



ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CURSO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E DE SISTEMAS DE SAÚDE

3

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TEMA: O PAPEL DA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE NO
PROCESSO DECISÓRIO EM SAÚDE:
O CASO DO SUB-PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE

MESTRANDO: BERNARD FRANÇOIS COUTTOLENC



Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



24/89



1198900024

MARÇO DE 1.987.

2

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	N.º de Chamada
11.01.89	614 C8f/p
N.º Volume	Registrado por
024/89	maria

DIS.
e.2

614 : 616.982.2

O PAPEL DA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE NO
PROCESSO DECISÓRIO EM SAÚDE:

O CASO DO SUB-PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE

I N D I C E

<u>INTRODUÇÃO</u>	1
 <u>PARTE I : PROCESSO DECISÓRIO E ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE</u>	 11
1- O processo decisório em Saúde Pública	11
1.1- Os elementos do processo decisório	12
1.2- A tomada de decisão como processo político	15
1.3- Decisão e mudança	19
1.4- O processo decisório em saúde	21
2- A racionalização do processo decisório	25
2.1- Planejamento e avaliação	27
2.2- As técnicas voltadas para a decisão	29
2.3- As técnicas voltadas para a informação	31
2.4- As técnicas voltadas para o planejamento	33
2.5- As técnicas voltadas para a avaliação	35
2.6- A Análise Custo-Benefício	37
3- A Análise Custo-Efetividade na área da Saúde	42
3.1- A contribuição da teoria do capital humano	42
3.2- Conceito e Metodologia	47
3.3- Os elementos da Análise Custo-Efetividade	52
3.4- Algumas particularidades metodológicas	59

<u>PARTE II</u> : ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE DO SUB-PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE	69
4.- Caracterização do problema	69
4.1- Aspéctos clínicos	71
4.2- Aspéctos epidemiológicos	76
4.3- Uma doença social	78
5- A Organização da Política de Contrôlo da Hanseníase	86
5.1- Objetivos e conteúdo do programa	90
5.2- Estrutura e funcionamento	93
6- Os custos e impactos do programa	103
6.1- Abrangência da análise	103
6.2- Escolha da abordagem	106
6.3- Identificação e quantificação dos impactos	108
6.4- Identificação e quantificação dos custos	114
7- Interpretação dos resultados	135
7.1- A relação custo-efetividade	135
7.2- Comparações entre programas e análise histórica	139
8- DISCUSSÃO	145
<u>CONCLUSÃO</u>	171
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	174
<u>ANEXOS</u>	180

I N T R O D U Ç Ã O

O termo "saúde pública" tem sido utilizado com diferentes significados: o estado de saúde de uma população, o corpo de conhecimentos necessários para atuar sobre esse estado de saúde, a estrutura e os recursos mobilizados para cuidar da saúde da população (1). Pode ainda representar o conjunto de cuidados à saúde prestados pelo governo, e neste caso o termo seria sinônimo de "serviços públicos de saúde".

Na maioria dos países, coexistem serviços estatais e privados de assistência à saúde, com predominância ora de uns, ora de outros. A separação entre as duas áreas de atuação, do setor público e do setor privado, é geralmente nebulosa.

Entretanto, há um certo consenso quanto ao fato de que algumas áreas da assistência à saúde são, por sua natureza, de responsabilidade do Estado. Trata-se, basicamente, de cuidados que, mesmo quando prestados individualmente, são dirigidos à população como um todo, visando protegê-la de algum risco. É o caso das atividades de imunização e de vigilância epidemiológica, e do controle sanitário de alimentos, medicamentos e estabelecimentos. No primeiro caso, toda a coletividade beneficia da vacinação de um indivíduo, mesmo aqueles que não se submetem à imunização; ou seja, os efeitos destas atividades recaem também, obrigatoriamente, sobre quem não as recebeu diretamente, caracterizando o que os economistas chamam de externalidade, ou efeito externo. No segundo caso, as ações desenvolvidas não têm destinatário certo, a não

(1) Brockington, F. "World Health"

ser a coletividade; seu beneficiário não pode ser identificado, isolado ou excluído do benefício.

A existência de externalidades e a indivisibilidade do serviço produzido são as duas características básicas dos bens (ou serviços) públicos (1), para os quais é quase impossível estabelecer um preço unitário. O fornecimento desses bens e serviços é, historicamente, responsabilidade dos governos. Além dessas atividades, no entanto, o Estado frequentemente assume a assistência médica a certos setores sociais desfavorecidos (população carente), especialmente vulneráveis (mães e crianças, idosos) ou atingidos por doenças que sempre suscitam a filantropia e a caridade (a hanseníase, a tuberculose, a doença mental)(2). São casos que, de modo geral, não apresentam interesse para o setor privado, por oferecerem poucas possibilidades de lucros, e que sem a intervenção governamental provavelmente não receberiam a assistência necessária.

Estas são as áreas da Saúde em que o setor público vem atuando tradicionalmente; no Estado de São Paulo, a maior parte dessa assistência é prestada pela Secretaria de Estado da Saúde, com a participação minoritária das secretarias municipais de saúde e dos serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Mais recentemente, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) tem progressivamente ampliado sua área de atuação. Na esteira de uma política nacional de racionalização, otimização e integração dos serviços públicos de saúde, consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde, a Secretaria vem, de um lado, se transformando de órgão simplesmente executor da política nacional de saúde, em órgão coordenador desta política no estado, em articulação com o INAMPS; e do outro, vem ampliando substancialmente suas atividades visando a prestação de

(1) Paret, H.: "L'économie des soins médicaux".

(2) Idem

assistência a toda a população, e não mais a alguns grupos so
ciais específicos.

Neste contexto, o termo "saúde pública" não po
de mais ser utilizado no sentido das ações tradicionais que o
Estado empreendia na área da saúde. No âmbito deste trabalho,
a saúde pública corresponderá ao conjunto dos serviços públi-
cos de saúde e das atividades que esses serviços desenvolvem.

Esta evolução coloca, para as instituições pú-
blicas de saúde, a necessidade de se modernizarem, de se ins-
trumentalizarem para lidar com a nova realidade. O desafio, pa
ra os dirigentes destas instituições, é enorme. Uma coisa é '
organizar campanhas de vacinação e prestar assistência às pes
soas não cobertas pelos serviços privados de saúde. Outra coi
sa é assumir a coordenação da política de saúde a nível esta-
dual e prestar uma assistência de bom nível a toda população.

Esta mudança implica não somente na expansão '
da rede física (Centros de Saúde e hospitais) da Secretaria, '
mas também na reestruturação interna de um órgão pesado, cen-
tralizado e compartimentalizado, e , principalmente, na moder-
nização dos métodos arcaicos de gerenciamento utilizados e na
formação de gerentes capazes de imprimir à Secretaria a dinâ-
mica exigida por seu novo papel. Sem este aprimoramento geren-
cial, a transformação pela qual está passando a Secretaria da
Saúde não atingirá seus objetivos, e se resumirá no simples '
inchamento de um órgão já excessivamente burocratizado, com a
expansão de sua capacidade ~~de~~ atendimento mas sem nenhuma mu-
dança qualitativa na efetividade da assistência prestada.

A modernização dos métodos gerenciais da Secre
taria exige, em primeiro lugar, que se tenha uma compreensão '
bastante clara de como se dá o processo de tomada de decisões
na área da saúde pública, pois gerenciar nada mais é do que '
tomar, executar e avaliar decisões.

Uma decisão quase nunca é tomada com pleno conhecimento do problema e das conseqüências das possíveis soluções. A incerteza é parte integrante, e fundamental, do processo decisório. Delimitar, e reduzir, esta incerteza, é uma das principais atividades de qualquer dirigente.

A saúde pública é uma área envolta em incertezas e isso devido a tres fatores básicos: a complexidade do fenómeno saúde, a presença constante do elemento político, e a ausência de tradição na utilização de técnicas modernas de gerenciamento.

O estado de saúde de uma população é o resultado de uma conjunção de fatores como o meio ambiente, o estado nutricional, as condições de moradia, a constituição genética e a ação dos serviços de saúde. Com isso, torna-se difícil identificar o efeito real de uma política de saúde ou de um procedimento terapêutico. Por outro lado, a medicina e a epidemiologia conseguem explicar apenas parte do que acontece com a saúde das pessoas.

O setor público de um modo geral é muito sujeito à influência do jogo de forças políticas que se desenvolve na sociedade, porque os diversos grupos sociais existentes estão também presentes no interior da administração pública, onde se defrontam ao sabor dos interesses em jogo na sociedade e das trocas de governo. Além disso, a área da saúde especificamente é dominada por um grupo particularmente coeso, a classe médica, cujos interesses corporativos podem em determinados momentos orientar as decisões.

Finalmente, em função destes dois fatores e do papel histórico dos serviços públicos de saúde, só recentemente é que se iniciou, principalmente nos Estados Unidos e na Europa ocidental, um esforço no sentido de dar maior racionalidade à administração desses serviços. Esse esforço surgiu de uma constatação preocupante: os gastos em saúde, e principalmente os

gastos públicos, estão há muitos anos crescendo a taxas muito superiores à do Produto Interno Bruto, e esta tendência não parece dever se alterar nos próximos anos. Assim, o montante desses gastos passou, na maioria dos países industrializados, de 3 a 4% do PIB em 1.950 a 9,5% em 1.980, e cerca de 11% em 1.985 (1). Mais preocupante ainda, esse crescimento não foi acompanhado de uma melhora significativa no estado de saúde da população (2). Desenvolvem-se então várias tentativas de conter essa "explosão" dos gastos em saúde, até agora com limitado sucesso: estímulo à competição entre os serviços privados de saúde (nos Estados Unidos), novas formas de organização e financiamento dos serviços, limitação do número de formados pelas escolas de medicina, padronização de condutas, racionalização de instalações, estabelecimento de tetos orçamentários rígidos, etc... Conjugada com esses esforços, há uma preocupação crescente em favorecer tratamentos e programas de saúde que alcancem o melhor resultado ao menor custo possível.

Nos países em desenvolvimento a situação é claramente distinta. A maioria desses países gasta entre 2 e 4% do PIB em saúde(3), o que é insuficiente para fazer frente aos problemas sanitários existentes e obriga os governos a recorrerem frequentemente a financiamentos internacionais. O Estado de São Paulo por exemplo, obteve em 1.984 um empréstimo de 120 milhões de dólares do Banco Mundial para expandir e reequipar a rede de Centros de Saúde e hospitais da Grande São Paulo, no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde (PMS).

Entretanto, a carência geral de recursos que atinge os países em desenvolvimento não pode, por si só, explicar o estado de saúde da população.

(1) Barral, P.E.: "L'economie de la santé: faits et chiffres"

(2) Idem

(3) Idem

Os dados que transcrevemos no quadro abaixo ilustram o fato de que condições relativamente favoráveis de saúde podem ser conseguidas em países extremamente pobres, e que países com um nível de renda e gastos de saúde relativamente elevados podem se encontrar numa situação de saúde altamente insatisfatória, como é o caso do Brasil.

Renda, gastos em saúde e situação de saúde
em alguns países em desenvolvimento.

País/Estado	Renda per capita em 1982	Gastos Públicos em saúde	Mortalidade de Infantil [%]	Esperança de vida
Estado de São Paulo	4180	-	42	70
Argentina	2520	8	44	70
Portugal	2450	-	26	71
México	2270	9	53	65
Brasil	2240	31	73	64
Chile	2210	44	27	70
Panamá	2120	102	33	71
República da Coreia	1910	6	32	67
Malásia	1860	33	29	67
Paraguai	1610	8	45	65
Costa Rica	1430	100	18	74
Filipinas	820	5	51	64
Tailândia	790	6	51	63
Sri Lanka	320	4	32	69
China	310	-	67	67

Embora em situação bastante diversa, e por motivos distintos, tanto os países industrializados como aqueles em vias de desenvolvimento começam a se preocupar com a efetividade das ações de saúde: os primeiros, porque elas custam caro demais em relação aos resultados obtidos e os segundos, porque a carência de recursos exige que alcancem o melhor resultado possível do pouco que têm.

A introdução da Análise Custo-Efetividade na área da Saúde decorre desta preocupação de aperfeiçoamento dos métodos gerenciais em geral, e de escolha de alternativas de ação que levem ao melhor resultado em relação ao custo. Derivada das técnicas econômicas de análise de investimentos em uso no setor empresarial, a ACE pode ser de grande utilidade na montagem de programas e planos de saúde, na escolha entre diversos programas alternativos, e na sua avaliação. Consiste basicamente em confrontar os custos (esperados ou realizados) de um programa, com seus resultados ou impactos (esperados ou realizados).

