

ANÁLISE DA OFERTA E DA DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM TERRITÓRIO SANITÁRIO COMO CONTRIBUIÇÃO PARA A ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

RESUMO

Objetivou-se analisar a oferta e a demanda por serviços de saúde de um território sanitário. Trata-se de um estudo exploratório, longitudinal, retrospectivo, com dados secundários de uma subprefeitura do município de São Paulo, referente ao período de 2000 a 2012, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram identificados 30 equipamentos de saúde e concentração geográfica da maioria deles. A população do município aumentou 7,9%, comparando-se os anos de 2000 a 2010, enquanto, na subprefeitura analisada o aumento foi de 8,9%. No local estudado a faixa etária de 60 anos ou mais foi a que mais aumentou (36,6%), com destaque para aqueles com idade entre 95 e 99 anos, que aumentaram em 109,7%. As principais causas de internação foram: gravidez, parto e puerpério (27,6%), seguidos das doenças do aparelho respiratório (12,3%). Já as principais causas de mortalidade foram: doenças do aparelho circulatório (32,7%), seguidas das neoplasias (22,6%). A subprefeitura analisada ofereceu diversidade de estabelecimentos de saúde. Entretanto, parece que houve impacto reduzido sobre o perfil de morbimortalidade, uma vez que não foi observada redução no padrão de adoecimento e morte da população. Portanto, recomenda-se uma discussão coletiva sobre a assimetria existente entre oferta e demanda por serviços de saúde, com o objetivo de contribuir com a efetividade da atenção e gestão em saúde.

Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Atenção à saúde; Gestão em saúde; Rede de cuidados continuados de saúde; Desigualdades em saúde.

SUPPLY AND DEMAND FOR HEALTH SERVICES IN A SANITARY TERRITORY AS A CONTRIBUTION TO THE HEALTH CARE AND HEALTH MANAGEMENT

ABSTRACT

This study aimed to analyze the supply and demand for health services of health territory. An exploratory and longitudinal-retrospective study, with secondary data of Santo Amaro's district in São Paulo, for the period 2000-2012, available at the Computer Science Department of the Unified Health System (DATASUS). 30 health facilities were identified, as well as the geographic concentration of most of them. The population of the city increased by 7.9%, comparing the years 2000 to 2010, while in the district analyzed the increase was 8.9%. In the place of study, the age range from 60 and over had the highest increase (36.6%), especially for those aged from 95 to 99 years increased by 109.7%. The principal causes of hospitalization were: pregnancy, childbirth and postpartum (27.6%), respiratory diseases (12.3%), digestive (12.2%), injuries, poisoning and certain other consequences of external causes (10.2%) and circulatory (10.1%) problems. The main causes of death were cardiovascular diseases (32.7%), cancer (22.6%), respiratory diseases (14.2%), external causes (9.7%) and diseases of the digestive system (5.7%). We conclude that the analyzed district offered diversity in health services. However, it had little impact on the morbidity and mortality, since there was no reduction in the pattern of illness and death of the population. Therefore, we recommend a collective discussion about the asymmetry between supply and demand for health services, so as to contribute to the effectiveness of health care and health management.

Keywords: Health services needs and demand; Health care; Health management; Delivery of health care; Health inequalities.

Alexandra Bulgarelli do Nascimento¹

¹ Doutoranda e Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, Brasil

Professora do Centro Universitário Senac - Unidade Tiradentes, Brasil

E-mail: alexandra.nascimento@sp.senac.br

1 INTRODUÇÃO

Muitos estudos discutem a relação entre oferta e demanda no setor saúde e problematizam as diferenças entre esses dois fenômenos econômicos na perspectiva do impacto que essas diferenças podem trazer para a atenção à saúde à população (Zucchi, Del Nero & Malik, 2000; Noronha & Andrade, 2005; Pessoto et al., 2007; Barata, 2008). Essa assimetria entre oferta e demanda é um dos fatores contributivos para a complexidade da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual foi percebida desde o momento de sua concepção (Tanaka et al., 2012; Duncan et al., 2015).

A complexidade da gestão do SUS ganha relevância, uma vez que o país possui mais de 190 milhões de habitantes e um sistema de saúde público, financiado indiretamente por meio da carga tributária, o qual aproximadamente 150 milhões de brasileiros utilizam exclusivamente por meio do setor público de saúde e 40 milhões que podem utilizá-lo via setor público, apesar de terem contratado os serviços do setor privado, por meio de desembolso direto, ou ainda através da saúde suplementar representada pelas operadoras de planos de saúde (Ferraz & Vieira, 2009). Entretanto, outros fatores podem influenciar na complexidade gerencial do sistema, como: a dimensão continental do país; diversidade cultural, demográfica, econômica e epidemiológica; financiamento do sistema de saúde; e o modelo assistencial proposto pelo SUS, o qual tem caráter universal, integral e equitativo (Ferraz & Vieira, 2009; Barbosa, 2013; Duncan et al., 2015).

Diante desse cenário, Mendes (2011) aponta para o descompasso entre a oferta e a demanda por serviços de saúde, como, por exemplo, quando da assistência às doenças crônicas em contrapartida à oferta de sistemas de saúde centrados nos hospitais, os quais estão estruturados, prioritariamente, para atender às condições agudas e às intercorrências agudas decorrentes das doenças crônicas. Esse modelo de atenção está em discussão e a proposta é que os sistemas de saúde desenvolvam Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais têm por características uma abrangente e fortalecida Atenção Primária à Saúde (APS), que se coloque como coordenadora dos cuidados aos indivíduos e à coletividade, por meio do mapeamento das necessidades em saúde da população e da utilização de equipamentos e serviços de saúde que atendam efetivamente às necessidades identificadas (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2010; Mendes, 2011).

