (11,65%) no número de usuários. No período, sofreram queda seguradoras de saúde (6,64%), empresas de medicina de grupo (2,93%) e

de autogestão (3,28%). Juntas, essas três últimas operadoras representam quase 60% dos beneficiários do país.

Tabela 2.1: Evolução de Beneficiários da Saúde Suplementar no Acumulado de 2000 a 2004

Modalidade de Operadora	Participação no Mercado	Variação de Usuários
Medicina de Grupo	32,38%	-2,93%
Cooperativas	25,73%	11,65%
Autogestão	14,12%	-3,28%
Seguradoras	12,51%	-6,64%

Fonte: ANS (apud SANDES, 2005).

Para escapar do controle do órgão regulador, as empresas de planos de assistência à saúde estão investindo em contratos coletivos — não regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ao mesmo tempo, têm reduzido a oferta de planos individuais e familiares e elevado os preços desses produtos. De acordo com números da ANS (apud SANDES, 2005), em dezembro de 2000, os planos coletivos representavam 21,2% (8 milhões) dos 37,7 milhões de contratos de saúde no mercado e, em março de 2005, eles já correspondiam a 42,4% (17,26 milhões) dos 40,7 milhões dos planos no mercado.

A tendência é que as operadoras saiam do mercado dos planos individuais, para fugir da ingerência da ANS na definição do índice de reajuste anual das mensalidades. Nos planos coletivos, o aumento é definido entre as empresas, sem a interferência da agência reguladora.

## 2.2.7 Evasão de Usuários e Crise no Setor

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) estima uma evasão de 5 milhões de beneficiários do sistema privado, de 2000 a 2004. A explicação para essa evasão gradativa dos beneficiários pode ser entendida pelos sucessivos aumentos das mensalidades.

Com base em uma média ponderada entre planos individuais, familiares e coletivos, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) elaborou um estudo mostrando que entre 2000 e 2003 os aumentos das mensalidades dos planos de saúde ficaram acima da inflação medida pelo Índice de Custo de Vida do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), em São Paulo. A Tabela 2.2 deixa bem clara a

disparidade dos aumentos concedidos às operadoras pela ANS no período de 2000 a 2003.

*Tabela 2.2: Reajustes de Planos de Saúde frente à Inflação*

	2000	2001	2002	2003
Planos de Saúde	15,43%	29,69%	24,25%	19,16%
Índice de Custo de Vida	7,21%	9,42%	12,91%	9,52%

**Fonte: DIEESE.**

A justificativa apontada freqüentemente pela Abramge é de que as altas crescentes dos planos se devem à obrigação legal de as operadoras introduzirem continuamente novos procedimentos médicos, sem descartar os antigos. Além disso, há o sério problema da busca indiscriminada por serviços de saúde pelos beneficiários. Vê-se, pois, que há uma necessidade de educar os usuários.

Segundo pesquisa realizada pela Capitolio Consulting, com base em 900 balanços das operadoras, relativos ao exercício de 2004, publicada no Jornal do Brasil em maio de 2005, as operadoras de planos de saúde registraram, entre 2003 e 2004, um aumento de 14,8% no ativo total. Em termos reais, considerando a variação do IGP-M, houve um crescimento real de 2,4%, sem grande variação diante do desempenho no período 2002/2003 (2,7%).

O estudo revela também um faturamento aproximado de R\$ 26 bilhões em mensalidades dos planos/seguros, ativo total de R\$ 14,5 bilhões, patrimônio líquido já constituído de R\$ 5,9 bilhões e provisões técnicas não comprometidas de R\$ 1,7 bilhão.

Os números grandiosos, porém, não refletem a realidade de algumas empresas, especialmente as de pequeno porte (empresas com até 20 mil beneficiários). Basta observar que 5,7% das operadoras são responsáveis por quase 64% do faturamento do setor, o que demonstra, segundo a consultoria, elevado grau de concentração entre as empresas de grande porte.

Das empresas pesquisadas pela Capitolio Consulting, 28,3% tiveram prejuízo em 2004, o que representa uma melhora em relação a 2003, quando o índice foi de 32,1%. No entanto, 54,4% das empresas que ficaram no vermelho em 2003 repetiram os resultados negativos em 2004. Segundo o estudo, 30% das operadoras registraram variação negativa no patrimônio líquido e mais de 8% apontaram patrimônio líquido negativo ou passivo a descoberto. Em relação à liquidez, as modalidades que mostram maiores problemas são

as de filantropia (66,3%), medicina de grupo (34,3%) e odontologia de grupo (26,2%).

Segundo ainda a Capitolio Consulting, o índice de sinistralidade da saúde suplementar brasileira (indicador que mostra quanto as empresas gastaram com seus clientes em relação ao arrecadado com as mensalidades dos planos) estava em 80,9%, quando o máximo recomendado seria 75%. Isso significa que, para cada R\$ 100,00 que entra no caixa, R\$ 80,90 são pagos aos médicos, hospitais, laboratórios e clínicas médicas. O restante é usado nas despesas administrativas das operadoras.

Apesar dos aumentos das mensalidades acima da inflação, estes percentuais da Capitolio Consulting mostram o desequilíbrio do setor, que está trabalhando com margens muito apertadas. Para agravar a situação, o setor passa por um processo de “saneamento” por parte da ANS, com a retirada do mercado das operadoras com graves desequilíbrios financeiros, como mostra a Figura 2.1.

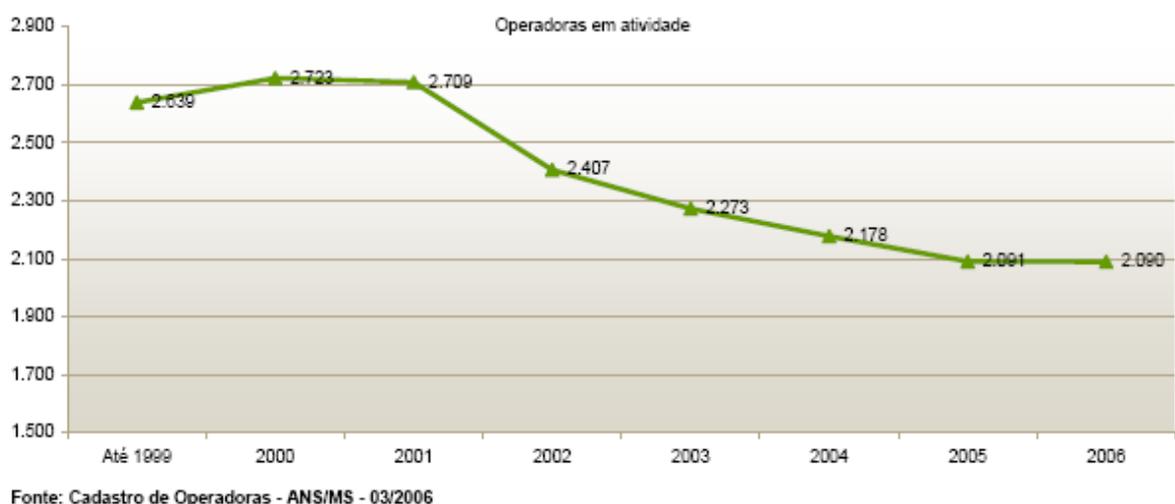


Figura 2.1: Evolução do Registro de Operadoras no Brasil no Período de 1999 a 2006

Nesse ritmo de queda, esse fenômeno pode provocar uma concentração no setor, prejudicando prestadores de serviço, com o “achatamento” dos valores pagos devido ao maior poder de barganha das operadoras, e usuários, com a elevação dos preços e, conseqüentemente, a falta de condições para continuar no sistema.

## 2.3 Usuários dos Serviços de Saúde

No Brasil, cerca de um quarto da população possui cobertura de pelo menos um plano de saúde. O percentual de usuários aumenta conforme o rendimento mensal familiar. Para não precisar fazer uso dos serviços ofertados pelo SUS, a maior parte dos beneficiários compromete uma fatia considerável de seu orçamento com os planos privados.

No entanto, a queda da renda da população, os altos preços cobrados pelos planos e os sistemáticos reajustes das mensalidades acima da inflação colocam o consumidor numa situação difícil e angustiante. Sem ter como pagar as mensalidades, muitos migram para operadoras mais baratas, com qualidade de serviço inferior, ou até desistem de ter um plano (FUTEMA, 2005).

De acordo com estimativas da Abrange, por ano cerca de 1 milhão de usuários migram dos planos privados para o SUS. Trata-se de um drama concreto, real e que se agrava à medida que o consumidor vai envelhecendo e, sob o olhar frio das operadoras, transformando-se num cliente muito caro.

Os usuários que, não raras as vezes, estão desprotegidos e têm pouco ou quase nenhum poder de articulação, podem dar sua parcela de contribuição para mudar o atual quadro em que se encontra hoje a saúde. Para isso, basta deixar de adotar uma postura inadequada na busca por serviços de saúde, inclusive de valorizar o excedente de exames complementares — por vezes desnecessários — como forma de sentirem-se assistidos adequadamente, e de aceitar a preponderância da quantidade sobre a qualidade.

Esse comportamento inconseqüente de buscar formas muitas vezes desnecessárias de assistência médica provoca elevação dos custos da operadora, que nada mais faz do que transferi-los a seus beneficiários. O usuário precisa ser reeducado e deixar de exigir exames sofisticados quando não há indicação, pois o sistema de saúde não dispõe de recursos infinitos para atender as necessidades de saúde da população.

### 2.3.1 *Internet* e Informação

Nos últimos anos, tem ocorrido uma verdadeira explosão no número de *sites* sobre medicina e saúde na *web*. Antes esse conteúdo era direcionado principalmente para a comunidade de profissionais de saúde ([www.bibliomed.com.br](http://www.bibliomed.com.br)). Agora, começa a se voltar também para os usuários que buscam na *internet* uma forma de dialogar com o

médico e de aprender a respeito de sua doença e suas possíveis terapias (www.md.com; www.cardiol.br). Os *sites* com informações sobre doenças e tratamentos estão mudando a relação entre médicos e pacientes.

Hoje, nas salas de consulta, há um novo perfil de paciente. Informado sobre matérias de saúde que recolhe principalmente na *internet*, ele prepara uma série de perguntas sobre sua doença, arrisca sugerir remédios e exames, e, no limite, até coloca em dúvida o tratamento prescrito pelo especialista. No Brasil, estima-se que mais de 10 milhões de internautas acessem páginas de informações médicas com regularidade (BUCHALLA, 2005).

A mudança de comportamento do paciente ao exigir uma troca mais intensa de informações com seus médicos tem levado a que seja rediscutido o modelo atual em que o especialista simplesmente solicita uma bateria de exames ou indica um determinado tratamento, sem que haja um maior esclarecimento ao paciente sobre os propósitos dos procedimentos prescritos. Até que ponto isso pode ser positivo?

Um paciente bem informado não aceita com resignação as decisões do seu médico. Ao aprender sobre a própria doença, ele pode ajudar o médico a tomar decisões. Além disso, força indiretamente o médico a manter-se atualizado sobre o que acontece nos principais centros de saúde.

Segundo Botsaris (2001), muitos médicos, por se sentirem testados ou até mesmo ameaçados, não gostam de pacientes que perguntam bastante, questionam sua conduta e exigem explicações detalhadas sobre o diagnóstico ou o tratamento. Para se protegerem de pacientes mais questionadores nas consultas, costumam usar termos técnicos (“medicinês”), acreditando que o leigo não tem formação para compreender as sutilezas da medicina. Isso geralmente ocorre com profissionais que têm uma formação acadêmica deficiente e não se interessam por uma educação continuada.

Hoje o especialista tem de estar mais atualizado do que nunca para atender à expectativa de seus pacientes. Não há outra forma de ser na era da *internet*. Médicos que não estavam habituados a conversar detalhadamente com seus pacientes estão tendo de mudar de atitude, sob pena de perdê-los a outros companheiros de profissão. A *web* está ajudando a estabelecer um maior diálogo entre médicos e pacientes.

No entanto, deve-se atentar para o perigo de existirem vários dados errados sobre doenças em circulação na *web*. A demanda por informações médicas levou a uma proliferação de *sites*, mas vários deles apresentam equívocos, são imprecisos ou alarmistas.

Outro problema é que, mesmo quando reúnem dados corretos, nem sempre os pacientes dispõem de capacidade de absorção para as informações obtidas (BUCHALLA, 2005).

Nessa nova realidade proporcionada pela *internet*, as consultas com esse perfil de usuário ficaram mais longas. Os médicos gastam boa parte do tempo para esclarecer dúvidas trazidas pelos pacientes. É uma mudança significativa na relação médico-paciente — e irreversível, visto que a *web* está gradativamente mais acessível à população, tornando-se um enorme consultório informal.

A boa relação médico-paciente é aquela em que o segundo, munido de todos os dados sobre seu problema, é incentivado pelo primeiro a ponderar os riscos e os benefícios do tratamento prescrito e a opinar sobre a alternativa mais adequada a seus anseios (SILVA, 2002). Segundo o cirurgião Marco Tulio Baccharini Pires, de Belo Horizonte, diretor do site nacional da Bibliomed, *“a decisão compartilhada, fruto de um bom diálogo, é a melhor solução para os dois lados, pois possibilita maior adesão à terapia e menor probabilidade de desentendimentos futuros”*.

É evidente, portanto, que ter informação é sempre melhor do que a falta dela, e o acesso crescente das pessoas leigas a um enorme acervo de informações de todo tipo, facilmente disponível, é uma tendência sem volta. Cabe ao médico, pois, adaptar-se a essa nova realidade. Eles precisarão reencontrar novamente seu lugar e readquirir sua autoridade nesse novo mundo, sabendo coexistir com a falta de formação do leigo e com a diversidade de informação propiciada principalmente pela *internet*.

## 2.4 Profissionais de Saúde

Em saúde, diversos são os profissionais que atuam diretamente na prestação de serviço aos pacientes; entre eles, podem mencionar-se: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, acupunturistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, psicanalistas, médicos de uma maneira geral, entre outros.

Por lidarem diretamente com a vida e o bem-estar físico e psíquico de outras pessoas, sua função na sociedade ganha uma dimensão muito maior quando comparado a várias outras categorias profissionais. Não obstante esse aspecto, seu papel dentro do sistema de saúde, do ponto de vista econômico, também é de extrema relevância. Basta citar, por exemplo, que cabe ao médico prescrever medicamentos, solicitar determinados exames complementares, encaminhar o paciente para procedimentos cirúrgicos, etc.

Entretanto, por não terem sua importância devidamente reconhecida pelo Ente Público e pelas operadoras de planos de saúde no Brasil, seja por meio de melhores condições de trabalho (setor público) ou de uma remuneração mais digna, os profissionais de saúde vêm afetando a cadeia assistencial na medida em que, não raras as vezes, exercem de maneira desumana sua profissão, não estabelecendo um relacionamento médico-paciente que possa ser apontado como adequado, ou até mesmo se comportam de maneira não-ética ao induzir demandas por serviços de saúde sem haver uma real necessidade (principalmente na solicitação de exames complementares), aumentando assim o custo do sistema de saúde.

### 2.4.1 Desumanização no Exercício da Medicina

Os profissionais da área da saúde, agentes de fundamental relevância dentro do sistema, vêm gradativamente desumanizando-se no exercício de seu trabalho. Com o acelerado progresso técnico e científico no contexto da saúde, a subjetividade dos pacientes, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano.

A doença, muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e no qual ela se desenvolve. Atualmente, nota-se uma atenção muito maior à doença do que ao próprio ser doente, reforçando o triste retrato da desumanização em que se encontra hoje a medicina (MARTINS, 2003).

Se vivo estivesse, William Osler (1849-1919), médico canadense, com reconhecida atividade nos Estados Unidos e radicado na Inglaterra, notório internacionalmente por defender uma medicina mais humanista, certamente não estaria nada satisfeito com o rumo que a medicina está tomando.

Botsaris (2001) aponta como possíveis causas para a perda da humanidade na medicina os seguintes fatores: excesso de tecnicismo; desprezo pela subjetividade dos pacientes; formação médica incompleta e pouco direcionada para seus aspectos humanos.

Em meio a tantos avanços tecnológicos e possibilidades de melhoria da assistência hospitalar e de sua humanização, os recursos, todavia, parecem estar mais associados a propostas de investimentos na estrutura física dos prédios, na alta e moderna tecnologia e a outros processos que não, necessariamente, impliquem mudanças na cultura organizacional em prol da humanização do trabalho e do cuidado enquanto expressão da ética.

Sem dúvida, tais medidas podem ser relevantes numa instituição. Contudo, não podem

descaracterizar a dimensão humana que necessita estar na base de qualquer processo de intervenção na saúde, principalmente no que diz respeito à pretendida humanização de um hospital. Entretanto, como falar em humanização do cuidado, se os próprios trabalhadores são tratados, freqüentemente, de forma desumana?

Os profissionais de saúde vêm recebendo baixas remunerações, o que praticamente os obriga, para manter uma boa renda familiar, a trabalhar em mais de um estabelecimento de saúde, sob jornadas extremamente prolongadas e extenuantes. Assistem impotentes à exploração das operadoras de planos de saúde e ao enriquecimento dos donos de equipamentos e instalações hospitalares em detrimento aos cada vez mais aviltantes salários que recebem.

Segundo Varella (2004),

*“aos médicos, que atendem a troco de tão pouco, só resta a alternativa de explicar à população que é tarefa impossível trabalhar nessas condições e pedir descredenciamento em massa dos planos que oferecem remuneração vil. É mais respeitoso com a medicina procurar outros meios de ganhar a vida do que universalizar o cinismo injustificável do ‘eles fingem que pagam, a gente finge que atende’.”*

Para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, respeitar o outro e sua condição humana, dentre outros, necessitam manter sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas. Logo, fica evidente que os profissionais, na maioria das instituições de saúde, estão aquém da reconhecida valorização de si e do seu trabalho.

Especificamente no setor público, com os crescentes cortes de verbas federais e estaduais, muitas instituições enfrentam dificuldades para se manterem. Em alguns estabelecimentos de saúde, não há infra-estrutura necessária para o atendimento, faltam aparelhos, e as condições de trabalho são inadequadas.

O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais e as condições insalubres de trabalho, com freqüência, aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho no setor público. O clima desfavorável tem contribuído progressivamente para relações de desrespeito entre os próprios profissionais, bem como para a geração de uma assistência fragmentada e, cada vez mais, desumanizada.

Todo esse conjunto de fatores contribui para a ocorrência de um sério problema no setor de saúde que cada vez mais vem crescendo no país: o erro médico.

## 2.4.2 Erro Médico

Segundo o Conselho Federal de Medicina, erro médico é definido como “*o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais*”. Quando houver culpa, pode verificar-se por três vias principais (ZAMPIERI JÚNIOR; ZAMPIERI, 1998):

1. imperícia: decorrência da “falta de observação das normas técnicas”, por despreparo prático ou insuficiência de conhecimento do médico;
2. imprudência: o médico, por ação ou omissão, assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou, sobretudo, sem esclarecimentos à parte interessada.
3. negligência: falta de diligência, desídia, implicando desleixo ou preguiça; falta de cuidado capaz de determinar responsabilidade por culpa; apontada como a forma mais freqüente de erro médico no serviço público; enquadram-se nesta categoria os esquecimentos de pinças, gazes, compressas e outros materiais usados em cirurgia.

Alguns outros casos comuns de erro médico são:

- diagnóstico errado ou demorado;
- erro na cirurgia;
- tratamento inadequado (iatrogenia);
- mau uso do instrumento;
- alta hospitalar indevida;
- falta de higiene nos procedimentos clínicos;
- maus resultados em cirurgias plásticas.

Uma das características do médico sujeito a processos por erro médico, atualmente, é ter vários empregos — vários locais onde exerce as suas atividades médicas — e, geralmente, sem as condições adequadas para o exercício da medicina corretamente.

Além disso, de acordo com a presidente da Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES), com sede no Rio de Janeiro, Célia Destri, os erros médicos são decorrentes da má- formação dos profissionais de saúde em âmbito universitário, da chamada “comercialização da medicina”, onde são estabelecidos convênios com empresas que pagam valores irrisórios aos médicos pelas consultas efetuadas.

Segundo Senise (1996), o problema afeta a todos, inclusive as classes média e alta, chamando a atenção para o fato de que os erros de procedimento e diagnóstico médico ocorrem em instituições “cinco estrelas” com mais frequência que os pacientes possam imaginar.

No entanto, a maior parte dos casos de erros médicos acontece mesmo é nas instituições públicas de assistência à saúde, onde se concentram os atendimentos à camada mais pobre da população e as condições de trabalho são tipicamente precárias. Nestes estabelecimentos, por um problema cultural, os pacientes questionam menos a conduta dos médicos.

Em muitos casos, processos contra médicos têm sido motivados a partir de um simples mal entendido. A falta de um diálogo mais aprofundado e de uma explicação sobre eventuais complicações com o tratamento são responsáveis por problemas que seriam facilmente evitáveis. Dessa forma, há hoje o exagero de o paciente ver seu problema de saúde curado, mas interpretar um efeito colateral adverso (que seria perfeitamente previsível, mas que não lhe foi informado) como uma falha no tratamento, um erro profissional (DANTAS, 2006).

Atualmente não existem estatísticas sistemáticas e oficiais sobre o número de processos por erro médico no Brasil, apenas levantamentos gerais e avaliações pessoais, impressões sobre o aumento paulatino do número de ações judiciais contra médicos. Aceita-se que é entendimento corrente, no meio jurídico, de que houve um recrudescimento bastante significativo no número de novas ações contra médicos (SOUZA, 2006).

Ademais, há um entendimento mundial de que nos países mais desenvolvidos ocorre um maior número de processos por erro médico e que, quanto menos desenvolvido o país, menor o número de processos por erro médico. Isto não quer dizer que nestes países o número de erros médicos seja menor. O Brasil, mesmo sem dados oficiais do número

de casos de processos por erro médico, está abaixo do número dos países desenvolvidos do planeta, mas provavelmente acima, em número de ações judiciais, dos países menos desenvolvidos.

Paradoxalmente, a medicina nos EUA, tão prestigiada por sua qualidade na mentalidade colonizada dos brasileiros, é recordista mundial de processos judiciais. Dificilmente hoje se encontra lá um médico que trabalhe sem um seguro específico (BOTSARIS, 2001). No Brasil, o número de ações judiciais vem aumentando, não se podendo afastar que, da mesma forma que ocorreu nos EUA, em breve se tenha uma grande demanda por seguros específicos pelos médicos.

## Aspectos Jurídicos

Para um entendimento correto do erro médico dentro do sistema jurídico brasileiro, é pertinente mencionar que a responsabilidade do médico pode ser: ético-profissional (por intermédio dos Conselhos de Medicina), cível e penal.

Na Responsabilidade Penal, competência da Justiça Criminal, o médico, quando lhe imputada uma conduta antijurídica nesta área, poderá estar sendo acusado de um crime. O acusador, representando a sociedade, via de regra, será o Promotor de Justiça, membro do Ministério Público. Em caso de condenação, o médico sofrerá uma pena que poderá ser privativa de liberdade.

Quando imputada ao médico uma conduta antijurídica no terreno do Direito Civil, é devido à ocorrência de algum prejuízo patrimonial ou extrapatrimonial a algum paciente, estando a questão no terreno da Responsabilidade Civil. Facultativamente — se assim julgar conveniente — o paciente processará o médico na Justiça Civil, por meio de um advogado, buscando impor ao profissional uma condenação pecuniária, ressarcindo-se do prejuízo que julgue ter sofrido.

Se, porventura, a acusação ao médico for de uma infração ética, estar-se-á no terreno da Responsabilidade Ética. A competência para decidir se houve realmente uma infração ética é dos Conselhos de Medicina. O paciente, por intermédio de um advogado, se assim julgar conveniente, ou o próprio Conselho de Medicina, *ex officio*, acusarão o médico. Este, se julgado culpado, sofrerá uma sanção com repercussão na sua atividade profissional, ou seja, advertência, suspensão, censura ou até mesmo proibição definitiva do exercício da Medicina.

Vale ressaltar que o médico pode responder, por exemplo, a um processo ético-profissional, ao mesmo tempo responder a uma indenização na esfera cível e a um processo crime, ou seja, uma responsabilidade não exclui as outras. Mais informações sobre o assunto podem ser encontradas em Souza (2006).

Identificar um erro médico pode ser muito difícil, já que alguns procedimentos (como as cirurgias) são naturalmente arriscados. Como compete, via de regra, ao paciente, que é quem acusa, fazer a prova do erro do médico, por ser a medicina uma área do conhecimento bastante diferenciada, tem aquela dificuldade de provar em juízo o erro do médico.

Além disso, há ainda a famosa “máfia de branco”, que entra em ação quando um juiz nomeia um perito (um médico que irá julgar o procedimento clínico), e o acusado procura alguém que seja amigo desse perito. Um médico protege o outro, ocorrendo o famoso corporativismo, afirma Célia Destri, presidente da Associação das Vítimas de Erros Médicos (AVERMES), com sede no Rio de Janeiro.

## Medidas Preventivas

Para se prevenir de situações que ensejem processos judiciais, por danos aos pacientes, o médico deveria tomar medidas preventivas que se situam no correto exercício profissional, por meio da adoção de determinadas condutas, como as elencadas a seguir (SOUZA, 2006):

1. sempre utilizar o procedimento adequado na investigação, diagnóstico e tratamento;
2. manter-se atualizado;
3. utilizar apenas procedimentos aceitos pela comunidade científica (médica);
4. não extrapolar, no atendimento ao paciente, os limites da sua especialidade médica;
5. preocupar-se em manter uma boa relação médico-paciente;
6. não dar informações sobre o paciente sem seu expresse — por escrito — consentimento ou, se for o caso, de seu representante legal;
7. não receitar para quem não examinou pessoalmente (por exemplo, por telefone) e não fornecer atestado médico ou similar sem ter examinado o paciente;

8. realizar um minucioso e sistemático preenchimento do prontuário do paciente, que deve ser o mais completo quanto possível;
9. realizar consultas, quando necessário, a colegas com mais experiência e/ou conhecimento em determinadas áreas da medicina;
10. não trabalhar em locais sem condições técnicas para o exercício de uma adequada medicina.

Esta lista é meramente exemplificativa e está longe de ser exaustiva. Além dessas medidas preventivas, não deve o profissional médico comprometer-se com um resultado específico, haja vista o grau de aleatoriedade que acompanha os procedimentos médicos. Deve sim utilizar os meios adequados de tratamento, agindo com diligência, prudência e perícia.

Note-se que a responsabilidade civil do médico não é idêntica à dos outros profissionais, já que a sua obrigação é de meio e não de resultado (atualmente já existe jurisprudência excetuando casos de cirurgia plástica). De acordo com Souza (2006), se assumir a responsabilidade pela obtenção de um resultado determinado, estará qualquer médico transformando a sua obrigação de meios em uma obrigação de resultado; e, não obtendo, mesmo que parcialmente, com o tratamento realizado o resultado prometido ao paciente, será inadimplente, faltoso, devedor na relação contratual, com as evidentes implicações legais e econômicas daí decorrentes, qual seja, a possibilidade de vir a ser responsabilizado judicialmente pelos prejuízos que o paciente julgue ter sofrido com o tratamento médico.

Já as medidas preventivas que o paciente poderia adotar são (LIMA; VAZ, 2005):

1. verificar se o profissional é habilitado no Conselho Federal de Medicina, por meio, por exemplo, do *site* [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br);
2. informar-se se o médico possui título de especialista ou residência na área em que atua, principalmente em caso de necessidade de cirurgia;
3. pedir explicação detalhada dos riscos do tratamento, previsão de recuperação de uma cirurgia, efeitos colaterais do medicamento receitado. Um profissional qualificado deve ser capaz de tirar todas as dúvidas em linguagem clara;
4. dar preferência ao médico que já conhece o histórico do paciente. Médicos que realizam a consulta sem pressa e fazem muitas perguntas tendem a errar menos;

5. pedir indicação a um médico de confiança, mesmo que de outra especialidade, contribui para a garantia de um bom atendimento.

### 2.4.3 Relação Médico-Paciente

O relacionamento médico-paciente tem passado por alterações extremamente importantes nos últimos anos. As numerosas e constantes notícias que aparecem nos meios de comunicação sobre profissionais com sérios problemas de formação, os erros médicos, o caos da atenção médica pública, os abusos dos planos de saúde, a facilidade de acesso a informações sobre saúde, entre outros aspectos, abalaram o papel meio divino e infalível que o médico assumia em relação aos seus pacientes.

A confiança no especialista existente há alguns anos já não se observa tão facilmente entre os usuários, principalmente os da classe média. Um exemplo disso é o enorme aumento nas chamadas “consultas de segunda opinião”, que ocorrem quando o paciente desconfia do que o médico diagnosticou ou prescreveu, e procura um segundo ou terceiro especialista.

A relação médico-paciente, apontada freqüentemente como um aspecto fundamental e quase sagrado desde os tempos de Hipócrates (460 a.C.– 377 a.C.) , está em franca degeneração, e não só no Brasil. Este é um problema que atinge diretamente a qualidade da assistência médica, pois sabe-se que o simples fato de o paciente acreditar e confiar no médico já é um grande passo para que a própria eficácia da terapia ocorra (LUZ, 2004).

Uma das causas desencadeadoras desse cenário é a má remuneração do médico. Por receber pouco pela prestação do serviço, ele tem realizado consultas cada vez mais curtas na tentativa de recuperar sua condição econômica por meio do volume de atendimento, comprometendo assim a qualidade da assistência aos pacientes. Nada mais justo que, após dedicar seis anos de estudo na graduação, dois ou três na residência e mais outros em especialização, o médico tenha um retorno financeiro por todo o investimento realizado ao longo desses oito ou nove anos de empenho acadêmico.

Segundo Varela (2004),

*“o bom exercício da medicina exige, além do exame físico cuidadoso, observação acurada, atenção à história da moléstia, à descrição dos sintomas, aos fatores de melhora e piora, uma análise, ainda que sumária, das condições de vida e da personalidade do paciente”.*

Para que esse tipo de atendimento possa ser prestado, é preciso que a dignidade do médico seja reconstituída, a começar por sua condição econômica. Assim, ele teria mais tempo para se dedicar ao paciente, informá-lo sobre riscos de um determinado tratamento, evitando-se dessa forma eventuais complicações que possam surgir.

Portanto, o resgate da relação médico-paciente é um primeiro passo a ser dado a fim de que o custo do sistema de saúde apresente reduções significativas e duradouras, pois médicos que não dispõem de tempo para fazer um exame físico cuidadoso dos pacientes e para escutar suas queixas acabam solicitando exames complementares de forma desnecessária. A economia que hoje os planos de saúde têm com o preço da consulta resulta em contas expressivas reembolsadas aos hospitais, onde vão parar os pacientes por falta de diagnóstico precoce, aos laboratórios e centros de exames por imagem, cujas redes se expandem vertiginosamente pelas cidades brasileiras (VARELLA, 2004).