A aplicação da Análise Custo-Efetividade é ainda recente, e restringe-se aos Estados Unidos e a alguns países europeus. No Brasil, embora comece a ser divulgada, ainda não foi utilizada em programas reais. Seus princípios e sua metodologia são relativamente simples, mas sua utilização em casos concretos esbarra em algumas dificuldades. Assim, a aplicação da análise a um dos programas desenvolvidos na Secretaria da Saúde poderá, além de divulgar a ACE na instituição, estabelecer claramente seu potencial e suas limitações no contexto da saúde pública brasileira.

Um dos programas mais problemáticos da Secretaria é o Sub-programa de Contrôlo da Hanseníase. Em vigência há vários anos, seus resultados estão aquém do esperado, em que pesem as características de uma doença endêmica e complexa e as falhas do próprio Sub-programa. Um relatório datado de 1983, realizado por um grupo de trabalho da Secretaria, conclui: "A

situação da endemia no Estado de São Paulo é bastante crítica e se apresenta em franco processo de agravamento, sendo que ' os recursos investidos para o seu controle estão longe de alcançar seu propósito". (1)

O interesse em se avaliar um programa cujos resultados são reconhecidamente insatisfatórios, e nosso conhecimento e experiência pessoal na área da hanseníase, justificam a escolha deste Sub-programa para a aplicação da Análise ' Custo-Efetividade.

No decorrer deste trabalho serão feitas referências constantes a três conceitos básicos para a Análise ' Custo-Efetividade, e que convém definirmos de antemão: eficiência, eficácia e efetividade.

A Organização Mundial da Saúde define estes conceitos nos seguintes termos:

"Eficácia: benefício ou utilidade, para o indivíduo, do serviço, tratamento, regime, medicação, medida preventiva ou de controle, proposto ou aplicado".

"Efetividade: efeito da atividade e seus resultados finais, produtos ou benefícios, para a população, alcançados em relação aos objetivos estabelecidos".

"Eficiência: efeitos ou resultados finais alcançados em relação ao esforço despendido em termos de dinheiro, ' recursos e tempo". (2)

No âmbito deste trabalho, utilizaremos estes ' conceitos em sua definição econômica tradicional, que difere ' um pouco daquela da OMS. A eficiência de um programa significará a sua capacidade de garantir a melhor utilização possível ' dos recursos disponíveis, tendo em vista os objetivos fixados.

(1) Nóbrega, R.C., e outros: "Hanseníase no Estado de São Paulo; Diagnóstico e Propostas".

(2) OMS: "Statistical indicators for the Planning and Evaluation of Public Health Programs".

A eficácia corresponderá à capacidade de atingir os objetivos imediatos determinados, e a efetividade à capacidade de ter o impacto desejado, a médio e longo prazo, junto à população. Assim, a eficiência tem ênfase nos meios empregados, a eficácia nos objetivos imediatos, e a efetividade no impacto junto à população.

No seu desenvolvimento e resultados, a ACE se mostrou ser potencialmente um instrumento privilegiado no planejamento e avaliação em saúde, propiciando a sistematização das informações necessárias à decisão, facilitando a comparação entre programas e a análise histórica do desempenho. Sua flexibilidade propiciou a discussão de alguns pontos importantes, não só para o Sub-programa, mas também para o gerenciamento dos serviços públicos de saúde, como o alto custo final da assistência à saúde prestada pelo Estado. Finalmente, a avaliação do Sub-programa em si confirmou o diagnóstico sombrio do relatório da Secretaria, e permitiu identificar alguns problemas que prejudicam o gerenciamento correto do programa.

A primeira parte deste trabalho discute a natureza do processo decisório na área da saúde pública (Capítulo 1), fornece um panorama geral das técnicas que permitem racionalizar este processo decisório (Capítulo 2) e apresenta os princípios e a metodologia de uma técnica particular, a Análise Custo-Efetividade (Capítulo 3). Na segunda parte, é aplicada a ACE, de acordo com a metodologia apresentada, ao Sub-programa de Contrôlo da Hanseníase; trata-se das múltiplas dimensões da doença (Capítulo 4), da estrutura e do funcionamento do programa (Capítulo 5), da identificação e quantificação dos elementos da análise (Capítulo 6), e da interpretação de seus resultados (Capítulo 7). A Discussão finalmente apresenta a avaliação final do Sub-programa e discute a utilidade e as perspectivas da análise, e por último são apresentadas as principais conclusões do trabalho.

P A R T E I

- PROCESSO DECISÓRIO E ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE
EM SAÚDE.

1- O PROCESSO DECISÓRIO NO SETOR PÚBLICO

O gerenciamento de instituições complexas implica em tomar constantemente decisões a respeito dos objetivos' a serem perseguidos, e dos meios utilizados para alcançá-los. Pode-se dizer que a essência da atividade do gerente consiste na tomada de decisões que definem os rumos da organização, en quanto que os outros profissionais executam essas decisões e fornecem ao gerente as informações de que ele necessita para' decidir. Quando a sociedade era menos complexa do que é hoje, e qualquer decisão em geral repercutia sobre um número limita do de pessoas, o decisor podia confiar na sua sensibilidade,' na sua intuição e no conhecimento pessoal que detinha. Atualmente, o tamanho e a complexidade das organizações públicas e privadas, bem como a crescente especialização do conhecimento tornam a sensibilidade e a intuição totalmente insuficientes. A decisão tornou-se o resultado de um processo complexo e racionalizado, pelo menos nas grandes organizações; sua finalidade é reduzir a incerteza presente em toda decisão, levantan do e ordenando as informações que possam ajudar o gerente a decidir.

1.1- OS ELEMENTOS DO PROCESSO DECISÓRIO

O processo decisório pode ser analisado em termos de seus três componentes básicos: o querer, o saber e o poder' (1). O querer, ou a vontade do decisor, tem sua origem num problema que requer solução. Esse problema pode consistir no desafio proposto por uma realidade indesejável, na necessidade de se corrigir determinado processo, etc... Mas reside, sempre, numa situação que exige a intervenção do decisor. O saber consiste no conhecimento que o indivíduo possui dos dados do problema e na sua capacidade pessoal de decidir. Quanto ao poder, está ligado à capacidade do decisor de implementar e de fazer 'respeitar sua decisão frente aos outros indivíduos ou grupos' envolvidos no problema ou na sua solução; ou seja, depende de sua posição na organização como um todo, e em relação a estes 'grupos. Poder-se ia incluir outro elemento no processo decisório: a disponibilidade de recursos, que atua como fator limitante. No entanto, trata-se de uma restrição na realidade bastante flexível, e relacionada com a importância dos outros 'três elementos; a pressão representada pela gravidade da situação-problema, as reivindicações de setores da população e o poder relativo do grupo responsável pela decisão, a argumentação técnica na solicitação de recursos e a sua utilização critériosa, podem ampliar substancialmente uma dotação inicialmente limitada. Assim, os recursos disponíveis não constituem um componente autônomo da tomada de decisão, mas são o resultado da 'conjunção dos três fatores básicos.

(1) Guisard, José Eugenio Ferraz: O Processo Decisório; da decisão individual à decisão coletiva.

A situação a exigir intervenção é, por definição dada e externa ao decisor. Possui uma complexidade própria, que varia em função do número de pessoas envolvidas, da natureza do problema, etc... A capacidade do gerente de alterar essa situação depende dos dois outros elementos do processo: o saber e o poder. O conhecimento dos dados do problema e das possíveis consequências da decisão pode se traduzir no conceito de informação. Esta constitui um fator estratégico na tomada de decisão, pois permite reduzir o grau de incerteza envolvida no processo. A capacidade técnica do decisor decorre, naturalmente, de sua perspicácia e sensibilidade, mas também da possibilidade que tiver de organizar e utilizar as informações disponíveis, ou seja, de seu domínio sobre as técnicas existentes de racionalização do processo decisório, o que podemos chamar de tecnologia.

Tanto o conhecimento técnico quanto a informação disponível são controláveis pelo decisor, e fazem parte do instrumental de que o gerente dispõe para exercer sua atividade. O seu poder, entretanto, é uma variável semi-controlável, pois depende de sua posição na hierarquia da organização - o que constitui um elemento fixo a curto prazo - e da possibilidade dele conseguir uma autoridade maior para resolver o problema específico que se apresenta. Esta possibilidade depende não apenas de sua habilidade pessoal, mas também da importância relativa do grupo social a que pertence.

Estes dois componentes constituem na realidade dois tipos distintos de poder: o poder formal ou institucional dado pela autoridade conferida legalmente ao cargo ocupado na instituição, e o poder real, oriundo da correlação de forças

políticas e das pressões por elas exercidas num determinado momento(1). Nem sempre coincidem, o que faz com que um gerente formalmente responsável pela adoção de uma política necessária muitas vezes não encontre as condições favoráveis para implementá-la.

Identificamos assim no processo decisório dois elementos da natureza técnica e até certo ponto sob controle do decisor (a informação e o conhecimento técnico) e dois outros, um de natureza política (o poder) e outro constituído pela situação-problema, sobre os quais ele tem uma influência limitada. São o fator conhecimento e a informação, que permitem ao gerente ter algum controle sobre a situação e sobre o elemento político.

(1) Vargas Raul e outros, em "Formulacion de Políticas de Salud" utilizam estes termos para identificar a autoridade do Estado de realizar decisões políticas (poder formal) e o conjunto de pressões e demandas oriundas dos diferentes grupos e classes sociais (poder real).

1.2- A TOMADA DE DECISÃO COMO PROCESSO POLÍTICO

Através do poder, dois fatores exercem um papel crítico no processo decisório: é o que poderíamos chamar de "para quem" e "para que". O "para quem" se refere ao fato de que o poder do gerente provém, e é exercido, em nome de alguém que pode ser eventualmente o próprio gerente. A decisão frente a qualquer situação é tomada sempre no sentido de beneficiar um indivíduo ou, o que é mais frequente, um grupo de interesses. Na empresa privada, a figura que está por trás da maioria das decisões, e que se beneficia com elas, é o proprietário ou os acionistas; é em nome deles que o gerente exerce sua atividade e dirige a empresa. O "para que", por sua vez, se refere ao objetivo maior a longo prazo da organização, aquele que deve orientar as grandes decisões. Na maioria das empresas privadas este objetivo é o dos acionistas, ou seja, o lucro. Em outros casos, mais raros, o objetivo da organização não se confunde com o interesse dos acionistas individuais, como por exemplo em muitas instituições filantrópicas ou culturais criadas por empresas industriais e comerciais.

O peso do fator político no processo decisório é fundamental. O gerente pode reunir uma quantidade grande de informações adequadas e utilizar as melhores técnicas de decisão; se ele não identificar o interesse do grupo preponderante na organização e não decidir em função dele, ou se ele não tiver poder suficiente para fazer valer sua decisão, esta não será implantada ou, se implantada, não será executada conforme o planejado. Na realidade, o processo decisório numa organização complexa é, essencialmente, um processo político, pois reflete um conjunto de relações sociais. Assim,

"As interações e relações sociais que conduzem a essas decisões e aquelas que controlam sua execução e resultados constituem o ' processo político em sentido amplo" (1).

No setor privado lucrativo, a identificação fá-
cil do interesse dos acionistas e do objetivo maior da empresa ' no longo prazo (o lucro) permite uma melhor caracterização do componente político. Certamente coexistem na empresa privada in-
teresses corporativos e de grupos, que no entanto são identificá-
veis e neutrlizáveis com uma relativa facilidade, inclusive ' porque o gerente dispõe de um grande poder de coerção, que é a possibilidade de demissão do funcionário, e instrumentos de in-
centivo proporcionados por uma política de recursos humanos po-
tencialmente flexível. Neste contexto, o gerente pode desenvol-
ver melhor o componente técnico.

