CAPÍTULO 2

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

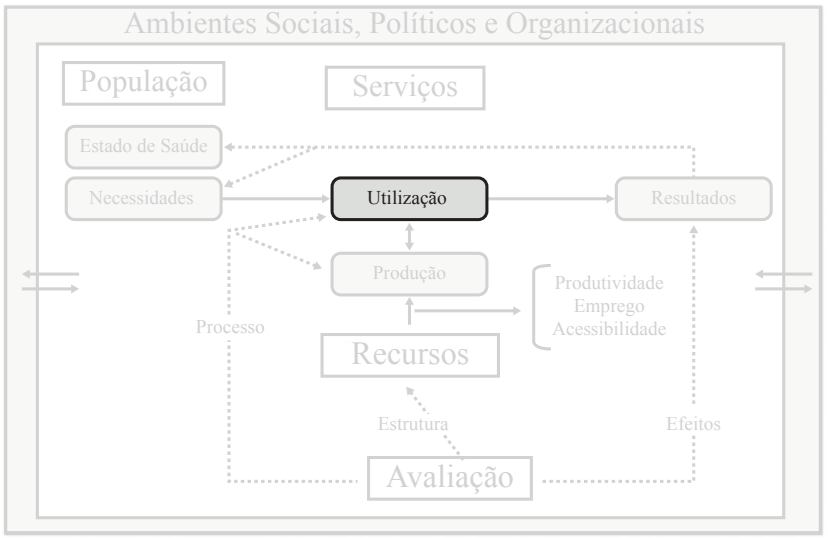
Objetivos do capítulo

7. Descrever o processo de utilização dos serviços de saúde.
8. Construir diferentes indicadores da utilização dos serviços de saúde.
9. Aplicar o modelo de Donabedian como quadro de referência para a análise da utilização dos serviços de saúde.
10. Estimar a influência dos diferentes fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde.
11. Definir a experiência de tratamento e identificar suas diferentes dimensões.

No capítulo anterior, vimos que a percepção de uma necessidade é o que conduz à busca dos serviços de saúde, isto é, à utilização dos serviços. Vimos, também, que a percepção de uma necessidade deixada sem utilização dos serviços gera uma necessidade não atendida, que pode ter consequências negativas sobre a saúde.

A utilização dos serviços é a resposta institucional a uma demanda expressa pelo indivíduo. Ela ocupa uma posição central no interior do sistema de saúde, conforme ilustra a figura 2.1. Ela é o resultado do processo de identificação das necessidades e visa à satisfação da necessidade ou ao alcance dos resultados. Conforme veremos nos capítulos seguintes, a utilização é análoga à produção de serviços e, consequentemente, está em estreita relação com os recursos, sua disponibilidade e sua oferta de serviços.

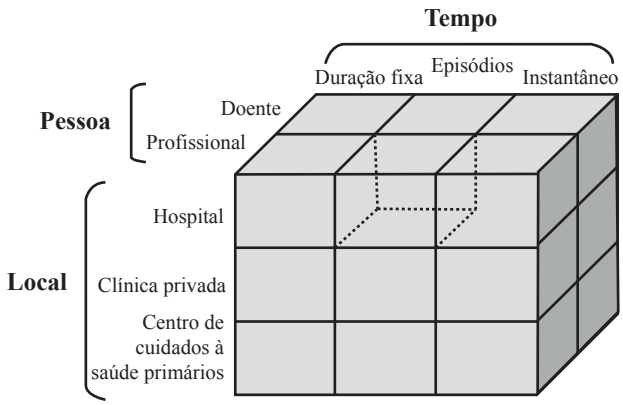
FIGURA 2.1 – O sistema de saúde: utilização dos serviços



Uma definição operacional

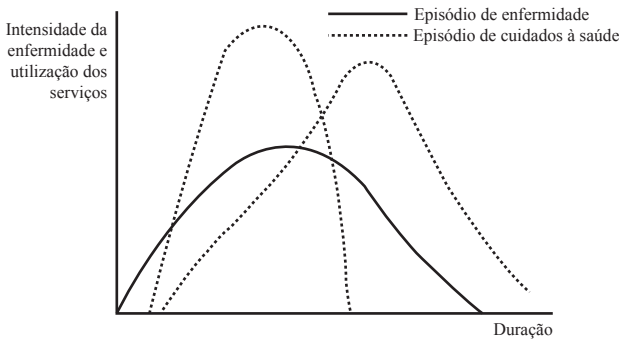
A utilização dos serviços é um processo complexo que se refere, também, aos comportamentos dos indivíduos que recebem os serviços e dos profissionais que os prestam em determinados contextos clínicos e organizacionais. De maneira operacional, podemos definir a utilização de acordo com os parâmetros a seguir: o tempo e a duração da utilização; a pessoa que recebe ou fornece o serviço; e o local onde os serviços são prestados.

FIGURA 2.2 – Parâmetros de utilização



Conforme vimos na figura 2.2, o tempo de utilização pode ser de duração variável. Independentemente do ponto no tempo, podemos calcular a prevalência dos usuários. A utilização pode, também, estender-se sobre um período de duração fixo, por exemplo, um mês ou um ano. Finalmente, a duração da utilização pode ser indeterminada e modulada de acordo com os episódios de cuidados à saúde. O episódio de cuidados à saúde corresponde a um conjunto de serviços prestados ao mesmo indivíduo que possui uma enfermidade precisa e se estende ao interior de um episódio de enfermidade (SOLON *et al.*, 1960). A duração do episódio de cuidados à saúde depende da evolução clínica da doença. Conforme mostra a figura 2.3, mesmo havendo proximidade entre o episódio de cuidados à saúde e o episódio da doença, a correspondência não é perfeita. O início do episódio de cuidados à saúde é, geralmente, deslocado no tempo em relação ao episódio de enfermidade, podendo terminar antes ou após o final do episódio de enfermidade.

