

NECESSIDADES EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM OPERACIONAL PARA O NÍVEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

FRANCISCO CARLOS CARDOSO DE CAMPOS*
"CHICO POTÉ"

I. Introdução

A maioria das pessoas tenderia a concordar, exceto aqueles movidos por motivações conscientemente deletérias ao interesse público, que os serviços de saúde devam ser organizados para atender às necessidades de saúde da população. Se, por um lado, há uma concordância geral em torno desse desiderato, grau menor de consenso existe sobre o que essa expressão possa vir a significar. Seu caráter polissêmico é evidente, servindo aos mais diversos discursos, justificando as mais diversas estratégias.

Cada vez mais a expressão frequenta o discurso dos dirigentes do setor saúde e mesmo os conteúdos da legislação sanitária. Nesse sentido, o recente Decreto Nº 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, em seu artigo 36º, prescreve que o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), instrumento formal que estabelece os compromissos entre os gestores, conterá, entre suas disposições essenciais, a "identificação das necessidades de saúde locais e regionais". Dispõe também que o "Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde" (BRASIL, 2011).

Mais recentemente, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, considera as

"necessidades de saúde" como um dos critérios para o rateio dos recursos federais para os estados e municípios, bem como para a distribuição dos recursos estaduais para os municípios. O parágrafo primeiro do seu artigo 36 define que os processos de planejamento e orçamento das regiões de saúde deverão se orientar pelas "necessidades de saúde" da população, dando uma pista de que essas deverão tomar como base o "perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico". Em nenhum momento, no entanto, nossos textos legais definem o que entendem por necessidade de saúde.

Muitas vezes, ao defender que o sistema de saúde e seu planejamento devam ser orientados pelas necessidades de saúde, os atores intencionalmente apenas expressar seu posicionamento político de ele não deva ser organizado pela lógica do mercado e, sim, dirigido pela intervenção racional do Estado. O contrário da necessidade seria a orientação do sistema para o lucro e para a acumulação capitalista. O enunciado assume, assim, o caráter de uma senha subliminar, que classifica imediatamente quem a profere como um defensor da intervenção estatal no setor saúde, sem obrigatoriamente querer sugerir que as ditas necessidades devam ser, ou possam ser, de alguma maneira, quantificadas.

A polissemia e a complexidade desse conceito nos obriga, portanto, a procurar de-

* Médico Sanitarista. Pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

fini-lo minimamente e propor aproximações operacionais que permitam utilizá-lo na prática do planejamento e da programação dos serviços de saúde.

II. As necessidades em saúde numa perspectiva ampliada

A saúde, se reconhecida numa perspectiva ampla, é a resultante de múltiplos determinantes. Esses se confundem com as condições necessárias, não apenas para a vida humana em geral, mas para expressar uma “boa vida”, no sentido de uma existência que permita o exercício pleno das potencialidades corporais e sociais do ser humano. Resulta, no cálculo das condições que são necessárias à sua produção e reprodução, num conjunto extremamente abrangente de condições econômicas e sociais que abarcam a maioria das necessidades humanas em geral. Concordando com John Wright, importante autor no campo da estimativa de necessidades em saúde,

as necessidades de saúde incorporam amplos determinantes de saúde sociais e ambientais, como privações, moradia, alimentação, educação, emprego. Essa definição ampliada permite-nos olhar além dos confins do modelo médico baseado em serviços de saúde, para amplas influências na saúde. As necessidades de saúde de uma população estarão constantemente cambiando e muitas não poderão ser amenizadas por intervenções médicas (WRIGHT, J. et all., 1998, p. 1311).

Se, por um lado, compartilhamos totalmente essa concepção da determinação social do processo saúde doença e a múltipla e complexa interação entre os diversos determinantes, cada vez mais referendada por evidências de cunho empírico (Marmot et al., 2003), por outro temos que constatar que as mudanças necessárias à sua mudança extrapolam em muito o setor saúde. Tal enfoque pode apoiar o convencimento pelas grandes mudanças estruturais necessárias para se alcançar um mundo mais saudável, mas informa pouco quando

o campo da intervenção se restringe a planos muito mais desagregados da realidade social e, mais ainda, no espaço bem mais restrito de intervenção das organizações do setor saúde.

