

**POPULAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**AS NECESSIDADES, A DEMANDA E A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS**

**Juan Stuardo Yazlle Rocha**

**Maria do Carmo Gullacci G. Caccia Bava**

Resumo: o capítulo trata do processo social de percepção das necessidades de saúde, sua conversão em demanda de atenção ou cuidados e a utilização de serviços de assistência à saúde. Neste processo participam profissionais da área da saúde, órgãos públicos ou privados voltados à assistência à população e as regras ou diretrizes que regem a organização e desenvolvimento das ações de saúde. Vários aspectos da relação entre a população e os serviços de saúde no Brasil encontram-se ilustrados nas pesquisas nacionais por amostragem de domicílios (PNAD) periodicamente realizadas pelo IBGE.

Profissionais 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 operam 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 três

dimensões da saúde: a saúde como proteção social (welfare dimension), que é sua missão social tradicional; a saúde como poder político – consequência 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 de 1.988 prescreveu 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 o conceito do direito à saúde e o acesso amplo às **ações de saúde** como direito dos cidadãos brasileiros; as ações citadas vão muito além do cuidado aos doentes - isto é, o diagnóstico precoce e o tratamento - para que eles recuperem a saúde, mas 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 ela. 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 em meados do século XX, somente com a Reforma Sanitária inserida na Constituição Federal de 1.988 criaram-se as condições necessárias para sua implantação 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 desse fato. 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, será mais difícil de controlar e reverter e, sobretudo, resultará mais custosa. Por isso sistemas de saúde modernos procuram 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 está se iniciando. 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 valorizada pela população e espontaneamente reclamada se ausente.

Até agora consideramos as necessidades de assistência do ponto de vista técnico-científico dos profissionais da saúde. Entretanto devemos lembrar que a população e os pacientes, possuem outra percepção da necessidade – é a forma subjetiva de sentir a própria vida que o profissional de saúde deve respeitar, tentar compreender e trabalhar.

Devemos lembrar que os indivíduos 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 de saúde na população, para o benefício de todos, é frequente o profissional se deparar com demandas que podem parecer exageradas ou descabidas; muitas vezes elas são induzidas a partir de setores ou prestadores que possuem interesses econômicos na venda ou consumo dos seus produtos ou serviços e, desta forma “mercantilizam” a saúde. Ao divulgar as vantagens dos seus produtos ou serviços em meios de

comunicação de massas “criam necessidades” de consumo em benefício próprio (e prejuízo de quem tiver de custear tais “novidades”). Outras vezes é o próprio cidadão que por razões subjetivas, como temores, indisposição ou mal estar quem “sente” a necessidade de certificar-se não ser portador de patologia maligna, afecção grave, etc.

Copiar costumes ou procedimentos adotados em outros países também pode provocar demandas locais específicas: há algum tempo a imprensa leiga divulgou que em certas cidades da costa oeste norteamericana mulheres com certo risco para neoplasias (casos com antecedentes de parentes com câncer) estavam solicitando cirurgias “profiláticas” como 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, desnecessários, ou “tratamentos” que não são totalmente inócuos.

Nem todas as pessoas que se sentem doentes ou têm necessidade de assistência chegam a ser atendidas – isto é, **utilizam ou consomem assistência** - 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 demasiada ou desnecessariamente.

Se pessoas de renda elevada não têm demanda reprimida 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 unidades básicas de saúde, todavia sofrem grande frustração 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.

A iniquidade na atenção à saúde é entendida como as diferenças injustas e/ou evitáveis no acesso aos serviços ou ao tratamento adequado (Whitehead, 1992). 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 tenham índices menores de morbidade. Ao contrário, pessoas de baixa renda,