FIGURA 2.3 – Episódio de enfermidade e episódio de cuidados à saúde



A utilização resulta do acompanhamento da pessoa que recebe um serviço e da pessoa que os fornece. Ela consiste, essencialmente, do encontro de uma enfermidade e

de um profissional. Evidentemente, os profissionais podem ser numerosos e, em certos casos, a atribuição dos serviços de forma precisa a um profissional em particular pode se provar difícil. Isto é verificado, particularmente, quando os serviços são prestados por equipes multidisciplinares.

Finalmente, o último parâmetro é o local onde o serviço é recebido ou fornecido. Pode-se tratar, por exemplo, de um hospital, de um consultório médico ou de uma sala de emergências. Conforme ilustra a figura 2.2, cada serviço recebido ou prestado pode-se aplicar a um caso caracterizado pelas especificações de cada um dos três parâmetros. Por exemplo, o número de hospitalizações a cada 100.000 habitantes por ano inclui os três parâmetros: indivíduos da população, hospital, um ano. O número de visitas médicas por indivíduo por ano inclui os indivíduos que consultam um ou mais médicos durante um ano. E assim por diante.

Medidas de utilização dos serviços

Entre as medidas de utilização mais frequentemente empregadas (tabela 2.1), distinguem-se dois elementos, tanto a população (mais precisamente, o número de pessoas) quanto o tempo, geralmente, um ano ou um episódio de enfermidade ou de cuidados à saúde.

TABELA 2.1 – Medidas de utilização mais comumente empregadas

Indicador	Numerador	Denominador	Tempo
Taxa de consultas médicas	Número de consultas a um médico conforme os diferentes tipos: • consulta inicial ou subsequente; • local (consultório, emergência, hospital); • duração da consulta.	pessoas	ano episódio
Taxa de intervenções cirúrgicas	Número de intervenções cirúrgicas	pessoas (a cada 1.000 ou 100.000)	ano
Taxas de exames diagnósticos	Número de exames diagnósticos (laboratoriais, radiologia)	pessoas (a cada 1.000) ou por consulta	ano episódio
Taxa de referência	Número de casos dirigidos a outro médico	número de casos atendidos em consulta	ano episódio
Taxa de hospitalização	Número de admissões ao/ou de saídas do hospital	pessoas (a cada 1.000 ou 100.000)	ano
Taxa de dias de hospitalização	Número de dias de hospitalização	pessoas (a cada 1.000 ou 100.000)	ano
Duração média de permanência	Número de dias de hospitalização	número de admissões ou de saídas	ano

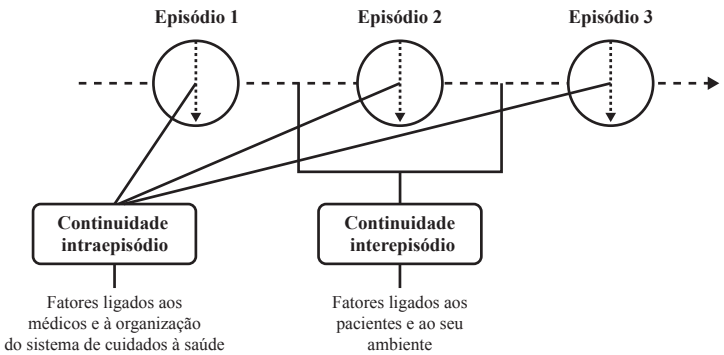
Adaptado de: Pineault e Daveluy (1995, p. 195).

É preciso retomar aqui o conceito de episódio, fundamental na análise da utilização. Conforme mencionado acima, no caso de uma enfermidade de evolução rápida, o episódio de enfermidade tem início em determinado momento, aumenta de intensidade e

termina na cura, no óbito ou na aparição de estados intermediários. No caso de enfermidades crônicas, o episódio persiste e varia de intensidade sem nunca realmente se terminar, até o óbito (PESCOSOLIDO, 1992). A figura 2.3 reproduz o episódio de uma enfermidade de evolução rápida com destino à cura.

O segundo conceito é o do episódio de cuidados à saúde que, de acordo com J. A. Solon *et al.* (1960), corresponde a um conjunto de serviços prestados que pode referir-se a um mesmo episódio de enfermidade. O conceito do episódio de cuidados à saúde é, então, particularmente útil para o estudo do comportamento do médico em relação à utilização dos serviços clínicos, diagnósticos e terapêuticos (HORNBROOK *et al.*, 1985; PINEAULT, 1985).

FIGURA 2.4 – Episódio de cuidados à saúde e continuidade



No caso de enfermidades que necessitam de uma hospitalização, o episódio de cuidados hospitalares é delimitado pelo tempo de hospitalização. O episódio de cuidados à saúde pode, entretanto, perdurar antes e após a permanência no hospital.

O episódio de cuidados à saúde é o elemento de base para o estudo da continuidade dos cuidados. De acordo com a representação da figura 2.4, a continuidade, definida como a prestação de serviços por um mesmo profissional ou por um mesmo grupo de profissionais, pode situar-se dentro de um mesmo episódio (PESCOSOLIDO, 1992). Trata-se da continuidade intraepisódio, a qual depende, em grande parte, dos comportamentos e das decisões do profissional. Entre os episódios, o indivíduo pode escolher mudar de profissional e, nesse caso, as rupturas na continuidade interepisódio devem-se mais às decisões dos indivíduos.