No setor público, ao contrário, o elemento po-
lítico é preponderante. O interesse e o objetivo do Estado a lon-
go prazo não são facilmente identificáveis, o debate muito atual sobre a "intervenção" do Estado na economia o mostra bem, o go-
verno deve assumir atividades produtivas, ou apenas ordenar a so-
ciedade e legislar ? Não há dúvida de que o Estado representa e deve proteger os interesses da sociedade como um todo. Porém is-
so se torna difícil quando se leva em conta que essa sociedade ' compõe-se de grupos e classes com interesses muitas vezes antagô-
nicos. Por outro lado, a quantidade de grupos de interesses pre-
sentes na sociedade, e portanto no próprio Estado, é sem dúvidas muitas vezes maior do que numa empresa privada, por maior que ' ela seja. Partidos políticos e grupos sociais diversificados rei-
vindicam e pressionam, sejam de fora seja no interior dos órgãos públicos, e frequentemente os instrumentalizam em função de seus interesses. O Estado é um loco privilegiado do afrontamento das correntes políticas.

(1) Vargas R. e outros: "Formulacion de políticas de salud"

Em decorrência desta diversidade de interesses frequentemente conflitantes, o Estado dificilmente consegue uma coesão interna em torno dos objetivos que fixa, o que favorece outra característica do setor público: o seu pluricentrismo. "Na realidade, as diversas instituições ou organismos do Estado, e também às vezes seus níveis hierárquicos, funcionam como sub-sistemas, com centros próprios de poder... e objetivos próprios(1) Enquanto que no mundo empresarial a mesma instituição é geralmente responsável pela obtenção dos recursos de que necessita, pela sua administração, e pela consecução dos objetivos finais, no setor público são órgãos diversos que se encarregam dessas tarefas, o que implica não somente na multiplicação de repartições, mas principalmente na diluição do poder e das responsabilidades em todos os níveis, aumentada pela diversidade de interesses presentes no interior do Estado. Na área da saúde esta situação é muito clara, como o demonstra a multiplicidade de instituições envolvidas no Programa de Controle da Hanseníase (Quadro III). Como a coesão institucional é muito menor no setor público, a tendência à especialização dos diferentes órgãos acaba levando a uma dissociação entre atividades que só fazem sentido quando integradas, por exemplo planejamento e sua execução. Os órgãos planejadores, via de regra, estão muito distantes e em pouquíssimo contato com os executores e sua realidade.

Esse pluricentrismo por sua vez exacerba o problema da identificação do objetivo da organização, e favorece a dissociação entre objetivos explícitos - aqueles proclamados, oficiais, e escritos - e implícitos - aqueles realmente perseguidos pela organização ou por departamentos desta. É relativamente frequente encontrarmos contradições entre os objetivos declarados da instituição (a nível do governo como um todo, de uma secretaria ou de um departamento) e sua atuação concreta.

(1) Vargas, R. e outros: "Formulacion de Politicas de Salud"

Um exemplo muito comum desse fato é o anúncio da priorização de algum programa, que na realidade foi contemplado com poucos recursos. Por outro lado, toda instituição tem além de seu objetivo explícito, pelo menos um objetivo implícito: a sua própria sobrevivência e fortalecimento. Este fenômeno se torna muito aparente em processos de ampla reorganização interna como o que a Secretaria da Saúde está vivendo no momento: a resistência de certos órgãos à sua planejada extinção ou redução às vezes resultou em soluções intermediárias contrárias ao espírito e objetivo da reforma.

1.3- DECISÃO E MUDANÇA

A resistência à mudança é muito comum e muito forte no setor público, e está ligada geralmente a presença de interesses estabilizados, que a mudança vem ameaçar. Na área da saúde, existem interesses corporativos muito cristalizados, resultando em prestígio e salários bastante diferenciados entre categorias profissionais, e alimentando a dissociação entre atividades-meio (o apoio administrativo) e atividades-fim (a assistência à população). Qualquer proposta de racionalização na utilização dos recursos disponíveis, qualquer tentativa de se avaliar a eficácia de um programa de saúde, são recebidos com certa desconfiança, como uma interferência na atuação dos profissionais junto ao paciente. Ou então, argumenta-se que dada a má qualidade da assistência prestada e a exiguidade dos recursos, a prioridade deve recair sobre a assistência à população e não sobre as atividades-meio.

Além do desconhecimento, muito frequente entre os profissionais da Saúde, dos métodos de racionalização do processo decisório, estes argumentos revelam na verdade uma resistência frente à possibilidade de mudança substancial na atual organização dos serviços públicos de saúde e da assistência. Os funcionários em geral se encontram completamente despreparados para a mudança, pois a maioria tem baixa qualificação e teme inovações que exijam mais deles, principalmente quando na situação atual muito pouco é exigido. O médico, por sua vez, profissional nuclear da assistência atualmente prestada, também resiste à mudança, pois esta certamente o obrigaria a romper o conveniente equilíbrio que conseguiu entre o assalariamento pelo Estado, a prática do consultório e outros empregos assalariados, além de colocar em risco a posição de prestígio relativo de que desfruta, e o quase monopólio que, enquanto categoria, detém em relação ao poder político na área da Saúde.

A resistencia é algo esperado quando se pretende introduzir práticas inovadoras. Entretanto, ela pode ser 'minimizada se equacionada corretamente'. Basicamente, o sucesso de qualquer processo de mudança depende de quatro fatores. Primeiro, da receptividade do ambiente em relação a mudanças' em geral; em época de troca de governo por exemplo, e principalmente em início de gestão, o clima costuma ser mais favorável por que existe uma expectativa de que o novo governo deve promover alterações. Por outro lado, a consciência de uma situação problemática e potencialmente perigosa também cria um clima favorável à mudança, como ocorre atualmente com a situação econômica brasileira. O segundo fator corresponde ao po-'der detido pelo indivíduo ou grupo que propõe a mudança, ou 'seja, a sua capacidade de impô-la se necessário: um grupo minoritário e que não dispõe de instrumentos de pressão consideráveis, dificilmente conseguirá introduzir alterações substanciais. Em terceiro lugar, é preciso que exista uma alternativa clara para a situação atual, pois a resistência aumenta 'muito quando as pessoas não têm uma visão nítida dos objeti-vos e do conteúdo da mudança. Finalmente, os grupos sociais 'que deverão sofrer as consequências da inovação podem perce-bê-las como vantajosas - caso em que irão apoiar a mudança - 'ou negativas, quando provavelmente a rejeitarão.

1.4- O PROCESSO DECISÓRIO EM SAÚDE

Os tres determinantes básicos do processo decisório (a situação problemática, o conhecimento e o fator político) estão muito presentes nas decisões relativas à saúde das populações, porém com algumas peculiaridades. No caso da situação que necessita uma intervenção, pode-se enfrentar em certos casos problemas críticos, como a ameaça de uma epidemia por exemplo, que exigem medidas urgentes. A dimensão epidemiológica é característica da situação-problema na área da saúde, e pode influenciar a decisão de modo determinante.

O saber do gerente é condicionado por esta complexidade, e deve incluir a avaliação não apenas desta situação, mas também da capacidade resolutive das medidas passíveis de serem adotadas; com efeito, por mais premente que seja determinado problema de saúde, existem limitações técnicas e científicas à ação sanitária em certas áreas médicas (o desafio representado pela Síndrome da Imuno-Deficiencia Adquirida - A.I.D.S. - é apenas o mais recente e crucial exemplo).

Por outro lado, uma complexidade própria da área da saúde decorre do fato de que o estado de saúde de uma população não depende apenas da ação dos serviços de saúde. Blum (1) aponta que o bem-estar, ou a saúde no seu sentido mais amplo, é o resultado da interação de quatro componentes: a hereditariedade, o meio ambiente, o comportamento e hábitos individuais e sociais, e a ação dos serviços de saúde.

(1) Blum, Henrik L. : "Planning for Health; Development and Application of Social Change Theory".

A própria conceituação de saúde é algo problemático. É ainda Blum que identifica oito visões diferentes do que vem a ser saúde: a visão médica curativa tradicional de saúde como a ausência de doença; a visão preventivista e de saúde pública, que se preocupa em evitar a doença e principalmente as grandes endemias e epidemias; a visão humanitária da saúde como bem-estar geral; a visão economicista voltada para as perdas econômicas causadas pela doença; a teoria do super sistema biológico que vê a saúde como a adaptação bem sucedida ao meio; a visão filosófica e psicológica da saúde como vinculada à auto-realização e à otimização das capacidades individuais; a visão ecológica que privilegia a perpetuação da espécie a longo prazo; e finalmente a visão fatalista dos marginalizados sociais, da saúde como um estado natural dado por Deus. A Organização Mundial da Saúde, quanto a ela, adota uma definição ambiciosa e próxima da visão filosófica: " um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

A compreensão da saúde como um fenômeno complexo e inter-relacionado com outras áreas de atuação do Estado condiciona a decisão e seus resultados, conferindo ao elemento epidemiológico uma importância considerável no processo decisório em saúde. A partir dos tres elementos básicos do processo decisório em saúde - a situação de saúde, o conhecimento técnico-administrativo e a correlação de forças políticas - é possível estabelecer tres tipos de racionalidade decisória:

1)- a racionalidade sanitário-epidemiológica, que procura apontar a ação mais efetiva para combater o problema de saúde existente; é uma racionalidade centrada na efetividade da ação, ou seja, no impacto que ela possa ter junto ao estado de saúde da população;

2)- a racionalidade econômica-administrativa, que visa estabelecer a melhor relação entre o conjunto de re cursos utilizados e os resultados almejados; a preocupação aqui é com a racionalização e otimização dos recursos, e com o atingimento dos objetivos fixados, ou seja, com a eficiência e eficácia do processo da produção dos cuidados à saúde;

3)- a racionalidade política, que propõe reali zar as ações mais desejadas pela sociedade como um todo ou pelos grupos sociais mais influentes, ou seja, aquilo que a correlação de forças políticas do momento indica como necessário e viável.

A decisão ideal seria aquela que contemplasse as três racionalidades simultaneamente, o que muito raramente acontece. Geralmente, elas não coincidem, e chega-se a um compromisso em que predomina a racionalidade correspondente ao elemento mais forte naquele dado momento, mas no qual as alternativas muito inadequadas do ponto de vista dos outros fatores podem ser afastadas. Assim, em cada decisão costuma prevalecer determinada racionalidade; a epidemiológica quando há uma ameaça de epidemia, a política em época de mudança institucional, etc... Como no setor público os objetivos, for temente influenciados pelo componente político, são definidos em geral fora do órgão que executa a ação, a racionalidade econômica, basicamente interna, acaba se subordinando a estes objetivos fixados a priori. No setor privado costuma ocorrer o contrário, pois o próprio objetivo de maximização do lucro pressupõe a racionalidade econômica-administrativa.

A avaliação da importância relativa dos três elementos é essencial para o processo decisório. Um erro neste sentido tornará a decisão, por mais racional que seja, bas tante vulnerável.

Os instrumentos de racionalização do processo decisório que iremos descrever, obedecem, em sua maioria, à racionalidade econômica-administrativa. A epidemiologia e a medicina permitem, até certo ponto, equacionar a dimensão sanitária. No entanto, não existe até hoje um instrumento satisfatório e prático que possibilite dar conta da racionalidade política. Por sua própria natureza, esta se remete principalmente à sensibilidade e experiência do decisor.

2- A RACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DECISÓRIO

Diante da complexidade do processo decisório, o gerente necessita de instrumentos que aumentem a racionalidade da decisão e reduzam o imponderável proveniente dos componentes do processo sobre os quais não tem controle (como a situação-problema), ou que controle marginalmente (como o componente político). Além disso, o Estado em geral e os gerentes de órgãos públicos de saúde em particular enfrentam o desafio de terem que compatibilizar demandas e custos crescentes com recursos sempre limitados e que tendem a aumentar menos rapidamente do que as necessidades. Os países industrializados, onde a explosão dos custos não vem sendo acompanhada de impactos significativos sobre a saúde da população, responderam ao desafio com um amplo movimento visando dar maior racionalidade e eficácia aos investimentos em saúde e eficiência à organização dos sistemas de saúde. No Brasil este movimento está se esboçando, estimulado por acusações de ineficácia e desperdício que pesam sobre o setor público brasileiro. Não se trata aqui de conter uma escalada de custos, mas de otimizar recursos escassos e aumentar a efetividade das ações desenvolvidas.

Dos tres elementos básicos da decisão, o único sobre o qual o gerente pode deter um controle razoável é o saber. É portanto através dele que tentará aumentar seu controle sobre os demais. Já vimos que podem ser distinguidos dois tipos de saber: a informação, ou conhecimento sobre a situação-problema e sobre as relações de poder existentes, e a tecnologia, ou conhecimento dos instrumentos facilitadores da decisão e do gerenciamento. Informação e tecnologia são os dois elementos estratégicos do processo decisório; a tecnologia o é mais ainda do que a informação, pois fornece inclusive o instrumental para levantar, organizar e interpretar corretamente a informação. Esta tecnologia, de uma maneira geral, se desenvolveu no setor empresarial, onde o contexto criado pelos fatores que já analisamos - fácil identificação dos interesses e objetivos institucionais, o estímulo do lucro, e a maior coesão institucional, entre outros - favoreceu o desenvolvimento de instrumentos gerenciais sofisticados. No setor público, são utilizadas técnicas oriundas do setor privado, às vezes adaptadas, e algumas elaboradas especificamente para a área pública.