III. Necessidades em saúde e necessidades de serviços de saúde

Para que se possa utilizar a noção de necessidade em saúde no planejamento e na programação das ações e serviços de saúde há que se retirá-la desse plano genérico das necessidades humanas em geral para um contexto mais próximo ao funcionamento real das organizações que compõem o setor saúde. Deve-se reconhecer também que muitas políticas e as ações decorrentes necessárias para interferir na complexa cadeia de determinantes sociais e econômicos que definem os níveis de saúde de uma coletividade (e talvez as mais importantes) estão sob a responsabilidade de outros setores. Da complexidade do objeto saúde-doença (e do bem-estar em geral) e da multiplicidade das intervenções e atores envolvidos no enfrentamento de seus determinantes decorre a exigência de uma bem articulada (e diga-se de passagem, muito difícil de ocorrer na prática das instituições) ação intersectorial para se conseguir mudanças significativas em seu status.

Uma abordagem operacional do tema das necessidades em saúde obriga, portanto, uma redução de seu escopo, delimitando-se do conjunto amplo e difuso das necessidades humanas, aquelas que podem ser modificadas por cuidados de saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças, processos diagnósticos e terapêuticos, reabilitação, cuidados paliativos etc.) e realizadas por serviços de saúde (WRIGHT, J. et all., 1998, p.1311).

Passa-se, então, a tratar aqui, exclusivamente de necessidades de serviços de saúde. Mesmo esse escopo mais limitado engloba um amplo conjunto de questões e os profissionais de saúde, gestores e planejadores costumam delimitá-lo de forma diferente do

que seriam as expectativas das pessoas que recorrem a esses serviços buscando apoio para resolver uma extensa gama de problemas. Poder-se-ia delimitar, grosseiramente, dois grandes conjuntos de necessidades de serviços de saúde, segundo os atores que os formulem:

- necessidades de serviços de saúde definidos pelos usuários (por indivíduos, grupos sociais, ou recortes sociais mais amplos);
- necessidades de serviços de saúde definidos tecnicamente com base no saber de especialistas da área de saúde e em evidências científicas com graus variados de consistência e robustez (epidemiólogos, planejadores, profissionais de saúde etc.).

Esses dois conjuntos não coincidem necessariamente, podendo haver necessidades dos usuários que não encontram respaldo em evidências científicas, ou mesmo o contrário: necessidades percebidas pelos especialistas, que não correspondem às percepções subjetivas individuais ou coletivas dos usuários. Para superar essa dicotomia, muitas iniciativas buscam envolver a pluralidade dos atores interessados nas questões, estruturando-se espaços públicos democráticos para a busca de consensos técnicos e políticos em torno do quê e de quanto o serviço de saúde deva produzir. Roteiros e manuais com esse tipo de enfoque tem sido utilizados pelo Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra -NHS (CAVANAGH, 2005).

Um complicador na definição das necessidades de serviços é que o nível de certeza estatística exigido como evidência suficiente para legitimar cientificamente a efetividade das intervenções costuma ser fixado em patamares muito elevados, rejeitando assim muitas ações que poderiam potencialmente beneficiar algumas, ou mesmo, muitas pessoas. Para complicar ainda mais o cenário lembre-se dos poderosos interesses econômicos envolvidos na introdução de novas tecnologias no campo da saúde e de suas tentativas, nem sempre respaldadas em princípios éticos amplamente aceitos, de buscar a legitimação científica de seus argumentos.

O desafio para os formuladores de políticas e dos gestores deveria ser conhecer com maior profundidades esses dois conjuntos e envidar esforços comunicacionais e de negociação para aproximar e ampliar a margem de coincidência de ambos. A fixação dos perfis de oferta de serviços necessários, não somente do ponto de vista quantitativo global, mas adequados à extrema variabilidade das condições de saúde de cada indivíduo, oferta essa que deve ser oportuna do ponto de vista do acesso geográfico, temporal, econômico - custos de deslocamento, pagamento por serviços etc. - bem como da suficiência quantitativa e qualitativa das ações, representa um grande desafio colocados para todos os sistemas de saúde universais. Outra crescente preocupação tem sido dada ao superdiagnóstico (overdiagnosis) e ao supertratamento (overtreatment) de diversas condições patológicas, com consequências geralmente danosas para a saúde das pessoas, quando os nebulosos patamares das necessidades são extrapolados.

