

## A complexa questão da demanda na assistência à saúde

### Gonzalo Vecina

Médico sanitarista, fundador e ex-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Quando observamos os problemas de garantia de acesso aos serviços de saúde, sempre nos deparamos com uma demanda excessiva. No setor público ela é enfrentada através da proposta da atenção primária à saúde – APS. Ocorre que hoje coexistem dois modelos de entrega da APS – a estratégia da saúde da família – ESF e o modelo tradicional da oferta de 12 consultas por turno de quatro horas diárias preenchidas pela presença de um clínico, um pediatra e um obstetra, quando é possível.

No modelo da ESF, com muitos problemas, existe o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população adscrita. Este modelo cobre algo em torno de 60% da população do país.

No modelo tradicional, os médicos passam pelas UBSs, atendem as consultas agendadas rapidamente e se vão. Não existe a criação de vínculo, e o processo tem baixa resolutividade. Este modelo atende os restantes 40%.

Deve-se considerar que cerca de 25% da população tem acesso a planos de saúde e, em grande parte, não recorrem à APS pública. Eventualmente se utilizam da rede de emergência.

Portanto o modelo descrito acima tem sobreposições que devem ser melhor analisadas. De qualquer maneira, quando a demanda não é resolvida o paciente é encaminhado aos níveis secundários e terciários de atenção através da regulação de acesso estruturada pelos estados e municípios. Aqui os problemas são muito maiores, pois existe uma clara desestruturação da oferta. Estados e municípios não constituem uma rede única e, na maioria dos estados, existe uma duplicação das redes estaduais em relação às redes municipais.

O resultado é muita ineficiência com perda de 30 a 40% da oferta de serviços devido a faltas-absenteísmo. O resultado são filas sem fim. Mas sabemos estruturar filas. Conseguimos estabelecer filas para transplantes que têm funcionado adequadamente.

Quais são os problemas? É uma rede complexa de problemas e não se deve reduzi-los. A seguir uma tentativa de agrupá-los.

1. A demanda é mal resolvida e isso gera muitos encaminhamentos desnecessários e esse “ao/ao” tem um custo elevado com o consumo de uma oferta já insuficiente, mas não conhecida. Esse desperdício não é avaliado, na maioria das vezes não responde a protocolos, e devido a falhas na escuta dos pacientes, somente prolonga o sofrimento dos pacientes e impede a resolução de problemas médicos.
2. É importante realçar que o sistema de saúde do Brasil despreza a demanda desde quando, no tempo do INAMPS, ela era o Boletim de Atendimento de Urgência – BAU. A resolução da demanda deve ser enfrentada com uma APS preparada para

a escuta e com capacidade de resolver a demanda dos problemas clínicos de alta prevalência e baixa complexidade. Principalmente os relativos às questões que envolvem a saúde mental. A melhor alternativa é começar transformando a APS tradicional na ESF. Fortalecer a ESF principalmente com o aumento da oferta de médicos e a criação de novas formas de educação permanente das equipes assistenciais. Sim, será necessário melhorar e criar protocolos, educação permanente para capacitar as equipes na utilização dos protocolos, usar a telemedicina em apoio às equipes.

