

Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica

Supply and demand of the medium-complexity/SUS:
relation with primary health care

Maria Raquel Gomes Maia Pires ¹

Leila Bernarda Donato Göttems ²

Cristiano Mundim Ferreira Martins ³

Dirce Guilhem ⁴

Elioenai Dornelles Alves ⁴

Abstract *This work aims at investigating the supply and demand of the medium-complexity services from the Federal District and surrounding municipalities from the state of Goiás. Our hypothesis is that the services organization offer of primary care (PC) from the Federal District (DF) and its surroundings overloads the medium-complexity services (MC), contributing to less equity in terms of communities access. Our objective is to analyze the demand for MC (medium-complexity) services in DF (Federal District) and its relation with PC (Primary Care); to quantify the origin, health problem, reason, transportation time and performed procedures of the ones who go to the Federal District hospitals; to set up priorities of managerial changes in the Brazilian Health System (SUS) in order to have more access to users. The evaluation was triangulation of methods, and complementing qualitative and quantitative approaches. The study of the offer via the analysis of SUS information systems, and the demand through a survey with 1,585 users of seven hospitals of the Federal District. There is a sub utilization of services offer at the Federal District, with duplicity of basic action among hospitals and other health centers. It is recommended a revision in the health services regionalization and hierarchy of the Federal District and Goiás, as well as more investments on implementation of technology to primary care.*

Key words *Primary health care, Brazilian Health System, Health services*

Resumo *Investiga-se a configuração da oferta e demanda por serviços de média complexidade do Distrito Federal (DF) e municípios de Goiás próximos à Brasília - entorno. Nossa hipótese é de que a organização da oferta dos serviços de atenção básica (AB) do DF e entorno sobrecarrega os serviços de média complexidade (MC), diminuindo a equidade no acesso. Objetivamos analisar a demanda por serviços de MC no DF e sua relação com a AB; quantificar a procedência, problema de saúde, motivo da procura, tempo de deslocamento e procedimentos realizados em pessoas que buscam atendimento nos hospitais do DF; indicar prioridades de mudanças na gestão do SUS para ampliação do acesso. Avaliação por triangulação de métodos, complementaridade das abordagens qualitativa e quantitativa. Estudo da oferta mediante análise dos sistemas de informação do SUS e da demanda por meio de survey com 1.585 usuários de sete hospitais do DF. Ocorre subutilização da oferta de serviços do DF, com duplicidade de ações básicas entre os hospitais e os centros de saúde. Recomenda-se revisão na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde do DF e Goiás, bem como investimentos na incorporação de tecnologias para a atenção básica.*

Palavras-chave *Atenção básica, Sistema Único de Saúde, Serviços de saúde*

¹ Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG. Av. Alfredo Balena 190/514, Centro. 30130-100 Belo Horizonte MG. raquelgmp@enf.ufmg.br.

² Universidade Católica de Brasília.

³ Ministério da Saúde.

⁴ Universidade de Brasília.

Introdução

O Distrito Federal (DF) assume peculiaridades próprias dos grandes centros urbanos. Localiza-se no meio de um cinturão de 22 cidades de pequeno e médio portes, pertencentes a Goiás e Minas Gerais, denominado entorno, que têm Brasília como principal referência. O fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso ocasionam ineficiência e pouca resolubilidade ao sistema de saúde local, características comuns às metrópoles. Cabe ressaltar que a desarticulação entre os níveis da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado, na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. Há de se conhecer melhor a oferta e demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas.

Diante das desigualdades nos sistemas de saúde dos municípios do entorno e do DF, questiona-se como se configura a demanda por serviços de média complexidade (MC) do DF e quais as dificuldades vivenciadas pelos usuários quando buscam os serviços de atenção básica (AB). Objetivou-se analisar a demanda por serviços de MC no DF e sua relação com a AB; quantificar a procedência, o problema de saúde, o motivo da procura, o tempo de deslocamento e os procedimentos realizados em pessoas que buscam atendimento nos hospitais do DF; e indicar prioridades de mudanças na gestão do SUS para ampliação do acesso. Parte-se da hipótese de que a organização da oferta da atenção básica do DF e entorno sobrecarrega os serviços de média complexidade, diminuindo a equidade no acesso.

A organização da assistência à saúde no SUS, concebida enquanto rede articulada entre a atenção básica, média e alta complexidade, é caracterizada pela centralidade dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde, preponderantemente. Tal característica é fruto de um modelo de atenção marcado pela hegemonia dos interesses da corporação médica, das indústrias e serviços privados em saúde. A tendência se manifesta na compra indiscriminada de serviços do setor privado pelo público, nos subsídios financeiros para reforço do parque tecnológico, assim como na baixa qualidade da atenção básica do SUS, o que contribui para a ampliação dos

planos e seguros privados para a classe média. Em estudo oportuno sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil¹, com foco nos arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores, argumenta-se sobre a segmentação de clientela segundo as lógicas de mercado. Ou seja, a preponderância do poder de compra sobre os princípios do SUS, com diferenciações na qualidade e no tipo de serviço disponível.