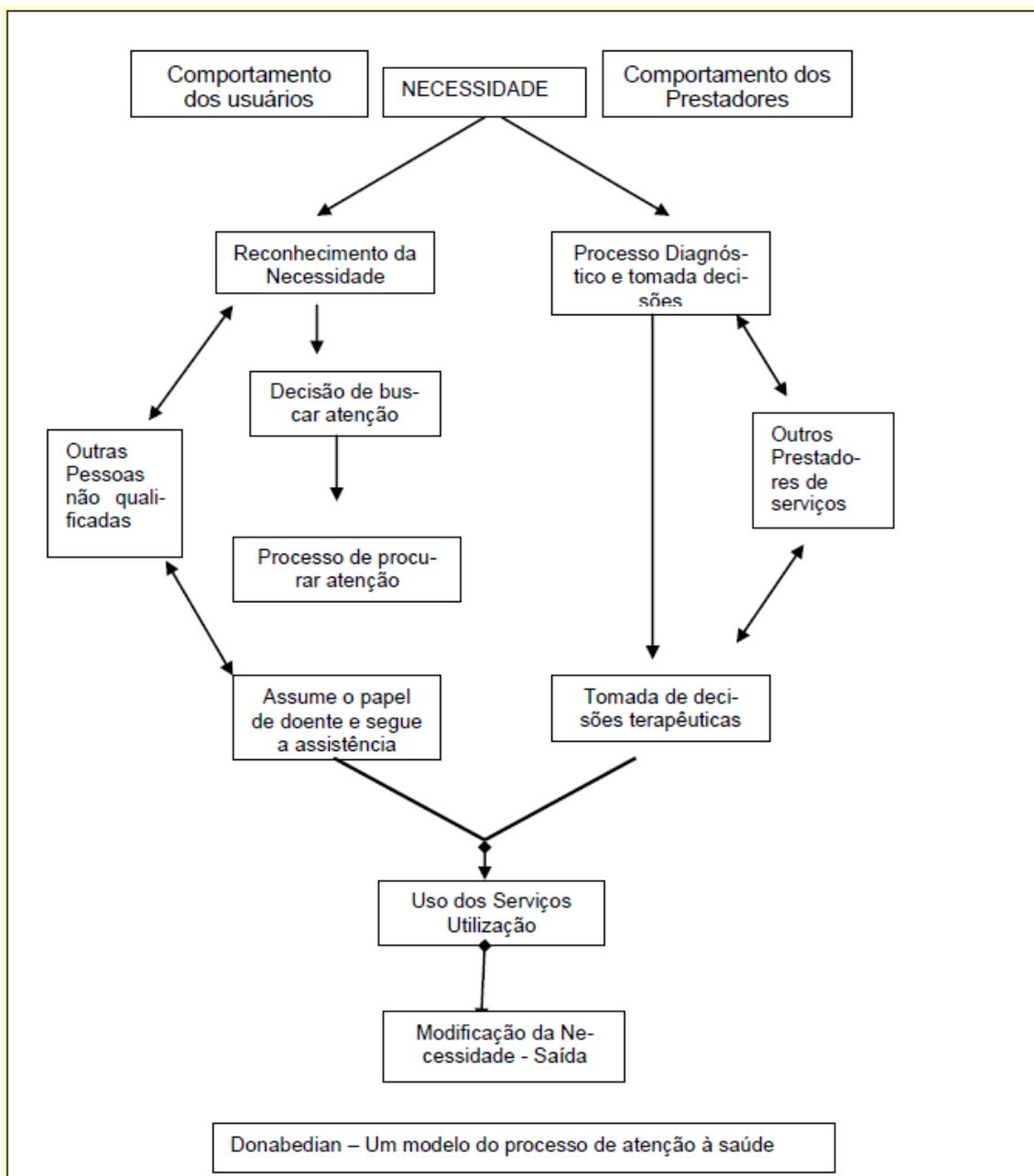
apresentam baixo consumo de serviços de saúde embora tenham maior incidência de doenças.