## 2.5 Estabelecimentos de Saúde

A demanda por serviços de saúde gerada pela solicitação indiscriminada de exames complementares e pela incapacidade do setor público de atender à totalidade da população tornou atraente o mercado de saúde privado em todo o território nacional. Os altíssimos investimentos realizados no setor não são obras do acaso. O mercado de saúde, ao longo dos últimos dez anos, mostrou-se ser muito rentável, o que explica o aparecimento de diversos hospitais de médio e grande porte, clínicas especializadas, laboratórios e centros de imagem nas principais cidades brasileiras.

Os estabelecimentos de saúde, entretanto, vêm apresentando desafios com a utilização de insumos que podem ser classificados em três categorias: má-utilização, subutilização e sobreutilização de recursos (VIEIRA FILHO, 2005).

A má-utilização está relacionada a perdas, a desperdícios e à má prática médica, gerando normalmente, neste último caso, a necessidade de serviços adicionais para tratar os resultados de um evento adverso com medicamento ou um diagnóstico tardio.

A segunda categoria é a subutilização de recursos. Neste caso, os pacientes não são submetidos a exames complementares quando há de fato necessidade ou então não recebem outros cuidados dos quais iriam beneficiar-se, podendo afetar a cadeia de saúde como um todo, já que o problema tende a se agravar, gerando custos futuros. Este problema é tipicamente encontrado no *capitation*, mecanismo de remuneração em que o estabeleci-

mento de saúde recebe da seguradora uma importância fixa por paciente, por período de tempo, assumindo os riscos da assistência.

O terceiro aspecto é o sério problema da sobreutilização de recursos, representado pelo uso desnecessário da assistência. *“Os pacientes recebem cuidados que na melhor das hipóteses não os ajudam, expondo-os a mais riscos que benefícios potenciais”*, afirma Vieira Filho (2005). O problema da sobreutilização proveniente do sistema de remuneração *fee-for-service* é a principal queixa das operadoras quando se referem ao sistema.

Ademais, os estabelecimentos de saúde vêm sofrendo sérios problemas de gestão e de processos de controle. Boa parte dos hospitais, inclusive os da rede privada, não conhece exatamente seus custos. Os indicadores gerenciais não são utilizados de modo a direcionar a instituição a tomar decisões corretas.

Sem um sistema de informação para executivos adequado, muitos diretores acabam decidindo pelo “tino administrativo”, sem considerar adequadamente aspectos quantitativos importantes, em situações como, por exemplo, a aquisição de equipamento de imagem. Assim, o setor empresarial de saúde, equivocadamente, tem calculado a capacidade de pagamento do investimento com base somente na sua capacidade de produção, sem considerar a demanda do mercado como limitante (FREITAS, 2002).

No receio de ficar fora do mercado, os estabelecimentos de saúde têm sido levados a extremos no processo de investimento em procedimentos médicos intensos em capital (diagnóstico por imagem e terapia), a ponto de firmar compromissos orçamentários que não permitem a amortização dos recursos alocados nos prazos idealizados pelo setor empresarial. A oferta excessiva de serviços de saúde em várias instituições médicas vem gerando uma capacidade ociosa acima do suportável, uma concorrência acirrada e, às vezes, predatória.

O aumento da competitividade no setor tem forçado muitos gestores a procurar saídas em tecnologia da informação (TI) para aprimorar os controles, reduzir custos e melhorar a gestão. Por meio de todo o aparato tecnológico existente, atualmente já é possível diminuir muitos custos variáveis da produção dos serviços hospitalares, identificando perdas e reduzindo desperdícios, aumentando a eficácia e a eficiência dos processos.

Entretanto, a implantação deste recurso por si só não é capaz de resolver os sérios problemas das instituições. Elas precisam, antes de mais nada, dar treinamento adequado a seus funcionários, incentivá-los a utilizar a tecnologia no seu cotidiano e usar TI principalmente para o desenvolvimento de um sistema de informação gerencial.

Vale ressaltar que a informatização é hoje um processo essencial para a tomada de decisões, mas ela sozinha não é capaz de gerar informação. É preciso ter pessoas com formação adequada para que a informação seja produzida, e os profissionais de informática são apenas um meio para isso.

Diante do exposto, os investimentos em TI são, pois, uma tentativa de enxugar os gastos com uma infra-estrutura cada vez mais cara e de rápida obsolescência que o setor de saúde vem exigindo, principalmente com os procedimentos relacionados a equipamentos médico-hospitalares de alto valor.

## 2.6 Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares

Deve-se à indústria de equipamentos médico-hospitalares a grande evolução em que se encontram hoje os serviços de saúde, em particular o diagnóstico de doenças por imagem. Esses equipamentos, em sua maioria produzidos fora do país, vêm permitindo uma melhora significativa no diagnóstico, na prevenção e no tratamento de doenças.

No entanto, o problema desse avanço tecnológico está associado ao custo de aquisição que, praticamente na totalidade dos casos, são pagos em moeda estrangeira, forçando os estabelecimentos de saúde a realizar financiamentos difíceis de serem honrados. Sob o medo de perder competitividade no mercado, os estabelecimentos privados de saúde estão cada vez mais investindo em procedimentos médicos (diagnóstico e terapia) intensos em capital.

Com isso, a relação com esses fornecedores tem tomado uma direção única, fazendo com que os estabelecimentos de saúde sejam fortemente influenciados pelos grandes produtores internacionais no seu processo de introdução de novos equipamentos. Perdem, assim, não só autonomia e controle sobre o processo de decisão de investimentos como também sobre os procedimentos médicos, *a fortiori*.

“O mercado em geral é amoral e visa ao lucro e não ao benefício das pessoas”, afirma o cardiologista Nelson Albuquerque Souza e Silva, do Rio de Janeiro. De acordo ainda com Souza e Silva (2004), a prática clínica não pode ser direcionada apenas pelo mercado, por meio da introdução de novas tecnologias.

*“O uso da tecnologia sem adequada avaliação científica, em detrimento do cuidado clínico, das melhorias das condições de vida das populações e do*

*cuidado com o meio ambiente, retira a dimensão humana e ética da medicina e a reduz a uma técnica limitada em seus resultados e benefícios. Mais ainda, reparte o ser humano em órgãos ou peças separadas de uma máquina a ser reparada com ferramentas”.*

## 2.6.1 Análise da Situação Atual do Parque Nacional

A situação atual do parque nacional de equipamentos causa preocupação em virtude da alta concentração de equipamentos de imagem em locais muito próximos. Isto tem provocado uma demanda forçada de procedimentos médicos, principalmente em diagnósticos efetuados por equipamentos de alto custo e complexidade, com elevados custos de manutenção e operação. Estes procedimentos excessivos têm uma grande participação no custo crescente do sistema de saúde.

O desconhecimento da quantidade de equipamentos médico-hospitalares existentes na rede de saúde dificulta o controle e o planejamento nesta área. A consequência dessa falta de informação fica mais evidente no momento da avaliação da relação custo-benefício dos investimentos feitos em cada uma das áreas clínicas do setor de saúde, dos impactos da aquisição sobre o custo de manutenção e da real capacidade de atendimento do sistema em termos nacionais, regionais e locais (CALIL, 2001).

Praticamente nenhum controle sobre a importação destes equipamentos vem sendo feito, tanto por parte do governo federal, como das próprias secretarias estaduais de saúde.

Outro fator importante para o controle dos equipamentos da rede de saúde é o conhecimento de sua qualidade. Para tanto, é necessário a coleta de dados sobre a idade dos equipamentos, a condição de funcionamento, o número de pessoas treinadas para sua operação, sua capacidade de atendimento, a confiabilidade, a disponibilidade e a mantabilidade do equipamento.

No setor público, tipicamente, as análises para concessão de equipamentos são feitas, em parte, com base na força política de alguns solicitantes e, eventualmente, na qualidade de algumas propostas apresentadas pelas Secretarias de Saúde e pelos hospitais da rede pública. A avaliação para concessão de equipamentos deveria considerar, entre outros aspectos, a concentração de um mesmo tipo de equipamento ainda em funcionamento na região e se realmente a complexidade tecnológica do equipamento solicitado não poderia

ser substituída por outro tipo mais simples, de menor custo operacional e igualmente eficaz.

Não raras as vezes, observam-se na rede pública casos em que hospitais que possuem equipamentos de maior complexidade tecnológica não apresentam condições de arcar com seus custos de manutenção. Este alto custo de serviço pode ser decorrência da distância do representante técnico, do alto custo contratual da manutenção, do alto gasto com insumos e da baixa produtividade do equipamento resultante, por exemplo, da falta de pessoas especializadas para sua operação ou da alta concentração de um mesmo equipamento na região.

Diante de todas essas questões levantadas, nota-se uma visível transferência de capitais para a indústria estrangeira de equipamentos médico-hospitalares. Devido à falta de coleta de dados, é difícil realizar uma estimativa de quanto o sistema de saúde deixaria de gastar com a racionalização dos custos advindos da aquisição, manutenção e operação de equipamentos médico-hospitalares.

## 2.6.2 Principais Competidores

Os principais competidores dessa indústria são empresas dos Estados Unidos, da Alemanha e do Japão, os três países com maiores Produto Interno Bruto (PIB) do mundo. Em razão da capacidade tecnológica das empresas e do sistema produtivo, aliada à curva etária dos Estados Unidos, as empresas norte-americanas representam mais de 40% da produção mundial de equipamentos médico-hospitalares, possuindo expressiva participação de mercado em diversos segmentos dessa indústria. A participação do Japão é de aproximadamente 18% do mercado mundial e se faz presente principalmente em equipamento radiológico e de ultra-som, enquanto a Alemanha, com cerca de 11%, destaca-se em equipamentos de imagem e implantes (FURTADO, 2001).

Os mercados mais atraentes são, atualmente, os dos países ricos, mas as perspectivas de crescimento dos países em desenvolvimento são superiores, em razão do processo de envelhecimento populacional que estes países vêm experimentando, do aumento da esperança de vida segundo indicadores de saúde internacionais, do aperfeiçoamento do sistema de saúde, resultado de reformas, ampliação da cobertura, privatização de hospitais e aumento de gastos públicos em saúde (GUTIERREZ; ALEXANDRE, 2004). Assim, as estratégias comerciais das grandes empresas conciliam a defesa de suas posições nos

mercados dos países mais ricos com uma expansão mais agressiva nos mercados mais dinâmicos.

Em grande parte, as empresas líderes do mercado atuam com desenvoltura na área de equipamentos médico-hospitalares por possuírem um certo grau de desenvolvimento pretérito em outros segmentos industriais (é o caso, por exemplo, da General Electric, Siemens, Philips), o que possibilitou uma acumulação de capacidades competitivas, sobretudo experiência produtiva e internacionalização dos seus mercados de atuação, e permitiu uma rápida inserção no mercado.

As empresas dominantes do setor oferecem “soluções globais” aos seus clientes, isto é, um pacote que engloba um conjunto de elementos materiais (os equipamentos, os insumos usados nos equipamentos) e imateriais (aplicativos, procedimentos, assistência técnica) que tornam a dispendiosa aquisição de equipamentos mais atrativa.

Além disso, o uso do equipamento geralmente está associado a um conjunto de insumos físicos e químicos relativamente dispendiosos que ampliam a relação entre comprador e fornecedor, colocando o usuário numa relação de dependência mais ou menos prolongada em relação ao vendedor.

Para se ter noção da importância dessa indústria para um país, atualmente, as empresas norte-americanas de equipamentos médico-hospitalares propiciam à economia de seu país um *superavit* grande e sistemático. Esta indústria, além de ser responsável por injetar volumosas cifras na economia dos Estados Unidos, proporciona à sua população empregos altamente qualificados e rentáveis (FURTADO, 2001).

## 2.7 Indústria de Fármacos

O avanço da medicina atual não se deve apenas à introdução de novas tecnologias pelas empresas de equipamentos médicos-hospitalares. A indústria de fármacos também vem contribuindo significativamente com pesquisa e desenvolvimento de novas drogas, patrocínios de revistas, congressos e encontros da classe médica, que ajudam a proliferar o conhecimento e estimulam o aprendizado contínuo nos profissionais de saúde.

### 2.7.1 Estágios da Produção de um Medicamento

Para entender melhor a indústria de fármacos, é conveniente distinguir os seguintes estágios da produção de um medicamento (QUEIROZ; GONZÁLES, 2001):

**1º estágio:** pesquisa e desenvolvimento de novos princípios ativos (fármacos); é a etapa mais cara e complexa do processo, com valores da ordem de dezenas de milhões de dólares, e exige altos níveis de capacitação tecnológica.

**2º estágio:** produção industrial de fármacos; requer certa capacitação tecnológica, especialmente de processo, mas exige gastos de desenvolvimento muito menores. Caracteriza-se por ser uma etapa essencialmente de processos químicos.

**3º estágio:** produção de especialidades farmacêuticas (medicamentos), definindo as apresentações dos princípios ativos. Destaca-se por ser uma etapa essencialmente física, em que fármacos e adjuvantes são misturados, colocados em sua forma final e embalados.

**4º estágio:** *marketing* e comercialização das especialidades.

Os dois primeiros estágios correspondem a atividades de natureza químico-farmacêutica e concentram a maior parte das dificuldades tecnológicas da produção de um medicamento. Os dois últimos estágios compreendem atividades estritamente farmacêuticas. A produção de especialidades lida essencialmente com processos físicos, não químicos, e sua tecnologia é relativamente simples e difundida.

Outra característica importante desse setor está na tendência a manter verticalizada a produção, ou seja, as multinacionais farmacêuticas atuam em todos os estágios de fabricação de um medicamento, desde a pesquisa e o desenvolvimento de novos fármacos até o *marketing* e a comercialização das especialidades.

A necessidade de investir altas quantias em P&D explica em certa medida um traço típico dessa indústria: a forte vocação internacional. Dificilmente a amortização dos custos de desenvolvimento de um novo produto poderá ser consumada num único mercado nacional, por maior que ele seja. Assim, as empresas são compelidas a registrar patentes de suas descobertas na maior parte dos países do mundo.

## 2.7.2 *Marketing* e Comercialização das Especialidades

Costuma-se dividir o mercado internacional de produtos farmacêuticos para uso humano em ético e não-ético. Entende-se por produtos éticos os que têm sua propaganda e promoção dirigidas fundamentalmente às profissões médica, farmacêutica e afins. Incluem o conjunto dos medicamentos vendidos exclusivamente por meio de receita médica ou, em alguns casos, os produtos de balcão, os chamados OTC (*Over-The-Counter*).

Os não-éticos compõem a maior parte dos produtos OTC, que dispensam receita médica para serem comercializados e representam uma fração relativamente pequena do mercado mundial.

A cada uma dessas categorias de medicamentos corresponde um certo padrão competitivo. No caso dos produtos não-éticos, a concorrência está baseada fundamentalmente na fixação e exploração de marcas por meio de intensa publicidade. No segmento dos medicamentos éticos patenteados, o maior e mais dinâmico deles, a capacidade de lançar novos produtos é a grande arma competitiva das empresas, tarefa difícil e custosa que restringe o mercado às grandes firmas multinacionais da indústria farmacêutica.

No caso dos genéricos, o *marketing* e a capacidade inovativa têm menor importância. A competição em preços é fundamental, o que impõe atenção à tecnologia de processo e às escalas mínimas de produção.

Mesmo fornecendo produtos cujo destino final é o paciente, o setor farmacêutico tem no médico o profissional autorizado a prescrever seu uso, o que obriga os laboratórios a dedicarem grande parte de sua energia e criatividade ao estabelecimento de estratégias de *marketing* direcionadas a esse profissional de saúde.

O médico deveria prescrever o produto que julga mais adequado ao paciente, baseando sua decisão naquele medicamento que oferece ao paciente melhor relação custo-benefício, maior segurança e melhor qualidade, mas nem sempre é isso o que acontece.

No mercado de saúde, o médico geralmente se predispõe a prescrever um medicamento quando um determinado laboratório investe em programas de educação médica, patrocina sua participação em congressos ou traz palestrantes internacionais para contribuir com seu aperfeiçoamento profissional. A indústria farmacêutica sabe que a fidelização a marcas por parte dos médicos influencia não só o usuário final como também a decisão dos estabelecimentos de saúde no momento da aquisição de produtos. Por isso, boa parte dos esforços dos laboratórios são voltados para o *marketing* médico.

No entanto, alguns médicos oportunistas se aproveitam da situação e se comportam de maneira não-ética ao receber propina para prescrever medicamentos de determinados laboratórios farmacêuticos ou de farmácias de manipulação (BOTSARIS, 2001).

De acordo ainda com Botsaris (2001),

*“a queda dos níveis éticos da medicina — que fizeram dela um dos mais nobres ofícios — está relacionada à falta de valores estáveis na sociedade moderna, assim como o esmagamento do médico, como profissional, frente às poderosas forças econômicas que dominam o mercado”.*

Nos países em que a atividade médica é mais bem compreendida, ninguém restringe nem considera ações de *marketing* farmacêutico uma forma aética de convencimento do profissional, pois sabe-se que, se o medicamento não for bom, o médico não vai prescrever, e nenhuma ação de *marketing* será capaz de modificar isso.

Vale salientar que, nesses países, é praticamente impossível uma pessoa comprar um medicamento na farmácia sem o receituário médico, diferentemente do que acontece no Brasil. Aqui, os órgãos competentes não fiscalizam de forma a garantir a exigência do receituário ou a coibir a troca no balcão da marca prescrita pelo médico sem seu conhecimento ou anuência.

Ademais, a legislação brasileira em vigor permite a distinção dos chamados “medicamentos não sujeitos à prescrição médica” (definidos por alguns como “anódinos”). Com isso, é cada vez mais muito comum observar nos meios de comunicação do país, em especial na televisão, propagandas de medicamentos influenciando hábitos de consumo da população, muitas vezes de forma abusiva e enganosa. A advertência do Ministério da Saúde presente obrigatoriamente nos anúncios publicitários (“a persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”) vem servindo, sobretudo, como um “convite oficial” à automedicação.

É pertinente alertar que esses produtos não são isentos de ações negativas sobre o organismo dos usuários, podendo levar ao aparecimento de reações adversas graves, interações com outros medicamentos e/ou alimentos, mascaramento dos sintomas de doenças potencialmente graves e intoxicações decorrentes do uso abusivo e irracional, podendo inclusive comprometer decisivamente a vida do usuário.

Outra questão importante é a indução ao consumo de medicamentos pela atuação de balconistas de farmácias, incorporando o papel do médico ao agir como “prescrito-

res”, incentivados pelos proprietários dos estabelecimentos, por meio do pagamento de comissões, o que representa um estímulo para a prática da “empurroterapia”, inclusive de medicamentos de qualidade e eficácia duvidosas.

Por fim, vale ressaltar que o *marketing* farmacêutico tem também o papel de levar aos médicos as informações de que eles precisam. São informações correlacionadas, ou não, aos seus produtos, que dizem respeito à eficácia, à segurança e ao custo dos tratamentos e também a novos achados e evidências científicas relativos a diferentes doenças ou tratamentos. Tudo isto constitui um processo de difusão de conhecimento altamente proveitoso e necessário para os profissionais de saúde.

### 2.7.3 Características dos Medicamentos e de sua Demanda

Resultantes de intensa pesquisa básica e contínuo avanço científico, os medicamentos apresentam a característica singular de ser um bem relativamente caro e necessário. A inovação tecnológica é o fundamento da concorrência nesta indústria internacionalizada, cujos estímulos decorrem da expectativa de retorno econômico e dependem de externalidades, principalmente infra-estrutura e questões regulatórias.

Sob a ótica econômica, a demanda por medicamentos apresenta problemas de assimetria de informação, pois o paciente-consumidor detém menos conhecimento do que os prescritores, que, por sua vez, detém menos informações do que os laboratórios farmacêuticos. O pagador (principal), que é quem arca com os custos dos cuidados de saúde e que pode ser o próprio paciente ou uma instituição, coloca-se nas mãos de um terceiro, normalmente o médico (agente), que é quem decide em seu nome sobre os medicamentos a serem consumidos em cada situação, por meio da prescrição médica.

Há que se destacar ainda que, no caso específico dos medicamentos, além da qualificação e certificação na dimensão da necessidade, outros aspectos relacionados com a sua qualidade intrínseca também não são passíveis de uma avaliação e certificação pelo consumidor. Por isso, são chamados de bens credenciais (*credence goods*), pois apenas um *expert* pode atestar seus atributos de qualidade.

Essa natureza credencial dos medicamentos acarreta uma outra dimensão de assimetria de informações que garante às marcas pioneiras e líderes uma grande vantagem competitiva, fundamentada na sua reputação e credibilidade com os agentes e os consumidores (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

### 2.7.4 Empresas Líderes

As empresas farmacêuticas realizam esforços notáveis em pesquisa e desenvolvimento para obter um fluxo contínuo de novos produtos, condição essencial para manter suas (instáveis) fatias de mercado.

Os gastos em P&D atingem cifras elevadas em comparação com outras indústrias, ultrapassando freqüentemente o valor de 10% das vendas. Assim, o fato de essas atividades de P&D serem extremamente custosas, além de requererem pessoal altamente qualificado, implica a existência de grandes barreiras à entrada de novas empresas neste segmento industrial.

As multinacionais farmacêuticas atuam de forma verticalizada, isto é, em todos os estágios de fabricação. No entanto, centralizam em seus países de origem os estágios de P&D de novos fármacos e sua produção industrial (o que compreende a indústria farmacêutica, onde se concentram a maior parte das dificuldades tecnológicas da produção de um medicamento), e distribuem-se por diversos países na produção de especialidades farmacêuticas (medicamentos) e na realização de *marketing* e comercialização dos medicamentos.

Assim, essas empresas conseguem retirar ao máximo proveito do comércio intrafirma e do monopólio (temporário) resultante das inovações tecnológicas. Além disso, para fazer face aos custos crescentes de P&D e às necessidades de adquirir rapidamente outras capacitações, as empresas líderes vêm promovendo fusões e incorporações.

### 2.7.5 Diagnóstico da Realidade Brasileira

Apesar de dominado por grandes empresas privadas internacionais, o mercado mundial de medicamentos é marcado por forte intervenção governamental, o que confere ao ambiente institucional da indústria uma série de características que repercutem sobre seu padrão de concorrência e sua dinâmica.

As idéias de *laissez-faire*, desregulamentação, confiança nas “forças do mercado” passam distante da realidade da indústria farmacêutica. Os governos intervêm pesadamente, estimulando a prescrição de genéricos, controlando preços ou margens de lucro das empresas, atividades de *marketing*, condições de segurança e de eficiência dos medicamentos, entre outros aspectos.

Com base nas características mundiais, cabe agora levar em conta as especificidades do

setor farmacêutico no Brasil. A indústria aqui instalada reproduz diversas características observadas em nível mundial, mas também apresenta peculiaridades muito importantes, a saber (QUEIROZ, 1993):

1. forte internacionalização: embora numericamente as firmas estrangeiras não passem de 20% das empresas farmacêuticas que atuam no mercado nacional, mais de 80% deste mercado é ocupado por elas;
2. baixo nível de integração vertical: o segmento químico-farmacêutico (produtor de insumos) é ainda pouco desenvolvido, apesar do crescimento registrado nos anos recentes. Isto, em parte, pode ser atribuído ao amplo domínio exercido pelas multinacionais.

Apesar de a produção de medicamentos no Brasil ter aumentado nos últimos anos, segundo dados da Associação Brasileira da Indústria Farmoquímica, o investimento em pesquisa e desenvolvimento de fármacos continua incipiente. Os recursos para pesquisa provêm basicamente das agências estaduais e federal de fomento, embora alguns laboratórios privados comecem a apostar em parcerias com as universidades, o que poderá minimizar a defasagem do Brasil em relação a outros países, quanto aos investimentos privados em P&D.

O principal obstáculo para as empresas nacionais é sua fragilidade perante os competidores internacionais. O faturamento dessas empresas ainda é insuficiente para investir em P&D na escala adequada. Apesar dessa limitação orçamentária, os laboratórios nacionais estão realizando pesquisas, buscando explorar o nicho dos fitomedicamentos (como por exemplo o laboratório Hebron, localizado na cidade de Caruaru-PE, pioneiro em fitomedicamentos no país), no qual o custo de desenvolvimento é significativamente mais baixo.

### 2.7.6 Patentes de Fármacos

A patente é uma concessão de exclusividade dada pelo Estado para quem tenha criado algo técnico novo, que não seja óbvio para as pessoas que trabalham com aquela tecnologia, e que seja passível de utilização em um meio produtivo (indústria, agricultura, pesca, etc.).

No Brasil, ao registrar um medicamento original, o laboratório é beneficiado pela Lei das Patentes (Lei n.º 9.279, de 14 de maio de 1996). Isto quer dizer que durante um certo

período de tempo, que pode chegar até 20 anos, a fórmula do remédio é uma propriedade exclusiva de quem a criou, não podendo ser reproduzida sem a sua licença, salvo em alguns casos previstos em lei ou em acordos internacionais.

Como qualquer investidor, a indústria farmacêutica precisa da venda do produto, não só para retornar os volumosos investimentos em P&D, mas também para poder continuar a investir. Considere-se também que o investimento em novas drogas ou medicamentos pode ser caracterizado como de alto risco: a cada fase de desenvolvimento de um produto, uma empresa pode, simplesmente, concluir pela impossibilidade de seu lançamento, e, nesse caso, ela perderá totalmente o investimento realizado.

A patente é tipicamente um instrumento para garantir o retorno dos investimentos realizados pela indústria, que espera o retorno por meio da comercialização dos produtos e ainda pelo pagamento de *royalties* (direitos de propriedade). Sua existência é de fundamental importância a fim de estimular a pesquisa e o desenvolvimento de novos remédios para a cura de novas doenças, favorecendo a sociedade como um todo.

A questão das patentes nesse mercado envolve, ao mesmo tempo, os interesses econômicos das grandes indústrias de um setor com alta lucratividade — que alegam o alto custo do desenvolvimento de inovações — e o fato de esses produtos serem essenciais para a vida dos cidadãos.

Por outro lado, a patente é também um instrumento anticompetitivo, na medida em que estabelece um monopólio, sendo vantajosa para os países que têm capacidade industrial e massa crítica para enfrentá-lo.

O monopólio de grandes empresas sobre algumas drogas pode prejudicar o acesso a certos tipos de tratamentos. Diante disso, o Brasil, um dos primeiros signatários da Convenção de Paris (primeiro tratado de patentes do mundo, assinado em 1883), defende a flexibilização das leis internacionais de patentes para medicamentos e o acesso amplo e irrestrito aos insumos de saúde.

Para coibir os abusos relativos ao monopólio de grandes empresas, o acordo TRIPS (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) prevê a concessão de licença de uso da patente sem a autorização do proprietário. Trata-se da licença compulsória. Em caso de abuso de poder econômico e nos casos de interesse público e emergência nacional, o Estado pode conceder a licença compulsória da patente para possibilitar a produção local do produto patenteado. A simples possibilidade da utilização dessa prerrogativa tem obrigado as multinacionais a reduzir os preços sem, no entanto, anular os seus elevados

lucros.

A licença compulsória deve ser utilizada, portanto, como um instrumento de barganha, como em 2001 quando o até então Ministro da Saúde, José Serra, conseguiu reduzir o preço de medicamentos anti-aids pressionando os grandes laboratórios.

### 2.7.7 Lei dos Genéricos

Em 10 de fevereiro de 1999, entrou em vigor no Brasil a Lei n.º 9.787, alterando a Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

Popularmente conhecida como Lei dos Genéricos, a Lei n.º 9.787 determina que, além do nome comercial, as caixas de remédios indiquem também o nome genérico do produto, ou seja, o nome da substância que age sobre a doença. Esta substância é chamada princípio ativo.

Antes de começar uma discussão sobre o tema, é conveniente definir alguns termos presentes na Lei:

**Medicamento Similar:** aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica, do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

**Medicamento Genérico:** medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI).

**Medicamento de Referência:** produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e

qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

**Produto Farmacêutico Intercambiável:** equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança.

**Bioequivalência:** consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados sob um mesmo desenho experimental.

**Biodisponibilidade:** indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.

A diferença básica entre o medicamento genérico e o medicamento similar reside no fato de que os “genéricos” são apresentados pelo nome da sua denominação química, sem marca comercial, e os “similares”, apesar de manterem a mesma composição química de um determinado medicamento de marca consagrada, denominado de medicamento de referência, têm estampada na embalagem a sua composição química e a sua própria marca comercial.

A Lei, ao exigir que o laboratório indique na caixa do remédio o princípio ativo do medicamento, permite que o consumidor possa realmente escolher o que vai comprar, estimulando a concorrência e forçando indiretamente os laboratórios de produtos de marca a baixarem seus preços para conquistá-lo. Com a nova política instituída no país, a redução de preços dos medicamentos decorre também da diminuição dos custos de *marketing* que é feito sobre o médico. Estima-se que 40% do custo final do produto provenha de campanhas publicitárias (VÂNIA, 2003).

Enquanto a fiscalização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não for rigorosa o bastante, é recomendável que o usuário tome certos cuidados como, por exemplo, pedir ao médico que indique os laboratórios mais confiáveis que produzem medicamentos similares e dar preferência às farmácias com boa reputação no mercado.

No entanto, é importante ressaltar que, na hipótese do médico não prescrever o nome genérico do medicamento, o consumidor não deve simplesmente substituí-lo, mas, sim,

procurar o médico e solicitar a alteração da receita para o nome genérico ou similar do medicamento.

## 2.7.8 Lucratividade Geral da Indústria Farmacêutica no Brasil

A partir da Lei de Genéricos, observa-se um crescimento da participação das indústrias nacionais que hoje lideram a produção de genéricos no Brasil. A lucratividade geral da indústria farmacêutica, no entanto, segundo dados da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma), vem caindo.

Em 1998, as vendas brutas de medicamentos no mercado brasileiro chegaram a US\$ 10,35 bilhões, com 1,65 bilhões de unidades vendidas. Em 1999, após a aprovação da lei dos genéricos e de outras medidas do governo federal, os lucros foram de US\$ 7,61 bilhões, com 1,60 bilhões de unidades vendidas — número próximo ao do ano anterior. Em 2000, os lucros caíram ainda mais, US\$ 7,48 bilhões com 1,47 bilhões de unidades vendidas.

A Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais (Alanac) indica como limitantes do crescimento da produção brasileira de medicamentos:

- tímidas campanhas informativas sobre genéricos, voltadas à população e aos médicos;
- desinteresse das farmácias na venda de produtos baratos;
- demora para a realização de testes de bioequivalência, necessários para a comercialização dos medicamentos;
- ausência de financiamentos para a compra de equipamentos.

## 2.8 Governo e Agências Reguladoras

Percebe-se que, como regra geral, esses atores citados estão constantemente buscando maximizar o ganho individual em detrimento do coletivo, com prejuízo para toda a sociedade brasileira. Essa postura dos diversos agentes dos sistemas público e privado (financiadores, prestadores de serviços e indústrias de insumos, entre outros) vem decisivamente contribuindo para agravar o atual quadro da saúde no país.

Por apresentarem interesses próprios e muitas vezes conflitantes, cabe ao governo promover o equilíbrio dessas forças por meio de legislações específicas e da atuação eficaz de agências reguladoras.

### 2.8.1 Papel Regulador do Estado

Em todo o mundo, os sistemas que ofertam cuidados de saúde operam com algum nível de intervenção governamental. Alguns países intervêm um pouco mais, outros menos, mas, em essência, constata-se que a tese dos mercados livres não representa a melhor maneira de alcançar níveis adequados de eficiência e resultados satisfatórios no campo dos cuidados em saúde.

O Estado, de alguma maneira, sempre interferiu nas relações econômicas. Inicialmente o fazia editando leis para disciplinar genericamente a ação dos agentes privados. Posteriormente, essa intervenção se intensifica, e a interferência estatal no domínio econômico passa a envolver a própria exploração da atividade econômica por ente estatal (empresas públicas, sociedades de economia mista).

A lógica da intervenção estatal prevalecente há pouco tempo era centrada na supremacia do interesse público (entendido como interesse do Estado-nação) sobre os interesses privados. Ao governante de turno, competia decidir, a partir de sua leitura política dos interesses gerais da sociedade, quanto, de que modo e em favor de quem se daria sua ação na ordem econômica.

A atividade econômica acabava por padecer de uma enorme instabilidade, pois as decisões políticas são necessariamente cambiantes (fruto da natural necessidade de acomodação dos interesses políticos e das premências da alternância de poder) e buscam responder às demandas mais imediatas (próprias do ambiente político). Além disso, num contexto de intervenção predominantemente direta na economia, os objetivos perseguidos pelo Estado são de natureza geral, sobretudo sem grande preocupação com o equilíbrio específico do setor onde recai essa intervenção (MARQUES NETO, 2003).

O que é relevante para o advento da atividade regulatória estatal não é a supressão da intervenção estatal direta na ordem econômica, mas basicamente a separação entre o operador estatal e o ente encarregado da regulação do respectivo setor.

A partir do exercício da atividade regulatória pelas agências, a ação estatal passa a depender do equilíbrio entre os interesses privados (competição, respeito aos direitos dos

usuários, admissão da exploração lucrativa de atividade econômica) com as metas e os objetivos de interesse público (universalização, redução de desigualdades, modicidade de preços e tarifas, maiores investimentos, etc.). A intervenção regulatória é muito mais pautada pelo caráter de mediação do que pela imposição de objetivos e comportamentos ditados pela autoridade.

Ademais, a atividade de regulação estatal envolve funções muito mais amplas que a função regulamentar, pois abrange atividades coercitivas, adjudicatórias, de coordenação e organização, funções de fiscalização, sancionatórias e de conciliação. Sem essa plenitude de funções, não se pode falar em atividade regulatória. Vale salientar que regular não é sinônimo de regulamentar, pois, como visto, seu escopo é muito mais abrangente que o simples ato de regulamentar (MARQUES NETO, 2003).

É essencial à noção de moderna regulação que o ente regulador estatal dialogue e interaja com os agentes sujeitos à atividade regulatória, buscando não apenas legitimar sua atividade, como também tornar a regulação mais qualificada e aderente às necessidades e perspectivas da sociedade.

## 2.8.2 Agências Reguladoras no Brasil

A mudança significativa da forma como o Estado intervém na ordem econômica torna necessário o surgimento de instrumentos aptos a viabilizar essa nova forma de intervenção; dentre estes mecanismos, as agências reguladoras despontam como um dos aparatos mais eficazes.

As agências tomaram no direito brasileiro a configuração de autarquias em regime especial, às quais o legislador conferiu autonomia financeira, estabilidade dos dirigentes, ausência de subordinação hierárquica com o órgão vinculado, enfim, privilégios específicos a tal ponto que ela possa ser considerada dotada de independência administrativa.

Uma característica importantíssima desses organismos é o fato de não estarem sujeitos a orientações ou a controle governamental quanto à condução de sua atividade. Devem primordialmente conduzir suas decisões na busca do equilíbrio do sistema, atuando sempre que possível com transparência, permeabilidade e neutralidade, de modo a receber e processar demandas e interesses dos regulados, dos consumidores e do próprio poder político (MARQUES NETO, 2003).

A partir da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, diversas agências regulado-

ras vêm sendo criadas no Brasil para a supervisão das atividades de diversos setores do mercado. O surgimento das agências é fruto de uma profunda mudança na relação do aparelho estatal com a sociedade, particularmente com a ordem econômica. Seu papel na economia de um setor diz respeito à: correção das falhas de mercado relacionadas com as externalidades; correção de assimetrias de informação e poder; maximização da eficiência em mercados caracterizados pela concentração de poder econômico e naqueles onde as barreiras à entrada são significativas.

### 2.8.3 Regime Regulatório em Saúde Suplementar

No Brasil, até fins da década de 1990, o mercado de planos e seguros de saúde desenvolveu-se em um contexto institucional de baixa regulação. Parte do setor referente às seguradoras de saúde obedecia à legislação geral de seguros privados, submetendo-se à regulamentação da Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia federal vinculada ao Ministério da Fazenda, responsável pela regulamentação da atividade de seguro (ARANTES, 2004).

A constituição do marco regulatório pela Lei n.º 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, por meio da Lei n.º 9.961, alteraram expressivamente esse cenário, a partir da definição de novas regras de entrada no mercado das operadoras e da saída de empresas do setor, protegendo, assim, os consumidores (COSTA, 2004).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia especial do Ministério da Saúde, é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam, em todo o território nacional, assistência suplementar à saúde. Possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão dos próprios recursos humanos.

A ANS pretende dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade do setor (CONASS, 2005). Na dimensão econômico-financeira, a regulação pela ANS tem como escopo definir as condições de entrada, de permanência e de saída do setor e exigir a constituição de reservas e garantias das operadoras de seguro.

A ação da ANS deve promover o equilíbrio entre os consumidores, agentes econômicos e o Estado, buscando que os poderes normatizador, regulador e fiscalizador da Agência sejam exercidos com independência.

Sua atuação visa a assegurar a sustentabilidade econômica e social das atividades desempenhadas por agentes do mercado e se faz presente no gerenciamento das informações que são coletadas tanto junto a esse mercado (operadoras e prestadores de serviço), quanto junto aos consumidores. A qualidade da regulação produzida associa-se à qualidade do fluxo de informações processadas no interior da Agência e ao grau de representatividade dos interesses que consegue alcançar (ARAUJO, 2004).

No momento, o país precisa de uma reformulação institucional da ANS e do próprio marco regulatório, para que sejam preservados os interesses de usuários, operadoras, prestadores de serviço e para viabilizar uma melhor regulamentação do mercado pela Agência.

## 2.9 Qualidade em Saúde

Em qualquer sociedade moderna e desenvolvida, gerir pela qualidade é, atualmente, um imperativo em todas as áreas de atividade, e a saúde não pode ser exceção. Melhorar a qualidade, a acessibilidade e a eficiência dos serviços de saúde são desafios a serem alcançados pelas nações.

Nesse sentido, os sistemas de saúde em diversos países vêm se esforçando para criar, a tempo, as condições necessárias à prestação de cuidados de saúde de acordo com os mais elevados padrões de qualidade aceitos internacionalmente e a otimização da relação custo/efetividade dos serviços prestados à população.

No entanto, existe uma grande diversidade de conceitos e de perspectivas sobre o que é qualidade em saúde, por vezes, divergentes e, em alguns casos mesmo, antagônicos (SOUZA JÚNIOR, 2004). Esta diversidade torna as questões relacionadas com a qualidade na prestação de cuidados de saúde difíceis e complexas de abordar.

Diferentemente do que se observa na literatura clássica sobre o assunto, qualidade no setor de saúde não é simplesmente a satisfação do usuário. Os consumidores não têm compreensão da complexidade dos serviços que lhes são prestados e muitas vezes só observam as relações interpessoais, a hotelaria e sua experiência durante a internação.

Segundo Vieira Filho (2005), *“qualidade em saúde está relacionada, sobretudo, com o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados clínicos desejáveis, a custos adequados, e que sejam consistentes com a prática profissional corrente”*.

Sua gestão não deve ser encarada somente como uma metodologia, utilizada para melhorar o desempenho organizacional, nem um problema puramente técnico e econômico;

deve, também, ser vista como uma questão ética e moral.

Além disso, a gestão da qualidade em saúde não deve ser feita apenas para benefício das instituições, mas sim para um melhor atendimento dos que as utilizam e para uma melhoria permanente voltada para o atendimento das necessidades, expectativas e satisfação da população que recorre aos serviços de saúde.

Para alcançar estes objetivos, é indispensável garantir que as instituições que prestam cuidados de saúde disponham de mecanismos que permitam avaliar, de uma forma sistemática, os cuidados prestados, a utilização adequada dos recursos disponíveis e os parâmetros de qualidade em todas as fases do processo.

## 2.10 Pólo Médico de Recife

### 2.10.1 Introdução

No final da década de 70 e início dos anos 80, começou a despontar na cidade de Recife uma aglomeração espontânea de clínicas e hospitais nas redondezas da Ilha do Leite. A iniciativa foi motivada pela proximidade com o Hospital Pedro II, onde funcionava a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Apesar da ausência de intervenção ou incentivo público, foram instalando-se novos hospitais privados, clínicas, laboratórios de análises, centros de diagnóstico por imagem, somando investimentos estimados em R\$ 200 milhões.

Com a instalação de vários estabelecimentos de saúde, atividades correlatadas e complementares acompanharam o ritmo de investimento, podendo-se hoje constatar no Pólo a presença de comércio varejista de produtos farmacêuticos, artigos médicos e ortopédicos, comércio atacadista de medicamentos, empresas de produção e manutenção de equipamentos, serviços de informática e automação, produção de medicamentos, de roupas profissionais, de descartáveis, serviços de lavanderia, de esterilização, de coleta e tratamento de lixo, entre outros.

A relevância e o potencial do pólo médico para a economia do Recife podem ser mensurados pela arrecadação do Imposto Sobre Serviços (ISS), que alcançou R\$ 7,9 milhões no ano de 2003 (4,7% do total arrecadado), concentrada em 90 empresas do setor de saúde. Além disso, o volume de empregos formais gerados pelas atividades diretamente ligadas ao Pólo é estimado em 34,7 mil.

Aproximadamente 93% dos estabelecimentos são de pequenas e médias empresas que empregam, respectivamente, em torno de três a dez empregados por estabelecimento. As maiores entidades se concentram nas atividades de atendimento hospitalar, apresentando uma média de 75 pessoas empregadas (emprego formal), segundo dados do Ministério do Trabalho (RAIS), o que confere a essas grandes empresas, em geral, algum poder de definir estratégias empresariais e rumos para o setor. Atualmente, o Pólo Médico de Recife é referência regional, apresentando também um bom destaque em âmbito nacional.

### 2.10.2 Pontos a Ponderar

Alguns veículos de comunicação e entidades importantes como a FACEPE (Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco) costumeiramente divulgam o Recife como sendo o segundo pólo médico do Brasil sem explicitar qual a variável ou o critério utilizado em tal avaliação.

Segundo Freitas (2002), em termos de número de leitos hospitalares, públicos e privados, a cidade do Recife tem a quarta maior quantidade do país, sendo superada por São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, nessa ordem. Freitas (2002) mostra ainda que, em relação ao número de equipamentos de diagnóstico por imagem e ao número de estabelecimentos de saúde, Recife ocupa entre as capitais estaduais a quinta e a sétima posição respectivamente.

Iludidos com a crença de que o Pólo Médico de Recife fosse o segundo do país, muitos médicos e empresários investiram nos últimos anos um volume relativamente elevado de capital na aquisição de equipamentos de diagnóstico por imagem e de novas instalações. O crescimento acima da demanda foi motivado pela expectativa de que o Recife se tornaria rapidamente um pólo de atração regional da demanda nordestina, o que, na prática, não se verificou plenamente.

As razões para o desempenho abaixo do esperado do pólo recifense podem ser mais bem compreendidas pelo exame dos seus principais problemas (SICSU; LIMA, 2004):

1. excesso de capacidade instalada;
2. falta de planejamento empresarial;
3. redução da clientela local ligada aos planos de saúde;

4. baixo nível de renda da população;
5. baixa remuneração pelos serviços de saúde prestados;
6. hegemonia das operadoras de planos de saúde e dos grandes hospitais;
7. carga tributária elevada;
8. deficiência na formação de recursos humanos;
9. falta de apoio governamental e institucional (apoio tecnológico e qualificação profissional);
10. limitações quanto à cooperação entre os agentes envolvidos.

O primeiro aspecto a ser analisado é o excesso de capacidade instalada. A expansão dos investimentos do Pólo tem evoluído em proporção muito maior do que o crescimento da demanda. Sem um planejamento adequado, o setor empresarial de saúde em Recife tem cometido excessos na aquisição de equipamentos de diagnóstico por imagem, na modernização de suas instalações e na oferta de serviços de saúde, inviabilizando a amortização dos recursos alocados nos prazos idealizados.

Some-se a isso a redução da clientela associada aos planos de saúde, em vista de perdas de níveis de renda e de emprego em geral, dos reajustes das mensalidades acima da inflação, ao lado do baixo nível de remuneração da população nordestina.

Devido à alta concentração de entidades médico-hospitalares na cidade e à inexistência de parceria ou união no setor, o poder de barganha dos estabelecimentos de saúde, em geral, acaba por ser muito baixo frente aos planos de saúde. Sem ter uma grande receita arrecadada por serviços particulares, os estabelecimentos privados de saúde acabam sujeitando-se aos baixos valores oferecidos pelas operadoras.

Diferentemente do que acontece com os estabelecimentos de saúde de porte inferior, os grandes hospitais da cidade ainda conseguem enfrentar em melhores condições as operadoras de planos de saúde na negociação de tabelas de preços e de condições de pagamento, pois apresentam uma considerável participação no mercado e atuam de forma verticalizada em diversas atividades de prestação de serviços de saúde, entre elas o diagnóstico de doenças por imagem.

Diante disso, nota-se, em geral, uma profunda dependência do Pólo em relação às operadoras de planos de saúde, que, apesar de muitas estarem em crise, ainda detêm

um grande poder no setor de saúde. A hegemonia das operadoras e a inexistência de um público demandante, de altíssimo padrão de renda na região, em volume que pudesse substituí-las, são apontadas como um dos principais elementos que têm levado o setor empresarial a repensar as estratégias do Pólo.

Outro problema freqüentemente apontado por empresários do setor é a aplicação da maior alíquota (5%) do ISS em Recife para o setor de saúde. Em 2000, o setor de saúde encontrava-se em primeiro lugar no *ranking* do ISS, proporcionando naquele ano R\$ 12,9 milhões aos cofres da Prefeitura de Recife, apenas com esse tributo.

Com a evasão de beneficiários dos planos de saúde a partir de 2001, a arrecadação registrada em 2003 foi de R\$ 7,9 milhões, o que resultou numa queda de arrecadação desse setor para os cofres públicos de quase 40%. Por causa da crise no setor, hoje as empresas do Pólo Médico de Recife ocupam o segundo lugar no *ranking* de arrecadação do ISS da Prefeitura da Cidade, deixando o primeiro posto para instituições financeiras e securitárias.

A deficiência na qualificação de mão-de-obra de nível médio, especificamente técnico e auxiliar de enfermagem, também é outra dificuldade apontada pelas entidades médico-hospitalares. Ademais, atualmente não se observa uma articulação com as instituições locais de ensino e pesquisa, faltando ainda o apoio dos órgãos oficiais para superação de problemas no setor.

O Pólo Médico de Recife é mais um exemplo dentre outros existentes no Brasil onde há fraca articulação interfirmas, quase nenhuma cooperação entre os agentes e uma participação limitada das instituições de apoio tecnológico no suporte à superação dos gargalos e à introdução de inovações de caráter endógeno.

Desse cenário, resultam atualmente dificuldades financeiras e operacionais nos estabelecimentos médico-hospitalares, o que coloca em dúvida suas possibilidades de consolidação e expansão futura.

### 2.10.3 Potencialidades

A excelência dos serviços médicos na cidade de Recife é, sem dúvida, um ponto a se destacar. A estrutura física e tecnológica implantada na cidade oferece não só à população local como também à região Nordeste uma diversidade de procedimentos clínicos complexos e uma gama sofisticada de exames por imagem.

A constituição do Pólo não teve a preocupação maior com a especialização em determinadas especialidades e a concentração nessas, o que poderia ter criado marcas específicas que identificassem o Pólo Médico do Recife, como ocorreu em outras regiões do país.

No entanto, diferentemente do que acontece, por exemplo, no Pólo Médico de São Paulo, toda essa moderna infra-estrutura disponível e este variado *mix* de serviços não vêm conseguindo atrair significativamente grandes demandas de outras regiões, por uma série de razões, entre elas, a atuação dos profissionais de saúde.

É de conhecimento corrente no setor de saúde que os profissionais da área, principalmente médicos, atuam como indutores de demanda de outros Estados da Região para os pólos. Como muitos destes fazem seus cursos de mais alto nível em outras regiões do país, ou mesmo no exterior, há uma tendência de indicarem aos seus clientes que se desloquem para os centros e locais onde se especializaram, quando há necessidade de tratamentos e procedimentos mais exigentes em especialização. Assim, deslocam a demanda por serviços de saúde para outros centros e acabam enfraquecendo as empresas locais.

Para que essa postura se modifique, é necessário consolidar e ampliar os núcleos de excelência acadêmica nas instituições do Estado, como UFPE, UPE e o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, entre outros. Tal postura irá, pouco a pouco, canalizar a demanda regional para o Pólo Médico do Recife.

Além disso, uma estratégia sistemática de realização em Recife de congressos, simpósios, palestras, enfim, eventos ligados à área, poderá dar maior visibilidade ao Pólo, à sua infra-estrutura e a suas competências consolidadas, ainda pouco conhecidas em várias regiões do país e mesmo do Nordeste. Maiores detalhes sobre o assunto podem ser vistos em Sicsu & Lima (2004).

#### 2.10.4 Considerações Finais

O Pólo Médico de Recife vem contribuindo decisivamente na economia do Estado, por oferecer empregos e propiciar renda à população da capital, constituindo-se como um segmento que abriga profissionais qualificados de diferentes áreas, com remuneração superior à média observada no Recife.

Além disso, nos últimos anos, o Pólo alcançou um nível de investimentos em novos empreendimentos que trouxe um impacto bastante positivo na geração de novos postos de trabalho, em uma economia que apresentava sérios problemas de crescimento. Vale res-

saltar também que o setor de saúde é um dos segmentos que mais têm gerado arrecadação para os cofres públicos.

Ocorre que a expansão do Pólo Médico do Recife se verificou num ambiente marcado pela ausência de uma maior articulação entre os agentes, o que resultou em ações sem um planejamento sistemático e adequado. Com isso, num fenômeno típico do capitalismo, vem sendo formada uma capacidade de prestação de serviços bem acima da demanda, acirrando ainda mais a concorrência.

Hoje o Pólo atravessa uma fase de acomodação em que poderão ser subtraídas algumas empresas do núcleo principal (hospitais, centros de atendimento de urgência e emergência, clínicas, laboratórios de análises, serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica, etc.), além de empresas de segmentos de apoio, com vistas a uma melhor adequação à real dinâmica do mercado.

Portanto, se o Pólo surgiu como um movimento espontâneo, com baixa intervenção estatal, a superação de sua crise atual, sua consolidação e expansão futura requerem uma atuação mais efetiva de diferentes instâncias do setor público junto com entidades e empresas que formam a cadeia produtiva aqui analisada. Sem esse conjunto de ações, dificilmente os desafios do setor poderão ser superados.

Diante da importância do tema, o Capítulo 3 a seguir mostra como alguns perfis de usuários de serviços de saúde da cidade de Recife percebem diversas questões levantadas nesta revisão de literatura.

## 3 PESQUISA COM USUÁRIOS

Parte integrante do Projeto Vesalius (DUBEUX, 2000), este capítulo busca identificar percepções diferentes entre usuários de serviços de saúde da cidade de Recife, sobre os diversos fatores e/ou agentes que influenciam na qualidade do sistema, bem como sobre outras questões pertinentes ao tema, com base na revisão de literatura levantada no Capítulo 2.

### 3.1 População Estudada

Realizada com usuários de serviços de saúde da cidade do Recife, esta pesquisa ocorreu no primeiro semestre do ano de 2001 e contou com a participação de estudantes de graduação e pós-graduação em Engenharia de Produção e Engenharia Eletrônica, da Universidade Federal de Pernambuco. O questionário da pesquisa bem como as instruções aos entrevistadores para a coleta dos dados se encontram respectivamente nos (Anexos 1 e 3) deste trabalho.

Apesar de todo o cuidado no dimensionamento da amostra e nas recomendações para a realização das entrevistas, ainda sim foram detectados vieses de seleção. Note-se, a seguir, na Seção 3.2, o viés da amostra quanto ao nível de instrução e ao percentual de usuários com plano de saúde na capital pernambucana.

Vale ressaltar que este estudo é de caráter observacional e transversal, conforme explicado na Seção 1.7. A intenção da pesquisa foi analisar as relações entre as variáveis, e não obter uma representação da população da cidade de Recife.

### 3.2 Descrição da Amostra

Os estudantes (48 entrevistadores no total) foram instruídos a entrevistar os usuários de acordo com os números de entrevistados por sexo e para cada faixa etária, presentes no (Anexo 3). Entrevistas incompletas e inconsistentes foram devidamente descartadas das análises (149 entrevistados).

Assim, no total, foram obtidas 1415 entrevistas (50% de cada sexo). A média de idade da população do estudo foi de 36 anos, sendo a mínima 12 e a máxima 87. A Figura 3.1 mostra o histograma da idade dos usuários entrevistados.

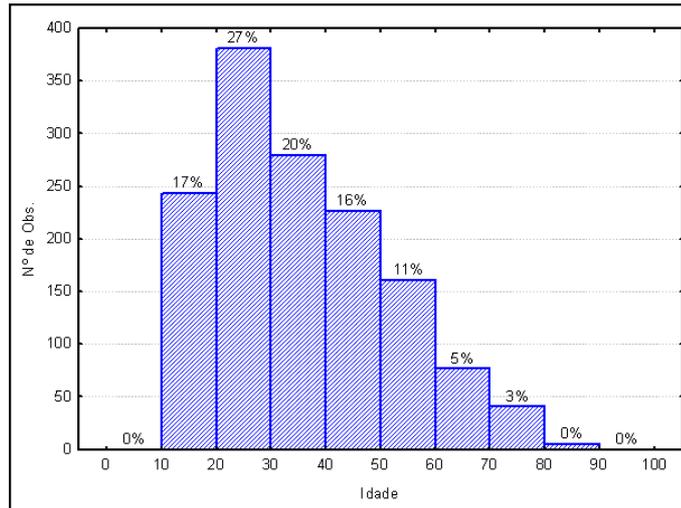


Figura 3.1: Histograma da Idade dos Usuários Entrevistados

Do total de entrevistados, 23% possuíam nível de instrução até o ensino fundamental, 29% terminaram ou ainda estavam cursando o nível médio, 44% já ingressaram ou concluíram o nível superior ou curso técnico, e apenas 4% possuíam título de mestrado ou doutorado. A Figura 3.2 mostra o histograma do nível de instrução dos usuários.

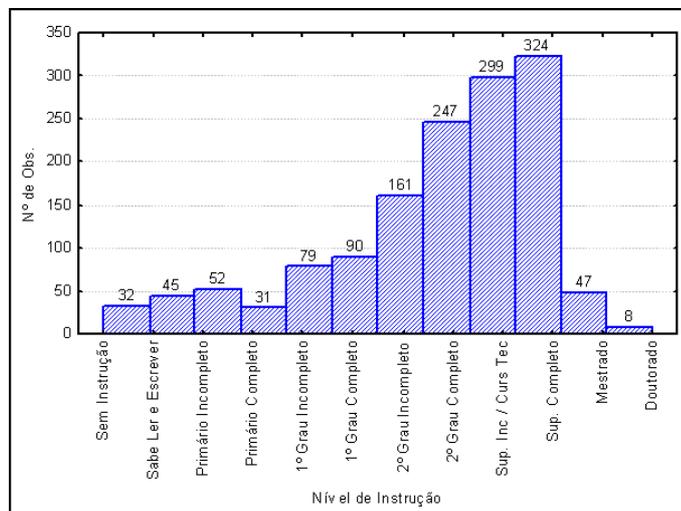


Figura 3.2: Histograma do Nível de Instrução dos Usuários Entrevistados

Quanto à área de formação dos entrevistados que fizeram curso técnico ou superior, a maior concentração é de pessoas da área de Ciências Sociais ou Humanas (31%), e da área de Ciências Exatas ou Tecnologia (26%). Apenas 13% dos entrevistados tinham formação na área de Ciências Biológicas ou da Saúde. A Figura 3.3 mostra o gráfico de setor da área de formação dos usuários entrevistados.

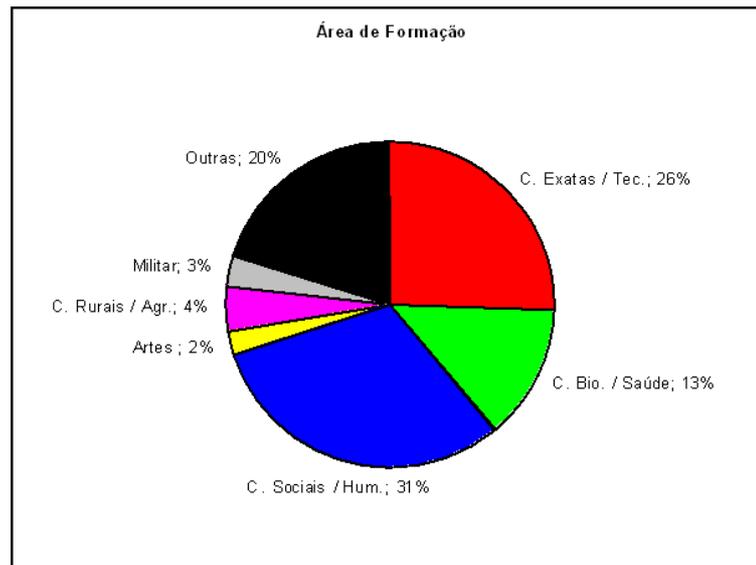


Figura 3.3: Área de Formação dos Usuários Entrevistados com Nível Superior ou Técnico

Em relação à adesão a operadoras de planos de saúde, 61% dos entrevistados disseram possuir algum tipo de cobertura (seguro patronal ou privado).

### 3.3 Influência dos Agentes na Qualidade dos Serviços de Saúde

No Capítulo 2 deste trabalho, mostrou-se a influência de agentes e entidades na qualidade do sistema de saúde. Para saber a opinião dos usuários de serviços de saúde sobre o tema, perguntou-se que tipo de repercussão (negativa, neutra ou ambivalente, positiva) esses fatores exercem na saúde. Em uma escala de (1) Negativa a (3) Positiva, as Figuras 3.4 a 3.12 trazem uma comparação da percepção de dois tipos de usuários: os assistidos apenas pela seguridade social (sem PS) e os que possuem algum tipo de plano de saúde (com PS).

Quando comparadas as opiniões desses dois perfis de usuário sobre essas questões, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney U, no nível de significância de 5%, detecta diferenças estatisticamente significativas entre os seguintes fatores:

- laboratórios farmacêuticos;
- estabelecimentos de saúde privados;
- estabelecimentos de saúde públicos;

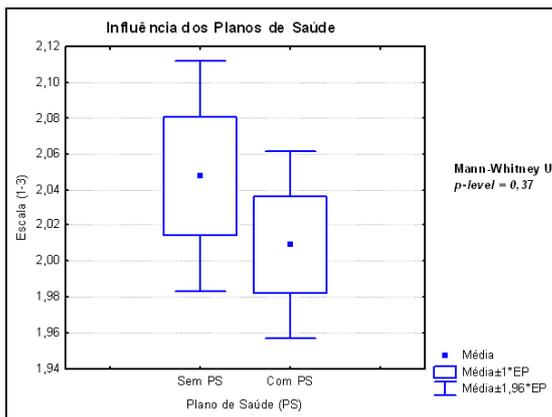


Figura 3.4: Influência dos Planos de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

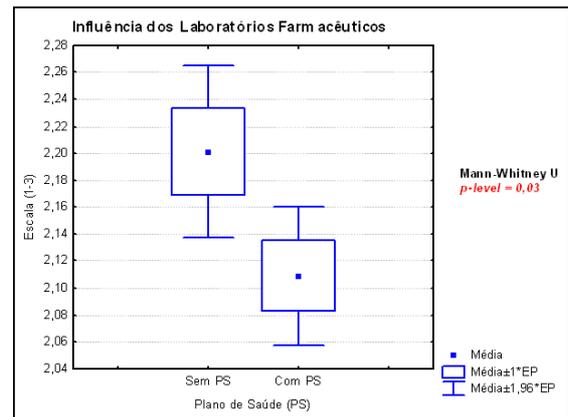


Figura 3.5: Influência dos Laboratórios Farmacêuticos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

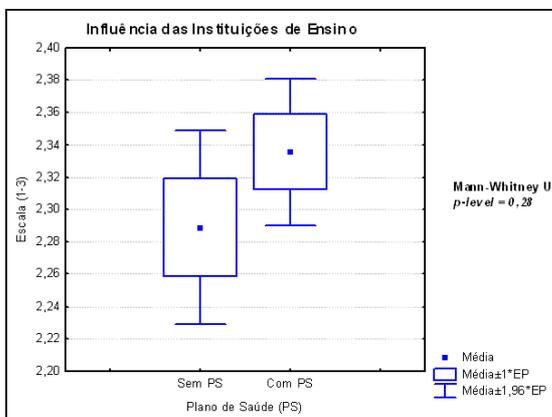


Figura 3.6: Influência das Instituições de Ensino na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

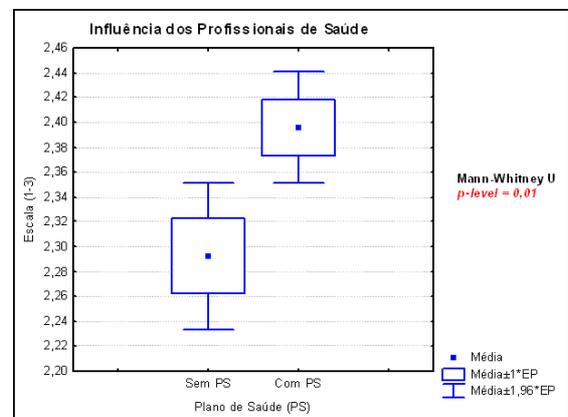


Figura 3.7: Influência dos Profissionais de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

- avanços nos equipamentos médicos;
- profissionais de saúde.