3. A regulação do acesso ao secundário e terciário tem que ser totalmente reestruturada em todo o Brasil. Deve ser reconhecido o esforço e os modelos de alguns estados como SC, MG, BA e CE. Nestes estados têm sido parcialmente estabelecidos modelos de consórcios regionais, onde municípios e o estado montam um processo de estruturação em rede da oferta e se cria um modelo de governança da utilização da oferta. Municípios de médio e grande porte – cerca de 600 municípios – têm mais de 50 mil habitantes e, dependendo das condições econômicas, investem em rede secundária e terciária. A experiência é boa, mas muito limitada. E o modelo de consórcios usa a estrutura de autarquias que limitam bastante a resolução de problemas regionais como a questão das compras e contratações. Falta uma política nacional que leve a sério a reestruturação da APS – mais resolutiva e com um processo de avaliação de sua efetividade e um modelo de governança regional da oferta de serviços especializados. Também dever-se-á repensar o papel da enfermagem neste modelo mais efetivo. E dos componentes da equipe multiprofissional. Nesse sentido não se pode exclusivamente articular as redes e seu modelo de governança, mas existe a necessidade de mudar o modelo de financiamento – parte dos recursos federais deve deixar de ser transferida por AIH, APAC e passar a ser distribuída per capita e os gestores locais terão que tomar decisões locais de como e no que investir. E também no que não investir, como nos pequenos e improdutivos hospitais que apenas geram empregos locais.
4. A rede de atenção à urgência e emergência também tem que ser reestruturada. O acesso a essa rede durante o horário comercial deve ser restrito. Somente a partir da APS e do SAMU se deve garantir o atendimento na rede de emergência. Com certeza será necessário definir localmente esse arranjo. Porém a expansão observada nas unidades de UPAs verificadas nos últimos 10 anos criou um elo do sistema que não resolve a questão da assistência à saúde e alimenta um sistema de atenção altamente medicalizante. Politicamente será difícil mexer nesse vespeiro, mas é através do instrumento da decisão local de onde investir que se poderá alterar este ponto.  
Com certeza não está esgotada a causalidade da incompetência em resolver o problema da demanda, porém não se trata de reestruturar o SUS. O modelo que caminhou até onde estamos foi positivo e construiu caminhos. O que é necessário é reconhecer os problemas e construir soluções adequadas e regionais para dar o próximo passo. E sem dúvida passa pela construção de regiões de saúde coordenadas dentro do espírito do federalismo criado a partir da CF 88 – os três entes devem governar o modelo.

O desafio é reconhecer a demanda como um problema e propor alternativas para enfrentá-lo.

Esse é o caminho do SUS e como será o caminho para enfrentar o desafio da demanda no setor privado? Existe esse desafio no privado também?

O SUS é universal e, portanto, tem comandos claros. O projeto privado é diferente – ele atende quem tem um contrato. E o interessante desse contrato, que é necessário explicitar aqui, é que o contratante em 82% dos contratos não é o usuário e sim um empregador em busca de oferecer ao seu empregado um benefício salarial. E o oferecido é um plano de saúde com garantia de acesso e não de atenção à saúde. Esse fato precisa ser melhor entendido quando estamos discutindo demanda de assistência à saúde.

Esse contrato pode encontrar diferentes arranjos que podem se resumir em:

- Redes assistenciais verticalizadas – o paciente será sempre atendido por um serviço que tem como proprietário o mesmo prestador de serviço contratado na maioria das vezes. Neste modelo, um dos problemas decorrentes do desacerto de tentar controlar a demanda – como o SUS faz através da APS, que é o custo do serviço consumido, pode ser reduzido, dada a economia de escala que pode ser alcançada. Mas, em contrapartida, podem ocorrer insatisfações relativas à qualidade do serviço oferecido, tempo de demora no atendimento etc.
- Redes compostas por serviços e profissionais credenciados e somente submetidos a aprovações prévias e a protocolos que tentam conter o uso indiscriminado. O uso indiscriminado gera uma explosão do custo e não resolve a questão da demanda olhada do ponto de vista da necessidade. Para que a necessidade de um paciente se encontre com a sua solução é necessário um conjunto de soluções que podem ser chamadas de medicina baseada em boas evidências. Atender à demanda resolve um problema, mas o subjacente, que é a necessidade, não é resolvido apenas pelo consumo de serviços – precisa curar. Este sobreconsumo gerado pela demanda não encaminhada gera um fenômeno chamado de sinistralidade, que tem como consequência um gasto exagerado de serviços. Basta entrar no site da ANS e ver as estatísticas de consumo de internações, consultas, exames (quanto mais sofisticados – maior consumo). E pode comparar com consumos de países com uma boa medicina. Será inexplicável o consumo exagerado de todos os serviços. E a consequência será o aumento inexplicável do custo. Para uma inflação de 6%, um reajuste de 20%. E não tem relação com a inflação médica – novos produtos e tratamentos mais caros, que sim aparecem, mas não conseguem explicar toda essa variação. Importante realçar que os modelos verticalizados também apresentam uma sinistralidade elevada, embora menor e com menor impacto em custos.