Para isso, fazem-se prioritários arranjos organizativos que colaborem para a oferta de serviços de saúde consonantes às demandas em saúde da

população, sendo imperativa a reflexão sobre serviços de saúde factíveis que atendam às necessidades em saúde da população de forma efetiva (Zucchi et al., 2000).

Esses serviços devem prevenir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), proporcionar melhor qualidade assistencial ao paciente e maior efetividade dos sistemas de saúde, prevenindo desperdício ou falta de recursos e, conseqüentemente, garantindo a sustentabilidade econômica do sistema (Cardoso et al., 2013).

Diante dessa complexidade do setor, pode-se sugerir que as RAS que eventualmente não atendam às expectativas da população podem gerar desigualdades em saúde, uma vez que os recursos disponíveis podem não ser alocados equitativamente, quando se analisa a oferta e a demanda.

Aspectos relacionados à necessidade percebida pelo usuário frente aos serviços ofertados, bem como o número, localização geográfica e tipo dos equipamentos de saúde oferecidos, e o perfil de adoecimento e morte da população adstrita a um território sanitário se configuram como fatores relevantes para que as desigualdades como produto da assimetria entre oferta e demanda se evidenciem (Zucchi et al., 2000; Noronha & Andrade, 2005; Pessoto et al., 2007; Barata, 2008). Um estudo que realizou uma revisão crítica da literatura científica apontou que analisar a oferta e fazer proposições acerca dela é mais simples em comparação à demanda, a qual requer uma análise na perspectiva das ciências sociais, envolvendo aspectos de classe social, etnia, gênero e geração, o que ressalta a complexidade da abordagem do tema (Zucchi et al., 2000).

Essa concepção está ancorada na compreensão do processo saúde-doença considerando os determinantes sociais como agentes de potencialidade ou de desgaste para o adoecimento ou morte das pessoas de uma dada coletividade (Silva & Pinell, 2013), visto que as necessidades em saúde não se referem isoladamente aos aspectos biológicos do ser humano, mas também devem considerar os aspectos históricos, sociais, geográficos, demográficos e epidemiológicos, em âmbito individual e coletivo (Oliveira, 2012). Logo, para se identificar as necessidades em saúde de uma população de um território sanitário, tem-se que contemplar esses cenários de forma a garantir que a assistência à saúde se dê de forma universal, equitativa e integral, conforme preconizado pelo SUS.

Um estudo realizado em capitais de países latino-americanos corrobora essa ideia, na medida em que demonstrou que as cidades com piores indicadores sociais tenderam a apresentar maiores

desigualdades em saúde e na utilização dos serviços oferecidos (Noronha & Andrade, 2005). Esse contexto pode se traduzir em situações de dificuldade de acesso e utilização do sistema de saúde, sugerindo a presença de assimetria entre a oferta e a demanda por serviços de saúde.

Portanto, este estudo teve por objetivo analisar a oferta e a demanda por serviços de saúde de um território sanitário.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O delineamento de pesquisa foi do tipo exploratório, longitudinal, retrospectivo. Para tanto, foram utilizados os dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes ao período de 2000 a 2012, da subprefeitura de Santo Amaro, do município de São Paulo (SP).

A subprefeitura de Santo Amaro é composta por três distritos: Campo Belo, Campo Grande e Santo Amaro, os quais estão descritos na tabela 1, conjuntamente a outros dados, como: área, população no ano de 2010 e densidade demográfica.

Tabela 1 – Descrição dos distritos que compõem a subprefeitura de Santo Amaro, segundo a área (em km²), população no ano de 2010 (n^o de habitantes) e densidade demográfica (habitante/km²). São Paulo, 2015.

Distrito	Área (km ²)	População (em 2010)	Densidade Demográfica (habitante/km ²)
Campo Belo	8,80	65.752	7.472
Campo Grande	13,10	100.713	7.688
Santo Amaro	15,60	71.560	4.587
Total	37,50	238.025	6.347

Fonte: Coordenação das subprefeituras. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758>. Acessado em: 8. dez. 2014.

A escolha pela análise dos dados da subprefeitura de Santo Amaro decorreu do fato de a instituição de ensino superior à qual esta pesquisa está vinculada localizar-se geograficamente nessa subprefeitura.

A coleta dos dados ocorreu em 3 etapas:

▪ Etapa 1 – Mapeamento dos equipamentos de saúde: foram coletados os dados referentes aos equipamentos de saúde que compõem a RAS do setor público da subprefeitura de Santo Amaro.

Esses equipamentos de saúde foram localizados independentemente do seu nível de atenção (primário, secundário e terciário) e natureza jurídica (público ou privado).

Os dados coletados se referiram à denominação do equipamento de saúde, tipo, quantidade e localização geográfica.

Para tanto, foi acessado o endereço eletrônico: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>>, e, respectivamente, os links: "TabNet Online" e "Estabelecimentos de Saúde".

▪ Etapa 2 – Mapeamento do perfil demográfico: foram coletados alguns dados demográficos, como: quantidade populacional e grupo etário.

Para tanto, foi acessado o endereço eletrônico: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>> e o link: "População".

▪ Etapa 3 – Mapeamento das necessidades em saúde: foram coletados os dados referentes ao número de internações hospitalares e de óbitos, bem como dos principais diagnósticos registrados

relacionados à mortalidade e à morbidade da população.