É nesse cenário permeado por disputas e interesses entre o público e o privado que a média complexidade se insere. Numa primeira conceitualização, pode ser entendida como um conjunto de ações ambulatoriais e hospitalares caracterizadas pela especialização médica, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, adensamento tecnológico e oferta baseada na economia de escala. No setor saúde, a economia de escala se expressa na redução dos custos médios da produção, à medida que o volume ou demanda por serviços aumenta². Pauta-se nessa lógica a organização do SUS por níveis de complexidade e custo, em que os serviços de atenção básica^{3,4} - conjunto articulado de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde - tendem a ser dispersos e próximos da população. Os serviços de média e alta complexidades são regionalizados, localizados em emergências, especialidades e internações hospitalares, visando à concentração do volume para redução de custos. Alie-se a isso o princípio da equidade no acesso, em que a primazia do direito à saúde se sobrepõe à eficiência econômica.

Investigar a relação da média complexidade com a atenção básica à saúde, em especial no que se refere à caracterização da demanda por especialidades e emergências hospitalares, constitui premissa importante para a organização de sistemas de saúde pautados pela equidade e regionalização. Afinal, parcela significativa da população busca assistência nos pronto atendimentos públicos. Nesses locais, eminentemente hospitalares, conforma-se uma demanda de usuários sobre a qual se necessita de informações acerca perfil socioeconômico, o problema de saúde referido, o motivo da procura, os procedimentos realizados e a relação desses com a atenção básica.

As ações básicas de saúde, públicas, de menor custo e consumidas eminentemente pela população pobre, com pouco poder de vocalização e mobilização política, interferem muito pouco na relação entre mercado e trabalho inerente à conformação das políticas sociais⁵. Por outro lado, a média e a alta complexidades têm interface direta com o financiamento e a manutenção do setor privado de serviços. Além disso, o setor

público financia parte das ações mais caras ofertadas pelo privado, de alta complexidade (AC). Isto mantém uma situação rentável para o seguimento privado, que corresponde a 61,8% dos estabelecimentos de saúde e mais de 60% dos leitos no Brasil⁶. Em linhas gerais, o setor público compra os procedimentos mais caros ofertados pela rede privada, mantém baixa a concorrência entre as ações da AB e MC, tem clientela três vezes maior e com pouco poder de pressão. Para atender esses usuários, conta com uma oferta pública de serviços comparativamente menor - uma vez que apenas 42,6% dos estabelecimentos de saúde e 39,3% dos leitos são públicos - e regula precariamente os prestadores de serviços⁷.

A análise da relação dos prestadores do SUS com o poder público adentra nas trocas de mercado, inerentes à conformação das políticas sociais. Conceitos clássicos da economia, como demanda e oferta de bens e serviços, constituem importantes reflexões sobre o mercado em saúde no Brasil, seja em nível macro ou micro². Busca-se entender como os determinantes econômicos se comportam no setor saúde e as repercussões para a consolidação do SUS, em especial no que tange ao princípio da equidade, expressão da justiça no acesso à saúde, direito de cidadania. Importa aprofundar a relação entre demanda e necessidades de saúde, ou de que maneira a demanda da população é percebida como expressão das exigências humanas para se conquistar saúde, considerando a relação intersubjetiva que se estabelece entre profissionais e usuários^{8,9}. A desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, calcada na dificuldade em se realizar melhor escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, repercute em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde.

A concepção de oferta se insere na produção de ações de saúde no âmbito da política pública, por meio da articulação contextual entre rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população. Imbrica-se nos determinantes do modelo de atenção¹⁰, transcendendo o enfoque das trocas de mercado inerente ao ambiente econômico. Por demanda dos usuários ao SUS se entende a procura por determinados tipos de serviços e/ou profissionais para resolução dos problemas de saúde⁸. A dissonância entre as razões que levam as pessoas a buscar os serviços e a capacidade dos profissionais em escutá-las adequadamente constitui aspecto central para a gestão dos sistemas de saúde.

O confronto que se estabelece entre a cegueira dos serviços frente à voz, nem sempre clara, dos cidadãos que os procuram redundando em dificuldade de acesso efetivo¹¹. A “acessibilidade” dos serviços de saúde, ou a adequação da forma de organização dos profissionais e tecnologias às necessidades dos usuários, passa pela inversão na lógica com que os mesmos foram organizados no SUS. Ao invés de se criar demandas a partir da oferta indiscriminada e desigual de serviços, esses é que devem se estruturar a partir das exigências das pessoas. Nisso reside uma mudança de termos e sentidos no acesso ao SUS, em que o paciente deixa de esperar passivamente pelo que lhe é de direito, assumindo a perspectiva crítica de protagonizar a conquista de sua saúde e da comunidade a que pertence. Trata-se de ampliar a equidade e a pluralidade do modelo assistencial no âmbito do SUS, ou seja, no tratamento igual para necessidades iguais, na igualdade de oportunidade na utilização de serviços, no uso igualitário e a partir das necessidades humanas, ou na saúde como bem público para todos¹².

Método

Pesquisa avaliativa, entendida como averiguação em que interagem e disputam espaços avaliadores/avaliados, inseridos em conjuntura complexa, orientada para mudanças no cenário em tela. Adota-se a triangulação de métodos¹³, em que o ato investigativo considera a complementariedade das abordagens quantitativa e qualitativa, unidade de contrários. Estudo de caso, em que o campo-sujeito-objeto delimitado é a relação dos serviços de média complexidade com a rede básica de saúde do DF e entorno. Usou-se a triangulação de dados, conjugando a análise de documentos e de banco de dados com os produzidos por meio de *survey*, observação participante, diário do campo e oficinas de discussão.

