**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL FMRP-USP**

**SAÚDE PÚBLICA**

**NECESSIDADES, DEMANDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS**

**DE ATENÇÃO À SAÚDE**

 Profissionais da área da saúde realizam muitas atividades: consultam, operam, prescrevem, realizam exames e procedimentos, etc., em pessoas doentes, sadias, ex-doentes, e, por vezes, em pessoas que já morreram ou ainda não nasceram. Estas atividades se desenvolvem, na maioria das vezes, em instituições de caráter público ou privado e com elas interage um amplo conjunto de outros setores “associados” à saúde: a indústria farmacêutica, de equipamentos e instrumentos, etc. e, naturalmente, as escolas formadoras da mão-de-obra que trabalha na área. A complexidade do setor é fruto do desenvolvimento científico e tecnológico, sem dúvida, mas também do reconhecimento da relevância social das ações da saúde, reconhecimento que impulsiona, inclusive, as pesquisas e investimentos no setor.

Neste conjunto complexo podemos reconhecer uma estrutura e organização das instituições e serviços, isto é, a saúde se dispõe de forma a cumprir determinadas metas e objetivos socialmente definidos que se estendem além da área da saúde como é tradicionalmente conhecida. Assim, Freeman & Moran (2000) apontam para 3 dimensões da saúde: a saúde como proteção social (welfare dimension) sua missão social tradicional, a saúde como poder político – conseqüência da transformação da saúde em questão social, e a saúde como mercado econômico (industrial dimension) derivado do desenvolvimento científico tecnológico.

No Brasil, a Constituição Federal prescreve no Art. 196: ***A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.***

A Constituição incorporou como direito dos cidadãos brasileiros o conceito do direito à saúde e o acesso amplo às **ações de saúde;** estas vão muito além do cuidado aos doentes - isto é, o diagnóstico precoce e o tratamento - para que eles recuperem a saúde; procura atender às necessidades da saúde, no sentido de aumentá-la - promoção da saúde - como ocorre no caso da assistência à gestante; ou de prevenir doenças - proteção específica - como os esquemas de vacinação no primeiro ano de vida; ou de recuperar a capacidade daqueles que sofreram traumas ou doenças no passado - reabilitação - como os programas para hansenianos.

Além disto, há ações de saúde que não se dirigem a pessoas, mas ao ambiente (saneamento) ou a condições de vida ou inspeção de produtos (vigilância sanitária) e que por isso não são incluídas no conceito de atenção à saúde, embora sejam de muita importância para a mesma. Este conjunto amplo de ações, simultaneamente oferecidas à comunidade, corresponde ao conceito de **saúde integral**, ou seja, um modelo que cuida da saúde em todos seus aspectos.

Embora este conceito tenha sido desenvolvido há mais de 40 anos, somente com a Reforma Sanitária inserida na Constituição Federal de 1.988 criaram-se as condições necessárias para sua implementação, ao unificar o Ministério da Saúde - que cuidava da promoção da saúde e proteção específica, além das ações de saneamento e vigilância epidemiológica - com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - que cuidava da assistência curativa, individual - resultando no **Sistema Único de Saúde (SUS).**

 O conceito da saúde integral considera as necessidades de saúde de pessoas ou de cidades, ainda que estas não estejam conscientes das mesmas. Neste texto discutiremos principalmente o processo da atenção à saúde a pessoas e seus familiares. O processo de assistência começa quando uma pessoa, ou seu responsável, sente ou suspeita que esteja acometido por um “problema” de saúde. Geralmente a dúvida é dirimida conversando com pessoas mais experientes, familiares e/ou vizinhos, que já viveram situações semelhantes, com os quais se toma a decisão a seguir: contemporizar, tentar tratamento caseiro, automedicação, etc. Entre nós, é costume que as pessoas só procurem (demandem) os serviços de saúde quando a doença lhes impede de continuar com suas atividades rotineiras de vida; assim, se diz que doença é aquilo que atrapalha o modo de viver. É nesse momento que as pessoas se conscientizam da própria necessidade de procurar assistência. O problema é que nesse momento, geralmente, a doença já progrediu muito, pode ter-se complicado, ser mais difícil de controlar e reverter e, sobretudo, resultará mais custosa. Por isso sistemas de saúde modernos procuraram antecipar-se ao desenvolvimento da doença criando “necessidades induzidas” que abrem oportunidades de agir no controle da saúde, na sua promoção ou proteção diante de riscos e, o diagnóstico precoce e tratamento adequado, quando a enfermidade ainda se inicia. Esta é a necessidade de fazer pré-natal, puericultura, exames de saúde de ingresso à escola, ao trabalho, etc. que tecnicamente caracterizaríamos como demanda induzida. Em outros casos a saúde conseguiu incorporar à cultura da população certas práticas que se provaram eficazes como a vacinação de crianças, antes rejeitada, e que hoje é necessidade de saúde espontaneamente cobrada. Até agora consideramos as necessidades de assistência do ponto de vista técnico-científico.