Para tanto, foi acessado o endereço eletrônico: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>> e, respectivamente, os links: "TabNet Online", "Mortalidade" e "Internações Hospitalares".

Todos os dados foram armazenados e gerenciados com o auxílio de planilha Microsoft Excel® e de *software* de geoprocessamento Google Maps®.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e os resultados serão apresentados em formato de tabelas e figuras.

No que se refere às questões bioéticas envolvidas, considerando a Resolução n^o 466/12, a qual determina as diretrizes para pesquisas científicas com seres humanos, visando garantir a lisura das intenções com o desenvolvimento deste estudo e a obrigatoriedade imputada pela instituição de ensino à qual esta pesquisa está vinculada, bem como compreendendo que os dados a serem gerenciados são de natureza pública e que os resultados a serem divulgados podem contribuir para o eventual redirecionamento das políticas públicas em saúde do local de estudo, foi desenvolvido o "Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", no qual houve o compromisso da pesquisadora com o zelo referente aos aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estudos apontam que a complexidade para a operacionalização dos sistemas de saúde é um desafio para os gestores (Pires et al., 2010; Tanaka et al., 2012).

Essa prerrogativa está alicerçada sobre o conhecimento dos diversos fatores que influenciam diretamente na concepção e organização dos processos de trabalho e na alocação de recursos no setor saúde. Alguns desses fatores se referem aos aspectos geográficos, demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e organizativos do sistema (Ferraz & Vieira, 2009).

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da compreensão da oferta e da demanda dos serviços

de saúde, a fim de contribuir para a formulação de políticas públicas que respondam às necessidades da população (Pires et al., 2010) e que minimizem as desigualdades no acesso e utilização desses serviços.

Para tanto, procedeu-se ao mapeamento dos equipamentos de saúde do território sanitário analisado e, conforme apresentado pela Figura 1, a maioria desses serviços ofertados era de natureza municipal, com 20 equipamentos de saúde, ou seja, 67% dos equipamentos oferecidos pela subprefeitura. Os equipamentos de saúde estaduais totalizaram 7, ou seja, 23% do total de equipamentos; e os equipamentos de saúde privados foram 3, representando 10% do total de 30 equipamentos presentes no território sanitário.

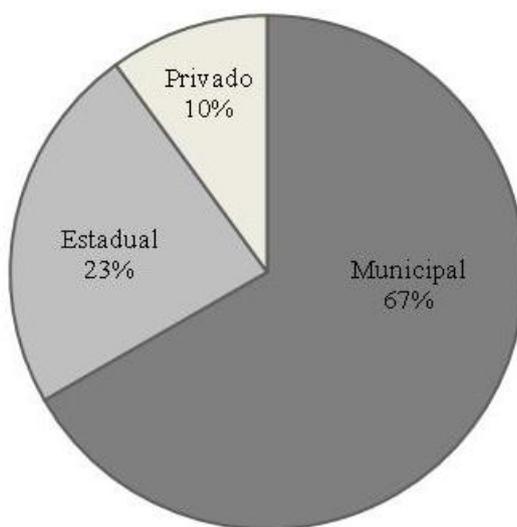


Figura 1 – Distribuição percentual dos serviços ofertados na subprefeitura de Santo Amaro, segundo a natureza jurídica. São Paulo, 2015.

Em seguida, ao se analisar a distribuição geográfica desses equipamentos de saúde, foi possível identificar a concentração deles em determinada microrregião do território sanitário, conforme demonstrado na Figura 2.

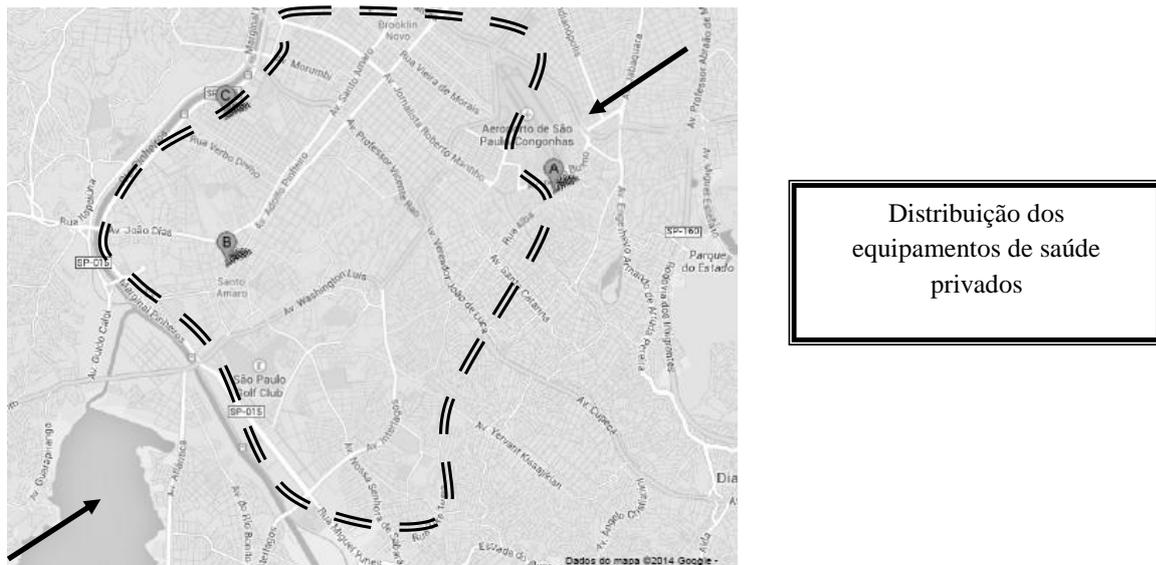
Figura 2 – Distribuição geográfica dos equipamentos de saúde da subprefeitura de Santo Amaro, segundo a natureza jurídica. São Paulo, 2015.