Na primeira etapa, foi feita revisão bibliográfica para análise de estudos similares, bem como avaliação da oferta de serviços do DF e do entorno por meio de parâmetros de cobertura nacionais¹⁴. Considerou-se o número de unidades básicas (UBS), leitos, profissionais e equipamentos constantes no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS). Realizou-se um levantamento da produção de serviços hospitalares do DF a partir dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), caracterizando-a por níveis de complexidade -

atenção básica, média e alta complexidade (AB, MC e AC), no período entre 2000 e 2006. A procedência dos usuários foi identificada nos procedimentos de MC e AC registrados no SIH/SUS, extraído-se a relação numérica de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizadas. As informações dessa fase subsidiaram a definição da amostra dos hospitais investigados. Permitiu ainda uma comparação aproximada entre o percentual de usuários internados com aqueles que buscaram atendimento nos ambulatórios e emergências, obtidos após a realização do **survey**. A discussão dos resultados parciais ocorreu por meio de oficina de trabalho com gestores dos municípios, do DF, técnicos do Ministério da Saúde e convidados com **notório saber**; em agosto de 2006.

Na segunda etapa, realizou-se um **survey**, enquanto método apropriado para quantificação de dados empíricos¹⁵, junto aos usuários que procuraram atendimento nos hospitais do DF. A elaboração do questionário ocorreu em seis etapas: (1) oficina de discussão com gestores, técnicos e comunidade acadêmica; (2) piloto do instrumento e da coleta; (3) construção dos itens das questões; (4) análise semântica; (5) análise com especialistas ou de juízes; (6) pré-teste. A vertente qualitativa esteve presente na aplicação direta dos questionários e nos registros do diário de campo, em que o caráter subjetivo da interação com o outro se revela, desvelando silêncios, interditos e discursos. A pesquisa foi realizada nos ambulatórios e emergências hospitalares com o usuário após o atendimento. A população do **survey** compreendeu todas as pessoas residentes no DF e entorno. A partir de uma prevalência média de 20% de procedimentos de MC realizados em usuários do entorno (informação obtida na primeira etapa), de uma população estimada de dois milhões de pessoas que são atendidas na rede hospitalar do DF, de um erro de amostragem de 2% e de um intervalo de confiança de 95%, estimou-se uma amostra de 1.540 usuários. Para definição da amostra dos hospitais, excluíram-se aqueles sem ambulatório e emergência. Os demais foram agrupados segundo a participação percentual de usuários do entorno na produção de serviços de MC encontrados na primeira etapa, conformando-se três estratos. Em seguida, foram escolhidos, ao acaso, sete hospitais. Considerando a estimativa populacional, calculou-se o número de usuários a serem entrevistados em cada hospital. Foram selecionados usuários proporcionalmente ao número de consultas em ambulatório e emergência reali-

zadas no primeiro semestre de 2006, com dados obtidos nos documentos do DF¹⁶, limitando-se o máximo de 400 e o mínimo de 70. O período de coleta aconteceu de outubro a dezembro de 2006, realizado em um hospital por vez. O tempo total de abordagem ao participante durou no máximo dez minutos.

Foram aplicados 1.600 questionários e validados 1.585, com uma perda residual de 15 instrumentos (0,9%). Utilizou-se o **software** Epi Info versão 3.3.2/2005 para a tabulação e inserção preliminar dos dados. Depois, o programa estatístico SPSS (versão 13.0) para a análise dos aspectos conjunturais e quantitativa do banco de dado. Fez-se a identificação de erros de digitação, análise de dados omissos e identificação e tratamento de **outliers**. Uso da estatística descritiva (análise de frequências e percentuais) e inferencial (teste de comparação entre frequências χ^2) para a interpretação dos resultados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF, aprovado pelo parecer n° 086/2005.

Resultados

Oferta de serviços de saúde do DF e do entorno

O sistema de saúde do DF se caracteriza pelo predomínio dos serviços públicos. Segundo o CNES (2007), a rede hospitalar do DF contempla 3.997 leitos próprios e 659 conveniados, totalizando 4.656 de leitos SUS. Esse quantitativo corresponde a 2,04 leitos/1.000 hab. para o DF e 1,4 leitos/1.000 hab. considerando a população do entorno. Evidencia-se a predominância da atenção hospitalar no modelo assistencial desde o desenho original do sistema de saúde do DF, conforme análise dos planos de saúde. Essa característica, acrescida de políticas descontínuas para fortalecimento da atenção básica e da ausência da organização de redes de cuidados, torna o sistema ineficiente e oneroso.