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 e distribuição mercantilizada de serviços, situação que as políticas públicas não conseguem compensar. Como descrito por Donabedian (1990), o processo assistencial não se dá num vazio, mas dentro de um duplo contexto: sócio-cultural e dentro das estruturas e organização dos sistemas de serviços de saúde. O esquema da página seguinte, extraído de Donabedian (1990), 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) procuram ser atendidas em grupos sociais de apoio, como a família, vizinhos mais experientes, farmacêuticos e até curandeiros e benzedores - não chegando num primeiro momento a demandar cuidados nos serviços de saúde; muitos dos que demandam serviços não conseguem assistência imediata – devem enfrentar triagem social (tem direito plano privado) é encaminhado a outro lugar ou deve retornar em data futura – muitas vezes ocasionando a desistência do atendimento pelo paciente ou da sua família; nem todos que utilizam ou 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, especialmente de casos agudos, 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 a ser 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 ou controle para melhor a necessidade que motivou a procura da assistência*. Em outras palavras: a doença ou problema teria um tipo de evolução (história natural) que se espera 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 consequências do estado viral, mas a cura virá espontaneamente com o esgotamento do quadro infeccioso.



No caso da assistência pré-natal ou de puericultura, embora se trate de pessoas saudáveis, o objetivo do trabalho assistencial 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 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. Naturalmente as necessidades de assistência estão associadas às condições de vida e trabalho e, indiretamente, ao sexo, ao grupo etário, à cor e ao grau de instrução, apresentando ainda grandes variações entre Regiões e Estados no país.

#### A POPULAÇÃO, OS SERVIÇOS:

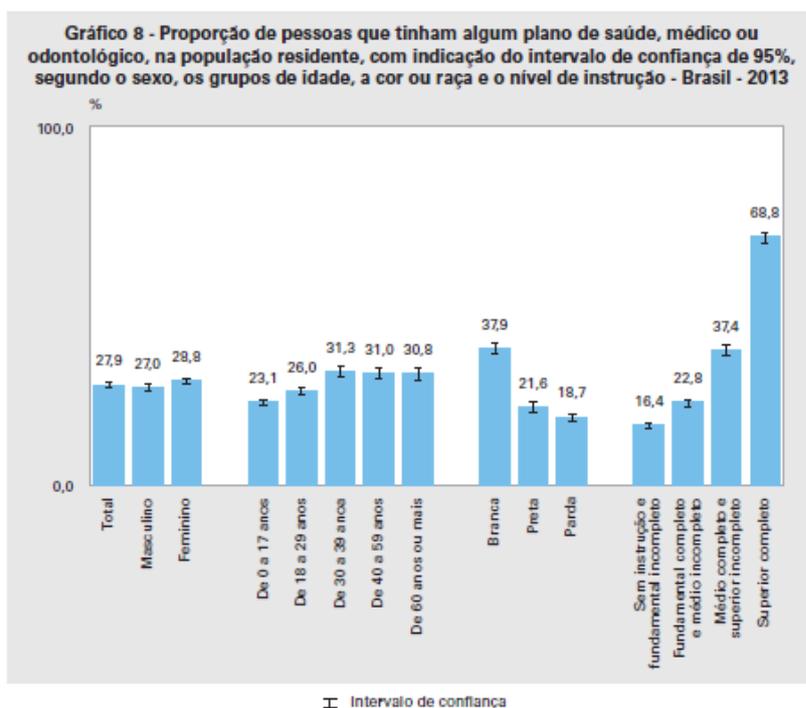
A Pesquisa Nacional de Saúde realizada com a Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios, PNAD, de 2013 (IBGE) publicou seus resultados em 2015 - e encontra-se disponível na web. Foram estudados 81.254 domicílios levantando a proporção de pessoas que procuraram atendimento de saúde, os que consultaram médico, os que não conseguiram atendimento, os que possuíam plano de saúde, os que estavam cadastrados em unidades de saúde da família, os que possuíam água canalizada, rede de esgoto, as condições de saúde – pessoas com diabetes, hipertensão, depressão e os que tinham utilizado serviços de saúde no ano anterior, incluindo internações e consultas nas duas últimas semanas. Os dados eram registrados em computadores de mão – PDA – pela primeira vez no país.