Distribuição dos equipamentos de saúde municipais



Distribuição dos equipamentos de saúde estaduais



A Figura 2 evidenciou desigualdade na distribuição geográfica dos equipamentos de saúde da subprefeitura de Santo Amaro, destacando a concentração da maioria deles próximo a importantes vias públicas.

Esses resultados dialogam diretamente com um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no qual foram demonstradas as desigualdades regionais, em território brasileiro, quanto à oferta de serviços de apoio ao diagnóstico (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2009).

Esses achados colocam em pauta a assimetria entre oferta e demanda como um fenômeno presente em âmbito local e nacional, demonstrando a pertinência da discussão sobre o tema, a fim de colaborar para a minimização dessas diferenças e contribuir para alavancar uma atenção e

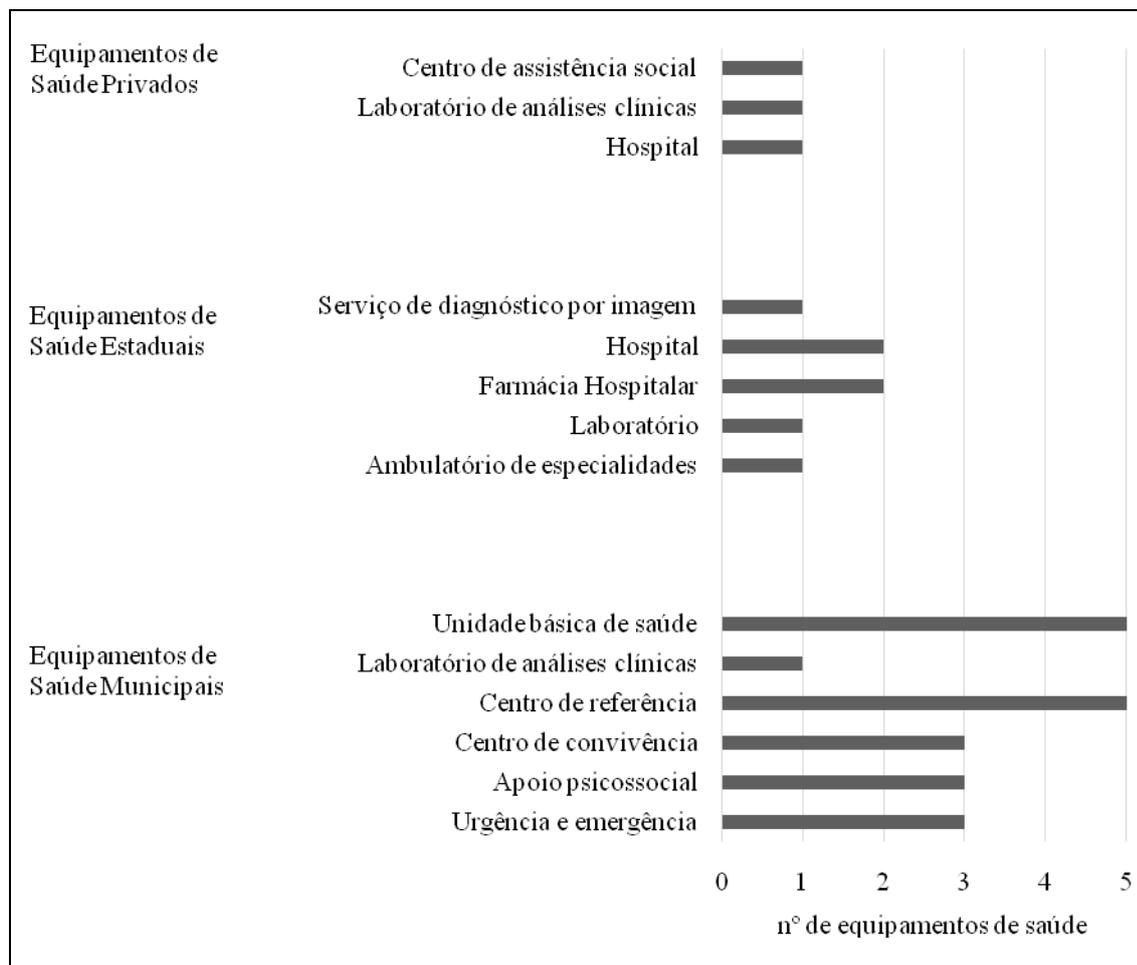
gestão em saúde equânime e integral para a população.

Na Figura 3 demonstra-se a representatividade absoluta da totalidade dos 30 equipamentos de saúde de natureza privada, estadual e municipal na subprefeitura de Santo Amaro, segundo o tipo do equipamento de saúde.

Os equipamentos de saúde municipais foram aqueles em maior número na subprefeitura de Santo Amaro, os quais totalizaram 20 equipamentos de saúde, representando $2/3$ dos equipamentos ofertados nesse território sanitário. As UBS e os centros de referência foram os equipamentos de saúde com maior oferta, e representaram conjuntamente $1/3$ dos equipamentos.

A atenção básica representada pelas UBS representou 16,7% dos equipamentos de saúde, frente aos demais equipamentos de saúde de natureza especializada, que representaram 83,3%.

Figura 3 – Representatividade absoluta dos equipamentos de saúde privados, estaduais e municipais na subprefeitura de Santo Amaro, segundo o tipo de equipamento de saúde. São Paulo, 2015.