A despeito do número de leitos, há baixa cobertura de equipamentos médico-hospitalares na rede pública. Existe um mamógrafo para 189 mil pessoas, enquanto se recomenda um para 240 mil, 1 raio X para 59.927 mil (parâmetro 1/25 mil), 1 ultrassom para 66.978 (parâmetro 1/25 mil) e 1 tomógrafo para cada 227.725 (parâmetro 1/100 mil), enquanto há excesso de ressonâncias magnéticas (1/379.543, parâmetro 1/500 mil). Existem 3,5 médicos para cada mil habitantes do

DF, acima da recomendação de um para mil. Para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Equipe de Saúde da Família (ESF) em grandes centros urbanos se recomenda uma população de até 30.000 habitantes⁴. Aplicando esse parâmetro, situação preponderante no DF, apenas três regionais não o cumprem. Acrescente-se que o gasto público *per capita* com saúde do DF perfaz cerca de R\$ 800,00, o dobro do nacional¹⁷.

Os 22 municípios do entorno apresentam situação desfavorável de oferta de serviços de MC e AC quando comparados ao DF (Tabela 1). A distribuição de equipamentos para apoio diagnóstico ocorre com a mesma insuficiência, com déficit acentuado. O ultrassom, equipamento necessário para o acompanhamento do pré-natal, ação básica de saúde, existe na quantidade de 1 para 97.500 pessoas (parâmetro 1/25 mil). Os raios X simples aparecem numa distribuição melhor para o entorno (1/28.787) em relação ao DF (1/59.927), contrastando com a necessidade de equipamentos para a atenção básica. Cerca de metade dos municípios goianos possui número

de médicos abaixo do parâmetro. A pouca disponibilidade desse profissional está relacionada aos vínculos precários, baixos atrativos para fixar residência e grandes distâncias percorridas, mesmo em locais próximos à capital federal. O número de leitos é insuficiente ou inexistente na maioria dos municípios, com exceção de Cabeceiras (2,3), Corumbá de Goiás (2,9), Pirenópolis (3,1), Unai (2,6) e Vila Boa (3,6). Na cobertura de UBS, vê-se uma quantidade três vezes superior à recomendada (média 1/4563). A média do IDH dos municípios do entorno classifica-se como médio (0,727), enquanto que o do DF é tido como elevado (0,849).

Dos treze hospitais do DF, 71% são de grande e 28%, de médio porte, indicando boa capacidade física para produção de média e alta complexidade, bem como uma das maiores taxas de ocupação hospitalar do Brasil (76%), cuja média é de 48,2%⁸. A análise da produção ambulatorial e hospitalar informa inversão e/ou duplicidade de ações entre os níveis de atenção do sistema de saúde. A Figura 1 indica que a produção de aten-

Tabela 1. Indicadores de oferta e IDH do DF e municípios do entorno. Brasília (DF), 2007.

Municípios	População	Leitos/ 1.000 hab.	Médico/ 1.000 hab.	Pop./UBS	IDHM
Abadiânia (GO)	12.967	0	0,9	926	0,723
Água Fria de Goiás (GO)	4.833	0	0,8	967	0,695
Águas Lindas de Goiás (GO)	168.919	0,4	0,4	12066	0,717
Alexânia (GO)	22.689	1,7	1,5	7563	0,696
Buritit (MG)	21.859	1,6	1,4	1681	NI
Cabeceira Grande (MG)	6.519	0	0,5	1630	NI
Cabeceiras (GO)	6.975	2,3	1,1	3488	0,695
Cidade Ocidental (GO)	48.778	0,8	1,9	2710	0,795
Cocalzinho de Goiás	17.779	2	1	5926	0,704
Corumbá de Goiás	9.957	2,9	0,8	4979	0,716
Cristalina (GO)	40.900	0,7	0,9	3146	0,761
Formosa (GO)	92.331	1,9	1,3	5431	0,75
Luziânia (GO)	187.262	0,6	0,8	7202	0,756
Mimoso de Goiás	2.100	0	0,5	2100	0,664
Novo Gama (GO)	96.442	0	0,3	5673	0,742
Padre Bernardo (GO)	25.220	1	0,8	3153	0,705
Pirenópolis (GO)	21.240	3,1	1,1	1770	0,713
Planaltina (GO)	98.491	0,8	1,4	4690	0,723
Santo Antônio do Descoberto (GO)	78.995	1	0,5	3762	0,709
Unai (MG)	76.245	2,6	1,2	4765	0,812
Valparaíso de Goiás (GO)	123.921	0,3	1,2	4957	0,795
Vila Boa (GO)	3.617	3,6	1,4	3617	0,674
Média entorno	1.168.039	0,91	0,94	4563	0,727
Distrito Federal	2.277.259	2,04	3,5	23726	0,849

Fonte: CNES, 2007. Atlas de Desenvolvimento Humano, 2000.

ção básica pelos hospitais é alta, mesmo naqueles de referência para a alta complexidade (C, E, H e I). Destaca-se que M, L e K têm produção de média complexidade menor que de atenção básica. Curiosamente, L e M também têm baixa taxa de ocupação hospitalar, significando ociosidade nos leitos disponíveis. Em 2006, 15,6% dos procedimentos de MC e AC realizados nos hospitais do DF destinaram-se a usuários provenientes do entorno e 84,31% naqueles do DF. Em apenas três (D, K, I) dos doze hospitais investigados a demanda do entorno tem participação expressiva (46,3%, 30,7% e 27,7%). Saliente-se que I é um hospital terciário e o único público da região especializada em reabilitação, o que justifica o incremento da demanda.