Outro interesse do episódio de cuidados à saúde é o de permitir a distinção de perfis diferentes entre os usuários dos serviços, de acordo com a frequência de utilização e com o número de episódios de cuidados à saúde (BÉLAND *et al.*, 1989). Dessa forma, conforme mostra a figura 2.5, grande utilização pode resultar em um número variável de episódios de cuidados à saúde. Um único episódio de uma enfermidade grave (2I) pode explicar, por si só, uma utilização elevada de serviços, assim como uma frequên-

cia elevada de episódios de cuidados à saúde de menor intensidade, para as enfermidades menos graves (I). É provável que a utilização excessiva dos serviços encontre-se mais nessa última categoria e é nela que devemos, sobretudo, nos focar para reduzir a utilização dos serviços desnecessários.

FIGURA 2.5 – Tipologia dos usuários de serviços de saúde de acordo com a frequência de utilização e com o número de episódios durante um período de tempo definido

		Utilização	
		Grande	Baixa
Número de episódios	Elevada	I	II
	Baixa	III	IV

Adaptado de: Béland *et al.* (1989).

Fontes de informações

As estatísticas sobre a utilização dos serviços, além de especificar a unidade de tempo de observação, são distribuídas por tipos de serviço, idade, gênero, situação socioeconômica, diagnóstico e qualquer outra característica social ou de saúde das pessoas que utilizam os serviços de saúde. As informações mais frequentemente utilizadas são, evidentemente, aquelas que se referem aos cuidados hospitalares, pois estão mais facilmente disponíveis. De modo geral, as fontes principais das informações são os bancos de dados médico-administrativos (BORGÈS DA SILVA *et al.*, 2011). As pesquisas fornecem informações complementares muito úteis, mas reportam a opinião dos usuários, com todos os limites e vantagens que podem comportar. Retornaremos a esse ponto posteriormente.

Determinantes da utilização dos serviços

Conforme mencionado no início deste capítulo, o processo de utilização dos serviços resulta da interação entre dois comportamentos: o do indivíduo, que inicia um processo de busca aos cuidados à saúde; e o do profissional da saúde, que orienta a enfermidade no sistema de cuidados à saúde. Dessa forma, determinadas variáveis de utilização dizem respeito mais ao comportamento do indivíduo que solicita os cuidados, enquanto outras dizem respeito ao profissional de saúde. Pode-se, dessa forma, classificar as variáveis de utilização da seguinte maneira:

Utilização dos serviços solicitados pelo indivíduo:

- em resposta a uma morbidade percebida (por exemplo, consulta devido a sintomas, dores, enfermidades...);
- em resposta a uma morbidade esperada (por exemplo, mamografia de uma mulher de 45 anos que possui antecedentes familiares de câncer de mama).

Utilização dos serviços em grande parte controlada pelo profissional (o médico):

- em resposta a uma morbidade diagnóstica:
  - em relação à qual o paciente faz uma consulta (confirmação médica de uma morbidade percebida);
  - a qual foi descoberta de maneira acidental pelo médico (morbidade não percebida e não reconhecida pelo indivíduo) por ocasião de uma visita de rotina ou de uma consulta por outro motivo (por exemplo, a descoberta de uma hipertensão arterial ou de diabetes);
- em resposta a uma morbidade prevista pelo médico, mas não percebida nem prevista pelo indivíduo (exames prescritos pelo médico devido ao risco individual incorrido pelo paciente; por exemplo, uma radiografia pulmonar de um fumante habitual, uma glicemia ou perfil lipídico de um obeso etc.).

O interesse dessa tipologia consiste em permitir a relação específica de um comportamento de utilização a um fator determinante. Dessa forma, conforme mencionado acima, a decisão da primeira consulta dentro de um episódio de cuidados à saúde recai sobre o indivíduo. O processo de utilização, mensurado pela primeira visita ou pelo número de episódios, remete-se às características dos próprios indivíduos. Em seguida, todas as visitas posteriores e, mais particularmente, a prescrição de exames diagnósticos e de medicamentos referem-se aos comportamentos do profissional da saúde. As características deste podem, portanto, influenciar essa porção da utilização dos serviços. Evidentemente, existe uma interação entre as características dos indivíduos (por exemplo, nível socioeconômico) e as dos profissionais da saúde (por exemplo, origem social). Esta interação pode influenciar tanto os comportamentos dos indivíduos quanto os dos profissionais na utilização dos cuidados à saúde.

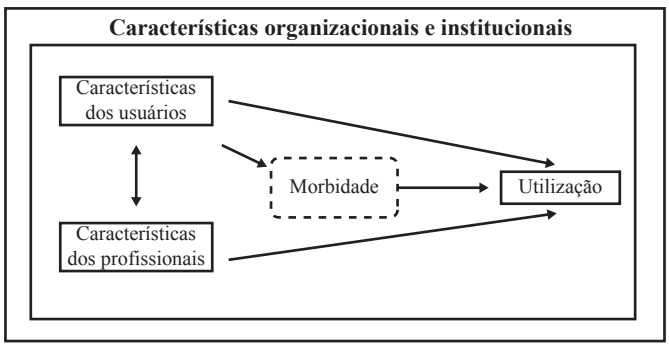
A distinção entre cuidados e serviços auxilia no esclarecimento da função respectiva do indivíduo e do profissional no mecanismo de utilização. O indivíduo demanda e utiliza os cuidados à saúde. O médico prescreve os serviços. Em outras palavras, os cuidados representam um conjunto de serviços prescritos pelo médico e que o indivíduo aceita ou não utilizar: esta é a observação.

