CAPÍTULO 1

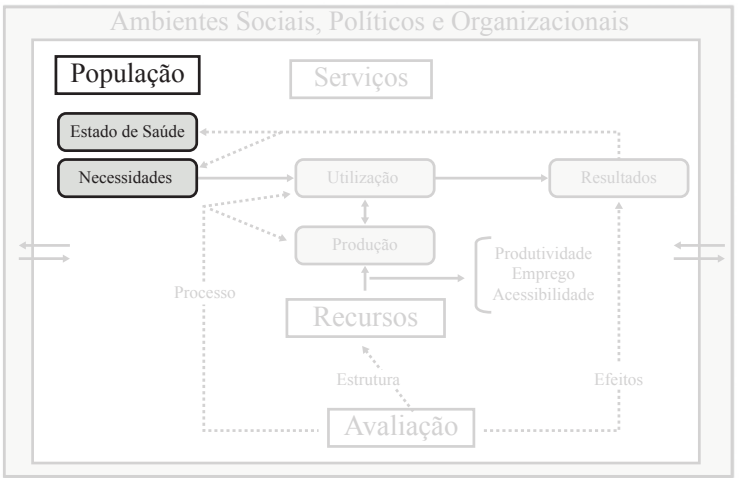
IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E DETERMINAÇÃO DAS PRIORIDADES

Objetivos do capítulo

1. Definir e distinguir problemas e necessidades de saúde, de serviços e de recursos.
2. Determinar a importância de uma necessidade não atendida sobre os planos de saúde, dos serviços e dos recursos.
3. Identificar e definir os principais indicadores de saúde relativos à mortalidade, à morbidade, aos fatores de risco e à incapacidade.
4. Explicar os métodos de padronização direta e indireta; calcular e interpretar as taxas padronizadas.
5. Elaborar critérios para estabelecer as prioridades.
6. Aplicar os processos de priorização a diferentes problemas de saúde.

No ponto inicial de nosso processo, encontram-se a população e os indivíduos que a compõem e, mais particularmente, seu estado de saúde (figura 1.1). De fato, o objetivo final dos sistemas de saúde consiste em restaurar, manter e aprimorar a saúde das populações.

FIGURA 1.1 – Sistema de saúde: a população e suas necessidades

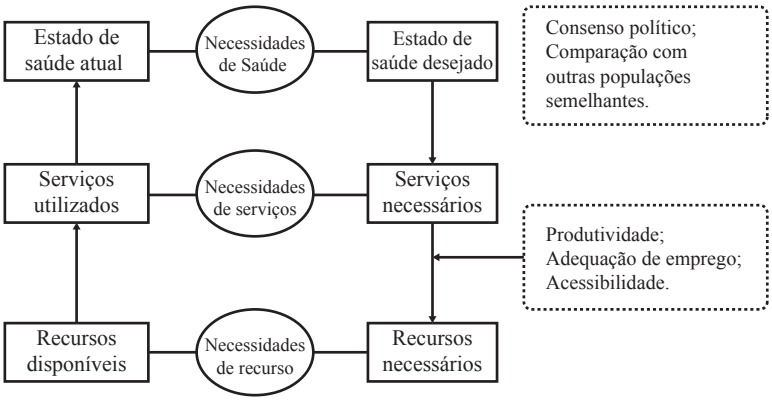


Problema ou necessidade de saúde?

Em primeiro lugar, convém estabelecer distinção entre problema e necessidade de saúde. Um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado como deficiente pelo indivíduo, pelo profissional da saúde ou pela coletividade, em comparação tanto com as normas subjetivas e implícitas, quanto com as normas objetivas e explícitas. Uma necessidade de saúde revela, em dado momento, uma lacuna a ser preenchida entre uma situação desejada e uma situação real em termos de saúde, geralmente no quadro de um processo de planejamento. Assim, mortalidade infantil elevada constitui problema de saúde, e a lacuna entre as taxas observadas e as taxas reportadas em outros países permite medir a importância da necessidade de saúde.

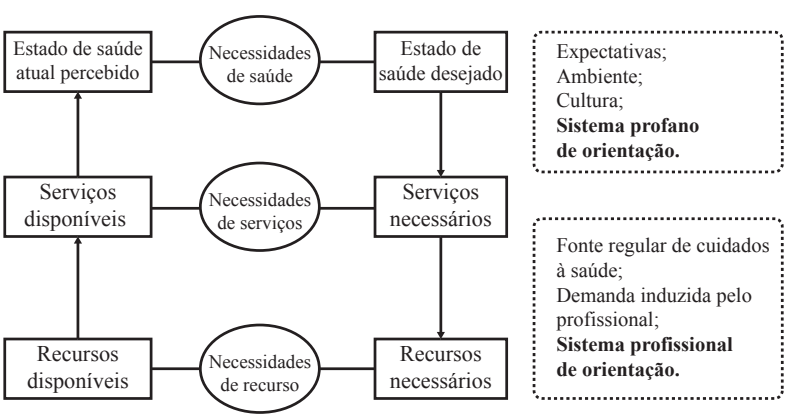
Problema e necessidade de saúde são, portanto, conceitos relacionados. A necessidade corresponde ao que deve ser feito para que a situação julgada como problemática (estado de saúde atual) venha a corresponder à situação desejada (estado de saúde almejado ou definido de forma normativa). Nesse sentido, a necessidade expressa, de maneira explícita, a lacuna relacionada a uma norma e se insere em um processo ativo para encontrar uma solução para o problema.