De um modo geral, as técnicas de racionalização do processo decisório podem ser agrupadas em quatro tipos distintos: duas metodologias abrangentes e estreitamente articuladas - o planejamento e a avaliação - e dois conjuntos de técnicas específicas, um voltado para o levantamento de informações e o outro para a sistematização do ato decisório. No entanto, estas não constituem categorias estanques, e a maioria das técnicas que iremos descrever podem ser utilizadas para mais de uma finalidade.

2.1- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

O planejamento enquanto metodologia " está voltado para dirigir e atingir mudanças sociais de natureza específica e desejada" (1). Tem um caráter prospectivo, pois delinea e organiza ações a serem desenvolvidas no futuro, compatibilizando as necessidades com os recursos disponíveis. É em si um ato inovador, pois tem sempre como objetivo a alteração de alguma realidade julgada indesejável. Quanto à avaliação, tem em princípio um caráter retrospectivo, pois visa verificar se aquilo que foi planejado foi efetivamente realizado, e se as decisões tomadas foram acertadas. Veney e Kaluzny (2) definem a avaliação como "o levantamento e análise de informação, por meio de várias estratégias metodológicas, para determinar a relevancia, progresso, eficiência, efetividade, e impacto de atividades programáticas".

Na visão linear do gerenciamento (planejamento - implementação - avaliação) a avaliação parece vir após o planejamento e a implantação, o que é incorreto (3). Na realidade, o planejamento e a avaliação não constituem metodologias estanques e sucessivas. O processo decisório racionalizado pelo planejamento não responde apenas à pergunta "o que fazer", mas também ao "como", "quando", e "onde" fazer. Ou seja, não é apenas o instrumento para se chegar a uma decisão única, mas um conjunto de decisões articuladas que compõem um todo; e cada uma delas é sujeita, e deve ser submetida a uma avaliação.

(1) Blum, Henrik L.: "Planing for Health; Development and Application of Social Change Theory", p.14.

(2) Veney, James E. e Kaluzny, Arnold D.: "Evaluation and Decision Making for Health Services Programs", p.2.

(3) Idem, p.5

Assim, o planejamento e a avaliação devem ser vistos como duas metodologias complementares que interagem ao longo do processo decisório. A avaliação não deve ser feita apenas quando o plano já foi implantado, e sim, constantemente durante o processo decisório e o planejamento, permitindo que eventuais erros ou desvios sejam identificados e corrigidos antes que tenham consequências irreversíveis. A rigor, o planejamento e a avaliação são tão estreitamente ligados que podem ser considerados como duas facetas de uma mesma metodologia básica. O esquema abaixo explicita as diversas fases do planejamento e o papel da avaliação em cada uma delas.

<u>Fases do Planejamento</u>	<u>Tipo de avaliação</u>
- Diagnóstico da situação e fixação dos objetivos.	- de relevância (o plano é útil? os objetivos são factíveis?).
- Formulação do plano, com detalhamento em programas e atividades, identificação de alternativas, e levantamento dos recursos necessários.	- de eficiência (é a melhor combinação de meios para os objetivos fixados? os recursos utilizados estão otimizados?).
- Análise e decisão, com compatibilização dos recursos necessários com os existentes.	
- Implantação e execução.	- de progresso (o plano se desenvolve conforme previsto?).
- Resultado.	- de efetividade e resultados (são os previstos?) e impacto (quais as implicações a longo prazo?).

2.2- AS TÉCNICAS VOLTADAS PARA A DECISÃO

O conjunto de técnicas destinadas a sistematizar as informações para a decisão e a tomada de decisão' em si têm como elemento básico a chamada teoria matemática da decisão. Esta utiliza principalmente o cálculo de probabilidade e o conceito de utilidade, definida como um valor abstrato, qualitativo, atribuído ao resultado de determinada ação, quando este não pode ser expresso em termos monetários(ganhos ou perdas). A utilidade deve refletir as ' preferências do decisor. Com base nesses dois conceitos, é construída uma "árvore de decisão", na qual são delineadas as diversas alternativas com seus resultados prováveis (em valores monetários ou de utilidade), escolhendo-se a que apresentar o maior valor esperado.

Além da teoria geral da decisão, existe um arsenal de técnicas matemáticas aplicáveis a problemas específicos, geralmente operacionais e ligados à otimização' de um processo de produção. O conjunto dessas técnicas é conhecido como Pesquisa Operacional. Esta pode ser definida como um método científico de se tomar decisões, baseado em modelos matemáticos de simulação da realidade. Quando ' se trata de responder à pergunta: qual a melhor forma de ' otimizar a utilização de determinado equipamento, ou como ' evitar as filas de espera e o tempo ocioso de um profissional, a pesquisa operacional pode indicar a resposta.

Tanto a teoria da decisão quanto a pesquisa operacional tem por finalidade, equacionar os dados do problema para a decisão em si; no entanto não conseguem abarcar senão algumas poucas dimensões do problema, o que remete ao decisor a responsabilidade de considerar as demais. Por esta razão, e também pelo fato do instrumental matemático e estatístico utilizado ser muito pouco conhecido dos profissionais da saúde, estas técnicas são pratica-

mente desconhecidas na área da saúde pública. Outro instrumento de aplicação específica é constituído pelas Análises ' de Custo-Efetividade e de Custo-Benefício; ambas são utiliza das, na tomada de decisão quando se trata de escolher entre várias alternativas passíveis de ação para atingir um mesmo resultado. Estas duas análises serão detalhadas mais adiante.

2.3- AS TÉCNICAS VOLTADAS PARA A INFORMAÇÃO

As técnicas de levantamento e apresentação de informações para fins de decisão são instrumentos gerais de múltiplas utilizações. A principal delas é a mensuração, cuja finalidade é expressar algum atributo em unidades padronizadas, possibilitando assim a comparação entre diferentes situações. Estas unidades podem ser quantidades, taxas, escalas ou índices. Um sistema particular e importante de mensuração a destacar é a contabilidade, cuja finalidade é o registro de informações financeiras de uma organização, de acordo com uma classificação pré estabelecida e regras padronizadas internacionalmente. No campo da saúde a mensuração representa um desafio constante, pois a complexidade do fenómeno saúde não permitiu, até hoje, a obtenção de uma "unidade" de saúde. São utilizadas diversas unidades que medem alguns aspectos apenas dessa realidade: mortalidade, prevalência, incidência, esperança de vida, etc... Por outro lado, mesmo os dados expressos nessas unidades são questionáveis, pois na falta de um sistema de informações rigorosamente organizado, os dados disponíveis tornam-se pouco confiáveis. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Além da mensuração, Veney e Kaluzny (1) identificam algumas estratégias de avaliação que na realidade ultrapassam este âmbito, sendo melhor caracterizadas como métodos gerais de levantamento de informações, que efetivamente podem ser utilizadas na avaliação e no planejamento.

(1) Veney, James E. e Kaluzny, Arnold D.: "Evaluation and Decision Making for Health Services Programs"

Trata-se do estudo de caso e da pesquisa por amostragem. O estudo de caso consiste na escolha de um único objeto (atividade, organização ou programa) para observação e estudo, permitindo posteriormente, e sob certas condições de comparabilidade, extrapolar as conclusões tiradas para um conjunto maior. Embora pouco rigorosa, esta técnica é muito útil para o estudo de uma realidade complexa que dificilmente poderá ser traduzida quantitativamente. A pesquisa por amostragem permite o levantamento de informações através de questionários e entrevistas feitos com uma parcela representativa do universo (a amostra).

2.4- AS TÉCNICAS VOLTADAS PARA O PLANEJAMENTO

Entre as técnicas voltadas para o planejamento, a de uso mais difundido é a orçamentação, que visa 'apresentar as necessidades de recursos financeiros previstas no plano, por categoria de despesa (pessoal, material 'de consumo, etc...). Expressão financeira do plano, o orçamento deve se desenvolver paralelamente e em estreita ligação com ele. Por isso, muitas vezes a orçamentação é confundida com o próprio planejamento, e o orçamento passa a substituir o plano, quando na realidade é um instrumento estático que tem por finalidade expressar apenas uma de suas dimensões (a alocação de recursos). Em organizações complexas e com atividades diversificadas, o orçamento tradicional 'por categoria de despesa e órgão revela-se assim um instrumento insuficiente. Foi então desenvolvido o "Planejamento-Programação-Orçamentação" ("Planning-Programming-Budgeting System") (1), no Brasil chamado de Orçamento-Programa e adotado pelos governos federal e estaduais. A nova técnica orçamentária é mais adequada ao planejamento, pois dá ênfase ao objetivo do gasto e não simplesmente à categoria de despesa, e incorpora outros instrumentos tais como a programação e a Análise Custo-Efetividade. Os recursos passam a ser alocados por programa - definido como um conjunto de atividades articuladas e recursos voltadas para a realização de um determinado fim - e não mais por órgão (Ministérios, Secretarias, etc...).

(1) Levey, Samuel, e Loomba, Paul N.: "Health care Administration: a Managerial perspective", cap.7.

A Análise Custo-Efetividade, que estudaremos no próximo capítulo, no contexto do Orçamento-Programa permite escolher, entre diversos programas alternativos, aquele que maximiza os resultados pretendidos ao menor custo, pois a preocupação com eficácia e eficiência é incorporada ao processo de decisão sobre a alocação de recursos orçamentários. Entretanto, no Brasil e em outros países que adotaram a técnica, as dificuldades em implantar mecanismos de avaliação e o peso dos fatores políticos e institucionais na decisão orçamentária, reduziram a proposta inicial do Orçamento-Programa à simples apresentação por programa da distribuição dos gastos dentro de cada órgão (1).

Além destas técnicas mais gerais de planejamento, existem outras, voltadas para o setor público ou especificamente, para a área da saúde pública. Entretanto, conservam a mesma metodologia básica, apenas dando maior ênfase a um ou outro aspecto; a técnica de programação local CENDES/OPS, por exemplo, segue os mesmos passos que a metodologia geral, com um aprofundamento no diagnóstico da situação de saúde, na análise de seus fatores causais e no estabelecimento de prioridades; é aplicada a áreas geográficas de dimensões e população limitadas, para posterior consolidação a nível estadual e nacional (2).

Outras técnicas específicas não se voltam para um setor determinado, mas constituem instrumentos operacionais de apoio ao planejamento. O gráfico de Gantt, por exemplo, mostra, sob forma de uma tabela, a sequência de atividades no tempo e a sua interdependência. O PERT/CPM faz o mesmo, mas sob a forma de uma rede, permitindo identificar o "caminho crítico", ou seja, a sequência que leva o maior tempo para ser concluída. A análise de tendências permite prever o comportamento futuro provável de determinado fenômeno com base na sua evolução passada.

(1) Rezende, Fernando: "Finanças Públicas", cap.5

(2) Dimitrov, Pedro: "Técnica de Programação local"

2.5- AS TÉCNICAS VOLTADAS PARA A AVALIAÇÃO

Na avaliação são utilizadas muitas técnicas comuns ao planejamento. A mais utilizada, o monitoramento, consiste em acompanhar todas as atividades desenvolvidas, inclusive a própria elaboração do plano. Mas sua maior utilidade reside na comparação entre o que foi previsto no plano e a realidade; quando ambos não coincidem, deve-se intervir na realidade ou modificar o próprio plano que pode ter incorrido em algum erro. O monitoramento utiliza, além do gráfico de Gantt e do PERT/CPM, a análise input-esforço e o sistema de medida de performance. A primeira registra, à medida que o plano vai sendo executado, as despesas realizadas em relação ao orçamento previsto e ao resultado alcançado; o segundo propõe a elaboração de indicadores para acompanhar cada um dos elementos críticos de um programa: as atividades realizadas, o progresso em relação aos objetivos fixados, os custos incorridos, e as atividades de apoio e infra estrutura envolvidas(1). Técnica geral de ampla utilização nos estudos de relações de causa e efeito, a experimentação procura identificar o efeito de determinada ação ou programa sobre uma situação inicial, comparando esta situação com aquela encontrada após a introdução da ação ou programa, ou comparando a situação final com outra em que não foi feita nenhuma alteração (chamada de grupo de controle). É uma técnica muito utilizada em pesquisa médica, mas ignorada no gerenciamento de instituições de saúde.