Demanda por serviços de média complexidade/SUS-DF

Perfil socioeconômico do usuário

Dos 1.585 entrevistados, 81% eram residentes no DF e 19%, nos municípios do entorno, 72% são mulheres e 28%, homens. Há concentração na faixa etária de 21 a 34, seguida de 35 a 49 anos. A população economicamente ativa, 21 a 49 anos, foi a que mais solicitou atendimento. Há baixa escolaridade: 54,3% tinham concluído ou estavam cursando o ensino fundamental. A

empregabilidade é diversa; aparecem os empregados (32,4%), seguidos das donas de casa (25,7%), os inativos (15,8), desempregados (13,9) e subempregados (9,8%). As ocupações que não possuem renda (donas de casa, desempregados e estudantes), quando somadas, equivalem a 41,9%, superando os empregados (32,4%). Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a escolaridade de homens e mulheres, mas há quanto a idade ($\chi^2 = 38,623$; $gl=10$; $P < .000$). Elas demandam mais serviços de saúde na faixa etária de 21 a 29 anos (28,2%) em relação a eles (17,9%). Acima dos sessenta anos, os homens (20,4%) buscam mais serviços que as mulheres (11,3%).

Problema de saúde e acesso do usuário aos serviços de saúde

Caracterizou-se o motivo da procura ao hospital, o problema de saúde referido, tempo que o usuário levou para ser completamente atendido, bem como os procedimentos realizados, por níveis de complexidade. Para dimensionar o acesso, utilizou-se ainda o transporte e tempo de deslocamento. A análise foi norteadas pelas seguintes questões: (1) os problemas de saúde que chegam ao hospital poderiam, em tese, ser resolvidos no Centro de Saúde? e (2) que indícios apontam para a ineficiência da oferta de serviços de

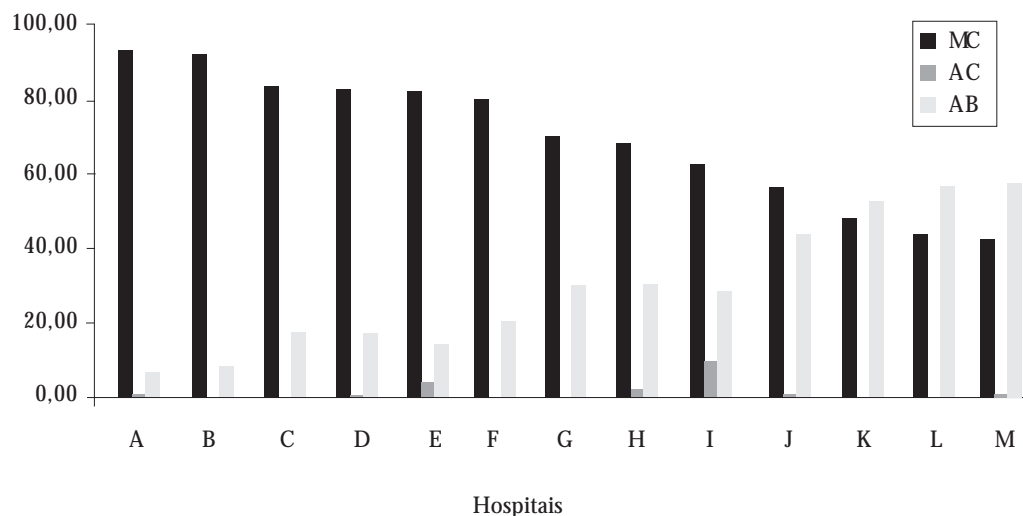


Figura 1. Distribuição da produção de procedimentos pelos hospitais do DF em 2006, por níveis de complexidade.

AB e MC em relação à demanda do DF e do entorno? Nos resultados, se buscou relacionar as diferenças entre os respondentes do DF e entorno, identificando-se especificidades regionais.

Os motivos que levaram os moradores do DF e do entorno a procurar o hospital são distintos. Ambos buscam majoritariamente por decisão própria, porém outras razões recorrentes, para o DF, são o encaminhamento do centro de saúde (19,5%) e a indicação informal dos serviços (12%). Para o entorno, a indicação informal aparece em segundo lugar, seguido do encaminhamento do centro (10,1%). A análise estatística constatou que essa diferença é significativa ($\chi^2=17,096$; $gl=4$; $p>.002$). O fato se explica pela organização dos sistemas de saúde do DF e do entorno. Enquanto no primeiro existe uma norma implantada em relação às consultas especializadas, que são marcadas a partir dos Centros de Saúde, no segundo não existe referência para especialidades pactuadas formalmente com o DF. As justificativas que levam as pessoas a decidir pelo hospital têm diferenças altamente significativas ($\chi^2=121,296$; $gl=3$; $P<.000$) entre o grupo do DF e o do entorno. Para o do DF, o principal aspecto é a proximidade de casa (71,3%). Esse é um fator secundário para os do entorno; a maioria (52,9%) busca o hospital por ser melhor do que o mais próximo de casa. Ressalta-se a baixa legitimidade e confiança da população do entorno sobre os serviços ofertados no município, creditado à baixa qualidade e resolutividade dos mesmos, conforme verificado nos roteiros de observação. Esse achado ratifica que a demanda por serviços de saúde é determinada e configurada pelas características da oferta.