Esses são os dois modelos e um não consegue ser melhor que o outro, porque nenhum dos dois se propõe a ordenar a demanda. Interessante é notar que entre os dois modelos existe um tipo de modelo, que é o dos serviços próprios de empresa, que hoje cobrem algo como 8% dos pacientes cobertos com planos de saúde. Mas mesmo estes planos de saúde não conseguem convencer seus associados de que um médico da APS pode direcionar melhor não a demanda, mas as necessidades de atenção dos clientes. Alguns tentaram e retrocederam. A confusão entre acesso a um consumo irrestrito e saúde é infernal. Foucault que o diga.

O modelo sem ordenamento da porta de entrada é universal para o setor privado. Existem dois pequenos planos que tentam vender um processo mais inteligente, com porta de entrada e uma proposta de APS, mas os compradores de planos não consideram essa proposta, devido ao cerceamento ao acesso irrestrito.

O acesso ao consultório privado também não existe, pois a maioria dos médicos credenciados acaba por cobrar um sobrepreço para consulta agendada. E aí o proprietário do plano tem duas alternativas – ir ao pronto-socorro ou ter um cartão de consultas. Pesquisas recentes mostram que uma parte importante dos pacientes dessa modalidade de atenção tem plano de saúde, mas compra o cartão para ter uma consulta melhor do que aquela oferecida nos prontos-socorros do convênio. A questão é que o pronto-socorro é a pior saída – com uma carga de doença, onde predominam as condições crônicas não infecciosas, ou seja, doenças que o paciente não tem alta e sim tratamento contínuo – hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes, artrites, doenças mentais, cânceres etc., ir ao pronto-socorro significará tratar um sintoma ocasional e não encontrar um caminho de enfrentamento de uma condição crônica. Daí ter a alternativa do médico do cartão, que não deve ser muito melhor, mas tem uma escuta que pode ser diferente, o que estimula o consumo do cartão.

A questão é que as operadoras vendem consumo de serviços e não se envolvem com o resultado final. Os compradores (empresários) querem um benefício salarial que deixe seus empregados satisfeitos. Os credenciados (hospitais e profissionais) ganham quando produzem atos médicos (muito se fala de valor, mas...). E o consumidor dos serviços? Nessa confusão, o paciente quer ter pelo menos acesso e esse será seu direcionador do processo. O resultado é o crescimento contínuo dos custos via aumento da sinistralidade, o que gera uma rotação das operadoras contratadas, o que desestimula qualquer tentativa de aprimoramento. Um jogo de rouba-montes. As verticalizadas eventualmente discutem ações que eles chamam de promoção da saúde. Mas, na realidade, são mais espetáculos do que ações que podem redundar em alguma promoção da saúde.

A questão da sinistralidade vem sendo enfrentada com a criação de um obstáculo chamado coparticipação (pagamento de um valor pequeno que induza o cliente a pensar se vale a pena realizar aquele gasto) e essa pode ser uma boa notícia. As operadoras que quiserem evoluir em um modelo real de assistência à saúde um pouco mais distante de operar sistemas de consumo de serviços podem, para clientes que aceitarem a via alternativa – através do médico de família/generalista –, isentar o cliente da coparticipação. Essa é uma possibilidade, a criação de uma cenoura que busque criar um movimento que tem que ser acompanhado de uma vontade de fazer boa assistência, baseada em protocolos e nas boas evidências.

O que é certo é que, sem uma porta de entrada que entenda o que os clientes necessitam, e isso implica em aceitar a demanda, buscando atender às necessidades, não faremos uma atenção à saúde mais resolutiva, de boa qualidade e com um custo mais suportável.

Com certeza a tecnologia disponível deverá ser usada no tempero dessa solução.

cnn