FIGURA 1.2 – Determinação das necessidades de acordo com uma perspectiva populacional



Esta forma de definir uma necessidade corresponde a um processo de planejamento em uma perspectiva populacional (PINEAULT e DAVELUY, 1995). A figura 1.2 ilustra claramente que essa maneira de conceber o processo situa as necessidades em três níveis, conforme nos referimos à saúde, aos serviços ou aos recursos. Nos três níveis, a necessidade expressa uma lacuna entre a situação desejada e a situação atual. O estado de saúde desejado é inserido, geralmente, no interior de uma política de saúde e resulta de consenso político que se apoia nas comparações com outras unidades geográficas de referência. Entre os recursos e serviços, encontram-se os três fatores apresentados na introdução: a produtividade, a adequação do emprego e a acessibilidade. Retornaremos a esses fatores no capítulo 3, referente aos recursos.

FIGURA 1.3 – Determinação das necessidades de acordo com uma perspectiva individual

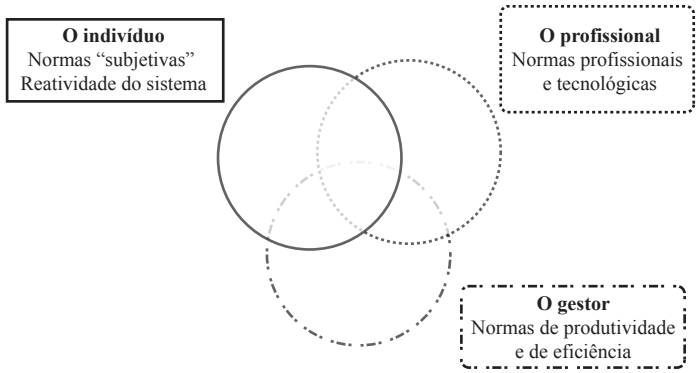


As necessidades podem, igualmente, ser expressas pelos indivíduos no interior de um processo ativo de recurso aos serviços. A percepção das necessidades precede a demanda pelos serviços, os três níveis de necessidades são os mesmos que os da abordagem populacional, como mostra a figura 1.3. Em contrapartida, os fatores que os

determinam são diferentes. A estimativa dos estados de saúde percebidos e desejados é amplamente influenciada pela rede informal de orientação, na qual a função do ambiente e da rede social de um indivíduo é primordial (FREIDSON, 1970; 1960). Em seguida, a prestação dos serviços e a mobilização dos recursos serão comandadas pela rede profissional de orientação, com profissional de saúde responsável pelo paciente agindo como um guia para orientá-lo em um sistema tão complexo como o sistema de saúde.

Em ambas as percepções, populacional ou individual, a identificação da situação atual e da fixação de metas ou de estados desejados em relação à saúde, aos serviços ou outros recursos irá variar de acordo com o que os define (figura 1.4). Dessa forma, a estimativa dos indivíduos permanece sobre um ponto de vista subjetivo; o profissional, por um lado, atem-se mais às normas profissionais e às diretrizes; enfim, o gestor possui um julgamento de natureza administrativa em relação à produtividade e à eficiência. Os pesos relativos conferidos a cada um desses pontos de vista constituem, portanto, um desafio maior para a tomada de decisão estratégica nas organizações de saúde.

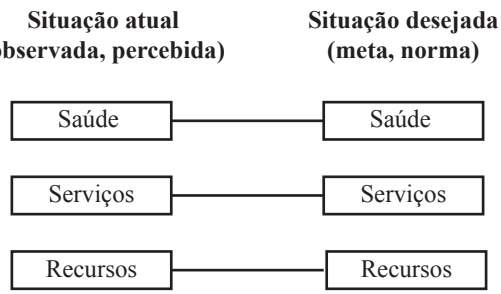
FIGURA 1.4 – A natureza e a amplitude das necessidades variam de acordo com o que as define



Necessidades não atendidas

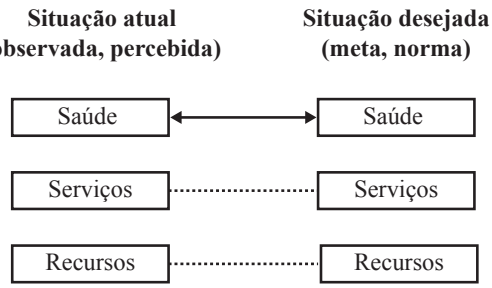
O quadro de referência apresentado nas figuras 1.1 e 1.2 permite-nos, igualmente, definir o conceito de necessidade não atendida. A figura 1.5 a representa nos três níveis.

FIGURA 1.5 – Necessidades não atendidas (individuais ou populacionais)



A necessidade não atendida corresponde a uma lacuna entre a necessidade definida anteriormente e seu grau de satisfação, considerando o estado de saúde e seus determinantes. A diferença entre necessidade e necessidade não atendida reside apenas em sua dimensão temporal, já que as duas são medidas pela mesma lacuna. Ademais, a necessidade não atendida consiste apenas na persistência da necessidade identificada, pela qual as ações foram identificadas, a fim de remediá-la sem que tenham sido realizadas ou que, aplicadas, tenham tido o efeito esperado.

FIGURA 1.6 – As desigualdades de saúde entre as populações: um exemplo de necessidades de saúde

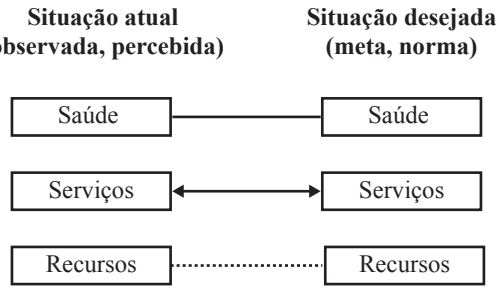


Os exemplos permitem compreender melhor os diferentes tipos de necessidades não atendidas. No caso representado na figura 1.6, trata-se de uma necessidade de saúde que expressa uma lacuna entre a situação atual percebida ou observada e uma situação julgada desejável e alcançável.