IV. A dimensão tecnológica das necessidades

As necessidade de serviços de saúde pressupõe a existência de uma determinada tecnologia ou conjunto de tecnologias que historicamente se mostraram efetivas para resolver certos problemas de saúde a um custo socialmente tolerável.

À incorporação de novas tecnologias, correspondem novas necessidades de serviços, implicando em custos variáveis aos governos, empresas ou famílias, sobrecarregando seus orçamentos. Isso obriga que devam ser avaliadas criteriosamente para aquilatar os seus potenciais benefícios em comparação com as tecnologias usuais, já disponíveis nos serviços de saúde. Além disso, os benefícios produzidos devem ser compatíveis com o seu custo, isto é, procura-se medir seu custo-benefício.

Além da introdução de novas tecnologias, a mudança de concepções sociais sobre

a saúde e o uso social do corpo induz a emergência de novas necessidades. Por exemplo, a adoção de anestesia peridural no momento do parto tornou-se corriqueira, à medida em que as mulheres passaram a rejeitar a dor durante o procedimento como uma fatalidade e uma exigência de mortificação de cunho religioso (“parirás com dor”, diz um texto sagrado).

V. Necessidades, demanda e oferta em saúde: o difícil encontro dos desejos dos indivíduos e das recomendações dos especialistas com a capacidade de provimento pelos sistemas de saúde

O esquema gráfico apresentado abaixo, elaborado por Andrew Stevens e colaboradores, pretende mostrar as interações entre necessidades, demanda e oferta de serviços de saúde.

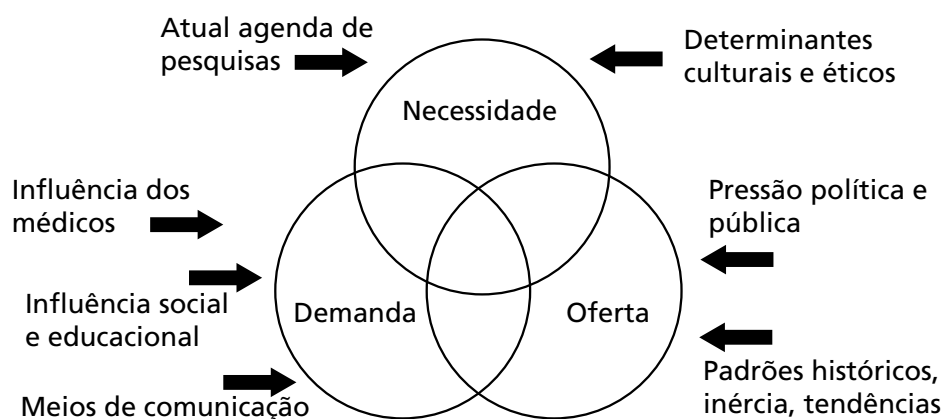
Nesse esquema, constata-se que apenas uma parcela das necessidades se expressaria na forma de demanda, isto é, na procura objetiva por serviços de saúde. Entre a percepção de um problema de saúde por parte de uma pessoa e a efetiva procura por um serviço se antepõem vários obstáculos ou “barreiras ao acesso”. Essas podem ser de diversas naturezas: econômicas (custo de deslocamento, preços a serem pagos pelos serviços, informações limitadas quanto aos recursos existentes e formas de alcançá-los); culturais (procura de especialistas de cura tradicionais e respectivos itinerários terapêuticos;

percepções corporais culturalmente determinadas, interdições religiosas, tabus etc.); e mesmo naturais (barreiras geográficas, por exemplo).

Os recursos de saúde, por serem escassos por definição, estão localizados em determinados pontos do território que obrigam a deslocamentos muitas vezes longos e demorados, que implicam em custos significativos para a maioria das pessoas, resultando em cálculos complexos entre a adoção das escolhas possíveis.