Dessa forma, usuários com plano de saúde consideram todos esses fatores com uma tendência mais positiva do que pessoas assistidas apenas pela seguridade social, com exceção apenas dos estabelecimentos de saúde públicos, que são vistos com uma influência mais negativa na qualidade dos serviços de saúde.

Foram feitas também outras análises inferenciais (*Sign-Test*) que permitiram obter, na percepção do usuário, uma ordenação (*ranking*) da influência desses fatores na qualidade dos serviços de saúde. As Figuras 3.13 e 3.14 mostram, respectivamente, o resultado das análises obtidas a partir das opiniões de usuários assistidos apenas pela seguridade social e de pessoas com plano de saúde.

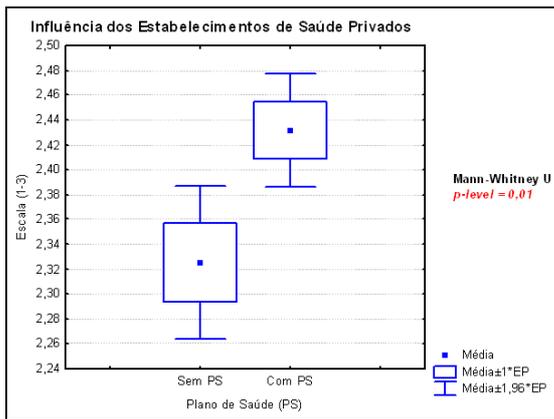


Figura 3.8: Influência dos Estabelecimentos de Saúde Privados na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

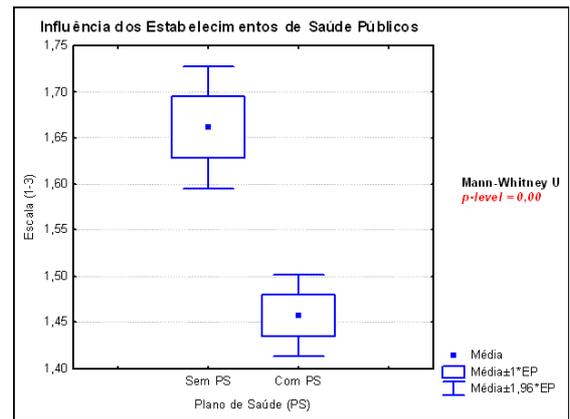


Figura 3.9: Influência dos Estabelecimentos de Saúde Públicos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

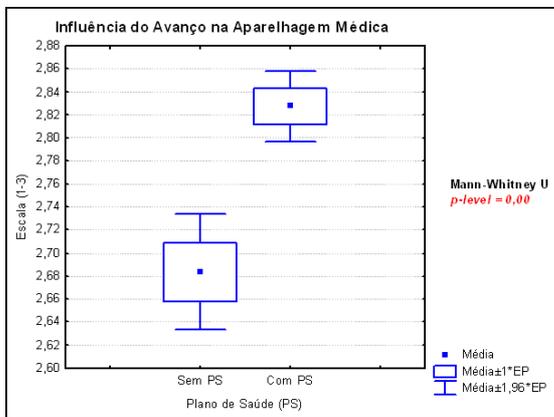


Figura 3.10: Influência do Avanço na Aparelhagem Médica na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

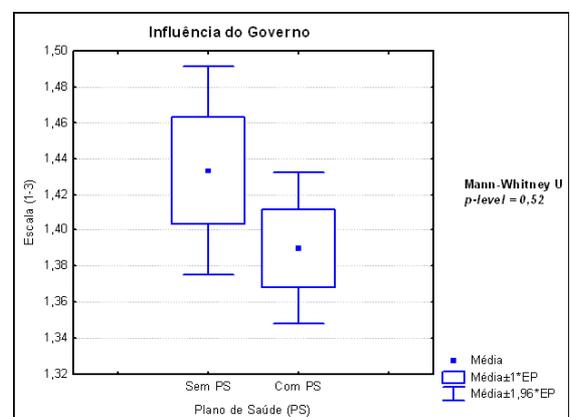


Figura 3.11: Influência do Governo na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

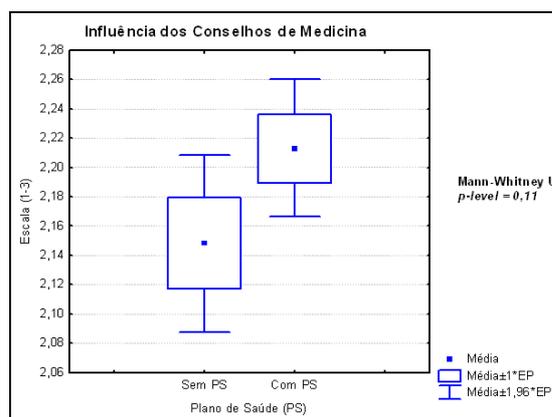


Figura 3.12: Influência dos Conselhos de Medicina na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

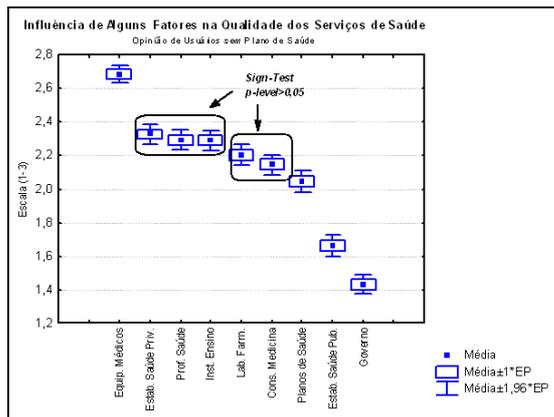


Figura 3.13: Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião de Usuários sem Plano de Saúde

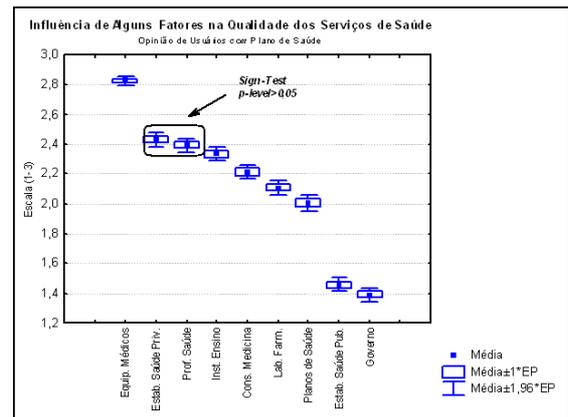


Figura 3.14: Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião de Usuários com Plano de Saúde

Apesar do considerável aumento do custo da saúde no Brasil pela introdução de novas tecnologias no mercado, para usuários sem plano de saúde, avanços nos equipamentos médicos representam o fator mais positivo na qualidade dos serviços de saúde no país. Estabelecimentos de saúde privados, profissionais de saúde e instituições de ensino apresentam a mesma influência para esse perfil de usuário. Em seguida, laboratórios farmacêuticos e conselhos de medicina possuem, sem diferença estatisticamente significativa entre um e outro (no nível de significância de 5%), uma ação que tende a ser neutra ou ambivalente (Figura 3.13).

Dentre todos esses fatores, as empresas de plano de saúde são vistas como o fator de maior neutralidade (ou talvez ambivalência) na qualidade dos serviços. Por outro lado, o Governo é apontado como o fator que mais influencia negativamente na qualidade dos serviços de saúde.

Já usuários com plano de saúde acreditam que os fatores mais positivos para a qualidade dos serviços de saúde são, em ordem decrescente (Figura 3.14):

1. Avanços nos equipamentos médicos;
2. Estabelecimentos de saúde privados e profissionais de saúde, sem diferença estatisticamente significativa entre eles (no nível de significância de 5%);
3. Instituições de ensino;
4. Conselhos de medicina.

Laboratórios farmacêuticos e empresas de planos de saúde apresentam uma tendência

mais neutra ou ambivalente, com diferença estatística entre eles. Novamente, o Governo é visto como o agente mais negativo dentre todos esses outros fatores levantados.

### 3.4 Influência de Outros Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde

Procurou-se também saber a opinião dos usuários com e sem plano de saúde sobre a influência dos medicamentos genéricos, do computador e da *internet* na qualidade dos serviços de saúde do país. O resultado pode ser visto nas Figuras 3.15 a 3.17.

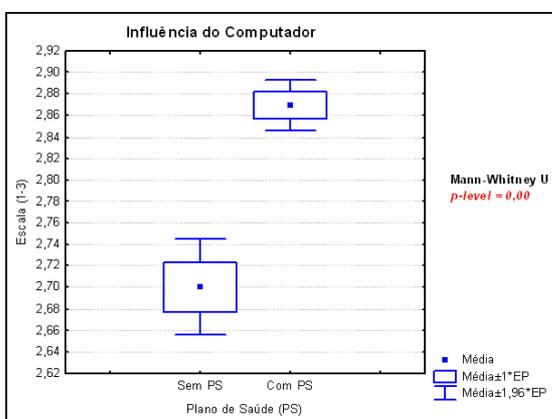


Figura 3.15: Influência do Computador na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

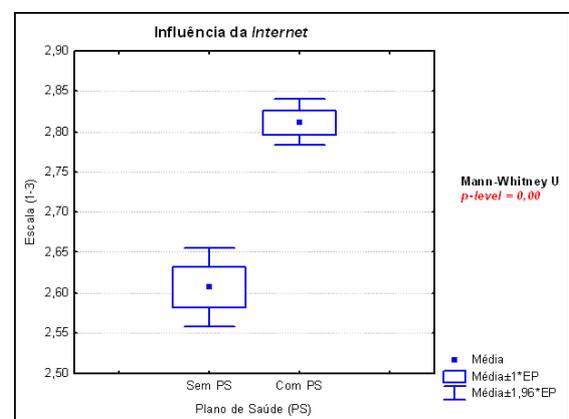


Figura 3.16: Influência da Internet na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

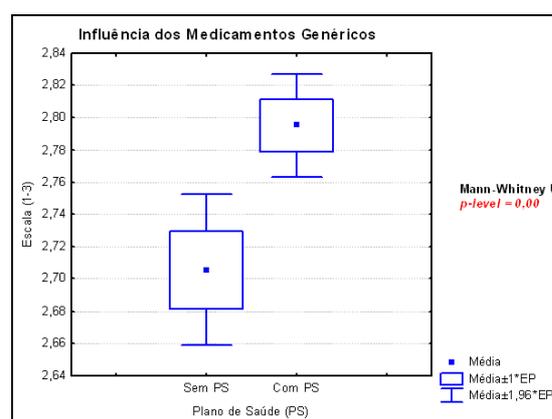


Figura 3.17: Influência dos Medicamentos Genéricos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

As análises inferenciais mostram valores de *p-level* estatisticamente significativos no teste não-paramétrico de Mann-Whitney U, no nível de significância de 5%, para todos

esses fatores observados. Percebe-se que esses aspectos, na opinião tanto de quem não tem plano de saúde quanto de quem possui, apresentam uma tendência mais para positivo do que negativo na qualidade dos serviços de saúde. Ademais, fica evidente que usuários com cobertura de uma seguradora atribuem um valor mais positivo para esses fatores do que pessoas sem plano de saúde.

Desses três aspectos analisados, destaca-se a percepção do usuário quanto ao papel positivo que a *internet* vem exercendo como fonte de informação sobre saúde ou medicina. Apesar de ainda poucos usuários no país terem acesso a esse recurso, fica muito clara a importância atribuída a esse fator, pelo paciente, na qualidade dos serviços de saúde.

### 3.5 Características Importantes de um Médico

Os entrevistados foram perguntados sobre a importância de algumas características que um médico deveria possuir, atribuindo conceitos que iam de (1) Nenhuma a (5) Enorme (importância). Foram comparadas as opiniões de pessoas que têm ou não plano de saúde, sobre os seguintes aspectos: capacidade de um médico realizar pesquisas; formação acadêmica do médico; e anos de experiência profissional do médico. Os resultados podem ser vistos nas Figuras 3.18 a 3.20.

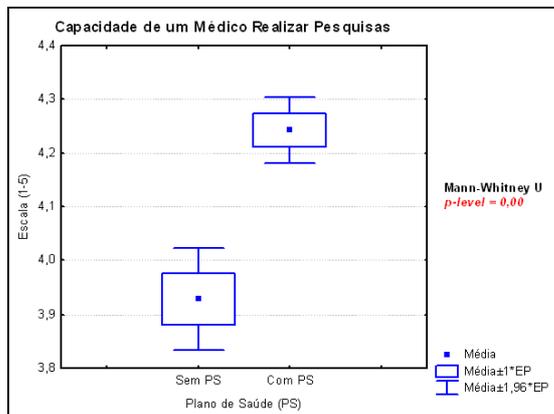


Figura 3.18: Importância da Capacidade de um Médico Realizar Pesquisas na Opinião do Usuário

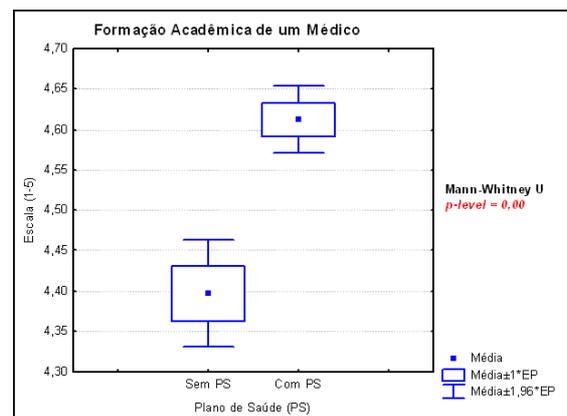


Figura 3.19: Importância da Formação Acadêmica de um Médico na Opinião do Usuário

Note-se que, no nível de significância de 5%, o teste de Mann-Whitney U aponta diferença estatisticamente significativa nas análises das Figuras 3.18 e 3.19, ou seja, pessoas que possuem plano de saúde tendem a atribuir uma importância maior na capacidade de um médico realizar pesquisas e na sua formação acadêmica do que quem é assistido apenas

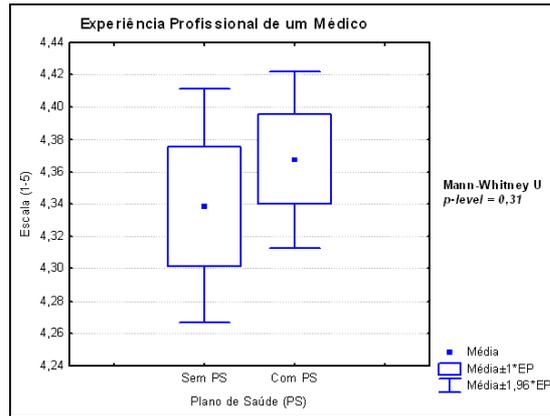


Figura 3.20: Importância de Anos de Experiência Profissional de um Médico na Opinião do Usuário

pela seguridade social, muito provavelmente por possuírem um nível de escolaridade maior. Já a questão de o médico ter muita experiência profissional é igualmente importante para os usuários que têm ou não plano de saúde (Figura 3.20).

Para usuários sem plano de saúde, formação acadêmica e experiência profissional não apresentam diferença estatisticamente significativa (*Sign-Test*, no nível de significância de 5%) em termos de importância (ver Figura 3.21). Esse perfil de entrevistado ainda considera a capacidade de um médico realizar pesquisas como a característica de menor importância em relação às outras duas.

Já para pessoas com plano de saúde, a formação acadêmica de um médico é a característica mais importante, seguida pela experiência profissional. Novamente a capacidade de realizar pesquisas para esse perfil de usuário é a característica menos valorizada.

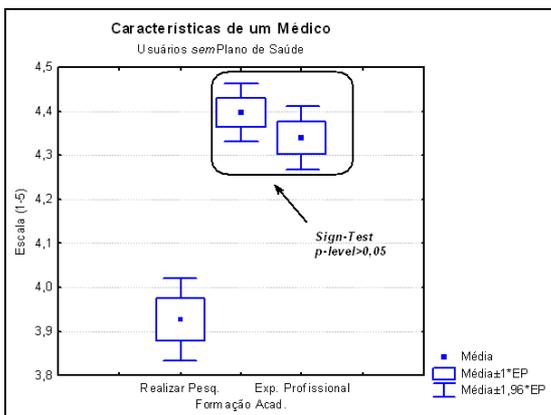


Figura 3.21: Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário sem Plano de Saúde

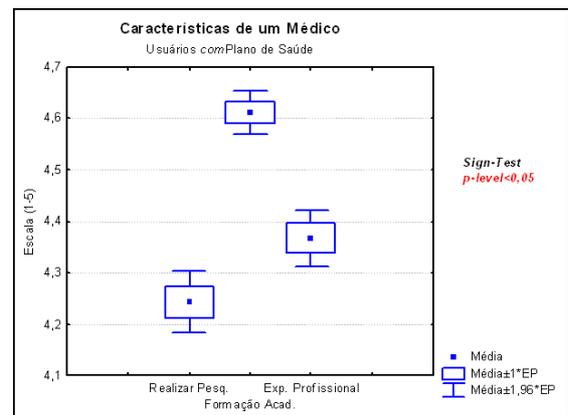


Figura 3.22: Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário com Plano de Saúde

### 3.6 Relacionamento com o Médico

O efeito de atitudes do usuário no relacionamento com o médico foi levantado nessa pesquisa. Por meio de uma escala de (1) Negativo a (3) Positivo, o entrevistado respondeu sobre o efeito de ter uma boa relação com o médico; de ser “fiel” ao seu médico, ou seja, consultar-se sempre com ele; de ter muita informação e conhecimento sobre Medicina; e de ser muito exigente com o médico. Mais uma vez foram comparadas as percepções de indivíduos que possuem ou não plano de saúde. As Figuras 3.23 a 3.26 comparam as opiniões desses dois perfis de usuários.

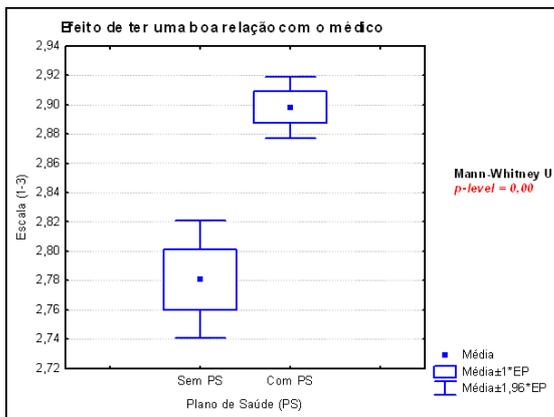


Figura 3.23: Efeito de Ter uma Boa Relação com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário

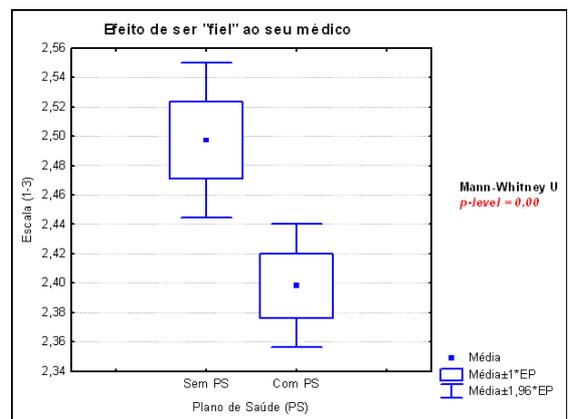


Figura 3.24: Efeito de Ser “Fiel” ao Seu Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário

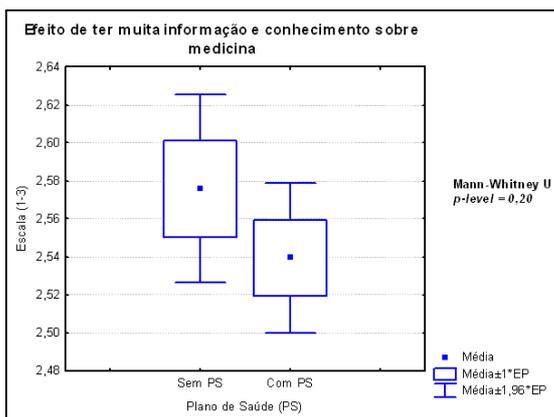


Figura 3.25: Efeito de Ter Muita Informação e Conhecimento sobre Medicina na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário

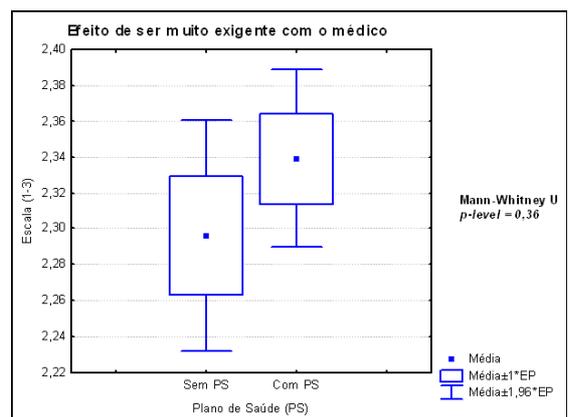


Figura 3.26: Efeito de Ser Muito Exigente com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário

O teste não-paramétrico de Mann-Whitney U, no nível de significância de 5%, detectou diferença de percepção somente sobre o efeito de ter uma boa relação com o médico e de

ser “fiel” a ele na qualidade do atendimento médico, entre usuários que têm plano de saúde (com PS) ou não (sem PS).

Das análises feitas, chama a atenção o fato de usuários com plano de saúde darem menos importância à fidelidade ao médico do que quem é assistido apenas pela seguridade social (Figura 3.24).

O “livrinho” com a relação de médicos conveniados ao plano de saúde do segurado contribui para isso, na medida em que restringe o usuário de plano de saúde no momento de escolha de um profissional de sua confiança. Por não poder se consultar com quem gostaria inicialmente, a fidelidade ao médico perde importância, e outros critérios de escolha do segurado passam a ter um destaque maior, como a localização do consultório do especialista, por exemplo. Os médicos, por uma série de razões, geralmente não gostam muito disto.

Ademais, esperava-se que usuários com planos de saúde, por possuírem um nível de escolaridade maior que o de pessoas assistidas apenas pela seguridade social, atribuíssem uma importância maior ao efeito de ter muita informação e conhecimento sobre Medicina e de ser muito exigente com o médico na qualidade do atendimento. Entretanto, a pesquisa mostra que não há diferença de percepção entre eles.

Dentre essas atitudes estudadas, os usuários tendem a valorizar mais o bom relacionamento com o médico e, em seguida, o conhecimento sobre saúde e/ou medicina (ver Figuras 3.27 e 3.28). A fidelidade ao médico é o terceiro aspecto mais positivo para usuários assistidos pela seguridade social. A atitude de ser exigente é vista por esse perfil de entrevistado como o menos positivo. Já para pessoas com plano de saúde, a fidelidade ao médico e a grande exigência com esse profissional são atitudes sem diferença estatisticamente significativa entre elas.

### 3.7 Erro Médico

O problema do erro médico também foi outro aspecto abordado. Perguntou-se aos usuários qual a principal causa da ocorrência de erros dessa natureza. As opções do questionário eram:

- (1) Acidente ou acaso, sem culpa de ninguém.
- (2) Falta de equipamento ou de infra-estrutura.
- (3) Falhas no equipamento ou infra-estrutura.

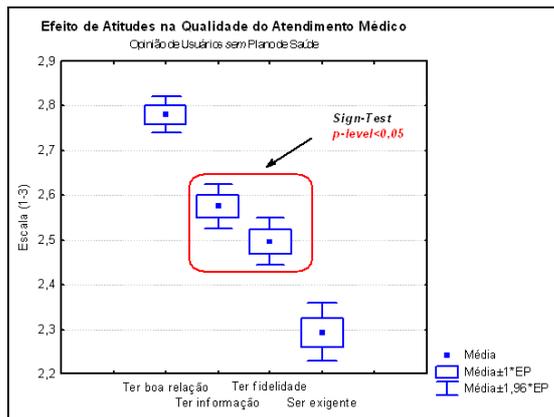


Figura 3.27: Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário sem Plano de Saúde

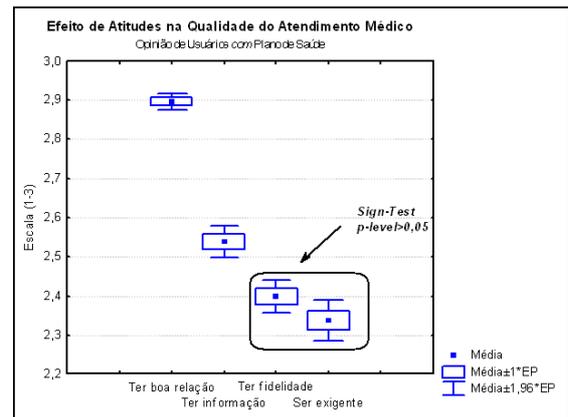


Figura 3.28: Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário com Plano de Saúde

- (4) Cansaço, esgotamento.
- (5) Descaso ou negligência.
- (6) Incompetência ou falta de preparo.
- (7) Problemas com os medicamentos e produtos de saúde.
- (8) NDR.

A Figura 3.29 traz uma comparação das respostas dos entrevistados que têm ou não plano de saúde. Para ambos os perfis de usuários, incompetência ou falta de preparo é a principal causa da ocorrência de erros médicos (32% para os sem plano de saúde e 37% para aqueles com plano de saúde), seguida de perto por descaso ou negligência (28% contra 34%). Cansaço e esgotamento foram a terceira causa apontada por ambos.

Quando perguntados sobre a possibilidade de procurar uma forma de receber alguma indenização em caso de erro médico, verificou-se que, em uma escala de 0 a 1, usuários com plano de saúde tendem mais a buscar essa alternativa do que pessoas assistidas apenas pela seguridade social (ver Figura 3.30).

Além disso, percebe-se por meio da Figura 3.31 que, com o aumento da escolaridade, também aumenta o interesse dos usuários pelo direito de recorrer às vias legais. Isto explica o motivo de existir nos países mais desenvolvidos um número maior de processos por erro médico.

Portanto, se houver no Brasil uma melhoria na qualidade do ensino e no nível de instrução da população nos próximos anos, a tendência é de que ocorra no país um aumento expressivo não só no número de ações judiciais por erro médico como também na demanda por seguros específicos pelos médicos, como forma de proteção contra eventuais prejuízos

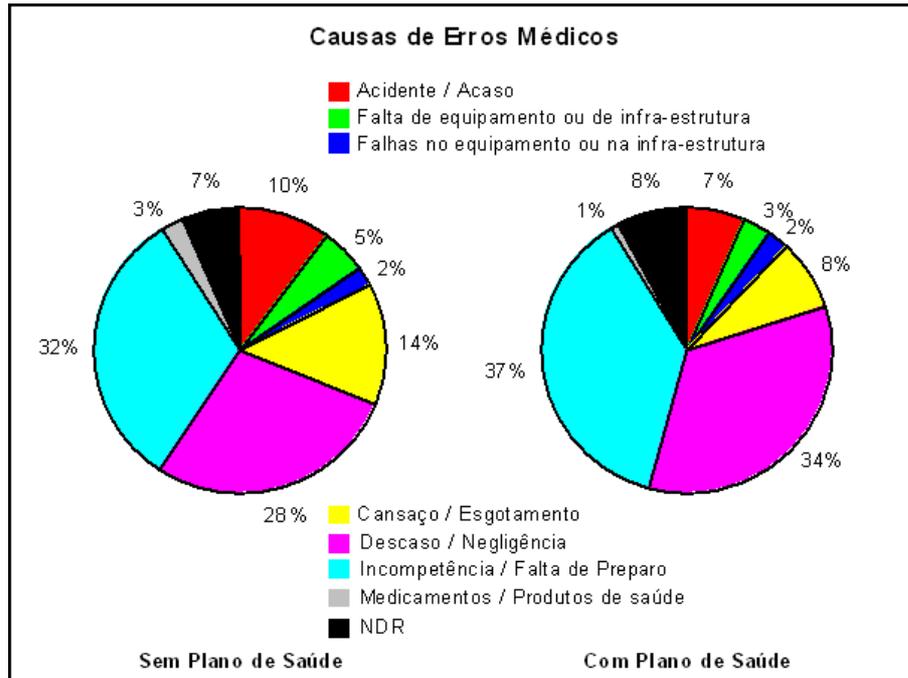


Figura 3.29: Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Usuário

pecuniários em caso de condenação pela justiça.

Na hipótese do usuário buscar indenização por erro médico, perguntou-se se ele achava que iria ter sucesso. A Figura 3.32 mostra que usuários sem plano de saúde são mais incrédulos sobre a questão (43% disseram sim) quando comparados a usuários com plano de saúde (57% responderam sim). Isto explica parcialmente a razão de usuários sem plano de saúde entrarem menos com uma ação judicial por erro médico do que beneficiários de uma seguradora (Figura 3.30).

Quando analisada a escolaridade dos entrevistados, observa-se que a confiança maior na obtenção de sucesso no recebimento de indenização em caso de erro médico reside entre pessoas que cursam ou já concluíram nível Superior ou Técnico (ver Figura 3.33).

### 3.8 Comportamento do Usuário

A qualidade do sistema de saúde de um país depende necessariamente do comportamento de sua população assistida. Nesta seção, busca-se mensurar e explicar a demanda dos usuários por serviços de saúde (consultas e exames complementares), bem como o uso da *web* como meio de obtenção de informações sobre saúde e/ou medicina pela população recifense, e discutir um pouco o critério do consumidor na escolha de remédios.