Em termos de população, pode-se tratar de mortalidade mais elevada em uma região em comparação a outra, tornando-se, por assim dizer, uma referência empírica. Esta referência também pode ser normativa. Ela expressa um consenso sobre o que deveria existir, levando-se em consideração o contexto particular. Sobre o plano individual, o estado de saúde de uma pessoa pode ser estimado pelo próprio indivíduo por meio da comparação com outros indivíduos que ele considera estarem em uma situação de boa saúde. Retornaremos a esse assunto mais tarde, em uma apresentação mais detalhada dos diferentes indicadores.

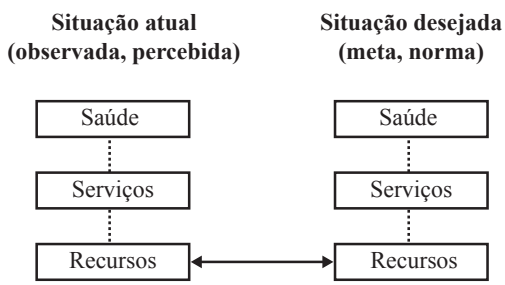
Pode se tratar, igualmente, das necessidades de serviços não atendidos, conforme ilustra a figura 1.7. Por exemplo, em termos de população, pode-se observar uma utilização de serviços mais debilitados em uma região que em outras regiões comparáveis.

FIGURA 1.7 – Necessidades de serviços não atendidas



Sobre o plano dos indivíduos, conforme revelam as pesquisas realizadas junto aos usuários dos cuidados à saúde, eles podem expressar necessidades de serviços não atendidos respondendo a uma pergunta do tipo: "Ao longo dos últimos 12 meses, você sentiu a necessidade de consultar um médico sem ter consultado?" Evidentemente, os motivos da ausência de procura dos serviços são importantes de explorar, a fim de verificar se tratam de limitações, em termos de organização do sistema, ou de fatores próprios dos indivíduos, os quais podem ter limitado seu acesso aos serviços.

FIGURA 1.8 – Necessidades de recursos não atendidas



Finalmente, as necessidades não atendidas podem se aplicar aos recursos. Novamente, a comparação é realizada entre a situação atual e um ponto de referência externa (figura 1.8). As medidas frequentemente encontradas são, por exemplo, o número de leitos de hospitais, de médicos, de profissionais da saúde ou de outros recursos a cada 100.000 habitantes. Sobre o plano dos indivíduos, encontramos menos aplicações para esse tipo de medida, embora a filiação a um médico de família seja, na verdade, um indicador de recursos. Essa medida pode aplicar-se tanto em nível individual (por exemplo: "Você possui um médico de família?") quanto em nível populacional (por exemplo: a proporção de indivíduos que possui um médico de família).

Indicadores das necessidades

De acordo com a lógica seguida até este ponto, os indicadores das necessidades podem referir-se à saúde, aos serviços ou aos recursos. Examinaremos, agora, cada uma dessas categorias de indicadores das necessidades.

Indicadores das necessidades de saúde[1]

Os indicadores de saúde referem-se à mortalidade, à morbidade, aos fatores de risco ou à incapacidade (PINEAULT e DAVELUY, 1995; PINEAULT e GOULET, 1995). Os indicadores de morbidade são expressos por meio das taxas de incidência e de prevalência das enfermidades. A taxa de prevalência é particularmente útil para medir a importância das enfermidades de evolução lenta e crônica. Os fatores de risco são estimados por meio de duas medidas: o risco relativo e o risco atribuível. O primeiro traduz a força da relação entre um fator de risco e uma enfermidade; o segundo estima a parte da causalidade atribuível a um fator de risco proporcionado por uma enfermidade. Pode-se, assim, avaliar os ganhos que resultariam da eliminação de um fator de risco. A mortalidade, embora, paradoxalmente, seja expressa em privação total e completa da saúde, permanece como o fenômeno mais utilizado no capítulo dos indicadores de saúde. A tabela 1.1 apresenta esses indicadores de saúde mais comuns. Podemos encontrar uma apresentação mais completa dos indicadores de saúde nas obras de J. M. Last (2000; 2007).

1. Esta seção foi adaptada de Pineault e Daveluy (1995, p. 127-159).

TABELA 1.1 – Principais indicadores de saúde

Indicador	**Medida**	
Taxa bruta de mortalidade	Número de óbitos durante o ano	x 1.000
	População no meio do ano	
Taxa de mortalidade específica de uma causa	Número de óbitos devido a esta causa durante o ano	x 1.000
	População no meio do ano	
Taxa de mortalidade específica de acordo com a idade	Número de óbitos nesta faixa etária durante o ano	x 1.000
	População nesta faixa etária no meio do ano	
Taxa de letalidade	Número de óbitos por determinada enfermidade durante um período de tempo	x 100
	Número de casos desta enfermidade durante o referido período	
Taxa de mortalidade materna	Número de óbitos do sexo feminino por causas puerperais durante o ano	x 100.000
	Número de nascidos vivos durante o ano	
Taxa de mortalidade infantil	Número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade durante o ano	x 1.000
	Número de nascidos vivos durante o ano	
Taxa de mortalidade neonatal	Número de óbitos de crianças com 0 a 27 dias de idade durante o ano	x 100
	Número de nascidos vivos durante o ano	
Taxa de mortalidade perinatal	Número de natimortos (28 semanas ou + de gestação) + Número de óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias de idade) durante o ano	x 1.000
	Número de nascidos vivos + Número de natimortos	
Expectativa de vida	Número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver a partir de uma determinada idade, caso as taxas de mortalidade específicas de acordo com a idade permaneçam as mesmas ao longo da duração de sua vida	
Anos potenciais de vida perdidos	Número de anos de vida restantes (de acordo com uma referência, por exemplo: 75 anos) para cada óbito de acordo com a idade e por determinada causa de óbito	

Indicador	Medida	
Taxa de incidência	Número de novos casos de uma enfermidade durante um dado período	x 1.000
	População exposta	
Taxa de prevalência	Número de casos de uma enfermidade num dado momento	x 1.000
	População em estudo	
Risco relativo	Incidência nas pessoas expostas	
	Incidência nas pessoas não expostas	
Risco atribuível	Incidência nas pessoas expostas – Incidência na residência das pessoas não expostas	
Limitação das atividades	Proporção da população de 12 anos ou mais que possui uma limitação de atividade	

Há três tipos de taxa de mortalidade: as taxas brutas; as específicas; e as padronizadas. A taxa bruta de mortalidade corresponde ao número de óbitos ocorridos ao longo de um ano, em relação à população total no meio do mesmo ano. A taxa bruta de mortalidade descreve o fenômeno da mortalidade em uma dada população em termos reais, ou seja, sem levar em consideração a composição dessa população, conforme as diferentes características demográficas, tais como idade e gênero.