Alguns indicadores gerais são apresentados a seguir:

Condição	Brasil	Variação
Domicílios com água canalizada	<b>93,7</b>	<b>83,1 – 99,1</b>
Esgoto Sanitário ou pluvial	<b>60,9</b>	<b>15,5 – 86,3</b>
Com cadastro em USF	<b>53,4</b>	<b>46,0 – 64,7</b>
% pessoas com plano de saúde	<b>27,9</b>	<b>13,3 – 36,9</b>
% procuraram atendimento saúde	<b>15,3</b>	<b>10,1 – 12,9</b>
% consultaram médico (12 meses)	<b>71,2</b>	<b>61,4 – 76,8</b>
Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - IBGE		

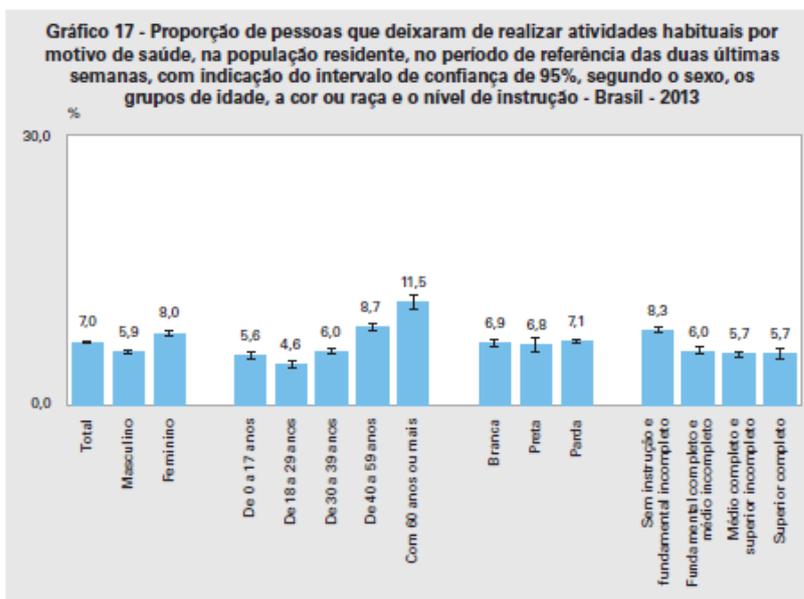
Enquanto os domicílios com serviço de água atendem à grande maioria das residências, o mesmo não acontece com a rede de esgotos; pouco mais da metade dos domicílios possuíam cadastro em Unidade de Saúde da Família em 2013 e apenas um quarto das pessoas possuíam plano de saúde. Em torno de 15% procuraram atendimento de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista e 71% consultaram médico nos 12 meses anteriores – sendo que 95,3% conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram assistência. Seis por cento das pessoas incluídas na amostra (12,1 milhão) foram internadas nos últimos 12 meses, sendo que 65,7% das vezes ocorreram pelo SUS.

Como pode ser visto no gráfico 8 a proporção de pessoas que possuíam plano de saúde médico ou odontológico varia pouco com o avanço da idade mas apresenta diferenças maiores segundo o nível de instrução do cidadão – destacando a desigualdade social revelada pelo educação – variando de 16,4 % entre aqueles sem instrução até 68,8 % entre os que possuíam instrução de nível superior completa.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

No gráfico 17 é apresentada a proporção de pessoas estudadas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde durante as duas semanas anteriores à entrevista da pesquisa; como já é conhecido, mulheres são acometidas por problemas de saúde com maior frequência do que homens, a proporção de acometidos aumenta com a idade e é mais frequente em pessoas sem instrução – certamente pelas condições associadas ao nível de vida e trabalho.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

Este conjunto de etapas, processos e serviços é que ilustra o modelo assistencial do 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. e criar modelos de ocorrências e custos na atenção à saúde de uma dada população – como será visto em capítulo especial.

Todas as sociedades enfrentam a questão de oferecer assistência ou proteção aos seus cidadãos diante das suas necessidades e problemas de saúde, com os recursos de que dispõem. Em outras palavras, a mesma sociedade que produz a riqueza (recursos) produz também os problemas - uma série 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 frequentes 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 Relatório da Saúde no Mundo, 1999, 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. De 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 são discutidos mais detalhadamente em outros capítulos.