(1) Veney, J.E., e Kaluzny, A.D.: "Evaluation and Decision Making for Health Services Programs".

Um instrumento extremamente importante de avaliação é constituído pela análise econômica de investimentos, de uso generalizado no setor empresarial. Muito utilizada na avaliação de resultados de projetos, é também estratégica na decisão sobre aplicação de recursos. Dado que todo investimento é feito na expectativa de que gere determinado resultado-monetário ou não - uma decisão racional de investir certa

soma de recursos numa atividade ou num projeto deve ser precedida de uma análise que demonstre se os resultados esperados são compatíveis com o montante a ser investido. No setor privado, onde o principal objetivo do empresário ao investir é, de maneira geral, obter lucros, a racionalidade das decisões é dada pela maximização do lucro. A análise consiste então em comparar as receitas do projeto com seus custos; o projeto só terá interesse para o empresário se as receitas excederem os custos, ou seja, se houver lucro. Esta comparação pode ser feita de tres formas: subtraindo os custos das receitas e obtendo o montante do lucro; calculando a taxa de retorno dada pela proporção do lucro em relação ao custo; e calculando a razão receita custo.

Esta análise pode ser utilizada para decidir se convém ou não investir num determinado projeto, para escolher entre diversas alternativas de investimentos, para avaliar se um determinado projeto em andamento gerou os lucros previstos, e deve ser mantido ou, ao contrário, abandonado, ou para se comparar os resultados obtidos por diversos projetos. Quando voltada para a decisão, trabalha com receitas e custos esperados para o futuro; na avaliação, trabalha com custos e receitas já realizados.

2.6- A ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO

No setor privado, a racionalidade do lucro e os mecanismos de um mercado baseado na concorrência di-recionam os investimentos para as atividades mais lucrativas. No entanto, esta racionalidade não é válida no setor público, onde os investimentos são feitos visando não a maximização do lucro, mas impactos que raramente podem ser expressos em termos monetários. O investimento público tem quase sempre um fim social e coletivo, que não se traduz em termos monetários. A construção de uma hidroelétrica, de um hospital ou de uma escola pública não é decidida em função do retorno monetário que proporcionará, mas da necessidade de se garantir uma infra-estrutura energética à atividade econômica, de responder a demandas da população, de garantir a certos grupos sociais marginalizados do mercado o acesso a alguns serviços ou bens considerados como um direito do cidadão, de reduzir a ameaça que determinadas doenças representam para a sociedade. Neste contexto, a análise de investimentos deixa de ser um instrumento válido de decisão e avaliação para o setor público. Para substituí-la foi elaborada a chamada Análise Custo-Benefício, que constitui uma adaptação da análise de investimentos às atividades desenvolvidas pelo Estado. Em lugar de custo (valor dos insumos utilizados), receita (rendimento proporcionado pela atividade) e lucro (o excedente da receita sobre o custo), a ACB trabalha com os

conceitos de custo de oportunidade, benefício social e excesso dos benefícios sobre os custos (1). O preço de mercado muitas vezes não representa uma boa medida para os insumos utilizados pelos serviços públicos, pois muitos deles não têm preço de mercado (como o recurso proveniente da arrecadação de impostos), ou têm seu preço fixado unilateralmente pelo Estado (como por exemplo o salário dos funcionários públicos). Assim, propõe-se utilizar o custo de oportunidade, ou seja, o valor do rendimento ou benefício que deixa de ser ganho para a sociedade ao se investir o recurso disponível em uma determinada atividade em vez de ou-tras. O benefício social, por sua vez, representa o conjunto de consequências positivas e desejadas, para a sociedade como um todo, advindas de uma atividade ou de um programa, e que tenham expressão monetária; ou seja, representa a soma dos ganhos econômicos que a sociedade recebe em função do programa. Assim, só poderão ser computados na análise os custos e benefícios que puderem ser traduzidos em termos monetários.

Além da ausência do lucro enquanto objetivo maior, e da inadequação dos mecanismos de mercado para a fixação de preços, outro elemento caracteriza o setor público, contribuindo para a necessidade de um tipo específico de análise: a existência de externalidades, fenômeno geralmente ignorado no caso dos investimentos empresariais. A externalidade pode ser definida como o efeito indireto e involutário, positivo ou negativo, de uma atividade e que é percebido por outros que não o investidor e aqueles a quem a atividade se destina. Por exemplo se enquadram nesta categoria os efeitos poluentes de determinadas instala-

(1) Mishan E J.: "Elementos de Análise Custos-Benefícios"

ções industriais, os acidentes de trânsito decorrentes do aumento da produção e circulação de veículos, etc... O investidor só passa a se preocupar com esses efeitos exter-'
nos na medida em que é pressionado por quem sofre suas con-
sequências. Se para uma empresa é muito comum ignorar es-'
ses efeitos, pois ocorrem fora de seu âmbito, no caso do 'Estado não se dá o mesmo, pois ele é tido como responsável pelo que ocorre na sociedade como um todo, e sempre sofre os efeitos externos de uma política determinada, embora geral-
mente em outra de suas áreas de atuação e sob a forma de 'outras demandas da população. Por exemplo, a instalação de unidades de saúde em uma área carente pode ter como resul-
tado a vinda de mais moradores para o bairro, atraídos pe-
la facilidade de acesso dos serviços de saúde; entretanto, esse aumento da população acarretará um aumento das deman-
das ao Estado, para melhorar a rede de água e esgoto, pavi-
mentação, etc... Outro exemplo de externalidade na área da saúde é dado pelo aumento de status e poder que frequente-
mente resulta, para um grupo de profissionais, da adoção 'de um determinado programa de saúde. Convém assinalar que este fenômeno, geralmente caracterizado como externalidade em certos casos pode se transformar em motivação principal para a proposta de um novo plano, em lugar de seus objeti-
vos explícitos. A análise Custo-Benefício deveria conside-
rar estes efeitos externos, como custo se forem negativos 'para a sociedade e implicarem na necessidade de novos gas-
tos para corrigí-los, como benefício se tiverem como resul-
tado melhorias para a população ou efeitos que reforcem o impacto da política.

A Análise Custo-Benefício pode ser conceituada como "técnica analítica formal para comparar as consequências positivas e negativas de usos alternativos de recursos (1) , utilizada principalmente no setor público ou quando os mecanismos do mercado não servem para orientar a alocação de recursos. Um de seus objetivos principais é de "estruturar e analisar a informação de modo a informar, e por conseguinte auxiliar, os responsáveis pela definição de políticas" (2). A Análise Custo - Benefício é portanto um instrumento versátil de racionalização do processo decisório, pois pode ser empregada tanto na tomada de decisão e no tratamento da informação quanto no planejamento e na avaliação. Quando ela é utilizada como critério de escolha entre dois ou mais programas alternativos, pode ser considerada como uma técnica decisória strictu sensu, atuando na decisão em si; ao forçar a identificação clara e a quantificação de custos e benefícios, estará sistematizando a informação para a decisão; quando incorporada ao orçamento programa para delinear o comportamento esperado dos componentes de um programa, constitui-se num instrumento do planejamento; se utilizada para analisar os resultados de um programa em andamento, passa a ser uma técnica de avaliação.

Entretanto, na área da saúde, as despesas realizadas não visam em geral benefícios sociais de natureza monetária. E a transposição dos resultados obtidos por um programa para unidades monetárias acarreta inúmeras dificuldades.

(1) e (2): Warner K.E. e Luce B.R. : "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care", p. 46 e 47.

Assim, quando a expressão dos benefícios em valores monetários é impossível ou inconveniente, costuma-se utilizar um tipo de análise muito semelhante à ACB: a Análise Custo-Efetividade (ACE), que estudaremos detalhadamente a seguir.

Antes disso, porém, convém acrescentar aos instrumentos gerenciais já descritos outros dois, específicos à área da saúde, e que são de grande valia para a aplicação da ACB e da ACE a programas de saúde: a estatística vital e a epidemiologia. O primeiro consiste numa técnica de tratamento e apresentação da informação sobre o estado de saúde de uma população. O segundo, originalmente uma metodologia de estudo das epidemias, se transformou num modelo de descrição e explicação de situações e fenômenos de saúde, que utiliza e incorpora a estatística vital. A epidemiologia enquanto instrumento é portanto de extrema utilidade no planejamento das ações de saúde, principalmente na fase do diagnóstico; além disso, permite medir e avaliar seus resultados, ao retratar alterações no comportamento dos agravos à saúde. O papel da epidemiologia em análises de Custo-Benefício e Custo-Efetividade será comentado mais adiante.

3- A ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

3.1- A CONTRIBUIÇÃO DA TEORIA DO CAPITAL HUMANO

A ciência econômica tem se debruçado sobre a área da saúde já a certo tempo, tentando analisá-la à luz dos conceitos econômicos vigentes. Deste ponto de vista, duas grandes abordagens podem ser identificadas no estudo da saúde enquanto setor econômico: uma que considera os cuidados à saúde como um bem de consumo, e outra que os vê como um investimento.

A primeira abordagem é tradicional, e ainda hoje exerce grande influência, pois constitui a sustentação teórica de praticamente todos os trabalhos que estudam o consumo de atos médicos, de exames laboratoriais, medicamentos, etc... Procura-se geralmente neste caso caracterizar os bens consumidos - que tipo, em que quantidade, em que condições são consumidos - e a população que os consome. Neste contexto, o setor saúde produz serviços (cuidados à saúde) que têm um preço de mercado determinado ou um valor que pode ser estimado facilmente. Todo o comportamento da população em relação à assistência médica pode então ser explicado em termos das leis do mercado.

A segunda concepção tem origens bastante antigas, ligando-se à chamada teoria do capital humano. Esta, por sua vez, remonta a Adam Smith, que em sua obra

" A Riqueza das Nações ", já afirmava: " Quando se constroi uma máquina cara, espera-se que a quantidade adicional de trabalho que ela produzirá antes de estar completamente fora de serviço substitua o capital empregado em sua construção, além dos lucros normais pelo menos. Um homem que dispendeu muito tempo e trabalho para tornar-se apto a uma profissão que requer uma habilidade e uma experiencia extraordinária pode ser comparado a uma dessas máquinas caras. Espera-se que a atividade para a qual ele se preparou lhe dê, além do salário proveniente do trabalho em si, o suficiente para indenizá-lo pelas despesas que teve com sua educação, além dos lucros normais auferidos por um capital de mesmo valor ". Esta frase resume todo o embasamento da teoria do capital humano (1).

Relegada a um segundo plano por muito tempo esta teoria foi ressuscitada após a segunda guerra mundial pela escola econômica de Chicago, encabeçada por T.W.Schultz. Sustenta ela que o homem é um capital, no qual podem ser feitos investimentos diversos - educação, treinamento, assistência médica, etc... - visando aumentar sua produtividade ou seus ganhos.

No caso da educação, area onde esta teoria se desenvolveu mais cedo e mais amplamente, é facilmente aceito que o investimento num certo número de anos de estudos tem como objetivo e resultado o aumento da remuneração futura do educando. Por outro lado, tanto o montante do investimento (o número de anos de estudo e seu custo correspondente) quanto o resultado (o acréscimo de remuneração) podem ser quantificados com certa facilidade. O mesmo não

(1) Citado em: Paret H.: "L'économie des soins médicaux", p.42.

ocorre na área da saúde, na qual se reconhece que não é visando maiores ganhos monetários futuros que o indivíduo se dispõe a gastar dinheiro em assistência médica, ou a recorrer à assistência gratuita prestada pelo Estado. A obtenção de um melhor estado de saúde, o afastamento do sofrimento proporcionado pela doença presente ou possível, parecem traduzir melhor a motivação individual na área da saúde.

Historicamente nos países industrializados e ainda hoje nos países sub-desenvolvidos, as despesas com a saúde coletiva e o saneamento urbano têm sem dúvida representado um investimento na qualidade da mão de obra, e muitas vezes têm sido encaradas como tal. É inquestionável que em determinadas situações, investimentos em planos de assistência médica, vacinação e saneamento levam a uma redução das perdas econômicas - em tempo e dinheiro - devidas às doenças e endemias que incapacitam temporária ou definitivamente, a mão de obra para o trabalho. Entretanto esta visão tem seus limites, pois nos países industrializados, atualmente um aumento nas despesas de saúde não é acompanhado por uma melhoria proporcional no estado de saúde da população (expresso pelos indicadores tradicionais de mortalidade e morbidade), e muito menos na produtividade da mão de obra.