Há diferença significativa nos meios de transporte utilizados ($\chi^2=145,116$; $gl=7$; $p<.000$) e tempo para chegar ao hospital ($\chi^2=231,170$; $gl=4$; $p<.000$). Os cidadãos do DF dispõem de meios de transporte mais variados para chegar, enquanto os do entorno (86,2%) utilizam principalmente o ônibus e o carro particular. Enquanto os residentes no DF demoram uma hora ou menos para se deslocar (92,4%), os do entorno podem levar mais de quatro (dezessete participantes). Boa parte dos problemas de saúde referidos corresponde às afecções leves, passíveis de serem resolvidas na atenção básica, independentemente do local onde moram (46,5% entorno e 52,4% DF). A maioria dos procedimentos realizados nessas pessoas é de atenção básica (50,4%) ou, quando de MC, preponderam as consultas médicas especializadas (Tabela 2). Observa-se agilidade nos serviços investigados, em que

87,9% das pessoas levaram até duas horas para serem completamente atendidas e 12,1%, mais de quatro.

Racionalidade do usuário na procura ao serviço de saúde

Nesse item, considerou-se a necessidade do usuário de mentir o local de residência para ser atendido, o comportamento em relação à escolha do centro de saúde e do hospital, bem como o motivo da não-procura ao centro de saúde. Para aqueles do entorno, investigou-se o nível de conhecimento e procura por serviços do município de origem, motivo da procura pelos hospitais do DF e preferências em relação ao atendimento na própria cidade ou no DF. No geral, eles relataram que não mentem sobre o local de residência para serem atendidos no hospital (94,6%). Constatou-se diferença estatisticamente significativa dentre os 81 (5,4%) que já omitiram informações sobre a residência ($\chi^2=161,802$; $gl=3$; $P<.000$), comparando o DF e o entorno. Enquanto 13,8% dos residentes do entorno já o fizeram, apenas em 0,1% dos cidadãos do DF precisaram fazê-lo. Quanto aos motivos da omissão revelados pelos moradores do entorno, 11,8% referem-se ao receio de ser mal e/ou não atendidos e 2% foram orientados por familiares e/ou amigos.

Em geral, as pessoas que receberam atendimento no hospital (85,5%) não foram orientadas pelos profissionais a procurarem a rede básica de atenção à saúde. Quando ocorreu (14,5%), os entrevistados foram direcionados ao centro (63,9%) e posto de saúde (27,8%). A maioria procura (68%) a UBS antes de ir ao hospital, embora 32% não o façam. As situações de procura ao centro de saúde mais frequentes são para consultas e exames de rotina (40%), medicação (21,3%) e realização de exame preventivo de câncer ginecológico (16,5%). Há baixa procura por ações típicas da AB, como pré-natal (2,8%) e puericultura (11,5%). O usuário escolhe ir ao hospital ou centro de saúde pelo julgamento que faz sobre seu problema de saúde. Quando considera que seu estado é grave, prefere o hospital (65%). Boa parte não vai ao centro de saúde por achar que lá não resolve o problema (27,8% entorno, 23,6% DF) ou não oferece os serviços que precisa (entorno). Outros motivos da não escolha são por acharem o atendimento lento (16,3%, DF) ou porque não marca para o mesmo dia (13,9%, DF). Os residentes do entorno procuram os serviços de saúde do DF principalmente por decisão própria (48,8%), pela inexistência de hospital no município (15,5%) e por que o cen-

Tabela 2. Problemas de saúde referidos pelo usuário e procedimentos realizados. Brasília (DF), 2007.

Tipo de problema de saúde	Entorno		DF	
	f	%	f	%
Afecções leves*	138	46,5%	675	52,4%
Afecções moderadas a graves**	148	49,8%	549	42,6%
Outros	11	3,7%	64	5,0%
Procedimentos realizados				
Atenção básica				
Consulta médica			799	50,4%
Consulta odontológica			45	2,8%
Ações executadas por profissionais de nível superior			39	2,5%
Procedimentos médicos em pele e mucosas			12	0,8%
Consultas de enfermagem			13	0,8%
Procedimentos de enfermagem			251	15,8%
Procedimentos odontológicos			25	1,6%
Outros atendimentos de atenção básica			1	0,1%
Média complexidade				
Consultas médicas especializadas			635	40,1%
Procedimentos ambulatoriais especializados			53	3,3%
Procedimentos traumatortopédicos			44	2,8%
Ações especializadas em odontologia			1	0,1%
Exames odontológicos especializados			0	0,0%
Exame de patologia clínica			128	8,1%
Exames de anatopatologia e citopatologia			20	1,3%
Exames radiodiagnóstico			188	11,9%
Exames ultrassonografia			27	1,7%
Procedimentos de diagnose gerais			94	5,9%

* Afecção aguda leve, gravidez de baixo risco, problemas ginecológicos, tuberculose, hanseníase, diabete tipo I, hipertensão.