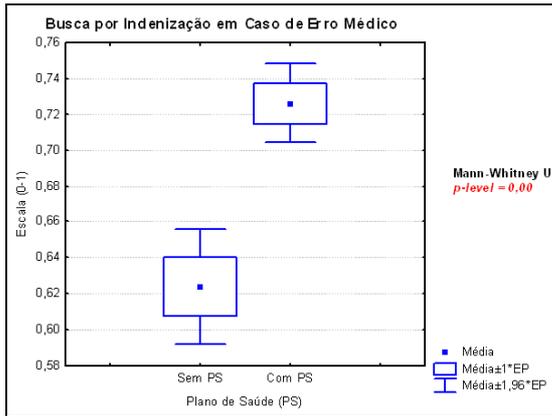


Figura 3.30: Busca do Usuário por Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Tipo de Usuário)

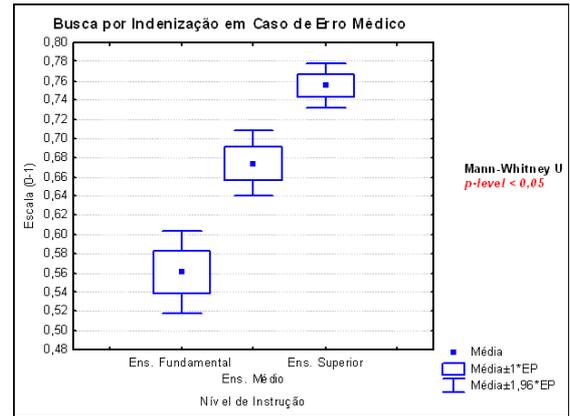


Figura 3.31: Busca do Usuário por Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Nível de Instrução)

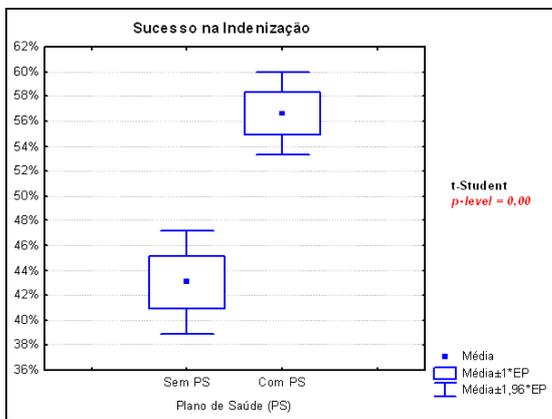


Figura 3.32: Expectativa do Usuário por Sucesso no Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Tipo de Usuário)

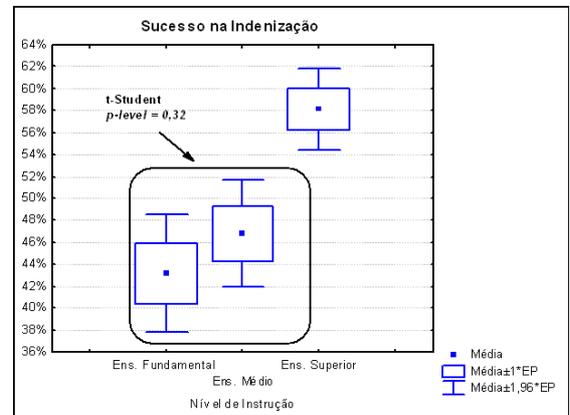


Figura 3.33: Expectativa do Usuário por Sucesso no Recebimento de Indenização em Caso de Erro Médico (por Nível de Instrução)

### 3.8.1 Demanda por Serviços de Saúde

No ano de 2003, realizou-se na cidade de Recife uma nova pesquisa que procurou avaliar o estado de saúde da população, dimensionada de forma semelhante à pesquisa de 2001. No total, foram entrevistados 1686 usuários de serviços de saúde.

Por ser um dado mais recente e por ter sido perguntado na pesquisa de 2003 o número de exames realizados pelo usuário — fato não ocorrido na pesquisa de 2001, serão apresentados aqui alguns resultados da pesquisa de 2003 sobre a demanda por serviços médicos.

Retirando-se da amostra pessoas que se consultaram mais de 24 vezes com o médico (7 entrevistados) a fim de evitar o viés de pontos fora-da-curva, em relação ao número de

consultas médicas realizadas nos últimos 6 meses, usuários com plano de saúde vão, em média, 33,5% mais vezes ao médico do que pessoas sem plano de saúde (ver Figura 3.34).

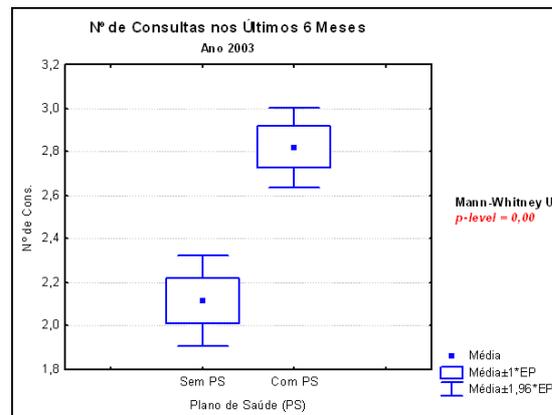


Figura 3.34: Número de Consultas Realizadas pelos Usuários nos Últimos 6 Meses (Ano 2003)

Se usuários com plano de saúde apresentam em média uma renda maior, melhores condições de vida, estando menos sujeitos teoricamente a problemas de saúde do que pessoas sem cobertura de um plano, como explicar sua maior demanda por consultas médicas? Ou os usuários com plano de saúde estão consultando demais os médicos (“têm direito”, pois pagam prêmios às seguradoras), ou os sem plano estão desleixados com sua própria saúde (ou ambos!).

Geralmente quem é assistido apenas pela seguridade social, para evitar o desgaste de enfrentar as longas filas do atendimento público, deixa para ir ao médico quando não lhe resta outra alternativa, ou seja, quando seu estado clínico já está bem acentuado.

Já o beneficiário de seguradoras entende que, por ter o pagamento fixo e vinculado ao plano, e não aos serviços de saúde que lhe são diretamente prestados, pode elevar a frequência de utilização na hipótese de seguro pleno e, indiretamente, os custos dos eventos (risco moral na relação segurado-seguradora).

Com esse comportamento inconseqüente do consumidor, as operadoras de planos de saúde relatam à ANS o uso indiscriminado da cobertura assistencial, por meio de demonstrações contábeis e do índice de sinistralidade. Informado sobre o desequilíbrio entre consumidores e operadoras, o órgão regulador, para manter a sustentabilidade econômica e social das atividades desempenhadas, autoriza o reajuste do preço das mensalidades dos planos, muitas vezes acima da inflação.

Muitos usuários, não podendo arcar com os sucessivos aumentos, migram assim para operadoras mais baratas e com qualidade de cobertura inferior, ou até mesmo desistem do

benefício, aumentando desta forma ainda mais as longas filas de atendimento no SUS. Com isso, no final das contas, quem sai realmente perdendo é toda a população. Portanto, é preciso criar neste país uma cultura de repúdio ao uso indiscriminado de serviços de saúde.

Nesta conjuntura, quem não pode pagar por uma cobertura de uma seguradora, em vez de consultar-se com um médico em casos de problemas de saúde que não requerem internação, acaba recorrendo mais à orientação de familiares e/ou amigos, à indicação de balconistas de farmácias e à tratamentos alternativos do que pessoas cobertas por uma seguradora, como mostra a Figura 3.35.

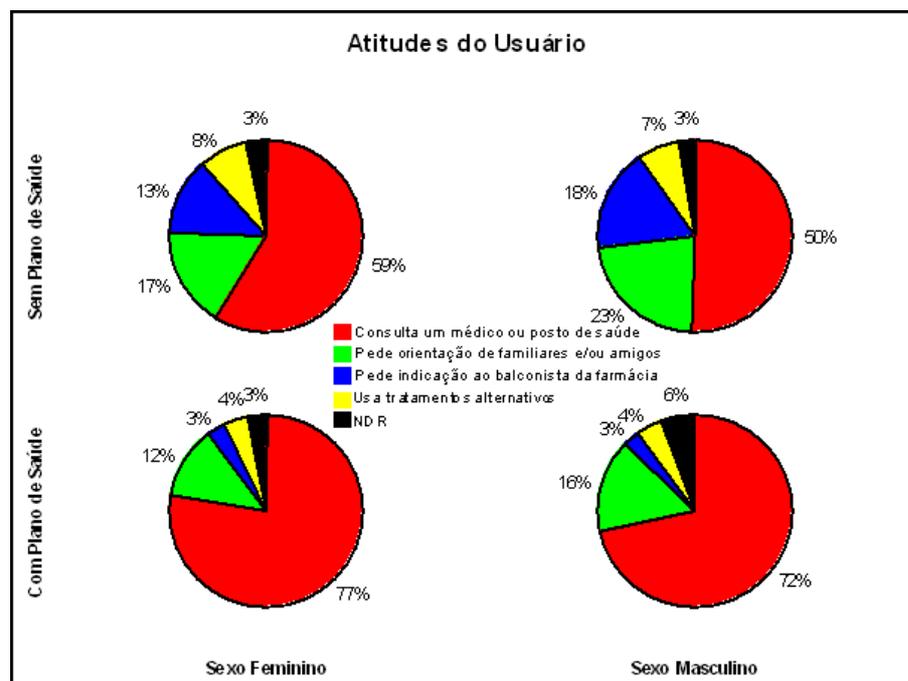


Figura 3.35: Atitudes do Usuário em Caso de Problemas de Saúde que Não Precisam de Internação

Quanto ao número de exames realizados nos últimos 6 meses, suprimindo-se da amostra usuários que realizaram mais de 1 exame por semana, em média, num período de 6 meses (5 entrevistados), pelos mesmos motivos anteriormente explicados, novamente pessoas com cobertura de uma seguradora apresentam, em média, cerca de 30% de exames solicitados a mais do que pessoas assistidas apenas pela seguridade social (ver Figura 3.36).

Afinal, seriam esses exames necessários mesmo? Os resultados do trabalho de Freitas (2002) mostram que não. Este fenômeno de risco moral ocorre tipicamente na relação provedores-seguradora, devido ao sistema de reembolso por procedimento (*fee-for-service*), que gera incentivos (elevação da renda) para que médicos e estabelecimentos de saúde menos éticos determinem uma maior demanda por exames complementares sem uma real

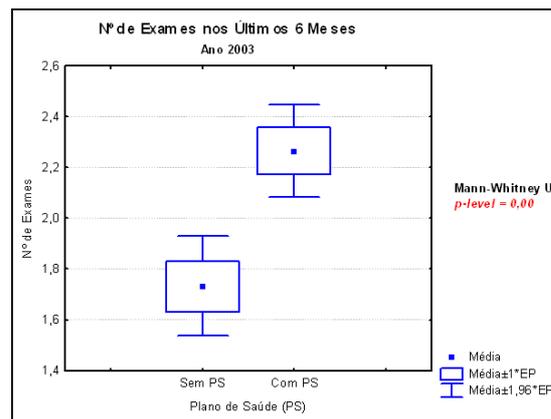


Figura 3.36: Número de Exames Realizados pelos Usuários nos Últimos 6 Meses (Ano 2003)

necessidade.

Por serem leigos, os pacientes geralmente não têm informação suficiente para julgar se o exame solicitado é de fato imprescindível, ficando a decisão ao livre arbítrio do especialista. Para a sustentabilidade e a viabilidade do sistema, é preciso, pois, que provedores menos éticos (médicos em conluio com estabelecimentos de saúde) deixem de encarar os cuidados com a saúde como uma boa oportunidade, acima de tudo e de todos, de fazer negócios.

## 3.8.2 Outras Atitudes do Usuário

### Uso de Remédios

A aprovação da Lei dos Genéricos, ao exigir dos laboratórios a indicação do princípio ativo na caixa dos remédios, estimulou o consumidor a escolher outros medicamentos que não fossem necessariamente os de marca.

Com relação ao uso de remédios, na pesquisa, foram dadas ao entrevistado as seguintes atitudes como alternativas:

- (1) Tomar exatamente os remédios indicados pelo médico.
- (2) Procurar genéricos/equivalentes mais baratos.
- (3) Tomar apenas o que for dado de graça pelo hospital ou posto de saúde.
- (4) Não tomar remédio algum.
- (5) NDR.

A Figura 3.37 revela que 50% dos usuários com plano de saúde tomam exatamente o remédio prescrito pelo médico e 41% procuram genéricos ou medicamentos similares mais

baratos. Por outro lado, 18% das pessoas sem plano de saúde disseram tomar apenas o que for dado gratuitamente pelo hospital ou posto de saúde.

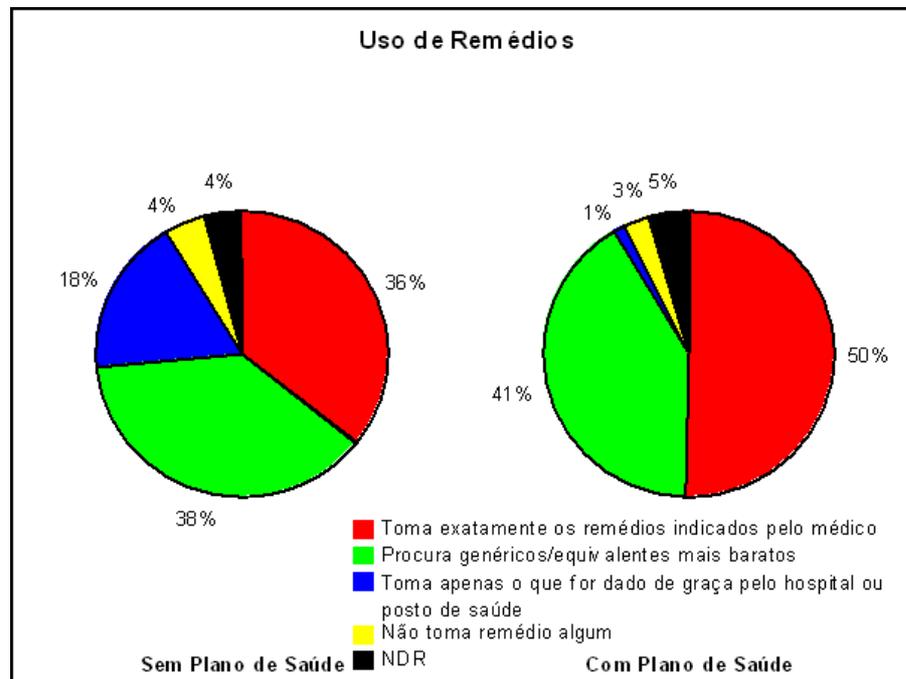


Figura 3.37: Comportamento do Usuário em Relação ao Uso de Remédios

Embora a aprovação da Lei dos Genéricos tenha estimulado uma maior concorrência e forçado os laboratórios de produtos de marca a reduzirem suas margens de lucro para conquistar o consumidor, ainda sim isto, por si só, não foi suficiente para viabilizar o acesso de toda a população a esses produtos.

É lamentável constatar que quase um quinto das pessoas sem plano de saúde na cidade de Recife tome apenas o que for dado de graça pelo estabelecimento de saúde. Prefeitura e Governo Estadual precisam investir fortemente na distribuição gratuita de medicamentos à população mais carente nos postos de saúde, pois pacientes que não tratam precocemente de seu bem-estar físico e psíquico com remédios indicados por um especialista terminam desenvolvendo ainda mais a doença, e, do ponto de vista econômico, aumentam consideravelmente as despesas de hospitais conveniados ao SUS, onde vai parar esse perfil de usuário por falta de cuidados adequados.

### **Internet e Informação**

A presença da rede mundial de computadores no mundo contemporâneo vem favorecendo uma troca incessante de informações pelo mundo. O usuário de serviços de saúde

pode hoje contar com uma quantidade considerável de *sites* sobre saúde e medicina. Ter conhecimento sobre o assunto, como mostra esta pesquisa, é um aspecto positivo apontado pela população recifense.

Embora o acesso permanente à *internet* seja ainda privilégio de poucos no país, o usuário que pode usufruir da rede vem despertando gradativamente o interesse por esse meio de informação, como forma de poder ter um melhor diálogo com o médico.

Neste sentido, perguntou-se aos entrevistados se alguma vez eles utilizaram a *web* para encontrar informação sobre medicina e/ou saúde. A Figura 3.38 mostra que quase 40% das pessoas com plano de saúde já utilizaram a rede mundial de computadores para obter esse tipo de informação, contra menos de 15% de usuários sem plano.

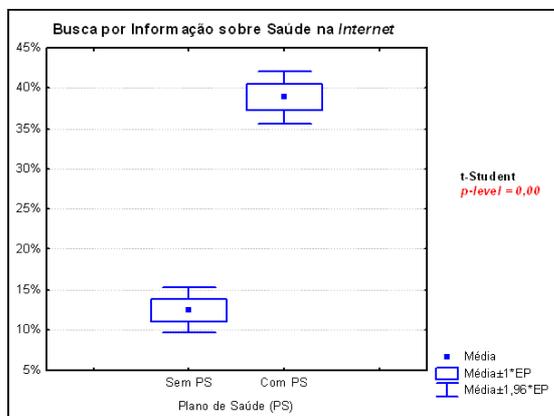


Figura 3.38: Busca por Informação sobre Saúde e/ou Medicina na Internet pelo Usuário

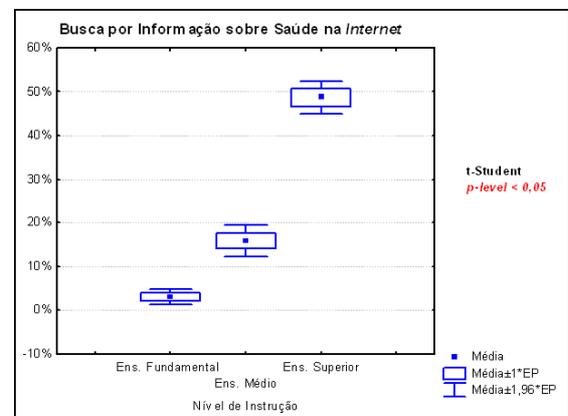


Figura 3.39: Busca por Informação sobre Saúde e/ou Medicina na Internet pelo Usuário

Essa grande diferença está associada, obviamente, a outras características que usuários com plano de saúde possuem como, por exemplo, uma maior escolaridade e condições de acesso graças à sua renda também maior. A Figura 3.39 deixa bem claro que o interesse por esse assunto por intermédio da *internet* está associado ao nível de escolaridade.

### 3.9 Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil

Avaliar corretamente a qualidade dos serviços de saúde a partir da percepção do usuário é uma tarefa difícil, uma vez que os pacientes não têm noção da complexidade dos serviços que lhe são prestados e muitas vezes julgam a qualidade do serviço apenas pelas relações interpessoais, a hotelaria e sua experiência durante a internação. Apesar dessa dificuldade

natural, perguntou-se aos usuários qual era sua percepção em relação à qualidade típica dos serviços de saúde privados e públicos no Brasil.

### 3.9.1 Serviços de Saúde Privados

Em uma escala que ia de (1) Péssima a (5) Ótima — escala de Likert, usuários com nível de instrução até o ensino fundamental consideram, em média, boa a qualidade típica dos serviços privados (ver Figura 3.40). Para pessoas que estão cursando ou já concluíram o nível superior ou curso técnico, a qualidade dos serviços de saúde privados no país está entre razoável e boa. Note-se que, na medida em que o grau de escolaridade aumenta, a valoração da qualidade diminui. A Figura 3.41 faz uma comparação dos percentuais de respostas dos entrevistados com níveis de instrução diferente, sobre a qualidade dos serviços de saúde privados.

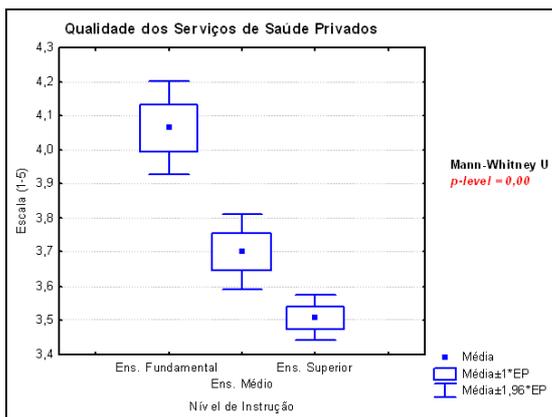


Figura 3.40: Gráfico Box & Whisker da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Privados (1)

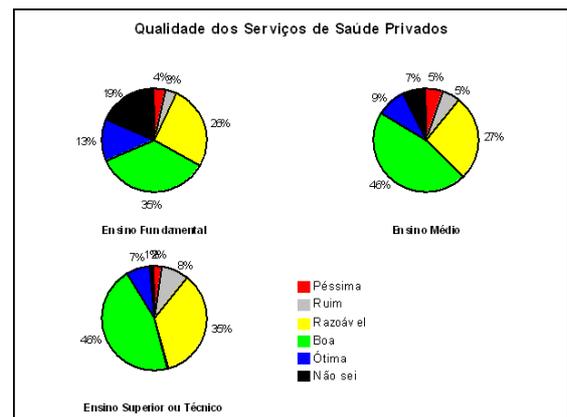


Figura 3.41: Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Privados na Opinião do Usuário (1)

Comparando-se agora a opinião de quem tem ou não plano de saúde (Figura 3.42), pessoas assistidas apenas pela seguridade social tendem a valorizar mais os serviços prestados por entidades privadas, apesar de teoricamente não desfrutarem desses serviços. Essa constatação evidencia claramente a presença constante do *marketing* que vem sendo feito sobre a hotelaria e os modernos equipamentos de imagem dos estabelecimentos privados de saúde, pois quem efetivamente utiliza os serviços de saúde privados aponta a qualidade num patamar inferior, entre razoável e bom. A Figura 3.43 traz os percentuais de respostas sobre a qualidade dos serviços de saúde privados, dos usuários que têm ou não plano de saúde.

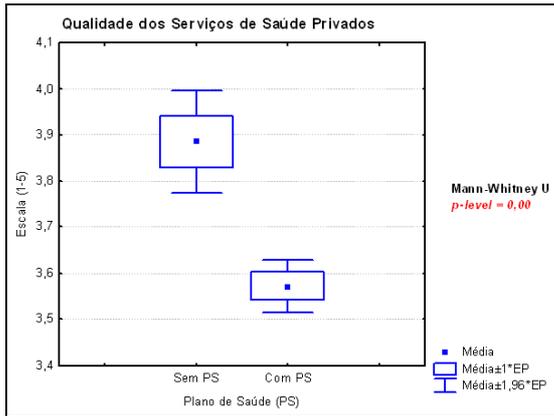


Figura 3.42: Gráfico Box & Whisker da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Privados (2)

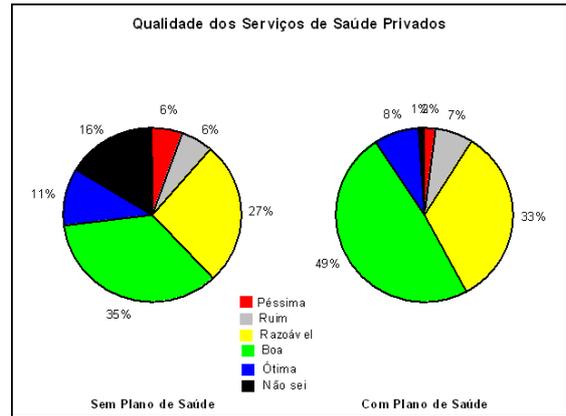


Figura 3.43: Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Privados na Opinião do Usuário (2)

### 3.9.2 Serviços de Saúde Públicos

De forma análoga, foram realizadas análises sobre a opinião dos entrevistados sobre os serviços de saúde públicos. Novamente a valoração da qualidade cai quando se comparam as opiniões dos usuários com maiores níveis de instrução, com a ressalva de não ter sido detectada diferença estatisticamente significativa (teste não-paramétrico de Mann-Whitney U), no nível de significância de 5%, entre as percepções de pessoas com nível Médio e nível Superior ou Técnico (completo ou incompleto), como pode ser visto na Figura 3.44. A Figura 3.45 compara os percentuais de respostas dos entrevistados com níveis de instrução diferente, sobre a qualidade dos serviços de saúde públicos.

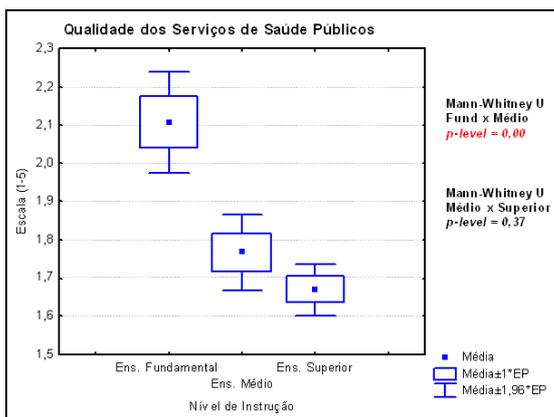


Figura 3.44: Gráfico Box & Whisker da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos (1)

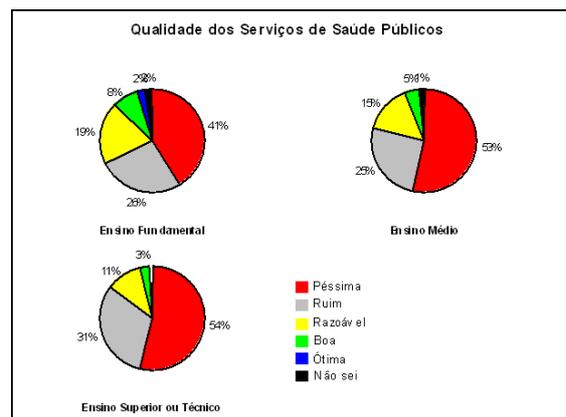


Figura 3.45: Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos na Opinião do Usuário (1)

Quando confrontada a opinião de quem precisa dos serviços de saúde públicos com

a percepção de quem tem cobertura de uma seguradora, a qualidade é apontada como ruim por ambos, mas vale salientar que pessoas com plano de saúde têm uma visão mais negativa dos serviços ofertados pelo ente público, apesar de não utilizá-los de uma forma geral (Figura 3.46).

Sem dúvida alguma, as longas filas, as condições precárias de atendimento e o tratamento desumano à população, freqüentemente divulgados pela mídia, corroboraram para denigrir cada vez mais a imagem das instituições públicas de saúde no país. A Figura 3.47 mostra os percentuais de respostas sobre a qualidade dos serviços de saúde públicos, dos usuários que têm ou não plano de saúde.

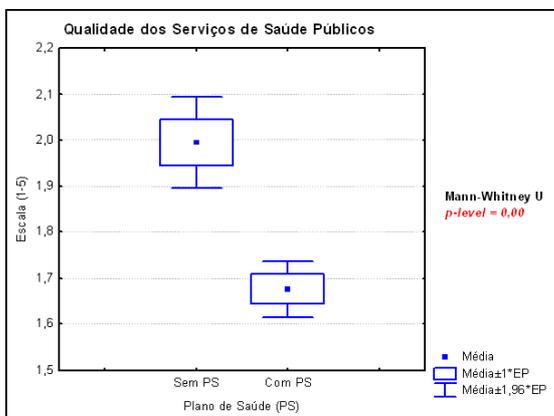


Figura 3.46: Gráfico Box & Whisker da Opinião do Usuário sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos (2)

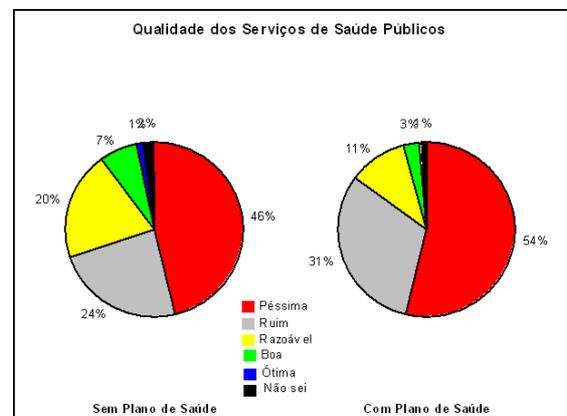


Figura 3.47: Gráfico de Setor da Qualidade dos Serviços de Saúde Públicos na Opinião do Usuário (2)

Com a finalidade de comparar a opinião do usuário com a do médico, o Capítulo 4 a seguir traz revelações interessantes sobre a maneira como esses dois atores do sistema de saúde percebem diversos fatores intervenientes na qualidade da assistência médica.

## 4 PESQUISA COM MÉDICOS

Após analisar a opinião de diferentes perfis de usuários de serviços de saúde, é pertinente agora comparar a maneira como médicos e usuários da cidade de Recife percebem diversos fatores intervenientes na qualidade dos serviços de saúde. Este capítulo é mais um objeto de discussão do Projeto Vesalius (DUBEUX, 2000).

### 4.1 População Estudada

No ano 2000, realizou-se uma pesquisa com médicos da Região Metropolitana do Recife (RMR), com perguntas semelhantes às efetuadas com usuários de serviços de saúde em 2001. A amostra foi dimensionada com base em informações obtidas com o Conselho Regional de Medicina. Estudantes de graduação em Engenharia Eletrônica e de mestrado em Engenharia de Produção (22 alunos no total) foram responsáveis pela coleta dos dados. O questionário da pesquisa se encontra no (Anexo 2) deste trabalho.

### 4.2 Descrição da Amostra

Foram realizadas 331 entrevistas com médicos (56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino). A média de idade da população do estudo foi de 41 anos, sendo a mínima 24 e a máxima 75. A Figura 4.1 mostra o histograma da idade dos médicos entrevistados.

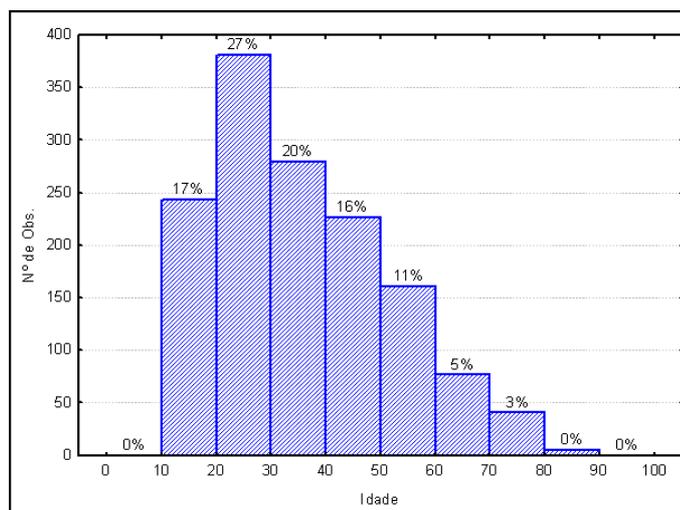


Figura 4.1: Histograma da Idade dos Médicos Entrevistados

Quanto à titulação máxima, 38% dos entrevistados realizaram alguma modalidade de especialização, 36% possuíam residência médica e 12% dos médicos detinham o título de mestrado ou doutorado. A Figura 4.2 traz os percentuais de titulação máxima de todos os médicos entrevistados.