“A demanda é aquela os pacientes procuram, são as necessidades que a maioria dos médicos encontram. Os clínicos gerais têm um papel fundamental como gatekeepers (porteiros) no controle dessa demanda, e as listas de espera tornam-se um marcador e uma influência sobre essa demanda. A demanda dos pacientes para um serviço pode depender das características do paciente ou em interesses da mídia no serviço. A procura também pode ser induzida pela oferta: a variação geográfica nas taxas de internações hospitalares é explicada mais pela oferta de leitos hospitalares do que pelos indicadores de mortalidade, as taxas de clínicos gerais de referência deve mais às características dos médicos do que para a saúde de suas populações (WRIGHT, J. et all., p. 1311).”

Apenas uma parte da demanda encontraria uma oferta de serviços que a atenda a contento, tanto do ponto de vista da percepção dos pacientes, quanto dos profissionais de saúde ou dos gestores do sistema. Essa de-



Fonte: Stevens A. Referty J. eds. Health care needs assessment – the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

manda não atendida é chamada, usualmente, de demanda reprimida.

Uma característica da oferta de serviços de saúde é a chamada Lei de Roemer, nomeada em homenagem a Milton Roemer, professor da Universidade da Califórnia em Los Angeles, pioneiro nos estudos de economia da saúde, para quem “um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda, mesmo em mercados saturados” (DEL NERO, C. R., 2002, p.11).

Essa propriedade dos serviços de saúde de suscitar sua própria demanda esbarra, no entanto, e felizmente, em limitações diversas de recursos e de preferências das pessoas, que optam por fazer outra coisa do que peregrinar por serviços de saúde superlotados, que seria o quadro esperado em um sistema com retroalimentação positiva.

Características inerentes aos serviços de saúde também limitam sua busca e oferta desenfreadas. Um conceito importante para entender essas restrições é o de elasticidade. Teríamos serviços com alta elasticidade de demanda se essa demanda pudesse oscilar largamente em resposta a um estímulo: por exemplo, a procura por um determinado exame ou terapia como resposta a uma matéria jornalística inserida num programa de TV de alta audiência ou a procura por cirurgias plásticas estéticas estimuladas pelo merchandising inserido em uma novela. Ao contrário, no caso das cirurgias para apendicite aguda, observa-se grande estabilidade estatística, oscilando apenas nos limites da variação probabilística, não respondendo a estímulos de preço ou de uma oferta disseminada no território.

Pelo lado da oferta, teríamos alta elasticidade quando modificações na disponibilidade de serviços podem ser feitas em curtos períodos de tempo, como é o caso de um bloqueio vacinal que pode ser desencadeado rapidamente para conter um surto de sarampo. O comportamento da oferta de leitos de UTI, por outro lado, apresenta baixa elasticidade

de oferta pois seu crescimento exige altos investimentos em infraestrutura, relativamente lentas obras físicas, tempos prolongados de aquisição de equipamentos e insumos, capacitação de profissionais especialistas etc.

Cada tipo de serviço, portanto, apresenta padrões de oferta e demanda muito especiais, que tem que ser conhecidos em detalhe para o seu planejamento, introduzindo graus de complexidade muito elevados em comparação com outros tipos de serviços.

VI. Necessidades em saúde e critérios de justiça

O cálculo estimativo das necessidades em saúde remete, inevitavelmente, a questões de âmbito filosófico, tratadas pelos diversos enfoques da filosofia moral, nos quais se intenta basear os argumentos subjacentes às escolhas distributivas em critérios de justiça.

Embora essas diversas abordagens filosóficas estejam longe de fundamentar escolhas num nível tão desagregado como o que se trabalha no campo das estimativas de saúde, os grandes delineamentos teóricos podem orientar de alguma forma os processos da construção das suas proposições operacionais.

Johh Rawls, um dos teóricos da filosofia moral e política contemporâneos, é uma das referências obrigatórias nesse campo. Em sua teoria da justiça, construída em bases exclusivamente racionais e de inspiração assumidamente contratualista, conclui que as sociedades liberais democráticas deveriam garantir um patamar igualitário de bens primários, um conjunto de bens e serviços nos quais estariam incluídos os serviços de saúde. A esse princípio da igualdade, agrega um outro princípio, o da desigualdade, segundo o qual um indivíduo somente poderia auferir uma maior quantidade de bens ou serviços se esses fossem destinados a suprir uma desvantagem ou uma posição desfavorável em relação aos demais.