As principais categorias dos fatores que determinam a utilização dos serviços de saúde constam apresentadas na tabela 2.2. As relações entre estes fatores referentes à utilização constam ilustradas na figura 2.6. Evidentemente, a natureza da morbidade apresentada pelo indivíduo ou por um grupo de indivíduos consiste no determinante central da utilização. Por esse motivo é importante sempre considerar essa variável nas comparações entre os estabelecimentos (*case mix*). Em seguida, as características dos indivíduos e dos profissionais interferem na utilização, seja de forma direta ou em interação, conforme destacamos acima. Finalmente, as características das organizações que fornecem os serviços e o quadro institucional no qual elas se encontram influenciam igualmente a utilização dos serviços.

TABELA 2.2 – Determinantes da utilização dos serviços de saúde

1	**- Natureza da morbidade** - gravidade; - emergência.
2	**- Características dos usuários** - demográficas e geográficas (idade, gênero, região); - socioeconômicas e culturais (educação, renda, idioma, etnia); - psicossociais (posturas, valores).
3	**- Características dos profissionais** - idade, gênero; - número de anos transcorridos desde a obtenção do título de graduação; - especialidade; - características psicossociais; - meios de formação.
4	**- Fatores organizacionais** - prática individual *vs* em grupo; - hospital (tamanho, % de especialistas etc.); - modo de remuneração.
5	**- Fatores institucionais** - regime de seguro de saúde; - quadro regente do exercício das práticas profissionais (legislações e regulamentações); - quantidade e tipo de recursos presentes.

FIGURA 2.6 – Determinantes da utilização dos serviços de saúde



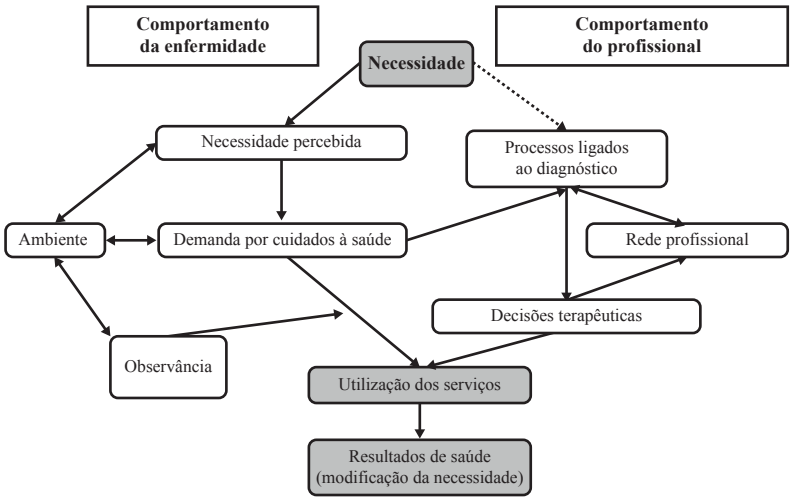
Muitos modelos foram propostos por diferentes autores para explicar o processo de utilização. Nesses modelos, encontramos, em graus variados, as categorias de determinantes de utilização apresentadas na tabela 2.2 e na figura 2.6. Os mais conhecidos são, sem dúvida, os que foram propostos por A. Donabedian (1973) e por R. Andersen e J. F. Newman (1973) (*vide*, também, ANDERSEN, 1995).

O modelo de Donabedian é o mais próximo do processo que propusemos neste capítulo. A figura 2.7 mostra que a utilização resulta de duas cadeias de comportamentos: a do indivíduo, que recorreu aos cuidados à saúde; e a do profissional, que os prestou. Vimos, ainda, a influência que o ambiente exerce sobre os mecanismos de tomada de

decisão do indivíduo e os da rede profissional sobre as decisões diagnósticas e terapêuticas do médico. A figura 2.8 apresenta o modelo de Donabedian em uma escala reduzida e sintética, bem como o contexto no qual esses processos evoluem. As características do contexto consistem tanto no ambiente organizacional imediato, no qual os cuidados são prestados, quanto no ambiente mais amplo constituído pelo sistema de saúde como um todo.

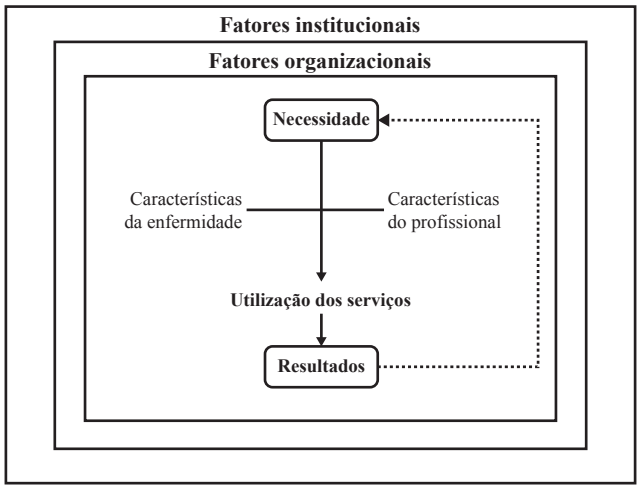
O outro modelo mais conhecido para explicar a utilização dos serviços de saúde – o de R. Andersen e J. F. Newman (1973) (*vide* a figura 2.9) – classifica em três categorias os diferentes determinantes de utilização apresentados na tabela 2.2: os fatores de predisposição correspondentes às características dos indivíduos (idade, gênero, nível socioeconômico); os fatores de capacidade representam as características do sistema de cuidados à saúde e, principalmente, os fatores relacionados à acessibilidade; finalmente, os fatores de necessidades são definidos pelo estado de saúde dos indivíduos, por seus estados de morbidade, pelos fatores de risco e pela incapacidade.