** Afecções agudas de moderadas a grave, acidente, lesão, gravidez de alto risco, retorno, diabetes tipo II, doença de chagas, catarata e glaucoma.

tro de saúde funciona precariamente. Eles confiam mais nos hospitais do DF (47,6%) e acham que o do seu município é ruim (23,40%). Boa parte gostaria de ser atendida no município de origem pela proximidade de casa (55,2%), mas parcela significativa prefere o DF, acreditando que os serviços são melhores (22,20%). Poucos conhecem os serviços de saúde do seu município, em geral centros de saúde (16,7%) ou PSF (3,2%).

Discussão

Na análise da oferta de serviços no DF, vê-se que o número de leitos é próximo ao ideal, excluída a população do entorno. Chama a atenção que equipamentos de maior complexidade e custo, como ressonância magnética, na rede pública, estejam numa oferta superior à recomendada, enquanto que os de média complexidade, com grande produtividade e relativo custo, como raio

X, ultrassom e mamógrafo, estejam em quantidade insuficiente. Revela-se o pouco planejamento na incorporação de tecnologias no SUS, comprometendo a capacidade de resposta e hierarquização dos serviços, embora o número de unidades de saúde esteja satisfatório. O DF conta com o maior gasto público em saúde e IDH do país, apresentando adequadas taxas de médicos, leitos e UBS para a população. Nesse cenário, a gestão do SUS-DF teria melhores condições para atender as necessidades de saúde dos usuários, o que não vem ocorrendo, como demonstram as deficiências na organização entre os níveis de atenção verificada. Ressalte-se que os indicadores analisados são insuficientes para indicar oferta adequada, uma vez que não estão incluídos os profissionais de saúde além dos médicos, incorporação de tecnologias e a organização do processo de trabalho^{9,10}.

Comparando-se a oferta de serviços do entorno com o do DF, vê-se insuficiência de leitos e

profissionais para a maior parte da população dos municípios e, contraditoriamente, elevada oferta de UBS, que possivelmente funcionam precariamente em virtude das deficiências citadas. A inadequação equitativa da oferta repercute sobremaneira na organização dos serviços para atender aos problemas de saúde da região, dificultando o acesso. Diante das iniquidades, é de se esperar que a população migre para as cidades mais próximas para tentar resolver suas demandas de saúde, seja Goiânia, Anápolis ou Brasília¹⁸. A procedência dos usuários verificada na análise do banco de dados (SIH) e no *survey* demonstra que a população de fora do DF (15,6% e 19,6%, respectivamente) é menor que a estimada por profissionais e gestores locais, coincidindo com outros estudos similares¹⁸.

Evidencia-se a indução que a oferta produz sobre a demanda, em especial nas regiões mais ricas do país, cuja pressão do mercado e corporações influencia a venda indiscriminada de serviços para o poder público¹⁷. Constata-se baixa produção de procedimentos de alta complexidade (AC) quando comparado aos demais níveis, mesmo nos hospitais de referência, onde a maior produção não chega a 10%. Quanto ao paralelismo de ações entre hospitais e UBS, ambos produzindo procedimentos de AB, revela a frágil hierarquização e regulação entre os níveis de atenção do SUS-DF. Ocorre subutilização da capacidade instalada, comprometendo a sustentabilidade econômica e dos recursos públicos. Tal quadro acentua a ineficiência do gasto público em saúde, um dos sérios problemas do SUS, conforme recente estudo do Banco Mundial (BIRD)¹⁹.

O perfil da clientela atendida pelo SUS corresponde àquele demonstrado em pesquisas nacionais²⁰. O dado revela que, se por um lado está sendo atendido quem realmente precisa, por outro evidencia a frágil capacidade de pressão dessas pessoas por cidadania. A preponderância das mulheres na utilização dos serviços de saúde corrobora outros estudos que as colocam como principal protagonista do cuidado no âmbito familiar. Parece válido o argumento de que o aumento dos níveis de autonomia, politização e escolaridade das mulheres pode repercutir na melhoria das iniquidades sociais²¹.

Quanto ao acesso aos serviços, observa-se que os cidadãos do DF buscam por decisão própria os hospitais mais próximos da residência ou do local de trabalho, utilizam variados meios de transporte e demoram, em média, menos de uma hora para se deslocar. Por outro lado, os vizinhos do entorno procuram por decisão pró-

pria o hospital que consideram melhor, independente da distância, deslocam-se por transporte público e levam até quatro horas para chegar. O panorama guarda coerência com a pouca oferta de serviços de saúde nos municípios, retratando as desigualdades sociais da região. A maior parte da demanda que chega aos hospitais do DF é por consultas médicas, sejam de atenção básica (50,4%) ou especializadas (40,1%), seguidas por procedimentos de enfermagem (11,9%) e exames, como radiodiagnóstico (11,9%) e patologia clínica (8,1%). Essas são motivadas por afecções leves que, na maioria dos casos, poderiam ser resolvidas na atenção básica. Os usuários do hospital levam até duas horas para serem completamente atendidos (87,9%), incluindo exames e retorno ao médico. Tais dados indicam que a oferta de atenção básica no DF, apesar de suficiente em termos de cobertura populacional, não tem sido capaz de organizar melhor os fluxos de atendimentos às urgências, emergências e ambulatórios especializados, que seguem com boa agilidade nos pronto atendimentos.