As taxas de mortalidade específicas possuem mais informações em relação a determinados grupos ou de determinadas causas de mortalidade. A taxa de mortalidade específica, de acordo com a causa do óbito é utilizada na determinação da importância dos problemas de saúde em um dado momento ou, ainda, na observação de sua evolução ao longo do tempo. A mais útil das taxas específicas de mortalidade é a taxa de acordo com a idade. A princípio, as causas de óbito variam consideravelmente em números, de acordo com os grupos etários. Em seguida, os programas de saúde pública foram tradicionalmente elaborados em função das populações-alvo correspondentes a faixas etárias precisas. Finalmente, as taxas de mortalidade específicas de acordo com a idade servem para o cálculo das taxas padronizadas. Retornaremos a esse assunto mais tarde.

Entre as taxas específicas de acordo com a idade, as mais úteis e mais utilizadas certamente são aquelas que tratam da mortalidade infantil e da mortalidade perinatal. A mortalidade infantil tem sido, tradicionalmente, indicador-chave para a saúde pública. Uma taxa elevada de mortalidade infantil reflete as deficiências nos planos do ambiente físico e socioeconômico, da nutrição, da educação ou dos cuidados à saúde de uma população. As taxas de mortalidade infantil e de mortalidade perinatal possuem indicadores sensíveis para avaliar a eficácia dos cuidados à saúde. Mesmo em um país industrializado, onde foi alcançado nível muito baixo, variações importantes persistem no interior desses países, refletindo as desigualdades de saúde entre diferentes subgrupos dessas populações.

O interesse principal das taxas específicas de acordo com a idade e o gênero reside em sua utilização para construir tabelas de mortalidade e, portanto, no cálculo da expectativa de vida. Uma tabela de mortalidade representa o histórico vivido instantaneamente por um grupo fictício de 100.000 recém-nascidos que seriam submetidos às condições atuais de mortalidade observadas para cada idade, ao longo do período ao qual a tabela se refere. Dessa forma, podemos determinar quantos anos, em média, os indivíduos de determinado grupo etário poderiam esperar viver caso estivessem sujeitos às condições de mortalidade que prevalecem nesse momento. A expectativa de vida no momento do nascimento é frequentemente utilizada para comparar as regiões ou os países entre si. Conforme mencionado acima, a vantagem desse indicador reside no fato de que ele constitui uma medida da mortalidade padronizada sobre a idade. Essas considerações introduzem o processo de padronização.

Padronização

Ao comparar diferentes unidades geográficas em relação às suas taxas brutas de mortalidade, as diferenças observadas nessas taxas podem ser devidas às variáveis mistas ou concomitantes, tais como a idade, o gênero, o nível socioeconômico ou qualquer outra variável que possa influenciar a mortalidade. A padronização das taxas revela-se ser, portanto, o procedimento a ser empregado, a fim de neutralizar os efeitos dessas variáveis mistas sobre as taxas estudadas. Abordamos este tema aqui, no capítulo sobre mortalidade, porque a padronização foi, acima de tudo, aplicada à mortalidade e, igualmente, porque nos referimos a este tema constantemente nas páginas a seguir. Existem dois métodos de aplicação: a padronização direta e a indireta (COLTON, 1974; SZKLO, 2007).

A título de exemplo, utilizaremos a taxa de mortalidade como um fenômeno observado e a idade como um fator de confundimento. No exemplo fictício mostrado na tabela 1.2, vimos que a taxa de mortalidade bruta da população A é mais elevada que a da população B. Pode-se dizer que a mortalidade é realmente mais elevada em A que em B? O leitor informado terá notado imediatamente que a população A é mais idosa que a população B (14% de pessoas com 65 anos de idade ou mais contra 8%). Ademais, as taxas de mortalidade específicas da população B são tanto mais elevadas quanto idênticas às da A.

TABELA 1.2 – Informações de populações fictícias

A. Informações básicas

	População A			População B		
Idade	**Número**	**Taxa de mortalidade**	**Número de óbitos**	**Número**	**Taxa de mortalidade**	**Número de óbitos**
0-14	x 16.000	1,0	16	20.000	2,0	40
15-64	70.000	3,0	210	72.000	3,0	216
65 ou +	14.000	8,0	112	8.000	8,5	68
Total	100.000	3,38	338	100.000	3,24	324

B. Cálculo da taxa de mortalidade padronizada, método direto (população de referência = A + B)

Idade	**População de referência A + B**	**Taxa de mortalidade de A (%)**	**Número de óbitos (A)**	**Taxa de mortalidade de B (%)**	**Número de óbitos (B)**
0-14	36.000	1,0	36	2,0	72
15-64	142.000	3,0	426	3,0	426
65 ou +	22.000	8,0	176	8,5	187
Total	200.000	3,19	638	3,42	685

A padronização direta consiste na aplicação das taxas específicas de cada uma das populações comparadas a uma população de referência comum, eliminando-se, dessa forma, o efeito da idade sobre as taxas de mortalidade. Em nosso exemplo, os resultados da padronização direta, ou seja, as taxas padronizadas de mortalidade, são consideravelmente diferentes das taxas brutas. Observamos, na população B, que a mortalidade é a mais elevada. Infelizmente, as taxas específicas de mortalidade não estão sempre disponíveis nos grupos comparados ou, ainda, os efetivos podem ser muito pequenos para estabelecer taxas estáveis e, portanto, confiáveis. Sendo assim, nesse caso, é preciso recorrer à padronização indireta.