FIGURA 2.7 – O processo de utilização segundo Donabedian



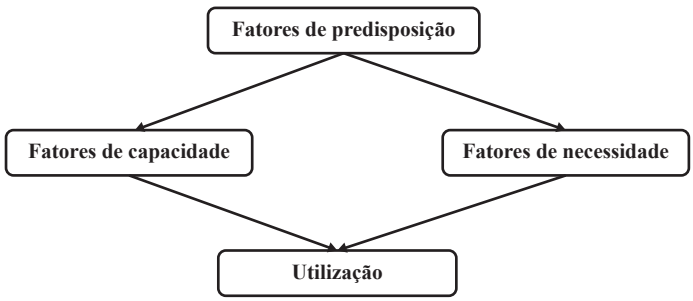
Adaptado de: DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973. p. 59.

FIGURA 2.8 – Os determinantes da utilização segundo Donabedian



Adaptado de: Donabedian (1973, p. 60).

FIGURA 2.9 – Modelo comportamental de utilização dos serviços de saúde de Andersen e Newman



Apesar de sua grande popularidade, o modelo de Andersen e Newman foi intensamente criticado por autores que juntaram ou integraram a ele diversos componentes para constituir modelos mais completos (PESCOSOLIDO, 1992). Estas críticas suscitaram, de qualquer forma, uma réplica da parte de Andersen (1995). Em resumo, a finalidade de todos os modelos consiste em poder explicar e predizer a utilização dos serviços de saúde. Uma literatura abundante sobre o assunto encontra-se disponível, mas uma revisão sobre ela ultrapassaria o escopo deste livro (KASPER, 2000; EISENBERG, 2002).

Na tabela 2.3, encontraremos uma recapitulação dos efeitos que os principais fatores possuem sobre a utilização dos serviços. Dessa forma, quanto mais grave a morbidade, mais frequente e mais intensa será a utilização. A utilização aumenta, igualmente, com a idade. As mulheres, por um lado, utilizam mais os serviços de saúde em comparação aos homens, mas essa utilização mais frequente é explicada, em grande parte, pela

gravidez e pelo parto. O nível socioeconômico influencia igualmente a utilização: os mais desfavorecidos, apesar de serem frequentemente mais numerosos em relação às enfermidades, possuem acessibilidade financeira reduzida e, na ausência de um regime de seguro de doença universal, utilizam menos os serviços de saúde. No que diz respeito às características dos médicos, quanto maior a importância de seu número, mais a utilização se eleva. Sendo iguais as demais condições, os especialistas geram uma utilização maior dos serviços e, mais frequentemente, dos serviços mais onerosos. A influência da formação médica sobre a utilização não é clara. De fato, a formação recebida em centros muito especializados poderia acarretar utilização maior dos recursos, particularmente das tecnologias. Em contrapartida, uma experiência maior, adquirida por uma formação melhor, pode garantir a utilização mais consistente dos serviços e, consequentemente, no total, reduzir a utilização.

TABELA 2.3 – Tabela recapitulativa dos efeitos de determinados fatores sobre a utilização

Determinantes	**Efeito provável**
1 – Natureza da morbidade	
• incidência, prevalência, gravidade, emergência +.	+
2 – Características do indivíduo	
• idade +;	+
• gênero (F vs M);	+
• socioeconômico.	+ -
3 – Características ligadas aos profissionais	
• número +;	+
• especialização +;	+
• formação;	+ -
• idade.	- +
4 – Organização da prática médica	
• remuneração por procedimento *vs* salário;	+
• remuneração por capitação *vs* por procedimento;	-
• prática em grupo *vs* individual.	- +
5 – Fatores institucionais	
• seguro de doença universal;	+
• quantidade de recursos;	+
• modo de pagamento dos recursos:	
- orçamento global;	- +
- pagamento por caso e episódio;	-
- pagamento por capitação;	-
- pagamento por serviço prestado e por item.	+

+ Utilização mais elevada
- utilização mais baixa

Do ponto de vista da organização da prática médica, fica entendido que a remuneração por procedimento aumenta a utilização dos serviços em comparação aos outros modos de remuneração, principalmente a capitação e o modo salarial. Quanto ao gê-

nero da prática, individual ou em grupo, ele influencia igualmente a utilização dos serviços. Geralmente, a prática em grupo favorece uma utilização mais parcimoniosa dos serviços, mas isso depende das normas que prevalecem no grupo. É certo que a prática em grupo favorece a aplicação de diretrizes e uma visibilidade maior da prática individual pelos pares. Estes dois fatores contribuem, provavelmente, com uma utilização mais consistente dos serviços.

Entre as características institucionais, a presença de um regime de seguro de doença universal aumenta a utilização, sobretudo, dos menos afortunados. A quantidade de recursos também é determinante: quanto mais houver recursos, maior será a utilização, acarretando até mais frequentemente utilização excessiva dos serviços não medicamente necessários. Ademais, devido a esses incentivos que ele contém, o modo de pagamento influencia igualmente a utilização. Por exemplo, o orçamento global concedido aos estabelecimentos tende a reduzir a utilização, pelo menos o número de admissões, pois sua renda não é ligada ao número de serviços prestados. Por outro lado, esse modo de pagamento favorece uma permanência mais longa dos pacientes. De forma contrária, o modo de pagamento por episódio, ao qual denominamos precificação da atividade na França, encoraja permanências mais curtas. Finalmente, o modo de reembolso para cada um dos serviços ou dos procedimentos prestados é o que mais encoraja a utilização dos serviços. Retornaremos a esse ponto no próximo capítulo.