O individuo e os familiares que comparecem a um serviço de saúde não são apenas usuários do mesmo. São os financiadores da saúde, são agentes sociais que podem participar da avaliação e decisões no setor; são cidadãos com direito a dignidade, privacidade, a participar do próprio processo de tratamento, a assistência oportuna em ambiente adequado e escolher entre prestadores de serviços. Embora as autoridades de saúde procurem desenvolver uma adequada cultura para o beneficio de todos, muitos produtores de medicamentos ou equipamentos “mercantilizam” a saúde ao divulgar as vantagens dos seus novos produtos em meios de comunicação de massas “criando necessidades” de consumo em beneficio próprio (e prejuízo de quem tiver de custear tais “novidades”). Outras vezes é o próprio cidadão quem, por razões subjetivas, como temores, etc. “sente” a necessidade de certificar-se não ser portador de patologia maligna, afeção grave, etc. Copiar costumes ou procedimentos adotados em outros países pode provocar demandas locais específicas: a imprensa divulgou que em cidades da costa oeste americana mulheres com certo risco para neoplasias (casos com antecedentes de parentes com câncer) estavam solicitando cirurgias “profiláticas”: mastectomias, ooforectomias, etc. Este tipo de demanda, sem necessidade ou ilegítima do ponto de vista técnico, pode ser perfeitamente justificável do ponto de vista da população, já que é diferente a perspectiva do comportamento de ambos, no processo assistencial. Cabe ao profissional esclarecer o paciente acerca dos perigos de exames invasivos ou “tratamentos” que não são totalmente inócuos.

 Nem todas as pessoas que se sentem doentes ou têm necessidade de assistência chegam a ser atendidas – **utilização/consumo** - em serviços de saúde; muitas vezes as pessoas desistem diante da falta de vagas, longa espera ou pelo custo que terão que pagar pelo serviço desejado; é sabido que a existência de serviços - **oferta** - leva ao aumento da procura por assistência, assim como a escassez inibe a demanda. Assim, o desejável seria ter recursos adequados para atender a demanda mas sem estimulá-la demasiadamente. Se pessoas de renda elevada não têm demanda reprimida nenhuma, na medida em que podem pagar pelos serviços que desejam, não se pode dizer o mesmo das pessoas de baixa renda; se estas têm acesso a serviços básicos, como consultas em centros de saúde, todavia sofrem grande repressão nas suas demandas por assistência especializada ou de nível terciário.

Assim, a assistência à saúde no Brasil não oferece igualmente oportunidades de acesso aos serviços de saúde segundo as necessidades da população, ou seja, na saúde não existe a ***equidade*** que a Constituição prescreve. Temos então que pessoas de faixa de renda mais elevada apresentam maior nível de consumo de serviços, quando medido em número de consultas, exames, hospitalizações, etc. embora sofram índices menores de morbidade. Ao contrário, pessoas de baixa renda, apresentam baixo consumo de serviços de saúde embora sofram maior incidência de doenças. Este modelo perverso, que persiste ainda em países desenvolvidos, depende muito do tipo de relação entre o público e o privado na saúde, sendo mais grave quando há espaço para a produção mercantilizada de serviços, situação que as políticas públicas não conseguem compensar. O esquema da página seguinte, extraído de Donabedian, 1987, representa um modelo do processo de atenção à saúde.

 Ao analisar a assistência à saúde a uma população devemos considerar que: as necessidades de assistência à saúde não se definem tecnicamente apenas; há necessidades de saúde que não chegam a ser reconhecidas como tais; muitas necessidades de assistência (reconhecidas) não chegam a demandar cuidados nos serviços; muitos que demandam serviços não conseguem assistência; nem todos que consomem serviços tinham real necessidade dos mesmos.