Em relação à principal atividade enquanto médico, a Figura 4.3 mostra que a maior parte dos entrevistados da amostra (55%) concentrava seus esforços em diagnósticos clínicos e prescrições. Com 19% de participação, a realização de procedimentos cirúrgicos foi a segunda atividade com maior percentual de médicos entrevistados da amostra.

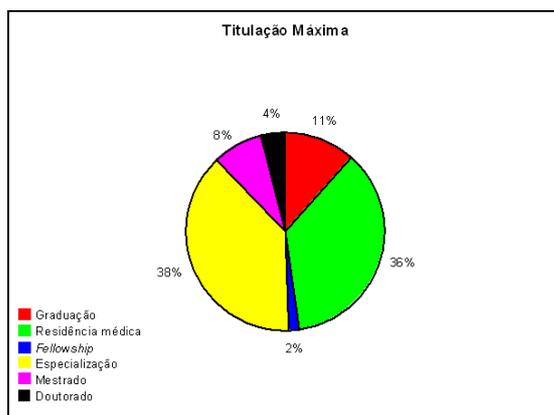


Figura 4.2: Titulação Máxima dos Médicos Entrevistados

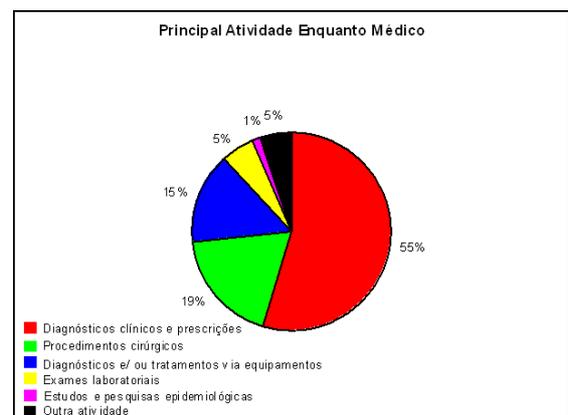


Figura 4.3: Principal Atividade Enquanto Médico dos Entrevistados

No tocante ao tipo de instituição de trabalho, 21% dos entrevistados atuavam como médico principalmente no setor privado, 61% disseram exercer a medicina tanto no setor público quanto no privado, e 18% dos médicos tinham o setor público como principal local de atuação.

Nessa amostra, 76% dos entrevistados disseram trabalhar como médico em até 4 locais diferentes (hospitais, clínicas, consultórios, etc.), sendo que a quantidade máxima observada foi 8 estabelecimentos, e a moda foi 2. Ademais, 52% dos médicos afirmaram possuir consultório próprio, e 44% manifestaram ser sócio ou proprietário de instituição de saúde (hospital, clínica, laboratório, etc.).

### 4.3 Influência dos Agentes na Qualidade dos Serviços de Saúde

Nesta seção, foram comparadas as opiniões dos usuários e dos médicos da cidade de Recife sobre a influência de alguns agentes ou entidades na qualidade dos serviços de saúde. Em uma escala de (1) Negativa a (3) Positiva, as Figuras 4.4 a 4.12 trazem uma comparação da percepção desses dois tipos de agente do sistema de saúde.

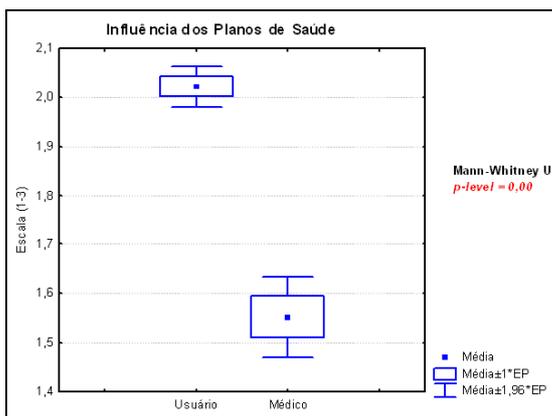


Figura 4.4: Influência dos Planos de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

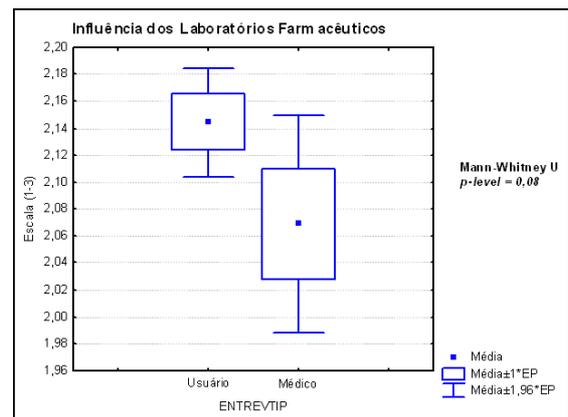


Figura 4.5: Influência dos Laboratórios Farmacêuticos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

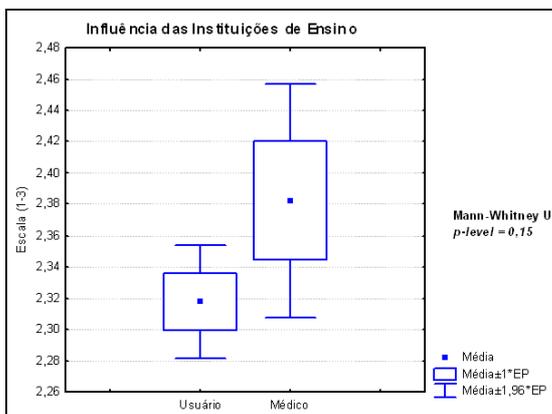


Figura 4.6: Influência das Instituições de Ensino na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

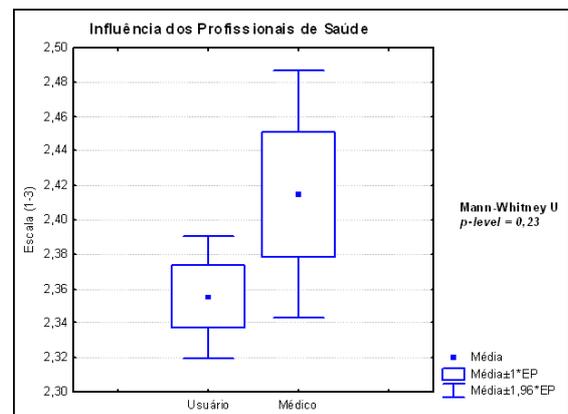


Figura 4.7: Influência dos Profissionais de Saúde na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

No nível de significância de 5%, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney U detectou diferenças de opiniões estatisticamente significativas em relação à influência dos seguintes fatores: planos de saúde, estabelecimentos de saúde privados e públicos, avanço na aparelhagem médica e conselhos de medicina. As influências de laboratórios farmacêuticos e do

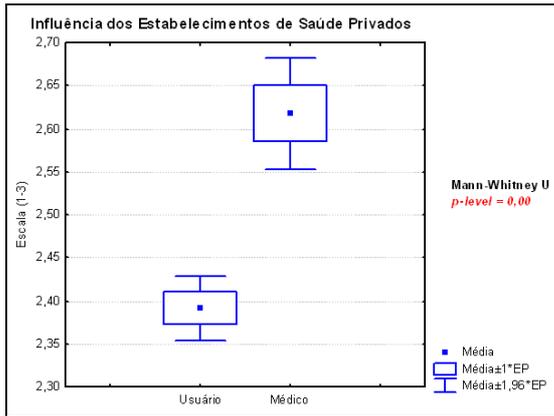


Figura 4.8: Influência dos Estabelecimentos de Saúde Privados na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

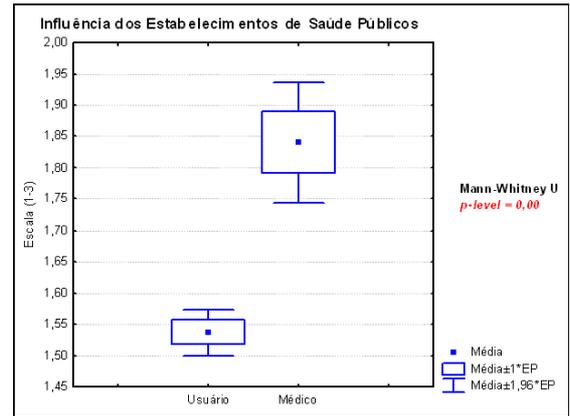


Figura 4.9: Influência dos Estabelecimentos de Saúde Públicos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

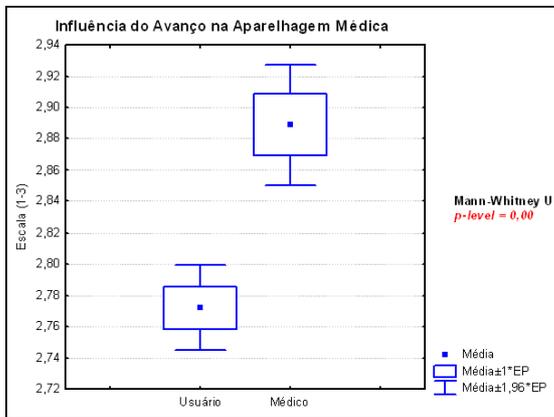


Figura 4.10: Influência do Avanço na Aparelhagem Médica na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

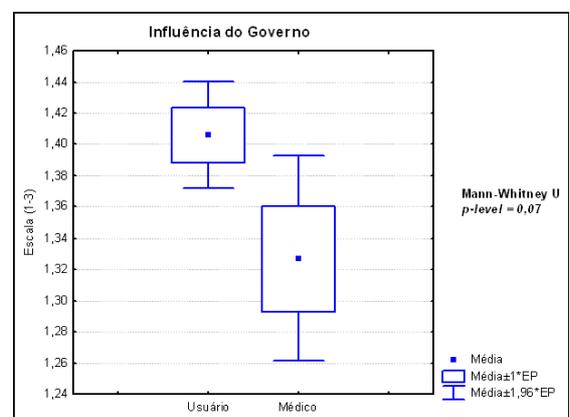


Figura 4.11: Influência do Governo na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

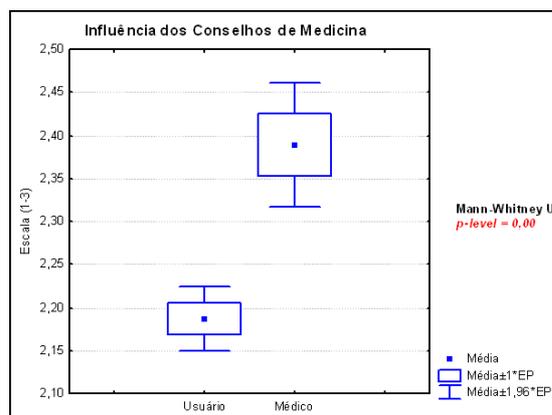


Figura 4.12: Influência dos Conselhos de Medicina na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

governo apresentaram diferença marginalmente significativas ( $p\text{-level} < 0,10$ ). Em relação à influência de instituições de ensino e de profissionais de saúde, não foram detectadas diferenças de percepções entre médicos e usuários.

Dessas análises, destaca-se a nítida diferença de percepção entre médicos e usuários sobre a influência que as empresas de planos de saúde vêm exercendo na qualidade dos serviços de saúde no país.

Para os médicos, essas instituições vêm atuando de forma mais para negativo do que positivo na qualidade do sistema, na medida em que as constantes interferências dos auditores das empresas de planos de saúde nos tratamentos prescritos aos usuários têm afetado de forma danosa a assistência médica aos pacientes.

Por outro lado, por receberem pouco das operadoras de planos de saúde pela prestação de serviço, os médicos vêm realizando consultas cada vez mais rápidas como forma de recuperar sua situação financeira pelo volume de atendimento, prejudicando assim o relacionamento médico-paciente, considerado tão importante pela medicina desde os tempos de Hipócrates.

Com isso, ao despenderem pouco tempo na consulta do paciente, os médicos não raras as vezes solicitam desnecessariamente exames complementares quando um bom exame clínico já seria por si só suficiente para diagnosticar o problema, elevando assim o custo do sistema de saúde. Persistindo-se esse quadro, a tendência é que o bom relacionamento médico-paciente seja cada vez mais raro de ser observado no país.

Já o usuário entende como neutra a influência das empresas de plano de saúde na qualidade dos serviços de saúde. Essa percepção reflete o fato de essas empresas não participarem de nenhuma gestão na qualidade do serviço médico que será prestado ao comprador do seguro, atuando apenas como interface do binômio usuário *versus* entidade médico-hospitalar.

Nas Figuras 4.13 e 4.14, encontra-se uma ordenação (na percepção do usuário e do médico respectivamente) da influência de todos esses fatores na qualidade dos serviços de saúde.

Análises inferenciais (*Sign-Test*) mostram que, na opinião do usuário, os fatores que têm uma atuação mais para positivo do que negativo na qualidade do sistema são, em ordem decrescente:

1. Avanço nos equipamentos médicos;

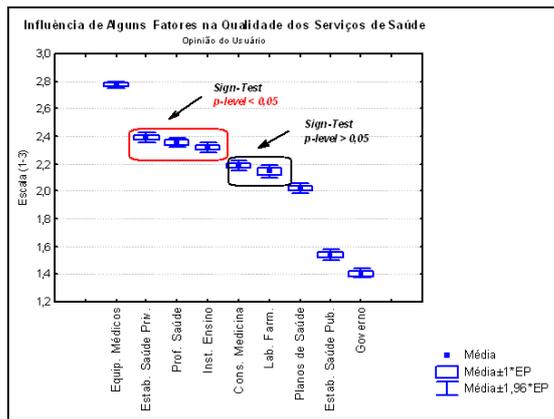


Figura 4.13: Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário

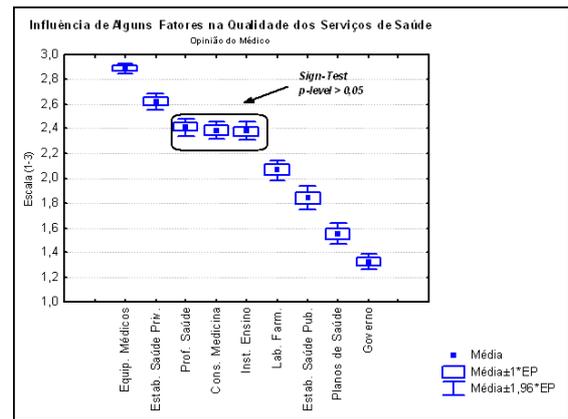


Figura 4.14: Influência de Alguns Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Médico

2. Estabelecimentos de saúde privados;
3. Profissionais de saúde;
4. Instituições de ensino;
5. Conselhos de medicina e laboratórios farmacêuticos, sem diferença estatisticamente significativa entre os dois (no nível de significância de 5%).

Para o usuário, as empresas de plano de saúde são apontadas com uma tendência neutra na qualidade dos serviços. Já os dois fatores que influenciam mais negativamente a qualidade do sistema são, para esse perfil de entrevistado, o governo e os estabelecimentos de saúde públicos, nessa ordem (ver Figura 4.13).

Na percepção do médico, os fatores que atuam claramente de forma mais para positiva do que negativa na qualidade do sistema de saúde são, em ordem decrescente:

1. Avanço nos equipamentos médicos;
2. Estabelecimentos de saúde privados;
3. Profissionais de saúde, conselhos de medicina e instituições de ensino, sem diferença estatisticamente significativa entre os três (no nível de significância de 5%).

Para esse profissional de saúde, laboratórios farmacêuticos apresentam uma tendência neutra ou talvez ambivalente na qualidade dos serviços de saúde. Já os três fatores que atuam mais negativamente no sistema são, nessa ordem (ver Figura 4.14):

1. Governo;
2. Empresas de planos de saúde; e
3. Estabelecimentos de saúde públicos.

## 4.4 Influência de Outros Fatores na Qualidade dos Serviços de Saúde

Comparou-se também a opinião dos usuários e dos médicos sobre a influência dos medicamentos genéricos, do computador e da *internet* na qualidade dos serviços de saúde do país. O resultado pode ser visto nas Figuras 4.15 a 4.17.

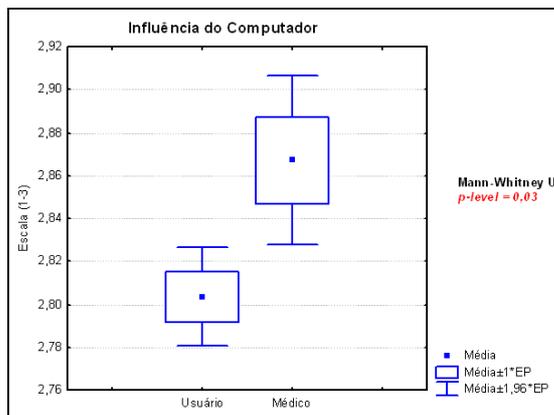


Figura 4.15: Influência do Computador na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

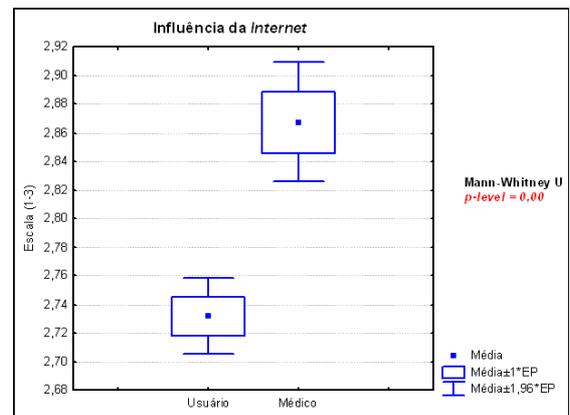


Figura 4.16: Influência da Internet na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

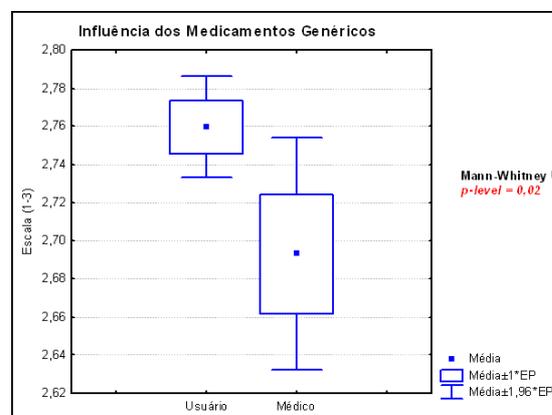


Figura 4.17: Influência dos Medicamentos Genéricos na Qualidade dos Serviços de Saúde, na Opinião do Usuário e do Médico

As análises inferenciais mostram valores de *p-level* estatisticamente significativos no teste não-paramétrico de Mann-Whitney U, no nível de significância de 5%, para todos esses fatores observados. Em termos práticos, o médico considera o computador e a *internet* fatores com uma influência mais positiva na qualidade dos serviços do que na percepção do usuário.

Já quando a questão é sobre medicamentos genéricos, o usuário percebe esse fator com uma influência mais positiva na qualidade dos serviços de saúde do que na opinião do médico. Provavelmente os profissionais de medicina entrevistados naquela época ainda estavam receosos da capacidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de fiscalizar a eficácia e a qualidade dos medicamentos genéricos que passaram a ser produzidos também por laboratórios menores em todo o território nacional.

Some-se a isso o fato de a sanção da Lei dos Genéricos ter representado um corte drástico da indústria farmacêutica no patrocínio de congressos, simpósios e encontros da classe médica, o que pode ter levado os médicos entrevistados a ver com restrições os efeitos positivos advindos da presença desses produtos no mercado de saúde.

Por meio da técnica de Análise de Conglomerados (método de Ward e distância 1 – correlação de Pearson), as Figuras 4.18 e 4.19 sintetizam a forma como usuários e médicos visualizam a correlação entre alguns fatores intervenientes na qualidade do sistema de saúde.

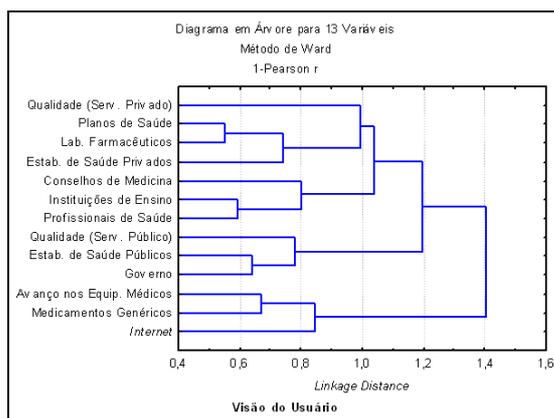


Figura 4.18: Correlação de Diversos Fatores Invervenientes na Qualidade do Sistema de Saúde, na Opinião do Usuário

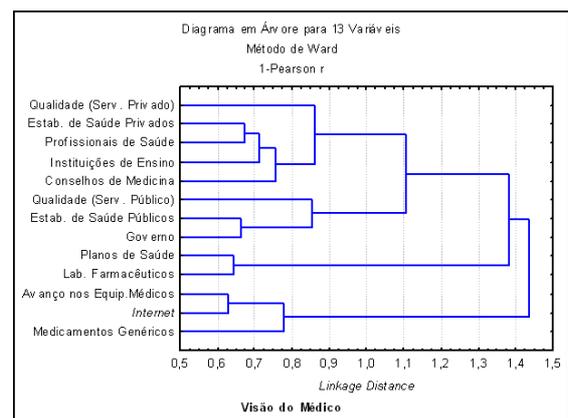


Figura 4.19: Correlação de Diversos Fatores Invervenientes na Qualidade do Sistema de Saúde, na Opinião do Médico

Note-se que, para o usuário, profissionais de saúde estão mais correlacionados a instituições de ensino do que qualquer outro fator interveniente na qualidade do sistema de saúde (Figura 4.18), enquanto, para os médicos, estes profissionais estão mais associados a estabelecimentos de saúde privados (Figura 4.19).

## 4.5 Características Importantes de um Médico

Os médicos também foram perguntados sobre a importância de algumas características que um profissional de sua área deveria possuir para exercer bem a medicina, atribuindo conceitos que iam de (1) Nenhuma a (5) Enorme (importância). As Figuras 4.20 a 4.22 trazem uma comparação entre as respostas dos médicos e dos usuários sobre os seguintes aspectos: capacidade de um médico realizar pesquisas; formação acadêmica do médico; e anos de experiência profissional do médico.

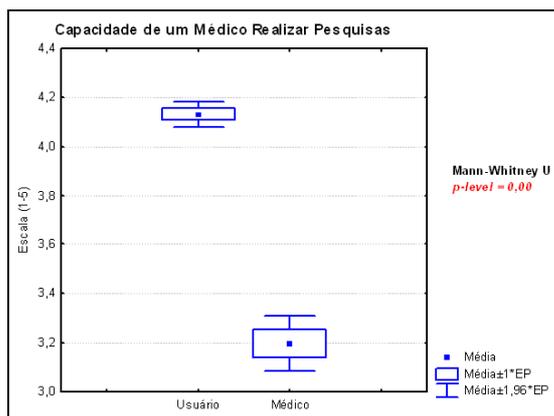


Figura 4.20: Importância da Capacidade de um Médico Realizar Pesquisas na Opinião do Usuário e do Médico

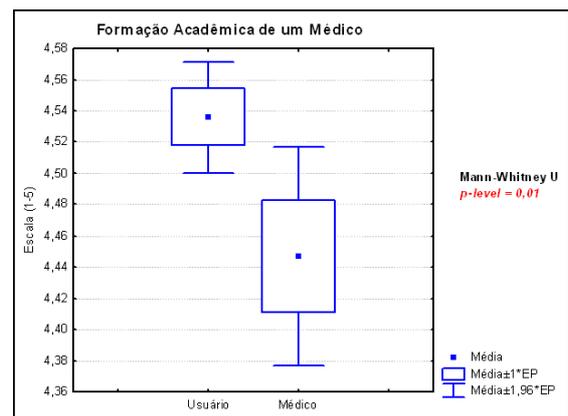


Figura 4.21: Importância da Formação Acadêmica de um Médico na Opinião do Usuário e do Médico

No nível de significância de 5%, o teste de Mann-Whitney U aponta diferença estatisticamente significativa nas análises de todos esses aspectos. Dessa forma, o usuário de serviços de saúde tende a valorizar mais a capacidade de um médico realizar pesquisas e a formação acadêmica dele do que o próprio médico (ver Figuras 4.20 e 4.21).

Note-se que o usuário entende como grande a importância de um médico realizar pesquisas para exercer bem a medicina, enquanto os próprios médicos acreditam ser de importância razoável essa característica. Os médicos ainda seguem muito aquela máxima: “medicina é ver doentes”.

Quanto à experiência profissional do médico, esse atributo não é tão valorizado pelo

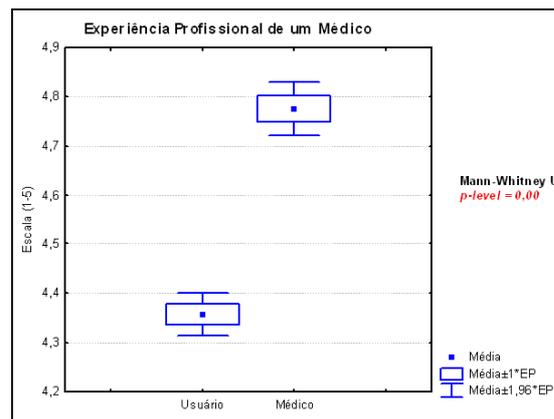


Figura 4.22: Importância de Anos de Experiência Profissional de um Médico na Opinião do Usuário e do Médico

usuário quando comparado com a percepção do médico (Figura 4.22). Por ser a Medicina um ramo do conhecimento que exige um tempo de dedicação prática maior do que a vasta maioria dos cursos de outras áreas, talvez tenha sido por isso a razão de os médicos valorizarem mais a experiência profissional do que os usuários. De fato, a Medicina não tem teoria, não possui uma epistemologia hipotético-dedutiva, e sim teleológico-finalista.

Colocando-se em uma ordenação (*ranking*) esses aspectos, a Figura 4.23 mostra que, para os usuários, dentre esses três itens, a formação acadêmica do médico é a característica mais valorizada, seguida de sua experiência profissional e de sua capacidade de realizar pesquisas. O leigo não sabe que boa formação acadêmica e pesquisa são dois aspectos indissociáveis.

Já a Figura 4.24 deixa claro que, para os médicos, a experiência profissional é o atributo mais importante. Em segundo lugar, está a formação acadêmica, e em último, a capacidade de realizar pesquisas.

## 4.6 Relação Médico-Paciente

Sabe-se que muitos aspectos envolvem a relação médico-paciente. Para se conhecer o impacto de alguns fatores na qualidade do atendimento de saúde recebido pelo paciente, perguntou-se também ao médico qual o efeito de um bom relacionamento paciente-médico; da “fidelidade” do paciente ao seu médico; de o paciente ter muita informação e conhecimento sobre Medicina; e de o usuário ser muito exigente com os profissionais de saúde.

Em uma escala de (1) Claramente Negativo a (5) Claramente Positivo, o entrevistado possuiu também como alternativas:

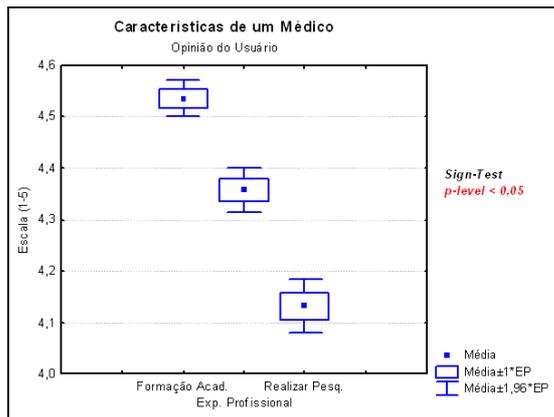


Figura 4.23: Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Usuário

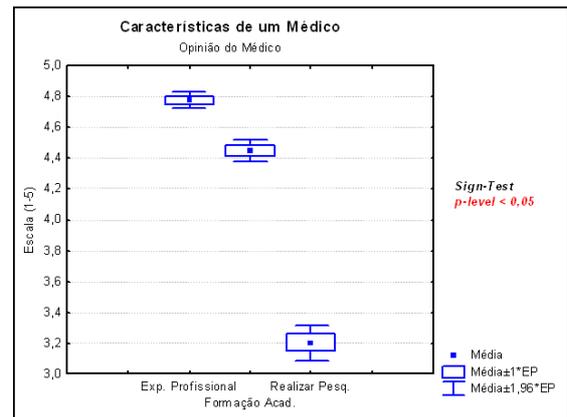


Figura 4.24: Algumas Características Importantes de um Médico na Opinião do Médico

- (1) Claramente negativo.
- (2) Mais negativo que positivo.
- (3) Neutro.
- (4) Mais positivo do que negativo.
- (5) Claramente positivo.
- (6) Não sei.

Para poder comparar com a opinião do usuário, converteu-se essa escala para:

- (1) Negativo.
- (2) Neutro.
- (3) Positivo.

As Figuras 4.25 a 4.28 comparam as percepções de médicos e usuários. Para todos esses aspectos, o teste de Mann-Whitney U detectou diferenças estatisticamente significativas, no nível de significância de 5%, entre as opiniões desses dois agentes do sistema de saúde. Tanto médicos quanto usuários acreditam que todos esses fatores analisados apresentam uma tendência mais para positivo do que negativo.