A dificuldade principal encontrada no estudo dos determinantes da utilização dos serviços consiste em identificar os efeitos específicos de cada um deles. Observemos o exemplo do nível socioeconômico. Sabe-se que o nível socioeconômico mais baixo de um indivíduo está associado a um pior estado de saúde e, portanto, a necessidades maiores. Devemos, portanto, observar uma utilização bem maior dos serviços pelas pessoas menos favorecidas, quando as necessidades são igualitariamente atendidas. Agora, as barreiras financeiras implicam a redução ao acesso aos cuidados à saúde das pessoas menos favorecidas sobre o plano socioeconômico. O resultado disso é, provavelmente, uma utilização dos serviços mais baixa pelos menos favorecidos. Precisamente, é o obstáculo financeiro que tende a reduzir um programa de seguro de saúde universal. As figuras 2.10 e 2.11 ilustram, com um exemplo hipotético, quais são as relações entre a utilização dos serviços e o nível socioeconômico, conforme exista ou não um regime de seguro de saúde universal. Pode-se notar que a lacuna entre a utilização necessária e a utilização efetiva, correspondente às necessidades não atendidas, é maior para os menos favorecidos em comparação aos mais abonados. Essa diferença não é, em todo caso, completamente eliminada pela presença de um regime de seguro de saúde universal. Na ausência do seguro de saúde, a lacuna de acordo com os níveis socioeconômicos é ainda maior, e observamos que os mais pobres, apesar de possuírem necessidades muito maiores, utilizam menos os serviços de saúde que os mais ricos.

FIGURA 2.10 – Relação entre o nível socioeconômico e a utilização num regime de seguro de saúde universal

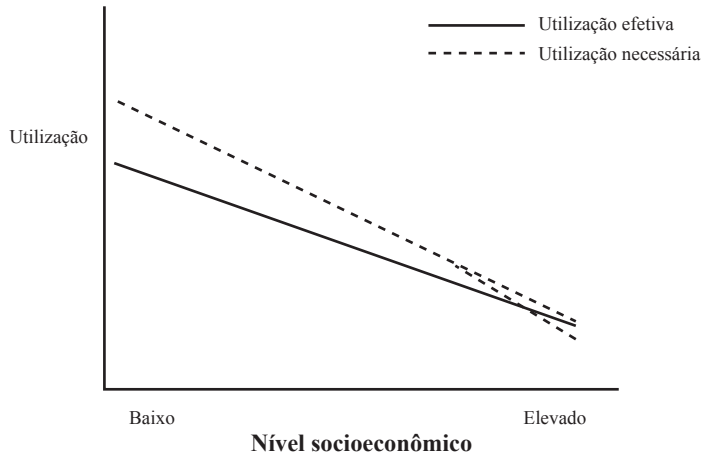
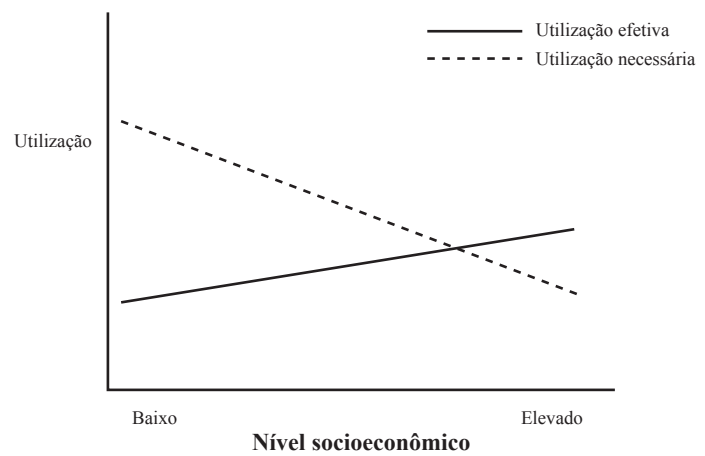


FIGURA 2.11 – Relação entre o nível socioeconômico e a utilização na ausência de um regime de seguro de saúde universal



Utilização relatada pelo usuário dos serviços: a experiência com os cuidados à saúde

No início do capítulo, mencionamos que a utilização pode ser definida pelo profissional que presta os serviços, mas também pelo indivíduo que os recebe. O ponto de vista profissional, mais fundado na morbidade diagnóstica, é documentado nos bancos de dados médico-administrativos, enquanto o ponto de vista dos usuários dos serviços, fundados na morbidade percebida, é mais considerado nas enquetes. O usuário dos serviços possui, claramente, uma visão subjetiva de sua utilização. Sua percepção da maneira como os serviços são prestados corresponde ao que os autores denominam experiência com os cuidados à saúde.

A experiência com os cuidados à saúde reflete o julgamento subjetivo do indivíduo. Consequentemente, a validade desse julgamento pode variar de acordo com os elementos particulares dos cuidados que são objeto da estimativa. Dessa forma, o ponto de vista do usuário é particularmente pertinente para avaliar os aspectos não clínicos dos cuidados à saúde, enquanto, para os aspectos estritamente clínicos, seu ponto de vista, sem tomar como base os critérios científicos, pode se revelar muito diferente daquele do profissional. De qualquer forma, esse julgamento realizado pelo indivíduo sobre sua experiência com os cuidados à saúde é importante, pois ele determina outros comportamentos, principalmente a observância do indivíduo às diretrizes do profissional.