Diante do apresentado, vislumbrou-se que a quantidade de UBS em relação ao número de equipamentos de saúde especializados mostrou-se proporcionalmente reduzida.

Dessa forma, recomenda-se a realização de estudos futuros que investiguem se essa proporção entre o número de UBS e os equipamentos de saúde especializados, conjuntamente ao número de habitantes nesse território sanitário, mostra-se resolutivo frente às necessidades em saúde da população.

Essa recomendação decorre da discussão de vários estudos em torno da temática da resolubilidade da APS e dos fatores que podem interferir nos processos de trabalho desse nível de atenção à saúde, em que se problematiza a limitada resolução da APS diante dos problemas de saúde populacionais (Sousa et al., 2008; Nascimento & Oliveira, 2010).

Para exemplificar, podem-se citar as ICSAP, que são consideradas um importante indicador de qualidade assistencial prestada pela APS, uma vez que elas se propõem a contabilizar as hospitalizações

por causas potencialmente evitáveis quando da presença de uma APS com práticas assistenciais e gerenciais efetivas (Cardoso et al., 2013).

No entanto, para a operacionalização dos sistemas de saúde, pautada na universalidade, equidade e integralidade, faz-se necessária a disponibilização, além dos estabelecimentos de saúde propriamente ditos, de estruturas, condições, processos e ideologias de trabalho, bem como posturas profissionais consonantes com os princípios doutrinários do SUS.

O mapeamento do perfil demográfico do território sanitário estudado evidenciou que o número de habitantes no município de São Paulo no ano de 2000 era de 10.434.252, enquanto no ano de 2010 era de 11.253.503, o que representou um aumento de 7,9% da população.

A análise do número de habitantes da subprefeitura de Santo Amaro mostrou que no ano de 2000 esse número era de 218.558, enquanto no ano de 2010 era de 238.025, o que representou um aumento de 8,9% da população.

O cálculo de medidas de tendência central das variações populacionais entre os anos de 2000 e 2010, nas subprefeituras do município, evidenciou que, respectivamente, média, mediana e desvio padrão foram de 8,4%, 7,5% e $\pm 8,2\%$.

Esses resultados demonstraram que o incremento populacional na subprefeitura de Santo Amaro foi superior ao observado na totalidade do município de São Paulo, da mesma forma quando

avaliadas as variações populacionais das subprefeituras.

A Tabela 2 explicita que na subprefeitura de Santo Amaro o grupo etário de 60 anos ou mais foi o que mais aumentou (36,6%). Sendo que, entre estes, a análise daqueles com 95 a 99 anos denotou um incremento de 109,7%, o que significa, em números absolutos, um aumento de 103 pessoas desse subgrupo etário nesse território sanitário no período analisado.

Tabela 2 – Número de habitantes na subprefeitura de Santo Amaro, segundo o grupo etário, ano e variação percentual no período de 2000 a 2010. São Paulo, 2015.

Grupo Etário	Ano				Variação percentual no período
	2000		2010		
	N	%	N	%	
abaixo de 1 ano	2.469	1,1	2.486	1,0	0,7
1 a 4 anos	9.746	4,5	9.671	4,1	-0,8
5 a 11 anos	17.905	8,2	17.360	7,3	-3,0
12 a 17 anos	19.089	8,7	15.870	6,7	-16,9
18 a 29 anos	46.561	21,3	42.617	17,9	-8,5
30 a 59 anos	91.982	42,1	107.932	45,3	17,3
acima de 60 anos	30.806	14,1	42.089	17,7	36,6
Total	218.558	100	238.025	100	8,9

Esse cenário corrobora os achados de diversos estudos que descrevem a transição demográfica como fator relevante para a gestão dos sistemas de saúde, uma vez que nesse fenômeno observa-se declínio do número de indivíduos de grupos etários mais jovens e aumento de grupos etários com maior idade. Essa análise é imprescindível, visto a importância do alinhamento entre a oferta e demanda por serviços, de forma a assegurar a assistência a partir das necessidades em saúde desses estratos populacionais específicos (Veras, 2007; Pereira et al., 2012).

Conjuntamente a esse aspecto, ao se realizar o mapeamento das necessidades em saúde da população adstrita a esse território sanitário, utilizando-se das causas de internações, no período de 2004 a 2012, evidenciou-se, conforme demonstrado na tabela 3, que as cinco principais causas de internação representaram 72,4% das hospitalizações.