Com base no exame dos testes de Mann-Whitney U das Figuras 4.10 e 4.25, a pesquisa mostra que os médicos atualmente dão mais importância ao avanço na aparelhagem médica e menos ao *rapport* médico-paciente quando comparadas essas duas questões à opinião do usuário. O reflexo disto é que hoje no Brasil os concursos para residência de especialidades associadas a procedimentos e exames subsidiários (onde há necessidade de equipamentos de imagem) são bastante concorridos, enquanto os de cirurgia e clínica (onde a relação médico-paciente é primordial) estão cada vez mais desprestigiados. A dis-

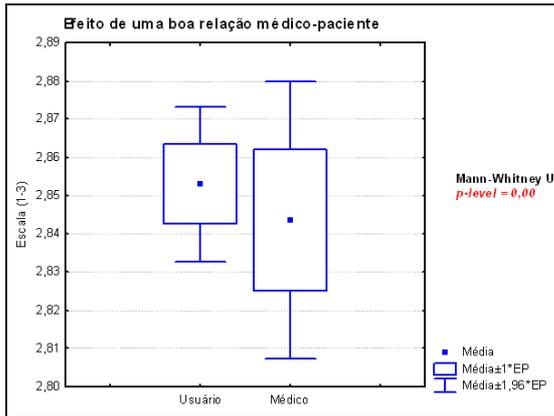


Figura 4.25: Efeito de Ter uma Boa Relação com o Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico

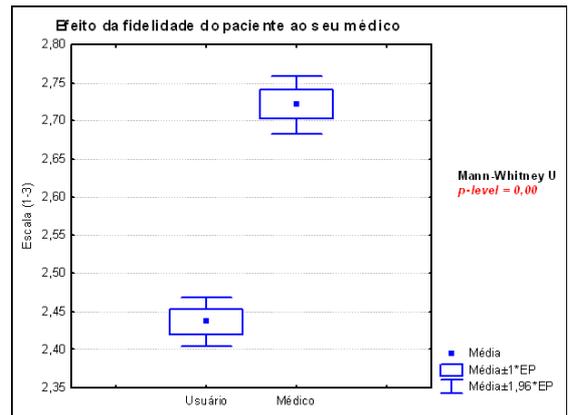


Figura 4.26: Efeito de Ser “Fiel” ao Seu Médico na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico

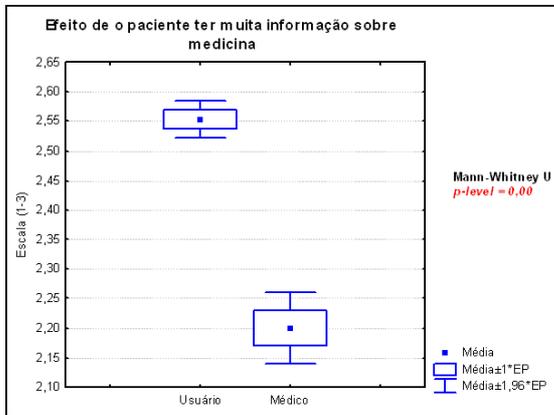


Figura 4.27: Efeito de o Usuário Ter Muita Informação e Conhecimento sobre Medicina na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário e do Médico

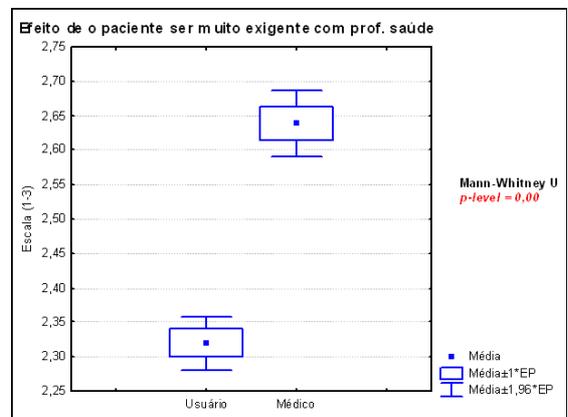


Figura 4.28: Efeito de Ser Muito Exigente com Profissionais de Saúde na Qualidade do Atendimento, na Opinião do Usuário e do Médico

paridade na remuneração do médico por tipo de serviço prestado explica esse fenômeno.

Ademais, pelo teste de Mann-Whitney U da Figura 4.27, nota-se que o usuário tende a valorizar mais o interesse do paciente na busca por conhecimento sobre medicina do que o médico. Isto deixa bem claro que muitos médicos ainda sentem algum desconforto quando deparam com um paciente bem informado sobre medicina e/ou saúde. Geralmente esse perfil de usuário, antes de se consultar com um especialista, costuma ler muito sobre o assunto, gosta de sugerir exames e remédios, até duvida do tratamento prescrito pelo profissional, atingindo assim o ego do médico, maculando seu arquétipo de semideus que sempre o caracterizou perante a sociedade.

Quanto ao elevado nível de exigência para com os profissionais de saúde, curiosamente os médicos valorizam mais esse aspecto do que os próprios usuários (ver Figura 4.28). Pode

parecer meio contraditória essa constatação, principalmente pelo fato de os médicos se sentirem incomodados ao depararem-se com um paciente bem informado sobre medicina, como mostra a pesquisa, mas talvez a idéia aqui seja mais abrangente, ao incluir também uma exigência maior junto a outros profissionais de saúde como enfermeiros, auxiliares de enfermagem e nutricionistas, por exemplo.

A “fidelidade” do paciente ao médico é outro aspecto apontado pelos médicos de forma mais positiva do que na percepção do usuário (Figura 4.26). Sem dúvida, o “livrinho” com a relação de médicos conveniados ao plano de saúde do segurado é um fator que tem levado o usuário a dar uma importância menor à fidelidade ao médico.

Diante disso, organizou-se uma ordenação (*ranking*) para avaliar quais são os aspectos, dentre esses quatro levantados na pesquisa, mais importantes na qualidade do atendimento de saúde. As Figuras 4.29 e 4.30 mostram respectivamente as percepções de usuários e médicos sobre o tema.

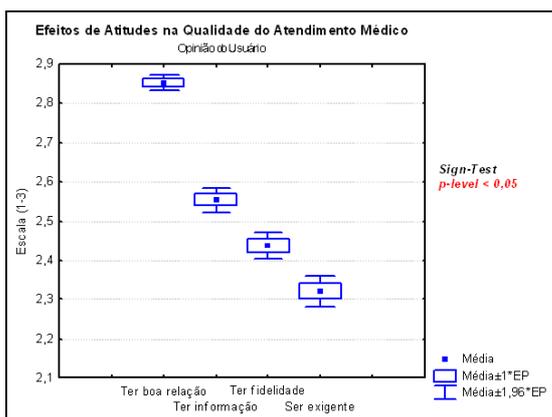


Figura 4.29: Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Usuário

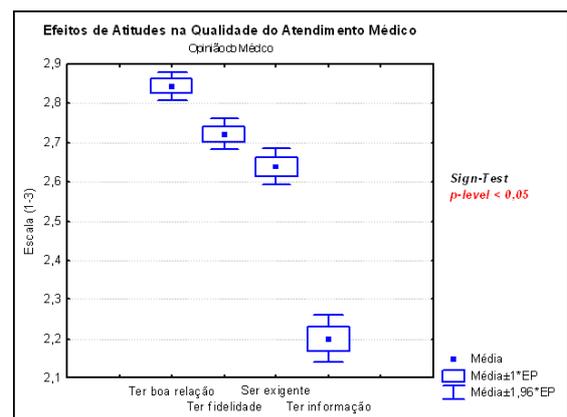


Figura 4.30: Efeito de Algumas Atitudes na Qualidade do Atendimento Médico, na Opinião do Médico

Percebe-se que, na opinião do usuário, os aspectos mais positivos são, em ordem decrescente:

1. Um bom relacionamento médico-paciente;
2. Elevado nível de informação do paciente sobre medicina e/ou saúde;
3. A “fidelidade” do paciente com o médico;
4. Elevado nível de exigência do paciente para com os profissionais de saúde.

Já na percepção do médico, os fatores mais positivos são, em ordem decrescente:

1. Um bom relacionamento médico-paciente;
2. A “fidelidade” do paciente com o médico;
3. Elevado nível de exigência do paciente para com os profissionais de saúde;
4. Elevado nível de informação do paciente sobre medicina e/ou saúde.

## 4.7 Erro Médico

Apesar da falta de estatísticas sistemáticas e oficiais sobre o número de processos por erro médico no Brasil, é entendimento corrente, no meio jurídico, de que houve um aumento paulatino no número de novas ações contra médicos.

Para saber a opinião dos médicos sobre o motivo desse problema, perguntou-se a eles qual a principal causa da ocorrência de erros médico. As opções do questionário eram:

- (1) Acidente ou acaso, sem culpa de ninguém.
- (2) Falta de equipamento ou de infra-estrutura.
- (3) Falhas no equipamento ou infra-estrutura.
- (4) Cansaço, esgotamento.
- (5) Descaso ou negligência.
- (6) Incompetência ou falta de preparo.
- (7) Problemas com os medicamentos e produtos de saúde.
- (8) NDR.

A Figura 4.31 mostra a opinião dos médicos por área de atuação, ou seja, no setor privado, setor público/privado e setor público. Em essência, nota-se que as percepções dos médicos por área de atuação são bem parecidas.

Quando comparadas as opiniões de médicos e usuários sobre a principal causa de ocorrência de erros médicos (ver Figura 4.32), 17% dos médicos apontaram como acidental ou casual a ocorrência desse problema, contra 8% dos usuários; 13% dos médicos disseram ser por falta de equipamentos ou infra-estrutura, contra 4% dos usuários; 20% dos médicos alegaram motivo de cansaço ou esgotamento, contra 10% dos usuários. No entanto, quase 70% dos usuários entrevistados apontaram a negligência ou a incompetência como causas de erro médico, contra aproximadamente 30% dos médicos entrevistados.

Questionou-se também quem deveria, na maioria dos casos, ser responsabilizado pela ocorrência de um erro médico. Para 70% dos usuários e aproximadamente 50% dos mé-

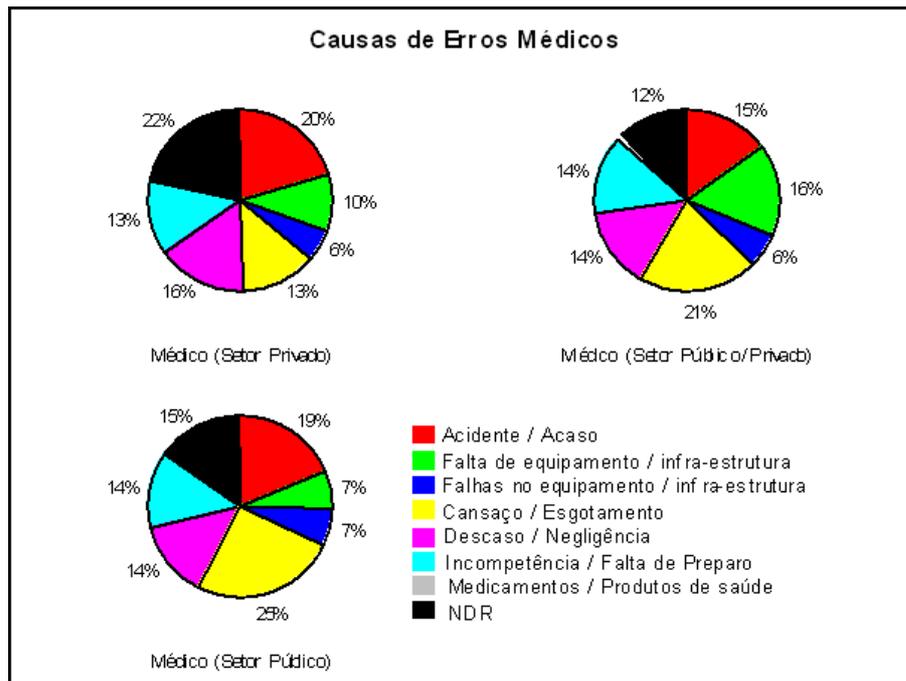


Figura 4.31: Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Médico

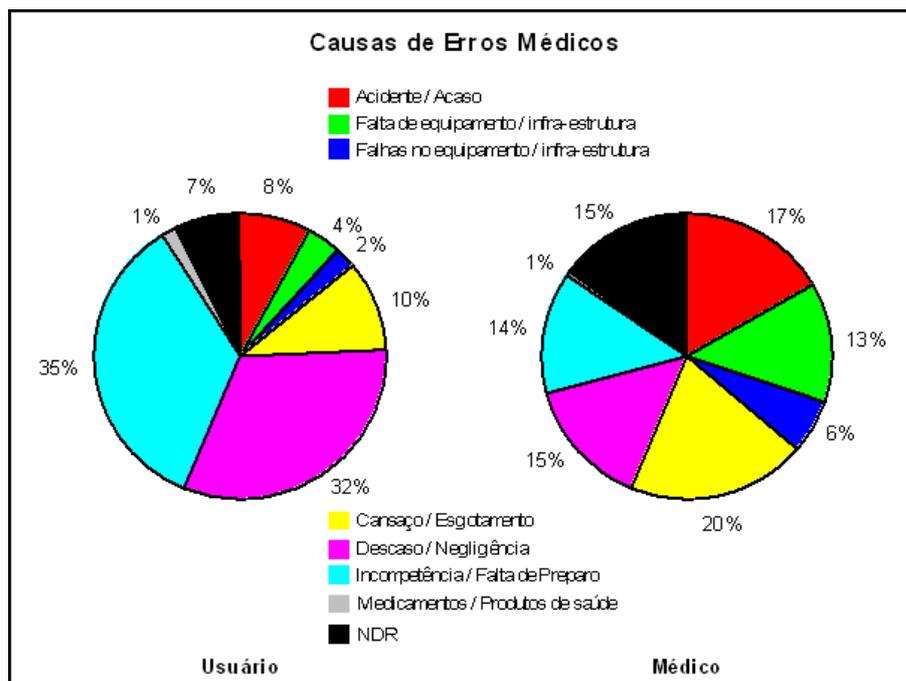


Figura 4.32: Principal Causa da Ocorrência de Erros Médicos, na Opinião do Usuário e do Médico

dicos entrevistados, o responsável pelo acontecimento de erros dessa natureza deveria ser o próprio médico. O hospital é a segunda alternativa mais apontada tanto por médicos quanto por usuários (10% e 15% respectivamente). No entanto, 35% dos médicos entrevistados responderam NDR (nenhuma das respostas), por acreditarem em outro responsável

não presente entre as alternativas do questionário ou por não se sentirem à vontade em responder tal pergunta.

Quando o assunto é a expectativa de sucesso do paciente no recebimento de indenização, a Figura 4.33 mostra que os médicos são mais otimistas do que os próprios usuários (70% dos médicos contra aproximadamente 50% dos usuários acreditam no êxito do paciente).

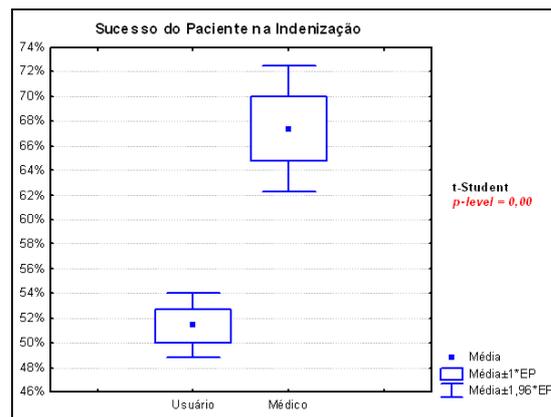


Figura 4.33: Expectativa de Sucesso do Paciente no Recebimento de Indenização, na Opinião do Usuário e do Médico

## 4.8 Prescrição de Medicamentos

Antes da vigência da Lei dos Genéricos em 1999, no ato da consulta, o médico corriqueiramente prescrevia o nome de fantasia da droga. Por serem produtos de marca, tipicamente esses produtos apresentavam valores expressivos, dificultando o acesso da população, em especial a mais carente.

Agora, médicos e pacientes têm à disposição a alternativa de utilização dos medicamentos genéricos e similares. Essa mudança permitiu que o consumidor pudesse realmente escolher o que vai comprar, estimulando a concorrência e forçando os laboratórios a baixarem seus preços para conquistá-lo.

Para saber o comportamento dos médicos da RMR sobre o tema, foi perguntado que tipo de medicamento geralmente ele prescreve. As opções do questionário eram:

- (1) Medicamentos de marcas específicas.
- (2) Medicamentos de marcas específicas, junto com genéricos e/ou similares equivalentes.

(3) Um princípio ativo, deixando a escolha do medicamento específico para o paciente.

(4) NDR.

Na Figura 4.34, nota-se que 24% dos médicos do setor privado ainda prescreviam medicamentos de marcas específicas, contra 15% dos médicos do setor público. Talvez a desconfiança da eficácia e da qualidade dos medicamentos genéricos produzidos também por laboratórios menores tenha contribuído para que alguns médicos ainda insistissem em prescrever apenas medicamentos de marcas específicas a seus pacientes.

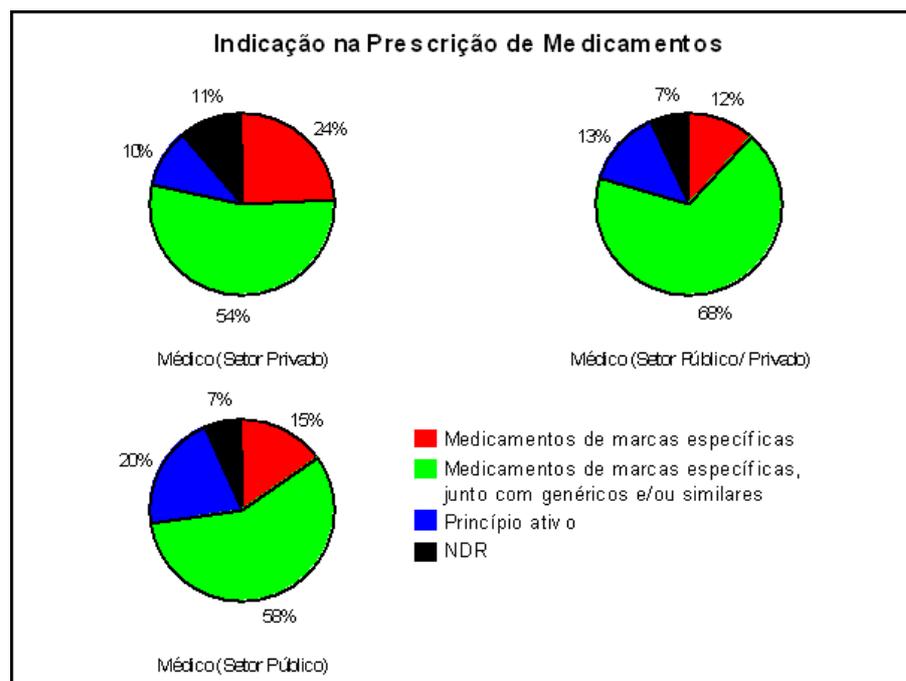


Figura 4.34: Indicação do Médico na Prescrição de Medicamentos

Vale salientar que a Associação Médica Brasileira (AMB) delimita como obrigação ética e profissional do médico a “prescrição de medicamentos de qualidade que garantam segurança ao paciente e a eficácia do tratamento”. Ela não menciona, portanto, o dever do médico de prescrever medicamentos genéricos ou similares mais baratos que o de marca.

## 4.9 Qualidade dos Serviços de Saúde na RMR

Diante da importância do Pólo Médico de Recife para a economia municipal e das constantes informações equivocadas divulgadas pelos meios de comunicação sobre sua dimensão e qualidade, foi perguntado aos médicos qual era, afinal, a qualidade típica dos serviços de saúde públicos e privados na Região Metropolitana do Recife.

Em uma escala de (1) a (7), as opções presentes no questionário eram:

- (1) A pior do país.
- (2) Uma das piores do país.
- (3) Abaixo da média do país.
- (4) Mais ou menos na média do país.
- (5) Acima da média do país.
- (6) Uma das melhores do país.
- (7) A melhor do país.

A Figura 4.35 mostra que, para os médicos, a qualidade dos serviços de saúde privados da RMR está acima da média do país, porém ainda não pode ser considerada entre as melhores do Brasil. Apesar de todo o investimento que vem sendo feito nos últimos dez anos na modernização das instalações médico-hospitalares e na aquisição de avançados equipamentos de imagem pelo setor privado na RMR, isso não tem sido suficiente para, na opinião dos médicos, figurar o Pólo Médico de Recife entre os melhores do país em termos de qualidade.

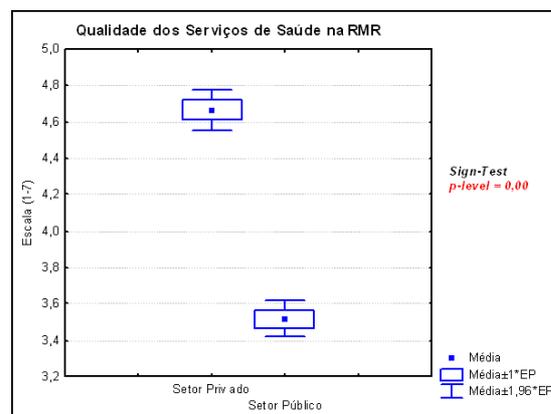


Figura 4.35: Qualidade Típica dos Serviços de Saúde Privados e Públicos na Região Metropolitana do Recife, na Opinião do Médico

Quando o assunto é a qualidade dos serviços de saúde públicos da RMR, os médicos consideram-na abaixo da média do país (ver Figura 4.35). Equipamentos sem uma manutenção adequada, cancelamento de cirurgias em cima da hora por falta de medicamentos ou de materiais descartáveis, falta de infra-estrutura e de condições adequadas de trabalho são apenas algumas das queixas freqüentemente apontadas por quem trabalha no setor público de saúde.

Nos últimos anos, a falta de governos (municipal e principalmente estadual) compro-

metidos com a ampliação e a melhoria significativa da qualidade dos serviços de saúde públicos na RMR dificulta um bom e adequado exercício da medicina. Infelizmente, o quadro atual da saúde pública no Estado tende a piorar ainda mais com o aumento da demanda provocado pela crescente evasão da população recifense coberta por planos de saúde.

Diante disso, aos representantes públicos (municipais e estaduais), restam duas decisões: permanecerem na inércia entre o discurso e a prática, e assistirem, num horizonte próximo, a um caos na saúde pública sem precedência na história do Estado; ou reverem prioridades e alocarem com eficiência os recursos públicos na mesma magnitude que o setor exige.

Por fim, o Capítulo 5 a seguir suscita comentários sobre a Seguridade Social (Capítulo 1) e conclusões da revisão de literatura levantada no Capítulo 2, sintetiza os principais resultados obtidos com as pesquisas realizadas com médicos e usuários de serviços de saúde da cidade de Recife (Capítulos 3 e 4), e recomenda alguns trabalhos futuros na área de Economia da Saúde.

## 5 CONCLUSÕES, COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

### 5.1 A Seguridade Social

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 no Brasil, o modelo de proteção social foi redefinido, passando a adotar o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, à previdência e à assistência social.

No que diz respeito à saúde, a obrigação do Estado de garantir este direito a todos deveria efetivar-se “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Art. 196, CF88).

Para assegurar esse direito, a Carta Magna determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal, oferecendo atenção integral sob a égide do princípio da equidade.

Entretanto, com a universalização da assistência à saúde e o conseqüente aumento da demanda, os mecanismos instituídos constitucionalmente para solucionar o problema do financiamento não foram devidamente seguidos. A Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) nunca foi totalmente aplicada no SUS.

De cada cheque que um brasileiro emite, atualmente 0,38% do valor é descontado da conta bancária para a CPMF. Ocorre que esta receita, em vez de ir em sua maior parte para o SUS, é hoje usada no combate à fome e principalmente para cobrir rombos com a Previdência Social. Ademais, não é só a CPMF que fica devendo à saúde. A Emenda Constitucional 29 prevê gasto mínimo com saúde de 15% do orçamento para prefeituras e 12% para os Estados, mas nem sempre as contrapartidas estaduais e municipais são cumpridas.

Com isso, as mudanças idealizadas pelo novo conceito de Seguridade Social apenas aumentaram o contingente de pessoas que passaram a ter acesso gratuito à saúde, sem aumentar a qualidade nem elevar suficientemente a quantidade da prestação da assistência. Por seu turno, legisladores e poder executivo ignoraram as mudanças estruturais que deveriam ser implementadas, trazendo prejuízos ao funcionamento do serviço.

## 5.2 O Sistema de Saúde

Num ambiente onde os interesses são muito antagônicos, um dos poucos consensos existentes é de que o atual modelo nacional de prestação de serviços de saúde é deficiente e merece urgente reforma. Os diversos atores dos sistemas público e privado (financiadores, prestadores de serviços e indústrias de insumos, entre outros) precisam entender que a reformulação do modelo assistencial e os frutos dessa mudança não têm como acontecer no curto prazo, pela complexidade das ações necessárias e seus respectivos tempos de maturação.

A solução para os graves problemas presentes no sistema de saúde passa inicialmente pela diminuição de conflitos de interesses que, atualmente, têm levado os diversos atores a agirem de modo a maximizar o ganho individual em detrimento do coletivo, com prejuízos diretos e indiretos para toda a população brasileira. Assim, o que se observa hoje é um sistema fragmentado e autofágico, em que os recursos coletivos disponíveis são explorados ao máximo pelas partes. Isto tem silenciosamente e decisivamente contribuído para agravar a crise do sistema de saúde no país.

A essência desse problema está na estrutura de incentivos que verdadeiramente impulsiona cada um dos participantes do sistema de saúde. Para torná-lo viável, é necessário existir colaboração mútua de alguns de seus agentes (médicos, planos de saúde, usuários), por meio de mecanismos de incentivos e penalidades.

A título de ilustração, note-se que atualmente os médicos estão em permanente conflito com as operadoras de planos de saúde, na medida em que, ao não receberem delas um valor justo pelas consultas ou pelo tratamento realizado aos segurados, e por não terem incentivos, solicitam desnecessariamente exames complementares ou submetem o paciente a tratamentos mais onerosos.

Para conter o excesso de despesas com o segurado, as operadoras de planos de saúde deveriam perceber o médico como um parceiro, motivando esse profissional de saúde, por meio, por exemplo, de incentivos econômicos, a fazer um exame clínico mais acurado nos pacientes e a submetê-los a tratamentos menos dispendiosos, mas igualmente eficazes.

Como afirma William Edwards Deming, especialista em gerenciamento da qualidade,

*“não há fórmulas de operar milagres da Qualidade quando toda a cultura, da sociedade em geral e a específica de cada setor, conspira contra ela ou quando a ânsia por resultados a curto prazo é comum a todos”.*

Portanto, a qualidade em saúde precisa ser um esforço conjunto, de toda a cadeia assistencial. Enquanto a tecnologia continuar a inovar cumulativamente, o Governo não investir fortemente na prevenção de doenças na população mais carente, os profissionais de saúde, em especial o médico, receberem remunerações irrisórias pelos serviços prestados, a relação médico-paciente não for resgatada, as operadoras de seguro não oferecerem benefícios aos seus clientes para o uso racional dos serviços de saúde e a população não for devidamente educada e esclarecida quanto às conseqüências do uso irresponsável de serviços de saúde, dificilmente os estabelecimentos médico-hospitalares conseguirão reduzir, no fim da cadeia assistencial, os gastos do sistema de maneira expressiva e consistente.

### 5.3 Pesquisa com Médicos e Usuários

Analisar a maneira como médicos e usuários, dois dos principais atores do sistema, percebem diversos aspectos relacionados à questão da saúde é um caminho para entender e assim tentar atenuar os conflitos presentes no setor. Em síntese, a pesquisa mostrou, entre outros aspectos, que:

- Apesar do aumento significativo do custo da saúde e do volumoso aporte de recursos para empresas estrangeiras, a indústria de equipamentos médico-hospitalares é o ator do sistema (entre os demais pesquisados) que mais vem contribuindo para a qualidade dos serviços de saúde no Brasil, tanto na opinião do usuário quanto na do médico;
- Os laboratórios farmacêuticos, embora produzam insumos fundamentais à recuperação da saúde dos indivíduos e invistam no patrocínio de encontros da classe médica (uma forma de difundir novos achados científicos e de atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde), ocupam uma posição modesta (5º lugar) em relação aos demais atores quanto a seu papel na qualidade dos serviços de saúde, tanto na percepção do usuário quanto na do médico;
- As operadoras de planos de saúde são vistas pelo usuário com uma atuação neutra na qualidade dos serviços de saúde, o que transparece o fato de essas empresas atuarem apenas na interface entre usuários e provedores, não participando de nenhuma gestão na qualidade do serviço médico que será prestado ao comprador do seguro;

- Já para os médicos, os planos de saúde vêm desempenhando um papel mais para negativo do que positivo na qualidade dos serviços de saúde, na medida em que as constantes interferências dos auditores dessas empresas nos tratamentos prescritos aos usuários têm restringido de forma danosa a assistência médica aos pacientes. Além disso, o baixo valor pago aos médicos pelas consultas realizadas tem feito com que o atendimento médico seja cada vez mais rápido, prejudicando assim a boa relação médico-paciente, aspecto importantíssimo e cada vez mais raro de ser observado na Medicina praticada neste país, tendendo inclusive a desaparecer num futuro não muito distante se a atual conjuntura do sistema não modificar para melhor;
- Quanto à influência dos medicamentos genéricos na qualidade dos serviços de saúde, o usuário percebe esse fator de forma mais positiva do que o médico. Receios quanto à capacidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de fiscalizar a eficácia e a qualidade dos medicamentos genéricos que passaram a ser produzidos também por laboratórios menores em todo o território nacional e o corte drástico da indústria farmacêutica no patrocínio de encontros da classe médica podem ter levado os médicos entrevistados a ver com restrições os efeitos positivos advindos da presença desses produtos no mercado de saúde;
- Apesar da aprovação da Lei dos Genéricos, beneficiando principalmente a população mais carente no acesso a remédios mais baratos, quase um quinto das pessoas sem planos de saúde na cidade de Recife toma apenas o que for dado gratuitamente pelos postos de saúde;
- Usuários com plano de saúde vão 33,5% mais vezes ao médico do que pessoas assistidas apenas pela seguridade social, o que demonstra provavelmente a ocorrência do problema de risco moral na relação segurado-seguradora;
- Quem não pode arcar com a cobertura de uma seguradora, em vez de consultar-se com um médico em casos de problemas de saúde que não requerem internação, acaba recorrendo mais à orientação de familiares e/ou amigos, à indicação de balconistas de farmácias e à tratamentos alternativos do que pessoas cobertas por uma seguradora;

- Para os médicos, a qualidade dos serviços de saúde privados da Região Metropolitana do Recife está acima da média do país, mas ainda não pode ser considerada entre as melhores do Brasil.

## 5.4 Recomendações para Trabalhos Futuros

A Economia da Saúde é um ramo do conhecimento muito amplo e que ainda requer bastante estudo no país. Como recomendações para trabalhos futuros, pode-se mencionar o seguinte:

1. Estimar a economia para o Sistema Único de Saúde pela existência de um sistema suplementar de saúde no país, levando-se em consideração, entre outros aspectos, fatores como a renúncia fiscal e o atendimento de beneficiários de planos de saúde pelo SUS;
2. Comparar o modelo assistencial de saúde brasileiro com o de países mais desenvolvidos, como, por exemplo, a França, a Alemanha, o Reino Unido, os Estados Unidos e o Japão;
3. Discutir o marco regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e confrontá-lo com a experiência de outros países com o tema;
4. Com o crescente aumento dos gastos em saúde, estimar o custo de oportunidade das operadoras de planos de saúde por não reembolsarem devidamente os médicos pelas consultas realizadas;
5. Estudar os mecanismos de pagamento utilizados nos serviços de saúde, bem como seu impacto na qualidade da assistência médica;
6. Diante da importância do Pólo Médico do Recife para a economia do município, realizar uma pesquisa de satisfação com usuários de serviços de saúde para avaliar uma série de questões pertinentes sobre a qualidade do atendimento médico que vem sendo prestado na cidade, tais como o tempo de espera para ser atendido, o tempo das consultas médicas e aspectos relacionados à relação médico-paciente;

7. Dimensionar o atual parque de equipamentos médico-hospitalares na Região Metropolitana do Recife, levando em consideração não só a quantidade como a qualidade da tecnologia utilizada, tanto no setor público quanto no privado;
8. Passados mais de cinco anos da aprovação da Lei dos Genéricos, analisar o comportamento e o perfil dos médicos quanto à prescrição de medicamentos genéricos e/ou similares, apontar os motivos para uma eventual não-indicação desses produtos aos pacientes, bem como estudar o comportamento do usuário em relação ao tema proposto.