TABELA 1.3 – Cálculo da taxa de mortalidade padronizada, método indireto

Idade	**População de referência Taxa específica de mortalidade (%)**	**População A**		**População B**	
		Número população	**Óbitos calculados**	**Número população**	**Óbitos calculados**
0-14	1,5	16.000	24	20.000	30
15-64	3,0	70.000	210	72.000	216
65 ou +	8,0	14.000	112	8.000	64
Total	3,17	100.000	346	100.000	310

Esse é, praticamente, o processo inverso a ser seguido na padronização indireta. Aqui, as taxas específicas de mortalidade de uma população de referência são aplicadas a cada grupo etário das populações comparadas. O número de casos de óbito calculados dessa forma é, em seguida, comparado com o número de casos observados. O resultado do cálculo é o índice comparativo de mortalidade, ou ICM (em inglês, *Standardized Mortality Ratio* ou SMR). Esse índice expressa a razão entre número de casos observados e o número de casos esperado ou calculado, o qual geralmente multiplicamos por 100. Em nosso exemplo, os índices comparativos de A e B são, respectivamente, 97,7% e 104,5% (tabela 1.3). Esses resultados significam que a população A possui mortalidade inferior à da população de referência, enquanto a população B, com essa estrutura de idade idêntica, tem uma mortalidade superior.

A partir dos índices comparativos de mortalidade, podemos calcular, igualmente, as taxas padronizadas, multiplicando a taxa bruta de mortalidade da população de referência pelos índices comparativos de cada população. Em nosso exemplo, essas taxas ajustadas seriam, respectivamente:
Taxa ajustada de A = 3,17 x 97,7% = 3,10.
Taxa ajustada de B = 3,17 x 104,5% = 3,31.

No exemplo apresentado, definimos uma população de referência e duas populações estudadas. Em diversas situações práticas, pode-se considerar uma das duas populações estudadas como a população de referência. Nesse caso, o índice comparativo corresponde a um risco relativo.

Conforme mencionado acima, a escolha entre o método direto ou indireto repousa sobre diversas considerações, principalmente, na confiabilidade que podemos atribuir às taxas específicas de mortalidade disponíveis. Para o gestor, os dois métodos apresentam um interesse. É preciso lembrar que os índices comparativos de mortalidade, obtidos pelo método indireto, fornecem uma medida útil na determinação das prioridades. Quanto mais elevado é o índice, maior se torna a prioridade de intervenção.

Indicadores de saúde como medidas de necessidade

Quando são empregados para estimar as necessidades, os indicadores de saúde devem cumprir, pelo menos, duas condições (PINEAULT e GOULET, 1995). Em primeiro lugar, eles devem ser sensíveis, ou seja, capazes de declarar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos e das populações; em segundo lugar, eles devem ser específicos, ou seja, possuir uma ligação estabelecida com os outros indicadores de serviços e de recursos. Caso contrário, as ações a serem adotadas para atingir uma meta ou um objetivo de saúde serão imprecisas e pouco válidas. Além dessas condições, a escolha dos indicadores de saúde recai sobre diversos outros critérios, tais como a disponibilidade de informações, os custos para obtê-las e sua pertinência (*ibid*).

Fontes de informação para os indicadores de saúde

As principais fontes de informação que servem para documentar os indicadores de saúde são os registros das enfermidades para a morbidade e os registros dos óbitos para

a mortalidade. As pesquisas são um complemento muito útil para documentar a morbidade, assim como os fatores de risco e de incapacidade. Em contrapartida, elas são mais onerosas que as buscas nos registros ou nos bancos de dados médico-administrativos.

Índices de saúde

Podem-se utilizar as informações de mais de um indicador para criar os "índices de saúde". Por exemplo, pode-se combinar a expectativa de vida com a restrição das atividades para criar uma medida de Expectativa de Vida em Boa Saúde (EVBS). A EVBS corresponde, portanto, à expectativa de vida total da qual é possível deduzir a expectativa de vida em instituição e a expectativa de vida com incapacidade (INSPQ, 2006). Esta é, portanto, uma medida de expectativa de vida sem incapacidade. Dessa forma, apesar de uma expectativa de vida mais longa para as mulheres que para os homens, essa diferença diminui muito quando se calcula a expectativa de vida sem incapacidade, pois, em geral, as mulheres tendem a apresentar uma limitação de atividades maior que os homens (PINEAULT e DAVELUY, 1995; INSPQ, 2006). Uma variante dessa medida é a Expectativa de Vida Ajustada pelo Estado de Saúde (EVAS). Esse índice é formado de acordo com o mesmo princípio de formação da EVBS, salvo pelo fato de que os resultados da pesquisa sobre saúde são utilizados para calcular o componente ajustado para a saúde. A EVAS corresponde, portanto, ao número de anos durante os quais uma pessoa pode esperar viver em um bom estado de saúde, na hipótese de que as taxas atuais de morbidade e de mortalidade por idade permaneçam constantes (INSPQ, 2006).

Indicadores das necessidades de serviços

Os indicadores de serviços referem-se à utilização dos diferentes serviços de saúde. Esses serviços podem ser classificados de acordo com seu local de produção (hospital, emergência, consultório médico, cuidados em domicílio) ou de acordo com o profissional que os presta (médicos, enfermeiros, farmacêuticos). É importante especificar o período de tempo ao longo do qual se estende a prestação dos serviços (por exemplo, um ano). Em caso de permanência no estabelecimento, a duração média da permanência é uma medida da duração do episódio dos cuidados hospitalares e constitui um indicador para estimar a produtividade e o desempenho. Retornaremos a esses indicadores no capítulo a seguir.