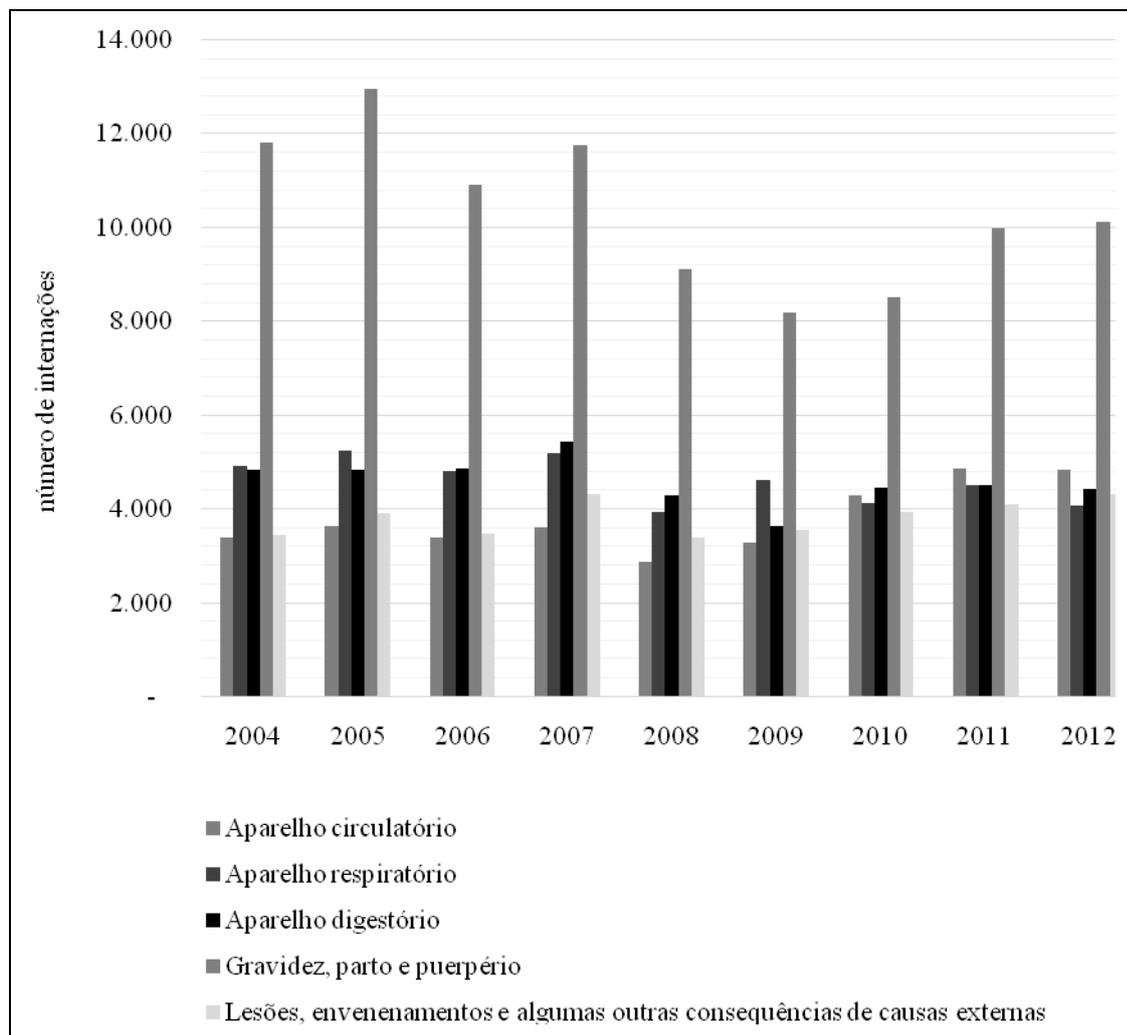
Elas se referiram aos seguintes agravos: gravidez, parto e puerpério (27,6%); aparelho respiratório (12,3%); aparelho digestório (12,2%); lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (10,2%) e aparelho circulatório (10,1%).

Tabela 3 – Causas de internações na subprefeitura de Santo Amaro, no período de 2004 a 2012. São Paulo, 2015.

Causas de Internações	N	%
Gravidez, parto e puerpério	93.455	27,6
Aparelho respiratório	41.548	12,3
Aparelho digestório	41.380	12,2
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	34.585	10,2
Aparelho circulatório	34.265	10,1
Outras causas	93.476	27,6
Total	338.709	100

A Figura 4 demonstrou, em linhas gerais com pequenas oscilações, que o padrão do número de internações das cinco principais causas não se modificou no período de 2004 a 2012.

Figura 4 – Número de internações das cinco principais causas, no período de 2004 a 2012, na subprefeitura de Santo Amaro. São Paulo, 2015



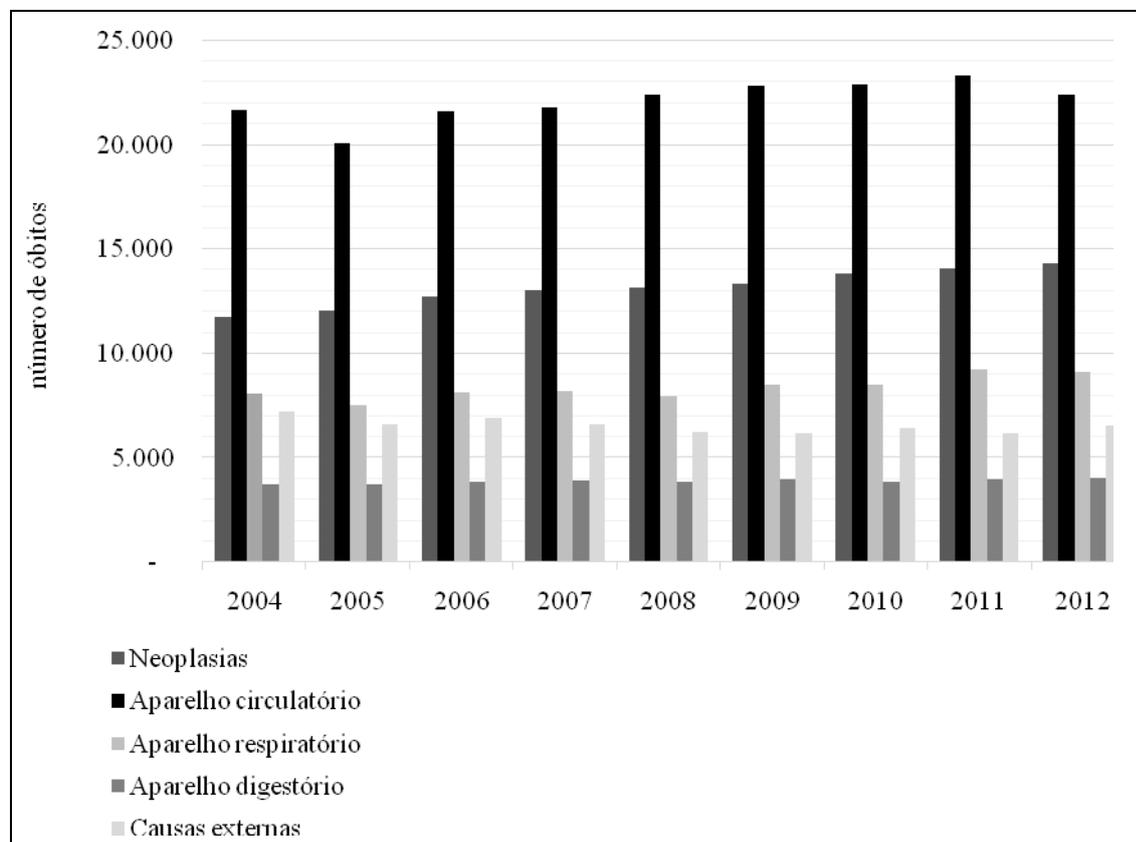
A Tabela 4 mostrou as causas de mortalidade, no período de 2004 a 2012, com destaque para as cinco principais causas, que representaram 79,7%. Elas se referiram aos seguintes agravos: aparelho circulatório (32,6%); neoplasias (19,4%); aparelho respiratório (12,3%); causas externas (9,7%) e aparelho digestório (5,7%).