Para a consolidação de um modelo assistencial viável à população, o Brasil precisa, antes de mais nada, abandonar o subjetivismo amador que vem dominando as decisões dos poderes executivo e legislativo no âmbito da saúde. Sem grandes investimentos em pesquisas na área de Economia da Saúde, o país fica sujeito a impressões pessoais sobre o problema.

Comparar, discutir, analisar, dimensionar, estimar, enfim, quantificar são, pois, iniciativas indispensáveis para um rumo promissor das decisões em saúde. Sem a plenitude dessas ações, não há como transmitir segurança aos diversos atores do sistema de saúde de que mudanças na lei ou no marco regulatório das agências reguladoras trarão benefícios consistentes e duradouros a todos a médio ou longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, S. L. Estimando Seleção Adversa em Planos de Saúde. *Revista Economia*, v. 5, n. 3, p. 253–283, dez. 2004.

ANDRADE, M. V. *Ensaio em Economia da Saúde*. Dissertação (Doutorado em Economia) — Fundação Getúlio Vargas – EPGE – Escola de Pós-Graduação em Economia, Rio de Janeiro, 2000.

ANS. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Disponível em:  
<<http://www.ans.gov.br>>.

ARANTES, L. L. *Um Estudo sobre Parâmetros para a Oferta de Serviços de Saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde*. Dissertação (Mestrado) — Fundação Oswaldo Cruz — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

ARAÚJO, A. M. *A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde*. Dissertação (Mestrado) — Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

BAHIA, L. *Risco, Seguro e Assistência Suplementar no Brasil*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. [S.l.], jul. 2001. Disponível em: <[www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/financiamentodosetor/EE3.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/financiamentodosetor/EE3.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2006.

BOTSARIS, A. S. *Sem anestesia: O desabafo de um médico/ Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Glossário temático: economia da saúde*. Brasília, 2005.
- BUCHALLA, A. P. A *internet* muda a relação médico-paciente. *Revista Veja*, p. 112, 14 set. 2005.
- CALIL, S. J. Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médicos hospitalares. In: *Brasil: radiografia da saúde; Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni (orgs.)*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.
- CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, n. 7, p. 122–135, 2002.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Brasília, ago. 2005.
- COSTA, N. R. O Regime Regulatório de Planos e Seguros de Saúde: Tendências e Perspectivas. *IV Encontro Nacional da ABCP — Associação Brasileira de Ciência Política*, 2004.
- DANTAS, E. A guerra dos consultórios. *Jornal do Commercio*, 07 fev. 2006. Disponível em: <[http://jc.uol.com.br/2006/02/07/not\\_105993.php](http://jc.uol.com.br/2006/02/07/not_105993.php)>. Acesso em: 08 set. 2006.
- DUBEUX, C. H. S. *Parâmetros para a Qualidade dos Serviços de Saúde: O Caso do Pólo Médico do Grande Recife*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Universidade Federal de Pernambuco – PPGEPP – Departamento de Engenharia de Produção, Recife, 2000.
- FREITAS, M. A. L. *Aplicação da Metodologia DEA - Data Envelopment Analysis aos Hospitais do Pólo Médico da Cidade do Recife*. Dissertação (Mestrado em Economia) — Universidade Federal de Pernambuco – PIMES – Departamento de Economia, Recife, 2002.
- FURTADO, J. A indústria de equipamentos médico-hospitalares: elementos para uma caracterização da sua dimensão internacional. In: *Brasil: radiografia da saúde;*

- Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni (orgs.). Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.
- FUTEMA, F. Preços altos e renda menor “expulsam” 2 mi dos planos privados de saúde. *Folha Online*, 17 ago. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u99352.shtml>>. Acesso em: 25 mai. 2006.
- GODOY, M. R.; SILVA, E. N.; BALBINOTTO NETO, G. Planos de Saúde e a Teoria da Informação Assimétrica. In: *XXVIII Encontro da ANPAD — Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*. Curitiba: Enanpad, 2004.
- GUTIERREZ, R. M. V.; ALEXANDRE, P. V. M. Complexo industrial da saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. *BNDES Setorial*. Rio de Janeiro, mar. 2004. 119-155 p.
- IBGE/PNAD. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, 1999.
- IBRAHIM, F. Z. *Curso de direito previdenciário*. 5. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2005.
- LIMA, R. A.; VAZ, T. O erro médico. *Revista Veja*, p. 110, 07 set. 2005. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/070905/sumario.html>>. Acesso em: 20 mai. 2006.
- LUZ, P. L. *Nem só de ciência se faz a cura: o que os pacientes me ensinaram*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. *Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição “extrapreço”*. Dissertação (Mestrado) — Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- MAIA, A. C.; ANDRADE, M. V.; OLIVEIRA, A. M. H. C. O Risco Moral no Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro. *XXXII Encontro Nacional de Economia*, dez. 2004.

- MARQUES NETO, F. A. *Agências Reguladoras: Instrumentos do fortalecimento do Estado*. São Paulo: ABAR, 2003.
- MARTINS, P. H. *Contra a desumanização da medicina: Críticas sociológicas das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. *Microeconomia*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1999.
- QUEIROZ, S.; GONZÁLES, A. J. V. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: *Brasil: radiografia da saúde; Barjas Negri e Geraldo Di Giovanni (orgs.)*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2001.
- QUEIROZ, S. R. R. Competitividade da indústria de fármacos. In: *Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira*. Campinas: Consórcio formado por Instituto de Economia/UNICAMP, Instituto de Economia Industrial/UFRJ, Fundação Dom Cabral, Fundação Centro de Estudos do Comércio Exterior, 1993.
- REIS, O. M. L. S. *O Ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Planos de Saúde: uma Abordagem acerca do Fundamento Jurídico da Cobrança. Monografia do Acervo da ANS*. [S.l.], 2003. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca\\_topico\\_17705.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17705.asp)>. Acesso em: 07 ago. 2006.
- SALLAI, A. L.; SANT'ANNA, A. P. Alternativas de Regulação do Setor de Saúde no Brasil. *Relatórios de Pesquisa em Engenharia de Produção da UFF*. Rio de Janeiro, 2003. v. 2.
- SANDES, G. O alto custo da saúde privada. *Jornal do Commercio*, 21 ago. 2005. Disponível em: <<http://jc.uol.com.br/jornal/especial.php?canal=196>>. Acesso em: 25 mai. 2006.
- SENISE, M. N. *O submundo da medicina: histórias cruéis e verdadeiras*. Rio de Janeiro: Record, 1996.
- SICSU, A. B.; LIMA, J. P. R. Um *Cluster* em Construção (?) Desafios do Pólo Médico do Recife. *R. Econ. Contemp.*, p. 411–440, 2004.

- SILVA, A. A. *A Teoria da Decisão em Cardiologia*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Universidade Federal de Pernambuco – PPGEP – Departamento de Engenharia de Produção, Recife, 2002.
- SOUZA E SILVA, N. A. Saúde cardiovascular na era tecnológica. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo, dez. 2004. v. 83, n. 6, 453-455 p.
- SOUZA JÚNIOR, J. J. L. *Qualidade: um enfoque por Teoria da Decisão*. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Universidade Federal de Pernambuco – PPGEP – Departamento de Engenharia de Produção, Recife, 2004.
- SOUZA, N. T. C. *Responsabilidade civil e penal do médico*. 2. ed. Campinas: LZN, 2006.
- STANCIOLI, A. E. *Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP, São Paulo, 2002.
- VANIA, L. *O Alto Custo da Saúde Privada*. Consultoria Legislativa (Senado Federal). Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/web/comissoes/cas/es/ES\\_Genericos.pdf](http://www.senado.gov.br/web/comissoes/cas/es/ES_Genericos.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2006.
- VARELLA, D. Médicos *versus* planos de saúde. *Folha de S. Paulo*, 18 set. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1809200416.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2006.
- VIEIRA FILHO, F. E. F. *A qualidade e o custo na saúde*. Sindicato dos hospitais, clínicas e casas de saúde do município do Rio de Janeiro — SINDHRIO. Rio de Janeiro, 10 nov. 2005. Disponível em: <<http://www.sindhrio.org.br>>. Acesso em: 05 mai. 2006.
- ZAMPIERI JÚNIOR, S.; ZAMPIERI, A. M. *Erro médico: semiologia e implicações legais*. Jus navigandi. Teresina, set. 1998. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1866>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

# ANEXO 1 — QUESTIONÁRIO AOS USUÁRIOS

01) Qual o seu sexo?

(1) Masculino

(0) Feminino

02) Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

03) Qual o seu nível de instrução?

(01) Sem instrução

(08) 2° Grau completo

(02) Sabe ler e escrever

(09) Superior incompleto ou curso técnico

(03) Primário incompleto

(04) Primário completo

(10) Curso superior completo

(05) 1° Grau incompleto

(06) 1° Grau completo

(11) Mestrado

(07) 2° Grau incompleto

(12) Doutorado

04) Em que área você fez curso técnico ou superior?

(1) Não fiz curso superior ou técnico.

(2) Ciências exatas ou tecnologia.

(3) Ciências biológicas ou da saúde.

(4) Ciências sociais e humanas.

(5) Artes ou afins.

(6) Ciências rurais, animais ou agrárias.

- (7) Militar.
- (8) Nenhuma das respostas acima.

05) Qual a sua faixa de renda domiciliar?

- (1) Até R\$ 500,00 mensais.
- (2) De R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00 mensais.
- (3) De R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 mensais.
- (4) De R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00 mensais.
- (5) De R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00 mensais.
- (6) Mais de R\$ 4.000,00 mensais.

06) Você tem seguro-saúde?

- (1) Não (somente a previdência social).
- (2) Seguro patronal.
- (3) Seguro privado.

07) Você tem acesso a um computador:

- (1) Em casa?
  - (0) Não (1) Sim
- (2) No trabalho?
  - (0) Não (1) Sim
- (3) Em qualquer outro local?
  - (0) Não (1) Sim

08) Qual o seu nível de conhecimento em usar o computador?

- (1) Muito Fraco (3) Razoável (5) Muito Bom
- (2) Fraco (4) Bom

09) Você tem acesso à Internet:

- (1) Em casa?

(0) Não (1) Sim

(2) No trabalho?

(0) Não (1) Sim

(3) Em qualquer outro local?

(0) Não (1) Sim

10) Quantas horas por semana, em média, você passa na Internet? \_\_\_\_\_ horas.

11) Há quanto tempo você usa a Internet?

(0) Não uso. (3) 2-3 anos.

(1) 0-1 ano. (4) 3-4 anos.

(2) 1-2 anos. (5) Mais de 4 anos.

12) Você usou alguma vez o computador e a Internet para encontrar informação sobre Medicina e/ou saúde em geral?

(0) Não (1) Sim

13) Você lê publicações científicas da área médica?

(1) Raramente ou nunca.

(2) Ocasionalmente.

(3) Regularmente ou sempre.

14) Qual a importância que você acha que tem o conhecimento de como realizar e interpretar pesquisas científicas para que alguém seja um bom médico?

(1) Nenhuma (3) Mediana (5) Enorme

(2) Pouca (4) Grande (6) Não sei

15) Na sua opinião, para que alguém seja um bom médico, qual a importância de se ter formação acadêmica? (Boa faculdade, especialização, pós-graduação, etc.)

- 
- (1) Nenhuma                      (3) Mediana                      (5) Enorme  
(2) Pouca                          (4) Grande                        (6) Não sei
- 16) Na sua opinião, para que alguém seja um bom médico, qual a importância de se ter anos de experiência profissional?
- (1) Nenhuma                      (3) Mediana                      (5) Enorme  
(2) Pouca                          (4) Grande                        (6) Não sei
- 17) Quantas consultas médicas você teve nos últimos seis meses? \_\_\_\_\_ consultas
- 18) Com quantos tipos diferentes de médico você se consultou nos últimos seis meses? \_\_\_\_\_ tipos diferentes
- 19) O médico que você efetivamente consulta é:
- (1) Aquele que estiver de plantão no hospital ou posto de saúde.  
(2) Um que eu escolho a partir da lista dada pelo meu plano de saúde.  
(3) Um que eu ache que seja o melhor, independente de plano de saúde.  
(4) NDR.
- 20) Da lista abaixo, qual a característica mais importante de um médico para que você escolha consultar-se com ele?
- (1) Ser credenciado pelo seu plano de saúde.  
(2) Ter disponibilidade de consultas no curto prazo.  
(3) Ter consultório numa localização conveniente.  
(4) Ter consultório e sala de espera bonitos, espaçosos e confortáveis.  
(5) Ser melhor do que a média dos médicos da sua área.  
(6) NDR.
- 21) Caso você tenha total liberdade de escolha, você prefere se tratar com o médico:
- (1) Que tenha mais anos de experiência.  
(2) Que tenha a melhor formação acadêmica.

- (3) Que tenha os equipamentos mais modernos e atualizados.
- (4) Que seja mais simpático e atencioso.
- (5) NDR.
- 22) Na sua opinião, qual é a qualidade típica dos serviços de saúde privados no Brasil?
- |             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| (1) Péssima | (3) Razoável | (5) Ótima   |
| (2) Ruim    | (4) Boa      | (6) Não sei |
- 23) Na sua opinião, qual é a qualidade típica dos serviços públicos de saúde no Brasil?
- |             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| (1) Péssima | (3) Razoável | (5) Ótima   |
| (2) Ruim    | (4) Boa      | (6) Não sei |
- 24) Na sua opinião, como está sendo a influência dos fatores abaixo na qualidade dos serviços de saúde do país? Se não tiver opinião, responda (6) Não sei.
- A) As empresas de seguro-saúde.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- B) Os laboratórios farmacêuticos.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- C) Os laboratórios de análises.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- D) Os hospitais e clínicas privados.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- E) Os hospitais e clínicas públicos.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- F) Os conselhos de medicina.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- G) O governo.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|
- H) As instituições de ensino.
- |              |                           |              |
|--------------|---------------------------|--------------|
| (1) Negativo | (2) Neutro ou ambivalente | (3) Positivo |
|--------------|---------------------------|--------------|

- I) Os profissionais de saúde em si.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- J) Avanços na aparelhagem médica.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- K) Os medicamentos genéricos.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- L) A globalização.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- M) O computador.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- N) A Internet.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- O) Matemática e Estatística.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- 25) Na sua opinião, qual o efeito das atitudes a seguir na qualidade do atendimento médico que um paciente recebe? Use a escala abaixo.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- A) Ter uma boa relação com o médico. \_\_\_\_\_
- B) Ser “fiel” ao seu médico, ficar sempre com ele ou ela. \_\_\_\_\_
- C) Ter muita informação e conhecimento sobre Medicina. \_\_\_\_\_
- D) Ser muito exigente com o médico. \_\_\_\_\_
- 26) Quanto tempo você normalmente espera para ser atendido quando vai a um consultório médico ou centro de saúde?
- (1) Até 30 minutos.                      (5) De 2 a 3 horas.
- (2) De 30 a 60 minutos.                      (6) De 3 a 4 horas.
- (3) De 60 a 90 minutos.                      (7) De 4 a 6 horas.
- (4) De 90 a 120 minutos.                      (8) Mais de 6 horas.

- 27) O que você acha do tempo que você costuma esperar para ser atendido pelo médico?
- (1) É pouco tempo, geralmente sou atendido rapidamente.
  - (2) É um tempo que não é curto, mas é normal e aceitável.
  - (3) É um tempo muito longo, mas ainda vale a pena.
  - (4) É tempo demais, inaceitável a ponto de me fazer procurar outro médico.
- 28) Na sua opinião, ser você mesmo ou alguém da sua família vítima de erro médico é algo:
- (1) Quase impossível de acontecer.
  - (2) Difícil de acontecer.
  - (3) Que tem alguma chance de acontecer.
  - (4) Fácil de acontecer.
  - (5) Quase certo de acontecer.
- 29) Na sua opinião, quando ocorrem erros médicos, na maioria das vezes é por:
- (1) Acidente ou acaso, sem culpa de ninguém.
  - (2) Falta de equipamento ou de infra-estrutura.
  - (3) Falhas no equipamento ou infra-estrutura.
  - (4) Cansaço, esgotamento.
  - (5) Descaso ou negligência.
  - (6) Incompetência ou falta de preparo.
  - (7) Problemas com os medicamentos e produtos de saúde.
  - (8) NDR.
- 30) Na sua opinião, quem deve, na maioria dos casos, ser responsabilizado pelo erro médico?
- (1) O médico.
  - (2) O hospital.
  - (3) As companhias de seguro.

- (4) Os centros de exame médico.
- (5) Os fabricantes de equipamentos.
- (6) Os laboratórios e fabricantes de medicamentos.
- (7) O governo.
- (8) NDR.
- 31) Em caso de erro médico, você procuraria uma forma de receber alguma indenização?
- (1) Certamente que não.
- (2) Talvez sim, talvez não.
- (3) Certamente que sim.
- 32) Caso resolva buscar indenização por erro médico, você acha que terá sucesso?
- (0) Não (1) Sim
- 33) Quando você precisa cuidar de problemas de saúde que não precisam de internação, o que é que você faz na maioria dos casos?
- (1) Consulto um médico ou posto de saúde e procuro seguir a receita indicada.
- (2) Peço a orientação de familiares e/ou amigos.
- (3) Vou à farmácia e peço ao balconista para me indicar um remédio.
- (4) Uso tratamentos alternativos.
- (5) NDR.
- 34) Com relação ao uso de remédios, você costuma:
- (1) Tomar exatamente os remédios indicados pelo médico.
- (2) Procurar genéricos/equivalentes mais baratos.
- (3) Tomar apenas o que for dado de graça pelo hospital ou posto de saúde.
- (4) Não tomar remédio algum.
- (5) NDR.

## ANEXO 2 — QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS

01) Qual o seu sexo?

(1) Masculino

(0) Feminino

02) Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos.

03) Em quantos locais diferentes (hospitais, clínicas, consultórios, etc.) você atua como profissional médico? \_\_\_\_\_

04) Você atua como médico:

(1) Principalmente no setor privado.

(2) Tanto no setor público quanto no privado.

(3) Principalmente no setor público.

05) Você tem consultório próprio?

(1) Sim

(0) Não

06) Você é sócio ou proprietário de instituição de saúde (hospital, clínica, consultório, laboratório, etc.)?

(1) Sim

(0) Não

07) Qual a sua faixa de renda global como profissional médico?

(01) Até R\$ 1.000,00 mensais.

(02) De R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00 mensais.

- (03) De R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00 mensais.
- (04) De R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00 mensais.
- (05) De R\$ 4.000,00 a R\$ 5.000,00 mensais.
- (06) De R\$ 5.000,00 a R\$ 6.000,00 mensais.
- (07) De R\$ 6.000,00 a R\$ 7.000,00 mensais.
- (08) De R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00 mensais.
- (09) De R\$ 8.000,00 a R\$ 9.000,00 mensais.
- (10) De R\$ 9.000,00 a R\$ 10.000,00 mensais.
- (11) De R\$ 10.000,00 a R\$ 11.000,00 mensais.
- (12) De R\$ 11.000,00 a R\$ 12.000,00 mensais.
- (13) De R\$ 12.000,00 a R\$ 13.000,00 mensais.
- (14) De R\$ 13.000,00 a R\$ 14.000,00 mensais.
- (15) Mais de R\$ 14.000,00 mensais.
- 08) Qual a sua principal atividade enquanto médico(a)?
- (1) Diagnósticos clínicos e prescrições.
  - (2) Realização de procedimentos cirúrgicos.
  - (3) Diagnósticos e/ou tratamentos via equipamentos.
  - (4) Realização de exames laboratoriais.
  - (5) Realização de estudos e pesquisas epidemiológicas.
  - (6) Outro tipo de atividade.
- 09) Há quanto tempo você se formou em Medicina? \_\_\_\_\_ anos.
- 10) Qual a sua titulação máxima?
- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| (1) Graduação em Medicina. | (4) Especialização. |
| (2) Residência médica.     | (5) Mestrado.       |
| (3) <i>Fellowship</i> .    | (6) Doutorado.      |
- 11) Você já teve aceito algum trabalho de sua autoria em:
- A) Congresso, seminário ou encontro nacional de Medicina?

(0) Não (1) Sim

B) Congresso, seminário ou encontro internacional de Medicina?

(0) Não (1) Sim

C) Periódico nacional de Medicina?

(0) Não (1) Sim

D) Periódico internacional de Medicina?

(0) Não (1) Sim

12) Você tem computador:

A) Em casa?

(0) Não (1) Sim

B) No consultório?

(0) Não (1) Sim

C) Em outro local?

(0) Não (1) Sim

13) Você tem acesso à Internet:

A) Em casa?

(0) Não (1) Sim

B) No consultório?

(0) Não (1) Sim

C) Em outro local?

(0) Não

(1) Sim

14) Há quanto tempo você usa computador? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses.

15) Há quanto tempo você usa a Internet? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses.

16) Qual o seu conhecimento do uso do computador no que diz respeito a utilizar:

A) Editor de textos.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

B) Planilha eletrônica.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

C) Banco de dados.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

D) *Software* de estatística.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

E) Internet/Navegação.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

F) Internet/e-mail.

(1) Não sei usar

(2) Sei alguma coisa

(3) Domino bem

17) Qual o seu domínio de língua inglesa?

(1) Mínimo

(2) Modesto

(3) Razoável

(4) Bom

(5) Ótimo

18) Como você classificaria o seu conhecimento sobre a metodologia da pesquisa científica em Medicina?

(1) Mínimo

(2) Modesto

(3) Razoável

(4) Bom

(5) Ótimo

19) Como você classificaria o seu conhecimento do uso de técnicas estatísticas?

(1) Mínimo

(2) Modesto

(3) Razoável

(4) Bom

(5) Ótimo

20) Você lê publicações científicas da área médica?

(1) Raramente ou nunca.

(2) Ocasionalmente.

- (3) Regularmente ou sempre.
- 21) Qual a importância que você dá aos fatores a seguir para que alguém possa ser um bom médico? Use a escala abaixo:
- (1) Nenhuma      (2) Pouca      (3) Razoável      (4) Grande      (5) Enorme
- A) Ter uma boa formação acadêmica. \_\_\_\_\_
- B) Ter a capacidade de ser um bom pesquisador. \_\_\_\_\_
- C) Saber usar bem o computador e a Internet. \_\_\_\_\_
- D) Saber inglês. \_\_\_\_\_
- E) Saber outras línguas estrangeiras além do inglês. \_\_\_\_\_
- F) Manter-se atualizado com a pesquisa médica. \_\_\_\_\_
- G) Manter-se atualizado com relação aos novos produtos médicos. \_\_\_\_\_
- H) Experiência prática. \_\_\_\_\_
- 22) Qual seria o seu nível de interesse num *website* que disponibilizasse gratuitamente conteúdos e *software* sobre estatística médica e metodologia científica?
- (1) Nenhum      (2) Pouco      (3) Razoável      (4) Muito      (5) Imenso
- 23) Na sua opinião, qual é a qualidade típica dos serviços de saúde privados na RMR?
- (1) A pior do país.
- (2) Uma das piores do país.
- (3) Abaixo da média do país.
- (4) Mais ou menos na média do país.
- (5) Acima da média do país.
- (6) Uma das melhores do país.
- (7) A melhor do país.
- 24) Na sua opinião, qual é a qualidade típica dos serviços públicos de saúde na RMR?
- (1) A pior do país.
- (2) Uma das piores do país.

- (3) Abaixo da média do país.
- (4) Mais ou menos na média do país.
- (5) Acima da média do país.
- (6) Uma das melhores do país.
- (7) A melhor do país.
- 25) Você é contra ou a favor da Medicina Baseada em Evidência?
- (0) Sou contra.
- (1) Sou a favor.
- (2) Não tenho opinião definida.
- (3) Não sei o que é Medicina Baseada em Evidência.
- 26) Na sua opinião, como está sendo a influência dos fatores abaixo na qualidade dos serviços de saúde do país? Se não tiver opinião, responda (6) Não sei.
- A) As empresas de seguro-saúde.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- B) Os laboratórios farmacêuticos.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- C) Os laboratórios de análises.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- D) Os hospitais e clínicas privados.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- E) Os hospitais e clínicas públicos.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- F) Os conselhos de medicina.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- G) O governo.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- H) As instituições de ensino.
- (1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo

- I) Os profissionais de saúde em si.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- J) Avanços na aparelhagem médica.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- K) Os medicamentos genéricos e afins.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- L) A globalização.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- M) O computador.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- N) A Internet.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- O) Matemática e Estatística.  
(1) Negativo                      (2) Neutro ou ambivalente                      (3) Positivo
- 27) Na sua opinião, qual o impacto dos diversos fatores abaixo na qualidade do atendimento de saúde recebido pelo paciente segundo a escala a seguir?
- (1) Claramente negativo.  
(2) Mais negativo que positivo.  
(3) Neutro.  
(4) Mais positivo do que negativo.  
(5) Claramente positivo.  
(6) Não sei.
- A) Um bom *rapport* paciente-médico. \_\_\_\_\_  
B) A “fidelidade” do paciente ao seu médico. \_\_\_\_\_  
C) Um elevado nível de informação do paciente acerca de Medicina. \_\_\_\_\_  
D) Um elevado nível de exigência para com os profissionais de saúde. \_\_\_\_\_  
E) Tentativas anteriores de autotratamento. \_\_\_\_\_

- 28) Você se preocupa com a possibilidade de vir a cometer um erro médico?
- (1) Não            (2) Um pouco            (3) Razoavelmente            (4) Muito
- 29) Na sua opinião, os erros médicos como um todo ocorrem, na maioria das vezes, por:
- (1) Acidente ou acaso, sem culpa de ninguém.  
(2) Falta de equipamento ou de infra-estrutura.  
(3) Falhas no equipamento ou infra-estrutura.  
(4) Cansaço, esgotamento.  
(5) Descaso ou negligência.  
(6) Incompetência ou falta de preparo.  
(7) Problemas com os medicamentos e produtos de saúde.  
(8) NDR.
- 30) Na sua opinião, quem deve, na maioria dos casos, ser responsabilizado pela ocorrência de um erro médico?
- (1) O médico.  
(2) O hospital.  
(3) As companhias de seguro.  
(4) Os centros de exame médico.  
(5) Os fabricantes de equipamentos.  
(6) Os laboratórios e fabricantes de medicamentos.  
(7) O governo.  
(8) NDR.
- 31) Em caso de erro médico, você acha que, na maioria dos casos, o paciente ou a sua família deveria receber alguma indenização?
- (1) Certamente que não.  
(2) Talvez sim, talvez não.  
(3) Certamente que sim.

32) Caso resolva buscar indenização por um erro médico qualquer, você acha que um paciente terá sucesso?

(0) Não

(1) Sim

33) Quando prescreve um medicamento, você geralmente indica:

(1) Medicamentos de marcas específicas.

(2) Medicamentos de marcas específicas, junto com genéricos e/ou similares equivalentes.

(3) Um princípio ativo, deixando a escolha do medicamento específico para o paciente.

(4) NDR.

# ANEXO 3 — INSTRUÇÕES AOS ENTREVISTADORES

PESQUISA REALIZADA COM OS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

- I – Cada aluno deve entrevistar 40 pessoas, sendo 21 mulheres e 19 homens;
- II – Devem ser observados os números de entrevistados para cada faixa etária, conforme o quadro abaixo:

Faixa Etária	Nºde Entrevistados
0-19	6
20-24	5
25-29	4
30-34	4
35-39	4
40-44	4
45-49	3
50-59	5
60-69	3
> 70	2
Total	40

- III – Cada aluno deve distribuir os 40 entrevistados pelos bairros da sua área (especificados abaixo);
- IV – Não deve haver nenhum viés de seleção dos entrevistados. Pense num mecanismo probabilístico de escolha. Por exemplo: imagine uma linha numa determinada posição da calçada. O primeiro que passar será abordado ou qualquer coisa do gênero;
- V – Os sujeitos devem ser informados quanto aos objetivos da pesquisa e tranquilizados quanto ao completo anonimato das suas respostas;

- VI – Absolutamente todas as perguntas precisam ser respondidas, sem nenhuma exceção, devendo ser descartados todos os sujeitos que deixarem qualquer um dos itens do questionário sem resposta;
- VII – Todas as perguntas devem ser apresentadas aos respondentes conforme a sua redação no questionário, porém o entrevistador deve explicá-las da melhor forma que puder, sempre que isso se mostre necessário;
- VIII – Quando em dúvida, os sujeitos devem responder com a melhor estimativa ou opinião que possam emitir;
- IX – Todas as respostas devem ser anotadas nas suas respectivas folhas e, em seguida, digitadas via formulário eletrônico em MS Excel 2000 (já fornecido).

## ÁREAS DO RECIFE

### ÁREA 1 (5%)

BAIRROS: Aflitos, Apipucos, Casa Forte, Espinheiro, Graças Jaqueira, Parnamirim, Poço, Tamarineira e adjacências.

### ÁREA 2 (44%)

BAIRROS: Afogados, Areias, Barro, Bongü, Caxangá, CDU, Cohab, Cordeiro, Curado, Engenho do Meio, Estância, Ibura, Iputinga, Ilha do Retiro, Ipsep, Jardim São Paulo, Madalena, Mangueira, Mustardinha, Prado, Sancho, San Martin, Tejió, Torre, Torrões, Várzea e adjacências.

### ÁREA 3 (28%)

BAIRROS: Água Fria, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Alto do Mandu, Alto Sta. Terezinha, Arruda, Beberibe, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Casa Amarela, Dois Irmãos, Encruzilhada, Fundão, Linha do Tiro, Macaxeira, Monteiro, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Torreão, Vasco da Gama e adjacências.

**ÁREA 4 (8%)**

BAIRROS: Boa Vista, Cabanga, Derby, Ilha do Leite, Ilha Joana Bezzerra, Pais-sandú, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e adjacências.

**ÁREA 5 (15%)**

BAIRROS: Boa Viagem, Imbiribeira, Pina e adjacências.