Esse último princípio frequentemente

alicerça o conceito de equidade, tão utilizado na proposição das políticas de saúde, que busca justificar as diferenças de alocação com base em critério de justiça distributiva.

Amartya Sen vai argumentar pela insuficiência no foco de Rawls nos bens primários, fundando sua teoria no que chama de capacidades básicas e funcionamentos. Os indivíduos teriam diferentes condições de aproveitar os bens ou serviços a eles alocados, segundo suas capacidades para transformar esses recursos em realizações concretas que os beneficiariam efetivamente.

“É possível argumentar que a igualdade na realização de certas ‘capacidades básicas’ proporciona um enfoque especialmente plausível para o igualitarismo na presença das privações elementares. O termo ‘capacidades básicas’ usado por Sen (1980) teria a finalidade de separar a habilidade para satisfazer certos funcionamentos crucialmente importantes até certos níveis adequadamente mínimos.” (SEN, 1998, 67)

Para que alguém se beneficie de uma bicicleta para melhorar suas capacidades de escolha geradas pelo transporte mais rápido, seria, obviamente, necessário saber andar de bicicleta. Do contrário, o meio de transporte lhe seria de muito pouca valia.

O enfoque procedimental de Norman Daniels se dirige especialmente para as questões suscitadas pelos serviços de saúde. Concordando com o conceito de bens primários e com o princípio da igualdade de oportunidades de Rawls, esse autor procura enfrentar os problemas de racionamento dos serviços de saúde, quando pessoas razoáveis podem discordar sobre a resolução alocativa de demandas conflitantes em saúde, situação muito frequente nas polêmicas sobre critérios distributivos entre áreas assistenciais ou alternativas de investimento no sistema de saúde:

“Chamado de controle pela razoabilidade, essa estrutura teórica faz uso do processo justo para preencher as lacunas deixadas pelo princípio de justiça devido à realidade que pessoas razoáveis discordarão sobre o relativo peso de demandas

conflitantes em saúde. Controle por razoabilidade parece ser a resposta usada por Daniels para enfrentar a quarta questão não resolvida de racionamento — o problema da democracia, o qual questiona “quanto peso deve ser dado a julgamentos baseados teoricamente ou na intuição em oposição a preferências expressas”. O processo deliberativo de controle por razoabilidade oferece uma solução parcial ao problema ao invocar condições de publicidade, relevância, instâncias de revisão e recurso, e regulação, para tomada de decisão que seja convincente ao desafio do desacordo razoável entre pessoas imparciais” (BENEDICT, 2010, p.311)

Esses procedimentos para o controle da razoabilidade indicam uma via de construção de arenas democráticas para a criação de consensos sobre as necessidades de saúde. Em pleno acordo com esse ditame processual, reconhece-se que o estabelecimento de estimativas de necessidades em saúde em uma sociedade democrática será obrigatoriamente um processo político envolvendo os atores interessados em amplos processos de criação de consenso sobre os patamares de oferta requeridos e as circunstâncias de sua flexibilização e adaptação aos contextos geográficos e sócio-sanitários específicos.

VII. Estudos de utilização de serviços de saúde

Como foi dito anteriormente, as necessidades de serviços de saúde devem ser diferenciadas das expectativas ou desejos individuais de utilização de serviços de saúde. O estudo de utilização de serviços de saúde denominado de ecologia do cuidado em saúde promovido por Kerr L. White e colaboradores em 1961, nos Estados Unidos, e os que se seguiram aplicando o mesmo enfoque em outros contextos, mostram um quadro instigante. Apesar de pequenas diferenças nas questões formuladas e da diversidade geográfica dos países, a quantidade de pessoas que reportaram algum tipo de sintoma no período de um mês e que consideraram a possibilidade de procurar um

serviço de saúde e aquelas que, efetivamente, o procuraram, apresenta um padrão estruturalmente muito semelhante.