A seguir é apresentado um instrumento, utilizado pelas equipes de Saúde da Família, destinado a classificar famílias segundo o nível de risco e de necessidades de assistência por profissionais e/ou serviços. As famílias classificadas na faixa superior (fundo escuro/ vermelho) e médio (fundo semi-escuro/ amarelo) apresentam condições e problemas que requerem nível mais elevado de assistência, com visitas mais frequentes; as famílias classificadas na faixa de fundo claro/verde por não apresentar maiores problemas recebem na rotina uma visita mensal de supervisão da saúde.

## Instrumento de Classificação de Risco/vulnerabilidade Familiar

Fonte – Classification of Families According to their needs; strategy for managing health inequalities. Vieira, E.M. et al. Anais 16º Word Congress 2001 Durban – África do Sul. Modificado por equipe Núcleo de Saúde da Família 6- FMRP-USP, a partir das escalas de Coelho e da U  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE DE FAMÍLIAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Publicado nos Anais do I  
Epidemiologia e Saúde Pública. Santiago de Compostela, 2015.

Hepatite B ou C sem acompanhamento  
Idoso solitário,  
Idoso acamado;  
Infarto agudo do miocárdio < de 2 anos  
Obesidade (IMC > 40)  
Pessoas com câncer;  
Pobreza extrema (PC<\$70,00 IBGE)  
Problemas mentais graves  
Violência doméstica, abuso sexual (incluindo suspeita)  
Problemas cardíacos (próteses, cirurgias)  
Etilista grave (uso diário)  
Tabagista grave (> 1 maço /dia)  
Usuário de drogas ilícitas (ativo ou abstinência < 2 anos)  
Tabagismo + problemas respiratórios (DPOC- Enfizema, asma ou uso de O2 domiciliar)  
Uso de polifarmácia (> 5 medicamentos)  
Adolescente sem acompanhamento  
ocorrência de óbito na família nuclear < 6 meses

Ac. Vasc. Cerebral < 2 anos ou com sequela  
Baixas condições econômicas (IBGE)  
Bebês < 1 ano sem acompanhamento  
Esclerose múltipla  
Pessoas em idade escolar sem escola;  
Grande cirurgia < 6 meses  
Diabetes c/ complic (amputação, retinopatia, hemodiálise)  
Doenças graves descontroladas ou descompensadas  
Gestação de alto risco;  
Gestação com acompanhamento irregular ou sem acompanhamento;  
Hipertensão com lesão de órgão alvo;  
HIV sem acompanhamento;  
Abortamento < 6 meses  
Baixa escolaridade materna (fund. incompleto)

Deficiente físico sem comprometimento AVD  
Condições graves controladas ou leves descontroladas:  
-Diabetes controlada = rotina em dia+hemoglobina glicada <7  
-Depressão leve = diagnóstico + mantém as AVD  
-Epilepsia;  
-Gastrite;  
-Gestante em acompanhamento;  
-Hipertensão controlada;  
-HIV com acompanhamento;  
-Problemas circulatórios;  
-Problemas na coluna;  
-Problemas respiratórios;  
-Problemas neurológicos  
-Problemas ginecológicos;  
-Problemas hematológicos

-Problemas endócrinos;  
-Osteoporose;  
-Alergias medicamentosas ou por picadas de insetos  
-Etilista (AUDIT >8)  
-Tabagista (até 1 maço/dia)  
-Problemas articulares;  
-Patologia Prostática;  
-Doença Reumatóide;  
-Menores de 02 ano ou adolescentes c/ acompanhamento irregular  
Desempregados (1 ou + membros da família)  
Rupturas nas relações familiares a esclarecer  
Vínculos familiares a esclarecer  
Aposentadoria na família nuclear < 6 meses  
Saída prolongada de elementos que cohabitavam

Família mantendo acompanhamento de rotina na unidade para ações de prevenção de doença e promoção de saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Whitehead, M. – The Concepts and principles of equity and health. Int. J. Health Serv 1992, 22(3) 429-45.
- Freeman, R. & Moran, M – A Saúde na Europa, in: Negri, B& Viana, ALD. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo. Sobravime. Cealag, 2002.
- 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, IBGE – PNAD 2013, PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2015.

## 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?