As principais fontes de obtenção das informações de utilização são os bancos de dados médico-administrativos, os quais compilam as diferentes informações de utilização (os serviços prestados pelos médicos e dentistas; os medicamentos e as hospitalizações).

O emprego das informações de utilização como indicadores de necessidade de serviços depende de determinados requisitos. O primeiro deles é que a utilização dos serviços seja apropriada. No caso em que determinados serviços prestados não consistem em medicamentos necessários ou úteis, as necessidades reais podem ser superestimadas. O segundo requisito é que uma utilização muito grande dos serviços signifique satisfação muito grande das necessidades. Agora, em alguns casos, é a situação contrá-

ria que se produz. Por exemplo, uma busca muito grande dos serviços de emergência em determinada região pode refletir necessidades não satisfeitas em relação à Atenção Primária à Saúde (APS). Finalmente, na interpretação das informações de utilização dos serviços, é preciso manter em mente as ligações que existem entre a utilização e a saúde. Por um lado, em que medida os serviços produzem a saúde e, por outro lado, qual a ligação entre a utilização dos serviços e os recursos aplicados para produzi-los? Retornaremos a essas questões nos capítulos seguintes.

Indicadores das necessidades de recursos

Os indicadores de recursos residem na disponibilidade dos diferentes recursos, humanos, físicos e financeiros. As principais fontes de informações são os arquivos administrativos dos estabelecimentos, das empresas profissionais, das agências regionais e dos ministérios. Esses indicadores são expressos, geralmente, pela quantidade de tipos diferentes de recursos (numerador) em relação à população de referência (denominador).

Como os recursos são mais distantes em relação à saúde que a utilização dos serviços, as considerações introduzidas acima sobre os serviços se aplicam igualmente aos recursos. É muito difícil estabelecer com precisão um limiar abaixo do qual a quantidade de um recurso se torna crítica e pode possuir efeitos negativos sobre a saúde das populações. Por esse motivo, os níveis de recursos, frequentemente expressos em termos de escassez ou de excesso de recursos, estão sujeitos a profundas controvérsias entre os agentes dos sistemas de saúde, pois sua validade e, mais precisamente, sua ligação com a saúde, não é sempre demonstrada.

Taxas brutas ou taxas padronizadas

Os indicadores das necessidades de saúde e de serviços são expressos em termos de taxas nas quais o numerador contém a informação sobre a saúde ou sobre os serviços, e o denominador contém a informação sobre a população. Dessa forma, é possível comparar de maneira mais eficaz as diferentes regiões entre si, pois o denominador é fixo. É preciso compreender, todavia, que essas comparações são imperfeitas, pois as taxas brutas de mortalidade, de morbidade ou de utilização contêm dois elementos: primeiro, o próprio fenômeno (mortalidade, morbidade etc.) e, em segundo lugar, o efeito das características de idade e de outras características das populações estudadas acerca do mesmo fenômeno. Como demonstramos anteriormente, a padronização neutraliza o efeito da idade ou de outros fatores de confundimento e reduz as taxas para a expressão do fenômeno de interesse isolado, seja a mortalidade, a morbidade ou a utilização.

O ponto importante a ser enfatizado aqui é que a taxa bruta é um indicador mais rico e mais realista para identificar as necessidades de uma população e para medir sua importância, pois ela leva em consideração tanto o fenômeno de interesse (por exemplo, mortalidade) quanto outras determinadas características sociodemográficas da população. De certo modo, esta taxa representa melhor a realidade que a taxa padronizada, cujo interesse consiste em, acima de tudo, ser uma medida mais específica

do fenômeno estudado (por exemplo, mortalidade) e, portanto, estimar a capacidade de nossas intervenções para influenciá-la. Observe que as características sociodemográficas permanecem menos sensíveis às alterações, pelo menos em curto prazo.

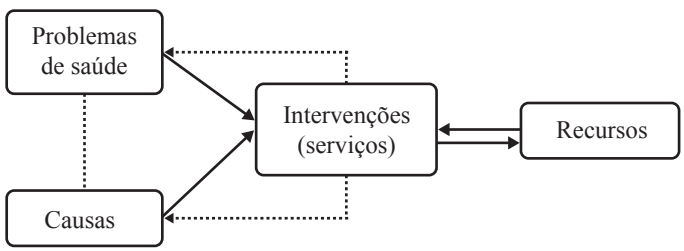
Determinação das prioridades

A análise das necessidades resulta necessariamente em ações a serem tomadas para satisfazê-las. Nem todas as necessidades podem ser satisfeitas ao mesmo tempo ou ao nível desejado, considerando as limitações diversas que existem no interior do sistema de saúde, principalmente as que estão relacionadas ao financiamento. Por essa razão, é importante determinar as prioridades para guiar as escolhas e orientar as decisões.

Priorizar o quê?

Conforme consta ilustrado no quadro de referências das figuras 1.1 e 1.2, o objeto da priorização pode ser a saúde, os serviços ou os recursos. Em outras palavras, o processo de priorização pode referir-se à análise dos problemas de saúde, de intervenção ou de ação a ser tomada para resolvê-los, ou, ainda, dos recursos a serem aplicados para realizar essas ações. A figura 1.9 representa as relações existentes entre estes três níveis, de acordo com um processo integrador cujo ponto de partida é o problema de saúde. Ela ilustra o fato de que as intervenções dos serviços devem ser acionadas para responder a um problema de saúde e que os recursos devem sustentar essas intervenções. Infelizmente, um processo de priorização como esse não é sempre possível e pode-se imaginar, facilmente, que tal rigor se aplique mais facilmente à priorização dos problemas de saúde que aos problemas de recursos. Este último está mais sujeito às considerações políticas ou, pelo menos, aos argumentos que se distanciam do rigor e das informações conclusivas. Retornaremos a esse assunto posteriormente.