Em torno dessa discussão, tres correntes distintas se defrontam na área da economia da saúde, conforme assinalou Henri Paret (1). A primeira, hoje preponderante, considera que as despesas com o sistema de saúde produzem ao mesmo tempo riquezas (os ganhos monetários decorrentes da maior produtividade da mão de obra) e uma melhor saúde; tais despesas constituem então, simultaneamente, um investimento e um consumo.

(1) Paret, Henri: L'economie des soins médicaux, p.47 e 48

Outra corrente sustenta que o impacto dessas despesas sobre a produção material é mínimo e indireto, e que portanto elas induzem basicamente a um melhor estado de saúde, a uma maior satisfação do consumidor. A terceira, mais radical e marginal, entende que as despesas com saúde são totalmente improdutivas, respondendo apenas a um anseio da população sem consequência alguma sobre a produção ou o estado de saúde da população.

Apesar da complexidade peculiar da área da saúde estar a exigir o aperfeiçoamento das teorias explicativas de seu funcionamento, a visão da saúde como um capital alvo de investimentos fornece alguns conceitos e instrumentos de análise fundamentais e vem enriquecer a discussão a respeito do comportamento da população frente aos serviços de saúde. A luz desta teoria, a produção do sistema de saúde passa a ser, não mais a de atos médicos, mas a própria saúde individual e coletiva, a "boa" saúde da população. Com isto se altera completamente a postura até hoje predominante de se avaliar a atividade dos serviços de saúde através da produção de atos médicos e complementares: número de consultas médicas, de internações, de exames laboratoriais, etc... E recebem poderoso estímulo as tentativas de se trabalhar sistematicamente as informações sobre o estado de saúde da população e sobre o impacto que este recebe das ações de saúde, até hoje pouco exploradas na avaliação de programas de saúde. De uma maneira geral, a epidemiologia, instrumento do diagnóstico, isto é, da descrição e explicação da situação de saúde, tem sido utilizada de forma dissociada do planejamento. Na grande maioria dos planos de saúde, o diagnóstico é centrado na população mas o plano em si é centrado no serviço. A avaliação dos

resultados de um programa, quando é feita, o é não em função do diagnóstico e dos objetivos, mas das atividades desenvolvidas. A integração das diferentes etapas do planejamento-avaliação em saúde, dos seus instrumentos (epidemiologia, racionalização do uso de recursos, análises econômicas, etc...), da assistência à população com a organização dos serviços, é uma necessidade premente para que os planos de saúde comecem a ter as repercussões desejadas na saúde da população. A Análise Custo-Efetividade, enriquecida pelo enfoque da teoria do capital humano, pode dar uma contribuição substancial neste sentido.

3.2- CONCEITO E METODOLOGIA

A Análise Custo-Benefícios, segundo a concei-
tuação de Jerome Rothenberg, é "uma técnica de economia para
avaliar mudanças em situações sociais e a desejabilidade re-
lativa de diferentes políticas coletivas" (1). Esta defini-
ção explicita as duas utilizações básicas da ACB e da ACE: a
avaliação do impacto de um dado programa sobre uma situação
social ao longo dos anos, e a escolha entre vários programas
alternativos. Além destes dois papéis (avaliação de resulta-
dos e critério de decisão) e como já foi dito no caso da Aná-
lise Custo-Benefício, a ACE é também importante como instru-
mento de sistematização da informação voltada para a decisão
e como técnica de planejamento (pois exige a explicitação de
objetivos, resultados e custos).

Enquanto a ACB permite avaliar a validade de
um programa específico, e comparar alternativas de programas
similares ou não, a ACE permite apenas a comparação de alter-
nativas que tenham a mesma finalidade (pois só se pode compa-
rar programas que tenham a mesma unidade de efetividade) e o
acompanhamento dos resultados de um mesmo programa no tempo.

À semelhança da análise de investimentos, o
resultado final da análise, no caso da ACB, apresenta-se sob
a forma de uma diferença entre benefícios e custos monetários,
de uma razão benefícios/custos, ou de uma proporção entre o
excedente (benefícios menos custos) e os custos (correspon-
dente à taxa de retorno na análise de investimento).

(1) Rothenberg, Jerome, in Guttentag M. e Struening E.L. :

"Handbook of Evaluation Research", cap.4.

Na ACE chega-se a uma expressão única, de um custo por unidade de efetividade (por exemplo, um custo de Cz\$ 5.000,00 por caso evitado de uma doença). É importante ressaltar que neste caso o resultado não tem nenhum significado em si: precisa ser cor-te-ja-do com outros, do mesmo programa em anos anteriores, ou de outros programas semelhantes. Na ACB, quando se trata de optar por um programa entre vários, a forma do resultado pode ter in-flu-ên-cia na conclusão, dependendo do montante dos benefícios e dos custos. Warner e Luce (1) assinalam que tradicionalmente a ACB era considerada como a forma completa da análise não só por ter surgido antes da ACE, mas principalmente por trabalhar com os resultados últimos para a sociedade, ou seja, os ganhos e perdas econômicos decorrentes do programa. A ACE era em-pre-ga-da quando não era possível valorar monetariamente os custos e benefícios. Atualmente, esta visão está sendo contestada, pois a ACE, ao contrário da ACB, permite considerar todos os ale-men-tos, mesmo aqueles que não podem ser traduzidos em unidades mo-ne-tá-rias, e que são ignorados pela ACB; por outro lado, cada vez mais se incorporam na ACE os elementos monetários, con-si-de-ran-do-os como custos positivos ou negativos, enquanto que os elementos não monetários são mantidos como benefícios.

Considerando que a ACB e a ACE têm conceito, objetivos e metodologia praticamente idênticos, e se diferenciam essencialmente pela expressão do resultado, são frequentemente tidas como uma mesma técnica. Levando em conta a visão mais recente analisaremos agora a ACE como o instrumento básico da av-ali-a-ção, considerando a ACB como caso particular, utilizado quando for possível, e conveniente, expressar custos e re-sul-ta-dos em unidades monetárias.

A Análise Custo-Efetividade trabalha com conceitos bastante abrangentes cujo significado é oportuno lembrar. A efetividade, elemento fundamental e característico da análise, pode ser definida de uma maneira geral como a capacidade de uma ação de representar a melhor resposta às necessidades da

(1) Warner, Kenneth E. e Luce, Bryan R.: "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care" p. 61 e 62

população, necessidades estas determinadas pela sua situação de saúde. Ela pode ser avaliada através do impacto, ou conjunto de efeitos, a longo prazo que esta ação terá sobre a situação de saúde. É um conceito centrado na população, na situação, ao contrário da eficácia, que é centrada nos objetivos precisos fixados, e da eficiência, voltada para o processo e os meios empregados. Uma ação efetiva seria aquela que melhor altera a situação-problema no sentido desejado; a ação eficaz seria aquela que atinge o objetivo fixado e a ação eficiente é a que garante a melhor utilização dos recursos disponíveis.

Warner e Luce estabelecem cinco passos para a aplicação da Análise Custo-Eficácia:

- 1) "definir o problema geral em questão e os objetivos específicos a serem perseguidos' ao lidar com o problema;
- 2) "identificar meios alternativos(frequente-mente sob a forma de programas) de se enfrentar o problema;
- 3) "identificar e, até onde for apropriado e factível, medir e valorar todos os custos' e benefícios significativos de cada alternativa;
- 4) "comparar as alternativas com base em critérios especificados previamente;quando possível, identificar a alternativa dominante;
- 5) "apresentar e interpretar os resultados de uma forma que facilite a compreensão pelo leitor de todas as conclusões importantes;

deve ser incluída uma apresentação clara das 'limitações da análise' (1).

A metodologia assim apresentada pressupõe a existência de programas alternativos entre os quais um será escolhido. Quando se tratar não de uma opção por uma entre várias alternativas de ação, mas da avaliação do impacto de um único programa ao longo do tempo, a metodologia se reduz aos passos 1), 3) e 5), comparando-se os resultados com os do ano anterior ou com os previstos.

Na definição do problema deve ser dada especial atenção à identificação dos objetivos do(s) programa(s), pois é em relação a estes que será feita a avaliação da efetividade; não faria sentido avaliar um programa em função de um impacto que o programa não procura atingir nem implicitamente. Por outro lado, são estes objetivos que irão definir a unidade de efetividade; portanto, deverão nesta fase ser explicitados corretamente. É comum que um programa tenha diferentes impactos, alguns de natureza diversa; neste caso, é preciso selecionar o mais importante, e mensurável. Os demais deverão ser analisados separadamente e lembrados na apresentação do resultado da análise, para confirmar este resultado ou, ao contrário, rebatê-lo. Na ACE, os objetivos devem ser identificados, traduzidos em termos dos impactos desejados junto à população, expressos em uma unidade de efetividade, e finalmente quantificados. A maioria das alternativas de ação está organizada em planos e programas; entretanto, nem sempre estes programas possuem recursos próprios e resultados claros, o que pode dificultar a identificação tanto dos custos quanto dos impactos, e sua mensuração. Uma vez identificados e quantificados custos e resultados, calcula-se a relação custo/impacto do(s) programa(s) e compara-se, com base nesta relação, os diversos programas ou o programa implantado com o que foi planejado, conforme o caso.

(1) Warner, Kenneth E. e Luce, Bryan R.: "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care" p.59 e 60.

A metodologia proposta por Warner e Luce deixa claro, entretanto, que a relação custo/impacto, embora constitua a síntese do resultado principal da análise, não pode representar o critério único da avaliação. A ACE deve ser encarada como um instrumento auxiliar no processo decisório que analisa apenas a lógica econômica de um investimento ou de um programa. Outros instrumentos devem acompanhá-la, permitindo considerar os diversos fatores políticos e epidemiológicos principalmente - que intervêm na decisão. Um programa pode ser tecnicamente viável e economicamente satisfatório quando comparado com outros, e ser politicamente indesejável; neste caso dificilmente será implantado, e, se o for é provável que não tenha sucesso.

A epidemiologia é o instrumento básico para se trabalhar a dimensão sanitária das decisões em saúde, e neste sentido intervêm nas várias fases da ACE: na descrição e interpretação do problema de saúde, na proposta de alternativas para se enfrentá-lo, na identificação e mensuração dos impactos, no estabelecimento dos critérios de comparação entre as alternativas, e na interpretação dos resultados da análise. Embora seja, em si, uma metodologia de diagnóstico e análise dos problemas de saúde, sua incorporação à Análise Custo-Efetividade permite integrar dois componentes da decisão em saúde: o econômico e o epidemiológico. A ACE pode assim se transformar, pela relação direta que estabelece entre meios e fins, no elo de união entre esses dois momentos tradicionalmente divorciados no planejamento e gerenciamento de ações de saúde.

3.3- OS ELEMENTOS DA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE

Os elementos básicos de uma A.C.E. aplicada à um programa de saúde são seus custos e seu impacto, previstos quando se tratar de uma análise para decisão, ou reais quando se tratar de uma avaliação. Entretanto, existem várias abordagens possíveis, várias maneiras de se identificar e dimensionar tanto os custos quanto os resultados de uma política de saúde. Se procurarmos sistematizar os estudos já realizados sobre Análises Custo-Benefício e Custo-Efetividade de programas de saúde, encontraremos duas grandes abordagens, que ora são vistas como alternativas, ora como complementares.

A primeira, que poderíamos caracterizar como "monetarista", é mais restritiva e se concentra no programa em si, ou seja, nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Neste caso, os custos do programa são os custos dos insumos utilizados na sua execução, ou seja, na assistência prestada à população. Como resultado é frequentemente assinalada apenas a produção dos serviços ligados ao programa: quantidade de consultas médicas realizadas, exames complementares, número de pacientes atendidos, número de internações e altas, etc... Visando ampliar esta concepção restritiva, tenta-se avaliar a extensão da população coberta, e acompanhar a evolução das taxas de incidência e prevalência da doença estudada, procurando relacioná-las com a assistência prestada.