Assim, entre 56,7 e 90,1% dos entrevistados reportaram sintomas ou enfermidades no mês, mas menos da metade consideraram a possibilidade de procurar cuidados médicos (EUA, 2001). Aproximadamente entre 1/4 a 1/3 das pessoas chegaram a procurar um médico ou serviço de cuidados primários. Um pouco menos de 1/10 procurou cuidados especializados (isso em apenas mês!). Em termos percentuais e projetando os dados para o período de um ano, entre 9,6 a 16,8 por cento foram internados em algum hospital, com grandes

variações entre as situações, e entre 12,0 a 19,2 por cento das pessoas foram admitidos em Pronto Socorros.

Apenas para efeito de comparação, o parâmetro para estimativa de necessidade de consultas médicas de urgência proposto pela Portaria 1101 é de 15% das consultas médicas. Isso resultaria, aplicando-o às consultas médicas esperadas (2 a 3 consultas médicas/ano), que entre 30 a 45% das pessoas procurariam consultas de urgência, mais do dobro do observado nos países pesquisados. Isso talvez reflita o modelo centrado nos atendimentos de urgência ainda marcante no sistema de saúde brasileiro.

A utilização de serviços hospitalares se

| UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UM MÊS, EM 1000 HAB. | HONG KONG (2005) | EUA (1961) | EUA (2001) | JAPÃO (2005) | NORUEGA (2012) |
|---|------------------|------------|------------|--------------|----------------|
| reportaram sintomas | 567 | 750 | 800 | 862 | 901 |
| consideraram possibilidade de procurar cuidado médico | 512 | | 327 | | |
| procuraram cuidados primários | 372 | 250 | | 307 | 214 |
| visitaram um consultório médico | | | 217 | 232 | |
| procuraram cuidados especializados | 68 | | | 88 | 91 |
| visitaram um médico medicina chinesa | 54 | | 65 | 49 | 55 |
| visitaram um serviço de urgência | 16 | | 13 | 10 | |
| foram hospitalizados num hospital comunitário | 7 | 9 | 8 | 7 | 14 |
| | | | 14 | 3 | |
| | | 5 | | | |
| foram hospitalizados em centro médico terciário | 1 | 1 | 1 | | |
| | | | | 6 | |
| visitaram um fisioterapeuta | | | | | 141 |
| visitaram um dentista | | | | | 115 |
| Taxas | | | | | |
| Internação hospitalar (por ano, por 100 hab.) | 9,6 | 12,0 | 10,8 | 8,4 | 16,8 |
| Admissão em Pronto Socorro (por ano, por 100 hab.) | 19,2 | | 15,6 | 12,0 | |
| Procuraram cuidados primários (por ano, por 100 hab.) | 44,6 | 30,0 | 26,0 | 36,8 | |

mostrou bem mais elevada que o observado no SUS, que apresenta uma concentração per capita média próxima a 6% ao ano.

Na tabela ao lado, procurou-se resumir os achados desses estudos de “ecologia do cuidado”. As cores foram usadas para vincular as questões formuladas nos estudos aos respectivos resultados e a construção das duas colunas contendo descrições de “utilização de serviços em um mês, em 1000 hab.” tentou abranger, com uma tradução livre dos termos utilizados nas pesquisas, as nuances contida nas questões formuladas.

Apesar dos inúmeros vieses que se possa atribuir aos estudos de utilização, são um im-

portante referencial para o estudo de necessidades em saúde. Isso porque, apesar de toda a complexidade dos fenômenos envolvidos, são expressão dessas necessidades, manifestando-se de forma diversa segundo os padrões culturais, econômicos e de oferta de serviços existentes. São também importantes meios de aferir as desigualdades, e mesmo as iniquidades, no acesso aos serviços entre os grupos sociais.

VIII. Estimativas de necessidade: uma proposição sintética

Aproximações às necessidades de serviços de saúde podem ser realizadas a partir de vários enfoques. Propõe-se aqui uma metodologia que foi desenvolvida e encontra-se em constante revisão e adaptação no processo de revisão dos parâmetros da Portaria MS 1101/2002 (Brasil, 2002), coordenado pelo este autor.