FIGURA 1.9 – A priorização na saúde: priorizar o quê?



Priorizar para quem?

Até agora, a exposição sobre a priorização parece que privilegiou o nível populacional ou o nível do sistema de saúde, à custa do nível do indivíduo. Contudo, o processo aplica-se igualmente às organizações, aos profissionais e aos indivíduos. Recordemos que a importância atribuída aos critérios de estimativa pelos diferentes agentes do sistema de saúde é revestida de seus diferentes pontos de vista e preferências (*vide* a figura

1.4). Isso se aplica igualmente à determinação das prioridades. O indivíduo atribuirá importância maior aos problemas e ao desconforto que sente ou, ainda, à incapacidade que seus problemas causam, enquanto o profissional os julgará à luz dos conhecimentos biomédicos e científicos. Quanto ao gestor, seu julgamento e suas decisões serão, sobretudo, influenciadas pelas considerações de tipo administrativo e econômico.

TABELA 1.4 – Critérios para a determinação de uma prioridade de intervenção

- Importância do problema (problema prioritário);
- Capacidade de intervir com eficácia;
- Capacidade de realização (econômica, ética, cultural, organizacional, social, política etc.).

Pouco importa o nível visado para as decisões, as perguntas convenientes a serem feitas em relação à priorização são as seguintes:

- O problema é importante (necessidade de saúde)?
- As causas ou os determinantes do problema são conhecidos ou, pelo menos, as condições associadas a ele?
- Há meios de intervenção sobre essas causas ou determinantes de maneira eficaz (necessidade de serviços)?
- Finalmente, as intervenções propostas são passíveis de realização sobre o plano econômico, organizacional, político e ético (necessidade de recursos)?

Possuímos três critérios para determinar as prioridades de intervenção apresentadas na tabela 1.4, os quais correspondem às perguntas levantadas pelo processo de priorização.

Priorizar uma intervenção?

Com base em dois desses critérios, A. Donabedian propôs uma planilha muito útil e simples para estabelecer as prioridades de intervenção ou de pesquisa (tabela 1.5). O interesse dessa planilha reside no fato de que ela distingue esses dois tipos diferentes de ação: intervenção ou pesquisa. Isso é particularmente útil quando o problema de saúde é importante e quando, além disso, não há qualquer intervenção eficaz disponível.

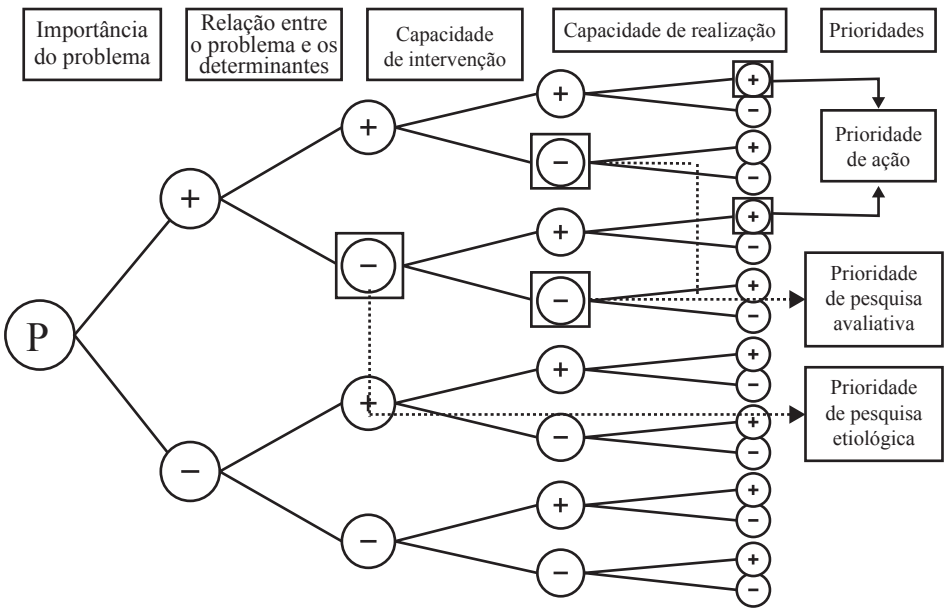
TABELA 1.5 – Estabelecimento das prioridades de intervenção ou de pesquisa de acordo com dois critérios

Importância do problema de saúde	Capacidade de intervenção eficaz	Priorização
Maior	Elevada	Prioridade 1 de intervenção
	Baixa	Prioridade 1 de pesquisa
Menor	Elevada	Prioridade 2 de intervenção
	Baixa	Prioridade 2 de pesquisa
		Prioridade baixa de intervenção

Adaptado de: DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973. p. 59.

Seguindo a mesma lógica, podemos juntar um terceiro critério, o da capacidade de realização, que diz respeito, especialmente, aos recursos e, dessa forma, propor uma árvore de decisão que integra esse critério aos de Donabedian (figura 1.10). O interesse dessa árvore de decisão consiste em, além de indicar as prioridades de intervenção, distinguir os tipos de pesquisa mais apropriados para o problema estudado.

FIGURA 1.10 – Árvore de decisão para formular as recomendações sobre as prioridades



Dessa forma, um problema julgado como importante e cujos determinantes são desconhecidos exige estudo etiológico. Além disso, quando a capacidade de intervir é desconhecida, uma pesquisa avaliativa pode ser útil para identificar quais intervenções

são eficazes. Finalmente, as intervenções cuja capacidade de realização são adquiridas e cuja eficácia foi demonstrada constituem as prioridade de intervenção.