A experiência com os cuidados à saúde refere-se à continuidade dos serviços recebidos por um indivíduo em sua relação com o sistema de cuidados à saúde (SAFRAN, 2003). Ela pode ser geral e cobrir o conjunto dos serviços recebidos durante um período de tempo determinado ou ser mais específica e se limitar ao último contato com o sistema de cuidados à saúde. Ela pode, ainda, referir-se a um nível de cuidados, por exemplo, os cuidados recebidos durante uma hospitalização ou os cuidados prestados pelos médicos especializados ou generalistas. A experiência com os cuidados à saúde foi aplicada, particularmente, ao estudo dos serviços de primeira linha, a fim de estimar os serviços prestados por uma fonte regular de cuidados à saúde (BROWNE *et al.*, 2010; ICIS, 2009; HAGGERTY *et al.*, 2008).

As principais dimensões da experiência com os cuidados à saúde são a acessibilidade, a continuidade, a reatividade, a globalidade e os resultados dos cuidados à saúde (HAGGERTY *et al.*, 2007; PINEAULT *et al.*, 2008). A acessibilidade refere-se à facilidade de utilização dos serviços pelas pessoas, considerando as barreiras geográficas, organizacionais, econômicas ou culturais da utilização. A continuidade possui diversos aspectos. Ela pode descrever o fenômeno de fluidez e de ausência de ruptura em uma sequência temporal, ao longo da qual diversos serviços são prestados. É também o aspecto relacional da continuidade, que reflete determinada longitudinalidade na relação entre o paciente e o profissional. Quanto à continuidade informacional, ela está ligada à informação sobre o percurso do paciente que recebe os serviços de múltiplas fontes. Finalmente, a continuidade de coordenação estima o grau de coesão entre os serviços prestados pelos diferentes profissionais ou pelos locais frequentados pelo paciente (HAGGERTY *et al.*, 2003). A reatividade consiste na resposta às expectativas legítimas dos indivíduos no que diz respeito aos aspectos que não as técnicas e clínicas dos cuidados à saúde. A reatividade apresenta dois componentes principais: o respeito às pessoas e a atenção prestada ao paciente (LEVESQUE, PINEAULT *et al.*, 2010). A globalidade estima a resposta do profissional e de sua organização em relação ao conjunto de necessidades dos serviços de saúde necessários (STARFIELD, 1998). Os resultados dos cuidados à saúde descrevem os efeitos ou as consequências dos serviços sobre a saúde das pessoas (PINEAULT *et al.*, 2008).

A informação coletada sobre a experiência com os cuidados à saúde provém, geralmente, de enquetes e reflete, portanto, o ponto de vista do usuário sobre os serviços

recebidos (SAFRAN, 2003). Frequentemente, essas enquetes são associadas aos estudos sobre a qualidade percebida ou sobre a satisfação. Contudo, a experiência com os cuidados à saúde, embora possua uma ligação com a satisfação dos pacientes, distingue-se: o paciente testemunha sua experiência, sem considerar o fato de que essa experiência pode ter proporcionado ou não satisfação a ele. Nesse sentido, exceto pelos resultados percebidos, a experiência com os cuidados à saúde informa sobre o processo dos cuidados à saúde, enquanto a satisfação é mais uma medição dos resultados.

* * *

Neste capítulo, tratamos sobre a utilização dos serviços de saúde em resposta às necessidades expressas pelos indivíduos ou a nível da população. A definição do processo de utilização nos levou a especificar seu desenvolvimento no tempo e no agrupamento dos serviços dentro de um episódio de cuidados à saúde. A utilização dos serviços é um processo resultante do encontro de duas perspectivas, a do paciente, que inicia o processo, e a do profissional, que orienta o paciente, em seguida, na complexa rede de serviços de saúde. Essa perspectiva é adotada no modelo dos determinantes de utilização de Donabedian. Entre os fatores que influenciam a utilização, um grau maior de gravidade ou de emergência de uma enfermidade e o nível socioeconômico dos indivíduos, sua idade e seu gênero (F *vs* M) influenciam o aumento da utilização dos serviços. Além disso, as características dos profissionais, da organização de sua prática, e mesmo dos modos de remuneração dos médicos e de reembolso dos estabelecimentos comportam incentivos que influenciam a utilização. Finalmente, o ponto de vista do paciente é mais considerado para a experiência com os cuidados à saúde, conforme documentado pelas enquetes junto aos usuários dos serviços.

EXERCÍCIOS

1. Indicadores de utilização dos serviços

A utilização dos serviços médicos pode ser mensurada por diversos indicadores, principalmente:

a) o número dos diferentes procedimentos médicos aplicados;

b) o número de consultas junto aos médicos;

c) o número de episódios de cuidados à saúde;

d) o valor monetário dos serviços médicos prestados.

Em sua opinião, qual destes indicadores é o mais apropriado para:

1.1 Estimar o comportamento dos indivíduos em face da utilização dos serviços.

1.2 Mensurar a parte dos serviços médicos nas despesas de saúde.

1.3 Estimar o comportamento dos médicos em face de uma demanda de cuidados à saúde.

1.4 Conhecer o nível de medicalização da comunidade.

2. Utilização dos serviços: distribuição por faixa etária da população

Duas populações equivalentes em número (um milhão de habitantes) e com acesso, da mesma forma, a todos os serviços de saúde necessários possuem as seguintes características:

Proporção de	**Pop. A (%)**	**Pop. B (%)**
0-1 ano	3	2
2-14 anos	30	25
15-64 anos	60	60
65 anos ou +	7	13
Mulheres de 14 a 49 anos	30	20

Além disso, essas duas populações possuem taxas de mortalidade específicas por faixa etária e por gênero idênticas.