A outra abordagem lida com os aspectos econômi-
cos do problema, e se concentra no conceito de custo econômi-
co da doença. De acordo com esta visão, toda doença ou toda
situação de saúde determinada tem um custo econômico, que é
aquele correspondente às perdas de produção e/ou de remunera-
ção relacionadas àquela doença ou aquele estado de saúde. Os
trabalhadores acometidos pela doença se afastam temporaria-
mente ou definitivamente do trabalho, ou pelo menos sofrem
alguma redução na sua produtividade. Esta queda de produção
constitui o custo econômico da doença, ao qual pode-se acres-
centar o valor das pensões por doença e aposentadorias ante-
cipadas eventualmente percebidas por aqueles que adoeceram.
Neste caso, o resultado ou benefício de um programa de luta
contra essa doença seria a redução do custo econômico da
doença proporcionado pela ação do programa, ou seja, o ganho
de produção econômica decorrente da redução das horas para-
das por doença. Ao contrário da abordagem anterior, em que a
ênfase era dada no funcionamento e no produto imediato do
programa, aqui a preocupação maior é com a sua repercussão
econômica a longo prazo na sociedade como um todo.

Na realidade, esses dois procedimentos não são
alternativos, mas se completam, pois o custo de implantação
ou de manutenção de um programa de saúde nada mais é do que
um componente do custo global da doença. O benefício final
proporcionado pelo programa deve portanto ser considerado
após a dedução do custo correspondente à implantação ou à am-
pliação do programa. Por outro lado, **entre a abordagem centra-**
da no programa e a econômica, centrada nos efeitos econômi-
cos últimos, existe uma gama de análises possíveis, no âmbi-
to mais geral da Análise Custo-Efetividade, segundo a combi-
nação de custos e resultados considerada.

Considerando o conceito amplo de custo social da doença, definido como a soma de todas as consequências negativas, para a sociedade, decorrentes da doença, é possível caracterizar quatro categorias distintas de custo:

- custos diretos variáveis: são aqueles ligados diretamente às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde participantes do programa (tratamento, prevenção, reabilitação, vigilância) e cujo montante varia proporcionalmente à quantidade de serviços produzida. Incluem os salários dos profissionais que atuam no programa, os materiais de consumo direto, vacinas, etc... Geralmente são custos facilmente identificáveis e atribuíveis diretamente ao Programa. Podem ser considerados como custos diretos aqueles que, embora não ligados à assistência médica, podem ser atribuídos diretamente ao programa, como os relacionados com a educação sanitária à população e com pesquisa médica, quando forem específicas do programa.

- custos diretos fixos: são custos gerais de manutenção da infra-estrutura necessária ao andamento do programa. Na maioria das vezes, não podem ser atribuídos diretamente, pois esta infra-estrutura serve a mais de um programa. Existem custos relacionados com a infra-estrutura administrativa (pessoal administrativo, água e luz, manutenção de equipamentos, limpeza, etc...) e com a infra estrutura técnica (educação e treinamento em geral, material de orientação à população quando não for próprio do programa, pesquisa em geral, etc...) destinada a desenvolver a tecnologia necessária. A parcela desses custos atribuída a um programa determinado é geralmente calculada através de um critério convencional de rateio (número de funcionários, quantidade de atos médicos produzidos ou de pacientes atendidos, etc...). Um item importante a ser considerado aqui é a amortização do

capital investido em bens imóveis: prédios, terrenos, maquinários, aparelhos médico-hospitalares, etc...

- custos indiretos: compreendem todas as consequências negativas intangíveis do fato de se adoecer; a perda ou a redução temporária (ou definitiva) da atividade e da autonomia individual, o sofrimento físico e psicológico causado pela doença e pelo próprio tratamento; o tempo que o paciente perde comparecendo aos serviços de saúde, o custo do transporte até o local do tratamento, o preço dos medicamentos quando estes são comprados pelo paciente, etc... Estes custos embora difíceis de serem quantificados por incorporarem elementos subjetivos, são claramente perceptíveis para o doente e seus próximos. Em certos casos, a sociedade reconhece e atribui um valor a estas consequências da doença, pagando ao doente auxílios, pensões, aposentadorias, seguro-desemprego. Embora estes pagamentos, agrupados no conceito de transferências, sejam muitas vezes considerados como custos econômicos, eles estão certamente relacionados com a percepção que a sociedade tem da doença e do doente, constituindo claramente uma compensação pelo sofrimento e inconveniente decorrentes da doença. Além disso, diferem dos custos econômicos propriamente ditos pelo fato de representarem desembolsos reais para a sociedade. O valor das transferências pode assim constituir uma primeira aproximação para o valor dos custos indiretos, embora muito grosseira.

- custos econômicos propriamente ditos: decorrem da perda de produção incorrida pela mão de obra acometida pela doença. Faltas, afastamentos temporários ou permanentes do processo produtivo, redução da capacidade produtiva da mão de obra atingida por sequelas eventuais da doença, têm como consequência uma perda da produção econômica que só pode ser estimada, uma vez que não existe registro direto dessa informação. Não existe tampouco um método padronizado que permita calculá-lo.

Esta estimação pode ser feita tomando por base o salário que o trabalhador percebia quando adoeceu, eventualmente acrescido de aumentos que ele poderia ter recebido no futuro se não tivesse adoecido; o valor de venda da produção que ele deixou de produzir; ou o valor necessário para contratar outro trabalhador que cubra a perda de produção verificada. Deveriam ser consideradas as perdas com uma eventual diminuição da qualidade do produto, um aumento dos acidentes de trabalho causados pela doença, etc... Embora todos estes métodos levem a estimativas imperfeitas e questionáveis e é o mais utilizado.

Da mesma forma, pode se identificar quatro grandes categorias de resultado:

- imediatos: são os atos médicos e atendimentos produzidos no âmbito do programa estudado; não levam em conta o efeito no paciente.

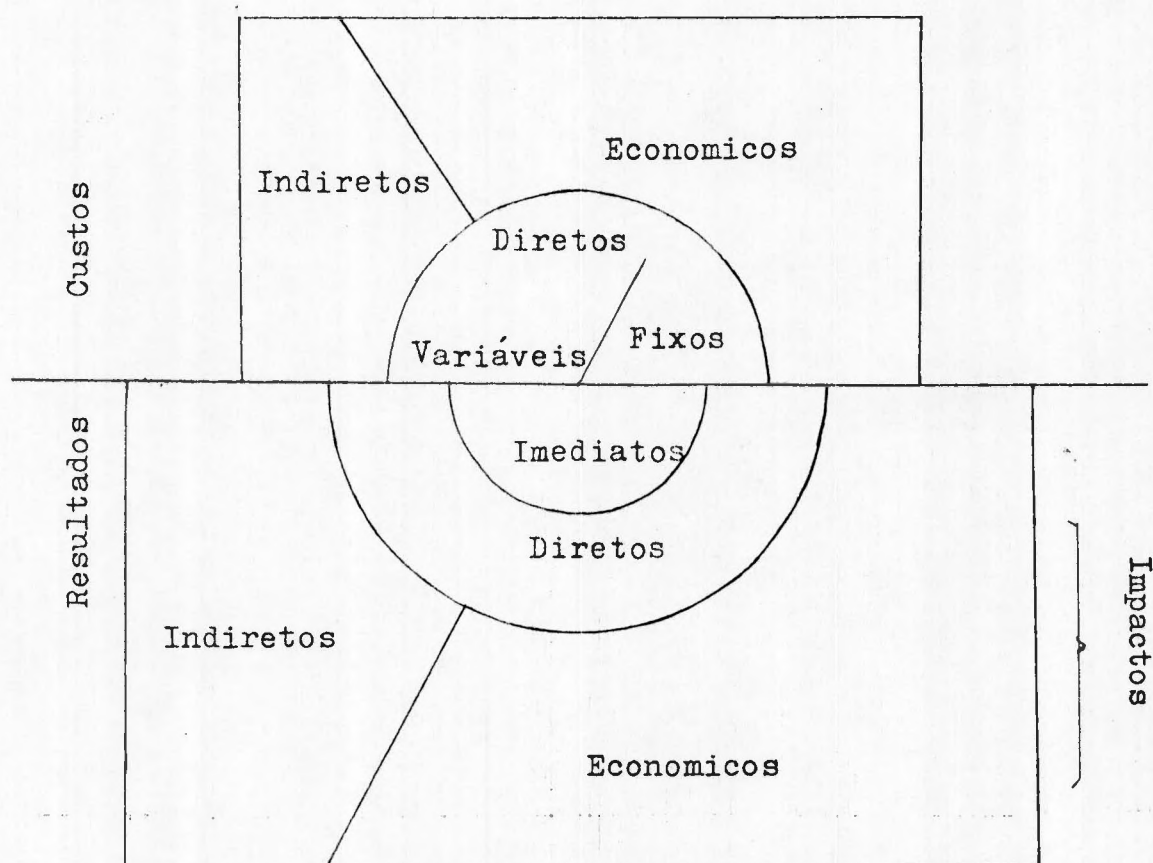
- diretos: correspondem à repercussão sobre o estado de saúde do paciente ou da população, medida pelas taxas de incidência ou de prevalência, o número de mortes evitadas, a cura da doença, etc...

- indiretos: são os efeitos muitas vezes intangíveis, percebidos pelo doente e seus próximos (redução do sofrimento, maior autonomia pessoal, diminuição da ansiedade, redução do tempo perdido com a doença, etc...)

- econômicos: consistem na redução dos custos econômicos, isto é, nos ganhos de produção econômica alcançados por efeito da política empreendida.

De maneira simplificada, esta discussão poderia ser esquematizada na figura abaixo, que mostra os diferentes tipos de custos e resultados passíveis de serem considerados numa Análise Custo-Efetividade.

Os elementos da Análise Custo-Efetividade.



Convém assinalar que este esquema tem apenas a finalidade de facilitar a identificação dos elementos da análise; na realidade a visão mais atual da ACB considera, como já foi dito, que todos os elementos expressos em unidades monetárias devem ser tratados como custos positivos e negativos, enquanto que os elementos não "monetarizáveis" são considerados como impactos positivos e negativos.

O enfoque em uma ou outra categoria de custo e/ou impacto, determina o tipo de análise a ser desenvolvido. Mas na realidade, a questão toda está ligada ao conceito de "produto" em saúde, ou seja, do qual é o resultado esperado das atividades de assistência à saúde. Cada uma das oito abordagens do conceito de saúde, assinaladas no final do Capítulo 1, define um tipo de resultado esperado: a cura da doença, a proteção em relação às endemias, a manutenção e o aumento do bem-estar, a redução das perdas económicas devidas a doença, a manutenção do equilíbrio interno e em relação ao meio, etc...

3.4- ALGUMAS PARTICULARIDADES METODOLÓGICAS

Na metodologia da Análise Custo-Efetividade, alguns pontos merecem especial atenção, por terem forte influência nos resultados da análise e sua interpretação.

O primeiro deles diz respeito à definição da abrangência da análise. Na área da saúde coletiva, a multiplicidade de instituições existentes exige que se estabeleça claramente quais delas serão abarcadas. Além disso, é necessário identificar a população-alvo do programa estudado. Num país como o Brasil, nem sempre se tem uma avaliação exata do número de pessoas acometidas por determinada doença ou distúrbio de saúde. Existem dados registrados para a população que procura os serviços de saúde, mas conforme a moléstia que está sendo estudada esta pode corresponder a uma pequena parte da população atingida.

O segundo ponto corresponde à identificação correta dos custos e impactos do programa. Para tanto, é imprescindível que seus objetivos sejam explicitados e, se possível traduzidos em metas; os meios devem ser detalhados e quantificados. Assim, a análise pormenorizada do programa é uma etapa fundamental da ACE.

Por outro lado, é sabido que um estado de saúde debilitado por uma determinada doença favorece o aparecimento de outros distúrbios que não estão diretamente relacionados com a doença original. A identificação dos esta-

dos mórbidos decorrentes daquela doença, e cujos custos associados devem portanto lhe ser debitados, representa uma tarefa de complexidade tal que a maioria dos trabalhos realizados sobre A.C.B. e A.C.E. têm evitado a discussão do problema.