* * *

A identificação das necessidades constitui o ponto de partida da análise do sistema de saúde e elas podem ser expressas em termos de saúde, de serviços ou de recursos. Os indicadores de saúde referem-se à mortalidade, à morbidade, aos fatores de risco e à incapacidade. Diferentes medidas são aplicadas a esses fenômenos, principalmente as taxas brutas, as taxas específicas e as taxas padronizadas. Seja sobre um plano individual ou de uma população, a necessidade expressa uma lacuna entre uma situação atual e uma situação desejada. Como as necessidades são múltiplas, mas os recursos limitados, somos obrigados a fazer escolhas e estabelecer as prioridades. Esta priorização pode conduzir ao julgamento de quais intervenções são prioritárias ou quais questões convêm ser exploradas para a pesquisa ou para os estudos de capacidade de realização.

EXERCÍCIOS

1. Retomada da padronização

Comparemos duas populações – A e B –, cujas estruturas de idade e de taxas de hospitalização são as seguintes:

Idade	Número	População A: taxa de hospitalização	Número	População B: taxa de hospitalização
0 - 39	50.000	90/1.000	30.000	100/1.000
40 - 59	30.000	140/1.000	30.000	140/1.000
+ 60	20.000	170/1.000	40.000	160/1.000
Total	100.000	121/1.000	100.000	136/1.000

1.1 Qual é o método mais apropriado, neste caso, para controlar o efeito que o número diferentes de habitantes por faixa etária entre essas duas populações pode ter sobre as informações de hospitalização?

1.2 Quais resultados você pode obter com este método, no caso presente, e como você os interpreta?

2. Expectativa de Vida em Boa Saúde

Duas regiões – A e B – possuem populações equivalentes em número (um milhão de indivíduos), possuem uma expectativa de vida em boa saúde (EVBS) no nascimento de 60 anos de idade para A e de 65 anos para B.

2.1 Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que a população de B é mais velha que a de A?

2.2 A partir dessas mesmas informações, você poderia dizer se a mortalidade é diferente entre essas duas regiões?

3. Indicadores do estado de saúde de uma população

Para medir o estado de saúde, recorremos a diferentes indicadores, incluindo os seguintes:

1. Expectativa de vida ao nascer.

2. Expectativa de vida em boa saúde.

3. Taxa de morbidade hospitalar.

4. Anos potenciais de vida perdidos pela mortalidade.

Indique, entre esses indicadores, qual responde melhor a cada um dos enunciados a seguir:

a) É uma medida padronizada apenas da mortalidade.

b) Serve, antes de tudo, para determinar quais problemas de saúde são prioritários, embora seja um indicador de mortalidade.

c) Medida tanto para a letalidade das enfermidades, quanto para as consequências sobre a autonomia dos indivíduos.

d) Tende a ser influenciado pelos mesmos fatores que determinam a utilização dos serviços.

e) Tende, geralmente, a favorecer as mulheres.

f) Agrega peso mais importante aos óbitos que ocorreram numa idade precoce.

4. Comparações entre regiões ou países

Diga se os indicadores a seguir permitem, ou não, comparar as regiões ou os países entre si, controlando o efeito que poderiam ter sobre as faixas etárias diferentes sobre esses indicadores.

	Sim	**Não**
4.1 Anos potenciais de vida perdidos a cada 100.000 habitantes		
4.2 Taxa de mortalidade infantil		
4.3 Expectativa de vida ao nascer		
4.4 Índice comparativo de mortalidade		
4.5 Taxa específica de mortalidade de acordo com a causa (ex.: doenças cardiovasculares, cânceres, traumatismos)		

5. Indicadores de necessidades

Identifique se os indicadores a seguir medem as necessidades de saúde, de serviços ou de recursos.

	Necessidades de		
	Saúde	**Serviços**	**Recursos**
5.1 Taxa de mortalidade infantil			
5.2 Expectativa de vida ao nascer			
5.3 Número de médicos a cada 100.000 habitantes			
5.4 Orçamento *per capita* atribuído a uma região			
5.5 Taxa de admissão ao hospital a cada 100.000 habitantes, por ano			
5.6 Número de consultas no consultório do clínico geral por pessoa, por ano			

5.7 A lacuna existente entre uma situação desejada em relação ao estado de saúde de um indivíduo ou de uma população e uma situação existente ou observada			
5.8 A escassez de médicos em determinado território			
5.9 A quantidade mais baixa de serviços prestados a uma população			
5.10 A qualidade deficiente dos serviços oferecidos em relação às normas profissionais estabelecidas			

6. Indicadores de saúde e prioridades

Suponhamos que haja duas enfermidades – A e B – que apresentam as seguintes características:

	A	B
Incidência (número de novos casos a cada 1.000 pessoas por ano)	5	2
Taxa de mortalidade a cada 1.000 pessoas enfermas, por ano	2	10
Idade média do falecido	1 ano	50 anos

6.1 A partir dessas informações, qual é, em sua opinião, o problema de saúde mais importante?

6.2 Você poderia, a partir dessas informações, decidir qual destas duas enfermidades é a mais prioritária em vista de uma ação preventiva?

7. Problema prioritário e prioridade de intervenção

7.1 Um problema de saúde prioritário constitui necessariamente uma prioridade de intervenção?

7.2 Em qual delas o índice comparativo de mortalidade é útil nesse caso?

8. Ponderação dos indicadores de prioridade

8.1 Em determinada região, as morbidades A, B e C ocupam as seguintes classificações em termos de importância, considerando que se utilize como indicador o número total de óbitos ou o número de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

Morbidade	Classificação	
	Número de óbitos	Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP)
A	2	3
B	1	2
C	3	1

Em que ordem você classificaria essas morbidades caso perguntassem a você quais são os problemas de saúde prioritários dessa região?

8.2 Ademais, em relação às outras regiões do país, os Índices Comparativos de Mortalidade (ICM) para as três morbidades são os seguintes:

A	1,5
B	1,1
C	1,7

Com base nessas informações e nas informações apresentadas na parte 8.1 do exercício, em que ordem você colocaria as três morbidades em termos de prioridade de intervenção?