Tabela 4 – Causas de mortalidade na subprefeitura de Santo Amaro, no período de 2004 a 2012. São Paulo, 2015.

Causas de Mortalidade	N	%
Aparelho circulatório	198.738	32,6
Neoplasias	118.148	19,4
Aparelho respiratório	75.240	12,3
Causas externas	58.837	9,7
Aparelho digestório	34.825	5,7
Outras causas	123.549	20,3
Total	609.337	100

A Figura 5 demonstrou, em linhas gerais com pequenas oscilações, que o padrão do número de óbitos das cinco principais causas não se modificou no período de 2004 a 2012.

Figura 5 – Padrão do número de óbitos das cinco principais causas, no período de 2004 a 2012, na subprefeitura de Santo Amaro. São Paulo, 2015.



A análise conjunta das Figuras 4 e 5 evidenciou a manutenção das necessidades em saúde na subprefeitura de Santo Amaro, no que se refere às formas de adoecimento e morte da população do território sanitário analisado.

As principais causas de adoecimento e morte identificadas apontam para a preponderância da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e de causas externas, as quais são resultado da transição epidemiológica, conforme apontado por vários estudos (Schramm et al., 2004; Lebrão, 2007).

Esses achados ressaltam a importância da readequação do modelo de atenção, o qual deve ser reestruturado de forma a atender, além das afecções agudas, às necessidades em saúde relacionadas às doenças crônico-degenerativas e de reabilitação física e psicossocial decorrentes dos eventos relacionados às causas externas. Essa ideia é amplamente discutida por Mendes (2011), que propõe a organização do sistema de saúde a partir de RAS de forma a garantir a integralidade e a equidade do cuidado.

Diante disso, neste estudo foi possível evidenciar a manutenção da assimetria entre a oferta e a demanda por serviços de saúde, visto que, em linhas gerais, observou-se um padrão de estabilidade quanto às causas de adoecimento e morte nessa população. Ou seja, apesar da oferta diversificada de equipamentos de saúde, a população do território sanitário estudado continuou adoecendo e morrendo pelas mesmas causas ao longo do período de tempo analisado.

Esse fato faz com que se questione os tipos de serviços de saúde que são oferecidos à população, bem como se há a implantação da lógica de assistência em RAS que se organize de forma centrada no paciente sob a coordenação da APS e materializada pelas UBS (Mendes, 2011).

Essa ponderação faz-se relevante frente à urgência em se repensar as práticas colaborativas entre os profissionais assistenciais e gerenciais de serviços de saúde (OMS, 2010), os quais podem contribuir com a oferta de serviços de saúde

alinhados à demanda para a melhoria da atenção à saúde prestada à população.

Esse cenário sugere, minimamente, a reflexão sobre quais, onde e em que número os equipamentos de saúde estão sendo ofertados, bem como quais são as necessidades em saúde identificadas no território sanitário, e como estão se dando os arranjos organizativos do sistema de saúde e os processos de trabalho, visando contribuir para a resolubilidade do sistema no que tange aos problemas de saúde.

Entretanto, este estudo deparou-se com limitações, como, por exemplo, a ausência de dados para a diferenciação das causas relacionadas aos eventos da gravidez, parto e puerpério de natureza fisiológica e patológica.

Esse aspecto é fundamental para a compreensão das diferentes demandas registradas sob a mesma causa, as quais, neste estudo, foram elevadas, mas que, a depender da sua natureza, requerem ações gerenciais diversificadas frente à compreensão das necessidades específicas em saúde.

Além disso, recomendam-se estudos futuros que analisem as vulnerabilidades da população que, possivelmente, contribuíram para o perfil de morbimortalidade apresentado, uma vez que o processo saúde-doença relaciona-se a várias perspectivas além daquela de cunho biológico.

Portanto, esta pesquisa não teve a pretensão de esgotar o tema, visto a complexidade que esse fenômeno exige para ser compreendido.