 Uma vez dentro do processo de assistência, a pessoa assume o papel de **paciente**, o que significa reconhecer a sua carência e seguir as prescrições, em troca do quê, espera, terá restituída a sua saúde. O serviço de saúde pode detectar que o problema de uma pessoa requer de maiores recursos (humanos ou tecnológicos) caso este em que o paciente será encaminhado ao nível assistencial correspondente à sua necessidade: serviço especializado, hospital, hospital regional, etc.

Terminado o processo, como avaliar o resultado? No caso dos doentes, espera-se a cura do paciente, isto é, a volta ao estado de saúde; no caso de não doentes, a superação da necessidade: a gestante que deu a luz seu filho, etc. Entretanto em grande número de casos ocorre que a pessoa continuará portadora de uma necessidade, como uma doença em fase sub-clínica, a qual deverá ser mantida sob controle para evitar agravos maiores: pressão arterial acima do limite considerado normal, por exemplo.

Em todos os casos, ***espera-se que a assistência modifique para melhor a necessidade*** *(ou sua evolução)* ***que motivou a procura da assistência****.* Em outras palavras: a doença ou problema teria um tipo de evolução (história natural) que espera-se cortar ou modificar com o processo assistencial. Ou seja, a cura não é a única medida do resultado da assistência, mesmo porque muitos problemas de saúde se resolvem espontaneamente: gripes e resfriados, por exemplo; nestes casos, a assistência visa evitar complicações e aliviar as conseqüências do estado viral, mas a cura virá com o esgotamento do quadro infeccioso.

No caso da assistência pré-natal ou de puericultura, embora se trate de pessoas sadias, o objetivo do trabalho é manter e elevar o nível de saúde e procurar afastar os riscos de doenças; por isso, às vezes é difícil convencer a população do quanto que ela ganha com esse tipo de assistência. Para sorte da população, e da medicina, a grande maioria dos “problemas” de saúde são afecções menores e/ou estados que se resolvem espontaneamente e/ou carecem de cuidados simples. Embora simples estes cuidados são muito importantes, porque a ausência deles leva a problemas e complicações muito maiores: exemplo disto são os esquemas de alimentação infantil.

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicilios, PNAD, de 1998 estudou aspectos da Saúde como: necessidades de assistência, a utilização de planos de saúde e a utilização ou consumo de serviços de saúde na população brasileira dividida em decís segundo a distribuição de renda. Na Tabela 2, apresentada neste texto, vemos a utilização de serviços de saúde segundo décimos da distribuição de renda da população brasileira. Temos que o direito a assistência por algum plano de saúde é de 2,9% entre aqueles que compõem os 10% de menor renda e de 74,4% entre aqueles dos 10% de maior renda. As pessoas, quando indagadas se consideravam seu estado de saúde bom ou muito bom, 64,6% responderam que sim, no primeiro decil e 83,4% no décimo. Todavia a proporção dos que procuraram serviço de saúde nas duas ultimas semanas antes da entrevista foi de 8,5% no primeiro decil contra 17,4% no décimo – confirmando que embora com maior percentual de bem-estar, os de maior renda procuram mais os serviços de saúde. Em 2002 o SUS realizou mais de 420 milhões de consultas, ou 2,44 por habitante por ano; mais de 11,7 milhões de internações ou 6,82 por 100 habitantes. Embora acreditando na necessidade destes serviços, não sabemos em quanto eles contribuíram à elucidação e/ou a melhora da evolução dos processos de saúde/doença da população.