O problema de saúde que conduz as pessoas aos serviços de saúde depende da morbidade, gravidade e percepção individual. O julgamento sobre a necessidade de atendimento, que induz a demanda dos hospitais, é influenciado por vários fatores, como idade, sexo, localização geográfica, crenças, religião, escolaridade, psicológicos, dentre outros²². A baixa escolaridade dos usuários do SUS pode influenciar as informações disponíveis para cuidar da saúde, repercutindo na escolha pelo centro de saúde ou hospital. Os cidadãos que procuram os hospitais do DF não costumam mentir sobre o local de residência (94,6%). Quando o fazem, é pelo receio do mau atendimento, principalmente os do entorno (11,8%). Verifica-se uma reação à crença de boa parte dos profissionais e gestores do SUS-DF de que os serviços são sobrecarregados devido à demanda do entorno, conforme se constata nos diários de campo. Vê-se certa xenofobia em relação aos usuários de fora, comum aos grandes centros urbanos. Tal julgamento sobre a população do entorno revela pouca percepção da saúde enquanto direito e fragilidade política²¹, tanto nas respostas dos usuários quanto dos servidores públicos.

Grosso modo, as pessoas não são orientadas a procurarem os centros de saúde após atendimento no hospital (85,5%), evidenciando desarticulação entre os serviços de média complexidade e de atenção básica do DF e entorno. Elas procuram previamente os centros de saúde antes de ir ao hospital (68%), na maioria dos casos. Vão

principalmente em busca de consultas médicas e exames de rotina (40%), bem como medicação (21,3%). A baixa procura por ações inerentes à atenção básica, tais como puericultura (2,8%) e pré-natal (2,8%), indica incipiente organização dos serviços de atenção básica no DF. Ratifica-se a duplicidade de ações entre os hospitais e centros de saúde em todas as etapas da pesquisa, ambos produzindo consultas médicas, exames básicos e medicalização dos problemas de saúde. Predomina o modelo biomédico, caracterizado pela centralidade da doença, do médico e do hospital. Resultados semelhantes sobre a demanda que procura as emergências hospitalares foram constados em outros estudos²³.

Conclusão

Chama atenção a confiança que os usuários têm no hospital no DF e o descrédito na capacidade resolutive dos centros de saúde, seja do DF ou dos municípios do entorno. Tal fato se torna evidente quando se compara a oferta de serviços, em que o DF se caracteriza por ampla rede, profissionais e equipamentos, enquanto a maioria dos municípios não cumpre os parâmetros mínimos de cobertura. Tudo leva a crer que a oferta de atenção básica do DF, apesar de extensa, não tem sido capaz de ampliar o acesso efetivo dos usuários, que continuam levando a maior parte

dos problemas de saúde para o hospital. A não resolução dos problemas de saúde, o atendimento lento e a não marcação de consultas para o mesmo dia são citados como limitações dos centros de saúde. Esses indícios, associados aos outros, reafirmam a hipótese desse estudo de que a incipiente organização da oferta de serviços de atenção básica do DF e entorno contribui para a procura indiscriminada aos hospitais, diminuindo o acesso equitativo da população.

Em que pese às limitações do estudo, entende-se que a elaboração de Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) interestadual, envolvendo os estados de Goiás e DF, contribui para melhor organização do SUS na região. Ambos planejam a assistência à população residente de forma isolada, desconsiderando a oferta e a demanda dos serviços. Percebe-se a necessidade de organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta, mais que obstaculizar o acesso do usuário. Por fim, a incorporação de tecnologias na atenção básica, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a capacidade de respostas das UBS. Serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde, não potencializam as mudanças esperadas para o sistema de saúde.

Colaboradores

MRGM Pires e LBD Göttems trabalharam na concepção, análise dos resultados e elaboração final do artigo. CMF Martins colaborou na sistematização e interpretação dos dados. D Guilhem e ED Alves fizeram a revisão crítica do documento.

Referências

1. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):795-806.
2. Piola SF, Viana SM, organizadores. *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA; 1995.
3. Starfield B. *Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de março 2006. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. [site da Internet] [acessado 2007 mar 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab/legislacao>
5. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o SUS. *Rev Saude Sociedade* 2006; 15(2):56-71.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro. Cadernos de Atenção Especializada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Matos CA, Pompeu JC. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):629-643.
8. Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Viana SM, organizadores. *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA; 1995.
9. Ayres JRC. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
10. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):190-198.
12. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad Saude Publica* 1997; 13(2):325-330.
13. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem para programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.101 de junho 2002. [site da Internet] [acessado 2006 mar 10]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria>
15. Babbie E. *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
16. Brasil. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização; 2005. [site da Internet] Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>
17. Raggio AMB. *Gestão de um sistema estatal de saúde: reflexões sobre o SUS-DF* [monografia]. Campinas (SP): Unicamp; 2007.
18. Neto E, Lima ACN. *Atlas: O uso dos serviços de saúde – Goiânia, Anápolis, Brasília e Entornos*. Goiânia: UFG/IPTSP; 2004.
19. Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos- Relatório N° 36607-BR*. Brasília: BID; 2007. [Mimeo]
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
21. Demo P. *Dureza – pobreza política de mulheres pobres*. Campinas: Autores Associados; 2005.
22. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1011-1022.
23. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador-Bahia. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(6):348-353.

Artigo apresentado em 09/11/2007

Aprovado em 11/02/2008