Em nosso país, a tradição observada na programação, isto é, nos processos de definição de quantitativos de serviços a serem realizados e a conseqüente alocação de recursos para seu custeio, é centrada em meros ajustes das séries históricas de procedimentos realizados pelos prestadores de serviços, públicos ou privados. Essa tradição remonta ao modelo de remuneração exercido pelo antigo INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), cuja modalidade de remuneração dos serviços predominante era o chamado fee-for-service (pagamento por procedimento). Apesar do modelo da Programação Pactuada e Integrada - PPI, de 2006, já introduzir o cálculo de necessidades para um amplo leque de ações de atenção primária e das ações de atenção especializada delas decorrentes, um grande número de serviços ainda continua sendo programado com base nos critérios contidos na Portaria 1101, muito influenciada pela lógica de oferta e de ajustes sobre a série histórica da época em que foi elaborada.

A mudança na lógica de programação, buscando-se aproximações às necessidades de saúde, além do mandato legal, encontra ressonância no

| UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM UM MÊS, EM 1000 HAB. | |
|---|--|
| adultos reportaram um ou mais enfermidades ou agravos por mês | |
| consultaram médico uma ou mais vezes no mês | |
| consultaram médico de cuidados primários | |
| visitaram um ambulatório em hospital | |
| visitaram complementar ou provedor de cuidado alternativo | |
| visitaram um departamento de emergência (pronto-socorro) | |
| adulto admitido em um hospital por mês | |
| receberam cuidado domiciliar | |
| adulto referenciado para outro médico por mês | |
| adulto referenciado para um centro médico universitário por mês | |
| visitaram um ambulatório de um hospital universitário | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

contexto mais recente de desenvolvimento econômico que permite o abandono dos enfoques restritivos e puramente racionalizadores de recursos que marcaram o período anterior.

Para a proposição de estimativas de necessidade de serviços, incorporadas em referências quantitativas para o seu cálculo (usualmente denominadas de “parâmetros de programação” no jargão dos planejadores), propõe-se o seguinte percurso metodológico:

1. Definição das populações alvo para cada tipo de serviço:

Estabelecer com clareza o grupo populacional cujas necessidades serão estimadas;

2. Identificação de subcategorias dessas populações com necessidades diferenciadas

Na população alvo, identificar subpopulações que potencialmente se beneficiam de determinadas intervenções realizadas pelos serviços (por exemplo, classificação dos estágios das doenças crônicas: pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, nos estágios Leve, Moderada, Severa, e Muito Severa);

Além das meras taxas de prevalência e incidência anual, para algumas doenças já foram desenvolvidos modelos bastante complexos que as classificam em diversos estágios, segundo sua história natural, com taxas de prevalência conhecidas para cada um deles, além das probabilidades de transição de um estágio a outro num determinado período de tempo (em geral de um ano de duração), bem como as taxas de mortalidade para cada estágio. Esses modelos, com alto grau de elaboração, utilizam abordagens matemáticas, como as Cadeias de Markov e outras, e permitem estimativas mais refinadas da quantidade de intervenções para cada estágio;

3. Propor a organização das intervenções nos vários níveis de atenção.

Os modelos de atenção são fundamentais para a estimativa de necessidades de serviços de saúde. Muitas vezes não se pode prever a quantidade de intervenções necessárias independente do modelo de atenção, isto é, num contexto de desorganização e fragmentação dos serviços e da inexistência de uma Rede Integrada de Ser-

viços de Saúde estruturada, as possibilidades de planejamento se reduzem enormemente e o cálculo estimativo das ações necessárias perde toda a consistência;

4. Levantamento de evidências que embasem as intervenções

Recorre-se a revisões sistemáticas de pesquisas clínicas; estudos de utilização de serviços de saúde; estudos de efetividade e custo-efetividade etc. em busca de fundamentação científica para justificar a oportunidade das intervenções e os quantitativos ótimos a serem ofertados. Há que se reconhecer que a produção científica nesse campo ainda é bastante incipiente, adotando-se frequentemente recomendações com nível de evidência muito baixo, como a opinião de especialistas;

5. Levantamento de critérios de planejamento e proposições quantitativas de sistemas de saúde centrados na atenção primária (benchmarking)