Entretanto, com a intenção de agregar conhecimento àqueles que atuam na assistência à população e no gerenciamento dos serviços e sistemas de saúde, os quais têm por objetivo zelar pela universalidade, equidade e integralidade do cuidado, este estudo avançou ao alertar quanto à necessidade de uma discussão coletiva sobre a assimetria existente e persistente, longitudinalmente, entre oferta e demanda por serviços de saúde ao analisar um território sanitário em âmbito local.

Essa prerrogativa reforça a urgência em se analisar de forma ampliada e consistente a combinação entre oferta e demanda por serviços de saúde, visando minimizar eventuais desigualdades no acesso e utilização do SUS e, conseqüentemente, contribuir para melhorar as condições de saúde da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da demanda e da oferta de serviços de saúde de um território sanitário conforma-se como um grande desafio aos gestores de sistemas de saúde.

Essa afirmação ficou evidente, uma vez que este estudo demonstrou a necessidade de análise do contexto, tanto no que se refere ao perfil epidemiológico da população quanto da RAS oferecida, no que tange não somente a elementos quantitativos mas também a qualitativos.

A análise desses elementos qualitativos só foi possível compreendendo-se a totalidade do objeto proposto por este estudo, ou seja, a análise da demanda e da oferta de serviços de saúde da subprefeitura de Santo Amaro.

Diante disso, foi possível evidenciar que essa subprefeitura ofereceu diversidade de estabelecimentos de saúde, mas que aparentemente esse quantitativo não atendeu às necessidades em saúde da população.

Isso decorreu de indícios que mostraram reduzido impacto desse quantitativo de serviços de saúde ofertados sobre o perfil de morbimortalidade, uma vez que não se observou, longitudinalmente, redução no padrão de adoecimento e morte da população adstrita ao território sanitário analisado.

Paralelamente, questiona-se a distribuição geográfica dos equipamentos de saúde, bem como a quantidade e finalidade de alguns, visto que foi evidenciada concentração geográfica desses serviços.

Essa constatação pode ter contribuído para o estabelecimento de desigualdades em saúde, como, por exemplo, por meio da dificuldade de acesso e utilização do sistema de saúde e, conseqüentemente, na manutenção do perfil de morbimortalidade da população.

Esse cenário contradiz os princípios doutrinários preconizados pelo SUS, ou seja, a universalidade, integralidade e equidade.

Além disso, observou-se reduzida quantidade de estabelecimentos destinados à atenção a grupos sociais vulneráveis, como, por exemplo, aos idosos, às pessoas com demandas psicossociais e de reabilitação, o que por sua vez reforça a fragilidade organizacional do sistema de saúde no território analisado e, conseqüentemente, se reflete na atenção à saúde dessa população.

Portanto, faz-se necessária uma discussão coletiva e consistente sobre a assimetria entre oferta e demanda por serviços de saúde, com o objetivo de contribuir positivamente com a efetividade do sistema de saúde e, conseqüentemente, com a melhoria das condições de saúde das pessoas, seja por meio da qualidade assistencial dos serviços ofertados e da sustentabilidade econômica do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Barata, R. B. (2008). Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo em Perspectiva*, 22(2), 19-29.
- Barbosa, E. C. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85-102.
- Cardoso, C. S., Pádua, C. M., Rodrigues-Júnior, A. A., Guimarães, D. A., Carvalho, S. F., Valentin, R. F., Abrantes, R., & Oliveira, C. D. L. (2013). Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Revista Panamericana Salud Publica*, 34(4), 227-234.
- Duncan, P., Bertolozzi, M. R., Cowley, S., Egry, E. Y., Chiesa, A. M., Franca, F. O. S. (2015). Health for all in England and Brazil? *Internacional Journal of Health Services*, 45(1), 545-563.
- Ferraz, O. L. M., & Vieira, F. S. (2009). Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. *Dados [on line]*, 52(1), 223-251.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2009). *Escassez e fatura: distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil*. In: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília: IBGE.
- Lebrão, M. L. (2007). O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva – Epidemiologia e Envelhecimento*, 4(17), 135-140.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [OPAN].
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96.
- Noronha, K. V. M. S., & Andrade, M. V. (2005). Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Revista Panamericana Salud Publica*, 17(5/6), 410-418.
- Oliveira, M. A. C. (2012). (Re)significando os projetos cuidativos da enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 401-415.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2010). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Suíça: OMS.
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2010). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: OPAS.
- Pereira, G. N., Bastos, G. A. N., Del Duca, G. F., & Bós, A. J. C. (2012). Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Caderno de Saúde Pública*, 28(11), 2035-2042.
- Pessoto, U. C., Heimann, L. S., Boaretto, R. C., Castro, I. E. N., Kayano, J., Ibanhes, L. C., Junqueira, V., Rocha, J. L., Barboza, R., Cortizo, C. T., Martins, L. C., & Luiz, O. C. (2007). Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 351-362.
- Pires, M. R. G. M., Göttems, L. B. D., Martins, C. M. F., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1009-1019.
- Schramm, J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908.
- Silva, L. M. V., & Pinell, P. (2013). The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 432-446.
- Sousa, E. C. F. S., Vilar, R. L. A., Rocha, N. S. P. D., Uchoa, A. C., & Rocha, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 100-110.

Tanaka, O. U., Tamaki, E., & Felisberto, E. (2012). Os desafios da avaliação na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 818-818.

Veras, R. (2007). Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas *dade*, 9(1/2), 127-150.

e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10), 2463-2466.

Zucchi, P., Del Nero, C., & Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Socie*