Qual das populações deve possuir:

2.1 A taxa de admissão nos centros hospitalares de cuidados à saúde de curta duração mais baixa (excluindo os partos)?

2.2 O número mais elevado de cesariana?

2.3 A taxa média de permanência nos centros hospitalares de cuidados à saúde de curta duração mais baixa?

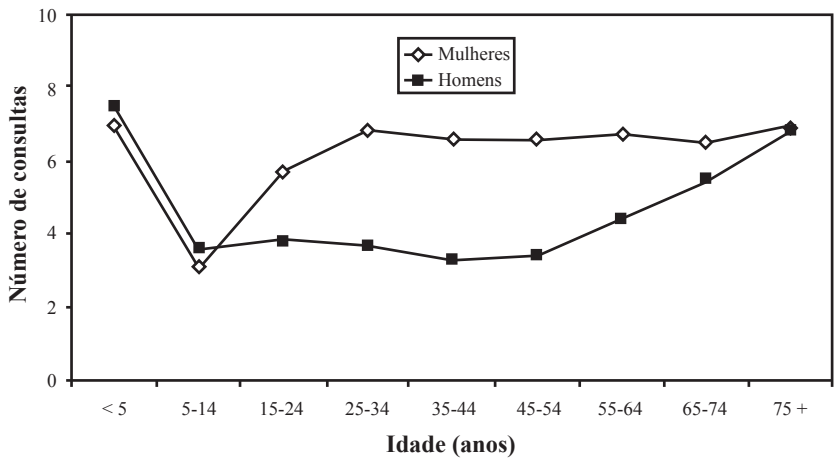
2.4 A taxa bruta de mortalidade mais elevada?

2.5 A taxa padronizada de mortalidade de mulheres de 14 a 49 anos mais baixa?

3. Utilização dos serviços: diferenças de acordo com o gênero e a idade

No esquema a seguir, como você interpretaria as diferenças entre os homens e as mulheres?

FIGURA 2.12 – Número de consultas médicas por pessoa, por ano (fora do hospital), de acordo com a idade e o gênero



4. Utilização dos serviços: efeitos de uma diminuição dos recursos

Uma região que possui uma população de 200.000 habitantes dispõe de um hospital de cuidados à saúde de curta duração com 500 leitos. Tiremos 100 leitos desse hospital. Supondo-se que essa população é cativa, ou seja, que ela não pode obter recursos a esses serviços fora desta região, indique qual será o efeito desta medida sobre os indicadores a seguir para o hospital em questão.

Indicadores	Diminui	Aumenta
4.1 Duração média de permanência;		
4.2 Taxa de ocupação;		
4.3 % de admissões à cirurgia em relação a todas as admissões;		
4.4 % de admissões de emergência em relação ao conjunto de admissões.		

5. Utilização dos serviços: efeitos sobre os recursos

Três regiões que possuem uma população equivalente em número possuem recursos globais suficientes e, além disso, possuem estados de saúde similares. O que os diferen-

cia é unicamente o número de médicos a cada 10.000 habitantes e o número de leitos de hospital de cuidados à saúde de curta duração a cada 1.000 habitantes.

	Regiões		
	A	**B**	**C**
Número de médicos a cada 10.000 habitantes	60	100	100
Número de leitos de hospital a cada 1.000 habitantes	5	3	5
Em que região:			
5.1 O número de exames médicos realizados aos pacientes não hospitalizados deve ser maior?			
5.2 A duração média de permanência dos pacientes hospitalizados deve ser a mais longa?			
5.3 O número de admissões ao hospital deve ser o mais baixo?			

Observação: Nem todas as regiões precisam ser necessariamente representadas em suas respostas.

6. Utilização: efeitos dos recursos e da distribuição por idade da população

Três regiões que possuem globalmente recursos suficientes e cujas populações são equivalentes em número apresentam as seguintes característica:

	Regiões		
	A	**B**	**C**
Número de médicos a cada 10.000 habitantes	60	60	100
Porcentagem da população com mais de 65 anos	14%	6%	6%

6.1 Os médicos são remunerados por procedimento. Em que região o consumo dos cuidados médicos por pessoa com 65 anos ou mais deverá ser:

- a mais elevada	A	B	C
- média	A	B	C
- a mais baixa	A	B	C

6.2 Os médicos são assalariados. Em que região o número total de serviços médicos prestados por todos os médicos deverá ser:

- o mais elevado	A	B	C
- médio	A	B	C
- o mais baixo	A	B	C

6.3 Independentemente do modo de remuneração, em que região a carga de trabalho (tempo total consagrado em média por cada médico aos cuidados à saúde de seus pacientes durante uma semana) deverá ser:

- a mais elevada	A	B	C
- média	A	B	C
- a mais baixa	A	B	C

7. Utilização: efeitos da distribuição por idade da população e do nível de recursos

Três regiões, sendo que cada uma delas possui uma população de 300.000 habitantes e cujos médicos são remunerados por procedimento, possuem um nível suficiente de recursos e são comparáveis em todos os pontos de vista, exceto pelas seguintes características:

	A	B	C
Número de leitos de hospital de curta duração	1.500	1.000	1.500
Número de médicos	300	300	250
Número de pessoas com 65 anos ou +	35.000	35.000	30.000

Em que região você esperaria encontrar:

7.1 o número total de dias de hospitalização mais baixo?

7.2 o número de visitas ao consultório médico mais elevado?

7.2 a duração de permanência média no hospital mais curta?

8. Fontes de informações para a utilização dos serviços

Duas fontes importantes de informações para mensurar a utilização dos serviços de saúde são os Bancos de Dados Médico-Administrativos (BDMA) e as Enquetes (E). Diga qual destas duas fontes permite documentar melhor:

8.1 A experiência dos cuidados à saúde	
8.2 A continuidade	
8.3 A acessibilidade	
8.4 As necessidades não atendidas	
8.5 A frequência dos serviços utilizados	
8.6 A morbidade diagnosticada	
8.7 A morbidade percebida	