A prática de outros sistemas centrados na atenção primária orientados para a organização de redes integradas de serviços são utilizados como padrões de comparação para auxiliar na definição de recomendações de parâmetros nacionais, na medida em que são experimentos sociais já consolidados e que podem representar estágios desejados de organização sistêmica. Apesar de serem referências importantes, as enormes diferenças econômicas e culturais, bem como as especificidades de organização dos modelos de atenção devem ser consideradas na análise. Muitas vezes o benchmarking é a única alternativa para estimar necessidades de determinadas estruturas ou equipamentos sanitários que atendem uma ampla gama de condições de saúde (por exemplo, equipamentos de exame de imagem como tomógrafos, ressonância magnética nuclear ou ecógrafos, que permitem diagnósticos de um sem número de doenças e condições clínicas).

6. Proposição de recomendações de critérios de planejamento e parâmetros para estimativa de necessidades

Ao final, fixa-se um valor de referência,

sempre fruto de um juízo crítico sobre as evidências disponíveis e a prática dos especialistas, na medida em que poucas pesquisas alcançam o grau de detalhamento e precisão desejados para a definição dos quantitativos das intervenções no nível de populações.

Os parâmetros assim propostos sempre assumem caráter estimativo e provisório, com um caráter de “melhor estimativa possível a partir das informações disponíveis”, a ser obrigatoriamente adaptado aos contextos reais e aos perfis demográficos, epidemiológicos, de demanda e de oferta loco regionais. A legitimação das proposições deve passar por processos de criação de consenso por especialistas e pela abertura para a discussão e crítica pelos atores envolvidos, assumindo-se plenamente seu caráter de dispositivo dialógico que contribui na construção de consensos democraticamente produzidos.

IX. Conclusão

O conceito de necessidades em saúde, para poder ser aplicado no nível dos serviços de saúde, pela sua elevada complexidade e por extrapolar o âmbito setorial, exige uma redução de seu escopo a uma de suas dimensões, a das necessidades de serviços de saúde. O conhecimento das características da demanda, oferta, e dos padrões históricos de utilização são importantes aspectos para a estimativa das necessidades de serviços de saúde. Os modelos de atenção são pressupostos importantes na definição de necessidades, na medida em que a organização dos serviços nos padrões de redes integradas de serviços de saúde tem demonstrado respostas mais eficazes na melhoria dos níveis de saúde.

A aplicação do enfoque de necessidades à fixação de referências quantitativas nos processos de programação da atenção à saúde permite aproximações à demanda esperada, e em coerência com o desenho do modelo de atenção centrado na atenção primária, contribui para a superação da lógica dominante da programação baseada em ajustes de série histórica. ■

Referências bibliográficas

1. Benedict AL. Resenha. Just health:meeting health needs fairly, by Norman Daniels. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 11, n. 2 p. 310 319 Jul /Out. 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.139, n.112, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.
3. Cavanagh S, Chadwick K. Health needs assessment: a practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005. 105 p.
4. Del Nero C. R. O que é Economia da Saúde. In: Piola S. F. & Vianna S. M. (Org.). Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília: IPEA, 2002.
5. Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, et al. The Ecology of Medical Care in Japan. JMAJ 2005;4:163-67
6. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-2025.
7. Hansen A., Halvorsen P., Førde O.. The ecology of medical care in Norway: wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. Journal of Public Health Research, North America, 1, jul. 2012. Available at: <<http://www.jpghres.org/index.php/jpghres/article/view/jpghr.2012.e28>>. Date accessed: 08 Jul. 2013.
8. Leung GM, Wong IOL, Chan WS, et al. The ecology of health care in Hong Kong. Soc Sci Med 2005; 61:577-90. Marmot M, Wilkinson R (ed.) Social determinants of health: the solid facts. Second edition. World Health Organization Europe, 2003.
9. Sen AK. Capacidad y Bienestar. In: NUSSBAUM, Martha C.; SEN, Amartya. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
10. Stevens A, Raferty J, eds. Health care needs assessment—the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
11. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92
12. Wright J, Williams R, Wilkinson JR: Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998, 316(7140):1310-3.