 Este conjunto de etapas, processos e serviços é que conforma o modelo assistencial de um país; ele deveria ser suficiente, racionalizado e adequado para poder garantir o direito à saúde. Entendido o processo assistencial desta forma, ainda que introdutória, podemos pensar na organização da assistência à saúde para uma população qualquer, utilizando coeficientes e índices de eventos vitais. Investigações epidemiológicas e de atenção à saúde permitem que façamos projeções como: número esperado de nascimentos, número de consultas, número e tipo de exames, total de óbitos esperados segundo causas, total de acidentes/ano, número de internações de urgência, número de cirurgias, etc.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Tot |
| Direito a algum plano de saúde | 2,9 | 4,6 | 18,6 | 7,3 | 13,0 | 17,9 | 26,2 | 35,5 | 50,4 | 74,4 | 25,1 |
| Considera seu estado de saúde bom/muito bom | 64,6 | 57,7 | 62,3 | 61,4 | 66,3 | 65,4 | 69,7 | 72,6 | 76,3 | 83,4 | 68,0 |
| Esteve acamado nas 2 ultimas semanas | 6,0 | 6,2 | 6,0 | 6,0 | 4,9 | 4,8 | 3,8 | 3,9 | 3,5 | 3,3 | 4,8 |
| Procurou serviço saúde nas 2 ultimas semanas | 8,5 | 11,0 | 12,2 | 11,5 | 12,4 | 13,1 | 12,3 | 13,4 | 14,1 | 17,4 | 12,6 |
| Procurou serviço de saúde por doença | 41,8 | 45,6 | 40,1 | 39,9 | 37,3 | 34,7 | 33,5 | 31,0 | 26,9 | 20,7 | 32,9 |
| Procurou serviço exames rotina e prevenção | 33,6 | 34,3 | 36,9 | 33,1 | 33,4 | 36,7 | 38,5 | 36,8 | 39,7 | 40,8 | 37,1 |

**ESTIMATIVAS DE OCORRÊNCIAS E CUSTOS EM SAÚDE:**

 Todas as sociedades enfrentam a necessidade de atender suas necessidades e problemas de saúde, ou outros, com os recursos de que dispõem. Em outras palavras, a mesma sociedade que produz a riqueza (recursos) produz também os problemas - uma serie de situações que impedem o desenvolvimento do nível de saúde ou criam agravos à saúde das pessoas. Os profissionais da saúde vivenciam esta questão desde ambos os lados: devem dar conta das doenças e problemas de saúde - muito mais freqüentes do que o desejável – com os recursos para a assistência disponíveis que nunca são suficientes para, ao mesmo tempo, atender à toda a população e remunerar dignamente os trabalhadores do setor. A ex-Diretora Geral da OMS, Dra Gro Harlem Brundtland, no expressou isso ao propor um novo universalismo: nenhum país do mundo tem condições de pagar toda a assistência a toda a população por todo o tempo. Esta é uma situação nova para os países desenvolvidos que nos anos 60 e 70 construíram sistemas de saúde que atendiam com tudo a todos; hoje eles percebem que, por causa da grande elevação dos custos e o prolongamento da esperança de vida das populações isso não é mais possível.

 O volume dos serviços assistenciais necessários guarda relação com a composição etária e sexo bem como com o nível de saúde existente numa comunidade. Guarda relação também com a cultura e o padrão das práticas assistenciais prevalentes nessa sociedade hipotética. A seguir é apresentado um instrumento, utilizado pelas equipes de Saúde da Família, destinado a classificar famílias segundo o nível de necessidades de assistência por profissionais e/ou serviços. Famílias classificadas na faixa verde recebem visita mensal de supervisão da saúde; aquelas nas faixas amarela e vermelha apresentam condições e problemas que requerem nível mais elevado de assistência.

Do outro lado, a determinação da remuneração à assistência depende dos recursos disponíveis (riqueza) e da carga social das doenças e agravos; elevar a remuneração a um nível desejável, implica muitas vezes em aumentar o custeio – restringindo os grupos de população que podem suportar esse nível de despesas. O financiamento da saúde e os custos serão discutidos mais detalhadamente em seminários.

 Você pode encontrar dados de utilização dos serviços públicos de saúde, segundo municípios acessando o portal do DATASUS:

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>

 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Donabedian, A. - Cándido en el país de la investigación en servicios de salud, in: Frenk, J. (Org.) - Salud: de la investigación a la acción - Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

- Brasil, Min. Saúde - O Ano da Saúde no Brasil - Ações e Metas Prioritárias, 1997

- Neri, M. & Soares, W. – Desigualdade social e saúde no Brasil – Cad. Saúde Pública, vol 18 suppl. Rio de Janeiro, 2002.

 DISCUTA:

* Temos no Brasil um modelo integral de assistência à saúde?
* Você considera exageradas as necessidades de saúde da população?
* Você conhece pessoas com risco à saúde alto e médio?
* Você conhece famílias com duas ou mais pessoas portadoras de risco à saúde?
* Como descobrir se há demanda assistencial reprimida?
* Como balancear a oferta de recursos e a demanda?
* Onde há maior e menor equidade na assistência no Brasil?
* Como equacionar a assistência às necessidades com a conhecida escassez de recursos?