Uma crítica frequente às análises do tipo A.C.E ou A.C.B reside no fato de que não é considerado em tais análises o sofrimento físico e mental do doente, embora seja apontado. Poucos trabalhos se aventuraram nesta via, em função da extrema dificuldade que existe em se medir este sofrimento, e, mais ainda, em traduzí-lo em termos de custos, há que o valor das transferências constitui uma aproximação muito grosseira. Algumas tentativas foram feitas, entre as quais a de Alan Williams (1). Este propõe o estabelecimento de uma escala de morbilidade que combina três fatores: a mobilidade, a capacidade de se autocuidar, e o estado mental. Outras tentativas incluem a de Fanshel e Bush (2) que utilizaram uma metodologia semelhante, ao trabalhar com um nível de bem-estar composto de uma medida de funcionalidade (capacidade de deambular, etc...) e um complexo de sintomas e problemas (grau de dor ou desconforto, por exemplo). Apesar de louváveis, estas tentativas ainda não resolvem o problema, pois não há consenso na atribuição de determinado grau na escala a uma doença específica, nem na ponderação dos diferentes fatores.

Embora uma ACE idealmente devesse considerar o custo social da doença como em todo e todos os impactos do programa, a maioria das análises optam, em função da complexidade de tal empreitada, por um enfoque mais restrito, considerando apenas alguns dos custos e impactos verificáveis. Pode-se assim ter uma ACE centrada nos custos e impactos diretos, outra que priorize os elementos indiretos intangíveis e outra enfim que trabalhe apenas os aspectos econômicos do problema.

(1) Williams, Alan : "Measuring the Effectiveness of Health Care Systems", in: "The Economic of Health and Medical Care", p.361

(2) Fanshel, S. e Bush, J: "A Health Status Index and its Application to Health Services outcomes".

O ponto crítico da questão é identificar o resultado esperado da ação ou da assistência: a finalidade dos serviços de saúde é atender à demanda da população, produzindo con-sultas médicas, reduzir a morbidade por doenças, melhorar o estado geral de saúde da população ou diminuir as perdas econômicas que a sociedade sofre em função da doença de parte da população? Em geral, esta definição do resultado está expressa nos objetivos propostos para o programa, embora muitas vezes não explicitamente.

A partir dessas diferentes abordagens, e considerando a Análise Custo-Efetividade como uma metodologia geral que permite contrapor os custos de um programa com seus resultados, teremos quatro tipos principais de análise possíveis e de complexidade e abrangência crescentes:

1- uma Análise Custo-Eficiência, com ênfase no esforço dispendido e nos recursos utilizados para atingir os objetivos fixados (expressos por exemplo em número de consultas médicas), e que apenas marginalmente pode ser considerada como ACE, pois está muito próxima de uma simples análise de custos; os resultados esperados são aqueles que classificamos como imediatos;

2- uma Análise Custo-Eficácia, em que se procura avaliar a capacidade do programa atingir os objetivos fixados, geralmente expressos em impactos de caráter epidemiológico na população ou no doente;

3- uma Análise Custo-Utilidade, que tenta medir o efeito do programa no estudo de saúde tal como ele é sentido pelo doente ou pela população, integrando elementos subjetivos tais como a autonomia e o sofrimento do doente; o impacto aqui é mais qualitativo, enquanto que na análise anterior era quantitativo;

4- uma Análise Custo-Benefício, voltada para a avaliação dos impactos econômicos do programa.

Em seguida à identificação dos elementos da análise, a próxima dificuldade é a sua quantificação. De um modo geral as informações disponíveis são pouco confiáveis, e sobretudo inadequadas para uma utilização gerencial.

Em relação aos impactos, a questão da quantificação é extremamente delicada. Além da precariedade das informações disponíveis, existe o problema de traduzi-las em uma unidade de efetividade, isto é, de impacto, satisfatória. As medidas de impacto mais utilizadas, em relação com as diferentes abordagens possíveis da ACE, são:

- as unidades de produção de serviços em geral, que traduzem meramente o atendimento de uma demanda: consultas médicas, atendimentos de enfermagem, internações, pacientes - dia, exames laboratoriais, pacientes registrados ou atendidos, etc...

- as unidades que traduzem alterações no quadro epidemiológico de uma doença: variação nas taxas de incidência e prevalência, taxas de mortalidade, número de casos evitados, etc... ou que expressam o impacto de um tratamento (pacientes curados, altas, etc...).

- unidades que descrevem um impacto mais amplo no estado de saúde da população: graus de incapacidade; indicadores sintéticos de estado de saúde como aquele elaborado por Williams (1), anos de vida preservados, esperança de vida, etc.

- o valor monetário correspondente aos benefícios econômicos, no caso particular da Análise Custo-Benefício.

A grande maioria dessas unidades expressam tão somente um, ou alguns, tipos de impacto. O Quadro I a seguir resume as características dos diferentes tipos de análises, e as unidades de medida de impacto correspondentes.

(1) Williams, Alan: "Measuring the Effectiveness of Health Care Systems"

QUADRO RESUMO DAS PRINCIPAIS ABORDAGENS

Objetivo do programa	Ênfase da análise e o que é avaliado	Tipo de Análise	CUSTOS		RESULTADOS	
			Elementos	Unid.	Elementos	Unidade
-Atender a demanda	-no programa(otimização dos recursos utilizados)	-Custo-Eficiência	-Diretos	-Cz\$	-Imediatos	-nº de consultas médicas -nº de pacientes registrados. -nº de pacientes sob controle
-Reduzir a morbidade	-no impacto epidemiológico(atingimento dos objetivos e metas do programa).	-Custo-Eficácia	-Diretos	-Cz\$	-Impactos diretos	-nº de pacientes inativados/negativados. -nº de casos evitados. -taxa de incidência/prevalência
-Reduzir as consequências da doença para a população afetada	-no bem-estar da população (impacto sentido pela população afetada)	-Custo-Utilidade	-Indiretos (e diretos)	-Cz\$	-Impactos indiretos	-Indicador de estado de saúde -nº de anos de atividade preservada.
-Reduzir o custo econômico da doença	-na dimensão econômica da doença (benefício econômico para a sociedade)	-Custo-Benefício	-Economicos (e diretos e indiretos)	-Cz\$	-Benefícios economicos	-Cz\$

Quanto ao levantamento dos custos, ele é dificultado pelo fato de que não há em geral sistema de contabilidade de custos implantado, apesar de alguns esforços desenvolvidos neste sentido, e de que a maioria dos programas de saúde não possui recursos próprios, utilizando-se de uma estrutura comum.

Uma vez os custos identificados, em seguida, devem ser transformados em valores monetários. Para isso tres abordagens básicas são possíveis:

- pelo valor contábil dos insumos utilizados ou, quando possível, a partir de um sistema de apuração de custos. A valoração pela despesa contábil registrada apresenta alguns inconvenientes, como o de que o registro da despesa não significa que o insumo tenha sido utilizado, e sempre é feito a valores históricos, rapidamente defasados, em contexto inflacionário. Embora mais complexa e muito rara na área da saúde, a valoração ao custo é preferível, quando é possível.

- pelo valor de mercado; muitas vezes, o valor contábil pode introduzir distorções flagrantes, e alguns insumos podem eventualmente não ter valor contábil (o trabalho de voluntários por exemplo). Uma alternativa é então adotar o preço pelo qual o insumo é transacionado no mercado.

- pelo custo de oportunidade; no setor privado, este é relativamente fácil de se obter, pois é dado usualmente pela taxa de juros que o mercado paga nas aplicações mais seguras; no setor público, embora conceitualmente atraente, esta abordagem é problemática, pois os economistas até hoje não chegaram a um consenso sobre qual seria a "taxa social de preferência" que definiria o custo de oportunidade. Apenas consideram que ela deva ser inferior à taxa de juros de mercado.

A complexidade do fenômeno saúde e a dificuldade de se definir claramente o produto dos serviços de saúde, fazem com que a adoção de qualquer abordagem seja sujeita a críticas. Entretanto, a ACE pressupõe a tradução do impacto de um programa em uma unidade abrangente. Neste sentido, os indicadores sintéticos de saúde, ainda envoltos em muitas discussões, constituem esforços louváveis.

O último aspecto da Análise Custo-Efetividade que requer certa atenção é o equacionamento do fator tempo. A quase totalidade dos programas de saúde se estendem por um período de vários anos, e não têm prazo certo para terminar. Por outro lado, geralmente os custos e os efeitos de políticas de saúde não são constantes no tempo, crescendo ou decrescendo em função da própria evolução do programa e do contexto em que ela se dá. A expectativa em geral é que à medida em que os impactos de um programa ocorrem e se ampliam pelo efeito multiplicador que possuem em saúde, os seus custos tendam a diminuir. Com isso, a abordagem mais simples de se considerar custos e impactos por unidade de tempo (por ano por exemplo) tende a ser incorreta a longo prazo. É portanto necessário definir um horizonte de análise, ou seja, o período em que serão levantados os custos e resultados do programa.

Esta escolha de um horizonte traz o problema do valor do dinheiro no tempo. É geralmente aceito em economia que determinado montante de dinheiro gasto ou recebido no futuro não tem o mesmo valor "real" do que se fosse gasto ou recebido hoje. Para os economistas, é a taxa de desconto que permite diferenciar o valor do dinheiro no tempo. Assim, a análise de investimentos no setor privado considera que o retorno numa data futura de um capital investido hoje deverá ser, no mínimo, igual ao rendimento deste capital aplicado, até aquela data, à taxa de juros vigente no mercado. Isto por

que pressupõe-se que a taxa de juros do mercado representa a remuneração mínima segura de qualquer investimento; considera-se que a taxa de retorno do investimento deva ser sempre superior à taxa de juros do mercado, sem o que não haveria vantagem em se realizar o investimento, com um risco sem dúvida maior do que o de uma aplicação à taxa de juros do mercado. No setor público, não existe consenso a respeito da taxa de desconto a ser utilizada para calcular o valor presente dos ganhos e perdas esperados no futuro. A taxa de juros do mercado, a taxa dada pelo custo de oportunidade social (a taxa de retorno dos melhores investimentos que a sociedade possa fazer), ou uma taxa de juros inferior à do mercado (pois a sociedade aceita melhores retornos futuros do que a iniciativa privada), são alternativamente propostos pelos estudiosos da ACE e ACB (1).

A Análise Custo-Efetividade lida com conceitos e realidades que ainda não encontram consenso. A escolha da unidade de efetividade, a definição do horizonte de análise e da taxa de desconto, a inclusão de elementos de quantificação aleatória, por exemplo, podem influenciar significativamente os resultados da ACE, o que introduz uma margem de incerteza. Esta entretanto pode ser reduzida, em primeiro lugar pela explicitação dos pressupostos da análise e dos elementos por ventura não incluídos. Em segundo lugar, a ACE pode incorporar em sua fase final de interpretação dos resultados, técnicas que permitem conhecer ou reduzir o grau de incerteza. Entre as técnicas mais apropriadas citadas por Warner e Luce (2) estão:

- a análise de sensibilidade, que observa a variação nos resultados de um processo ou de uma análise quando são alteradas algumas variáveis de valor impreciso;

(1) Warner, Kenneth E. e Luce, Bryan R.: "Cost Benefit and and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care", cap.3

(2) Idem

- a técnica do ponto de equilíbrio, que determina o valor da variável inicial incerta acima/abaixo do qual o programa passa a ser interessante ou, ao contrário, desinteressante;

- a técnica Delphi, que consiste em objetivar uma informação levantando a opinião de um grupo de experts que não possam comentar entre si;

Com a utilização dessas técnicas, a incerteza característica de alguns aspectos da ACE pode ser minimizada. Isto não exclui entretanto o cuidado exigido na apresentação e interpretação das conclusões da análise.

Passaremos agora à segunda parte deste trabalho, que tratará da aplicação da Análise Custo-Efetividade a um programa de saúde concreto: o Programa de Contrôles da Hanseníase no Estado de São Paulo.

P A R T E I I

- ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE DO SUB-PROGRAMA DE
CONTRÔLE DA HANSENÍASE.

4- CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Em 24/03/76, o então ministro da saúde, Paulo de Almeida Machado, pronunciou as seguintes palavras, na abertura de uma Conferência Nacional para Avaliação da Política de Contrôlo da Hanseníase (1).

"Hanseníase é uma doença infecciosa como tantas outras, controlável com a quimioterapia...

...Depois de vários decênios de luta contra a hanseníase, tínhamos, em 31 de dezembro de 1975, nada menos de 138.000 doentes conhecidos. E cada ano, são fichados 8.500 casos novos.

Parece oportuno parar e meditar sobre a eficácia da política em vigor.

...90% de nossos doentes são maiores de 15 anos. Representam força de trabalho. Existem assim 126.000 pessoas que poderiam estar trabalhando.

...Numa organização estática, como a nossa, é admissível que não conheçamos a metade dos casos realmente existentes.

...(Ao prejuízo em nosso Produto Interno Bruto) some-se o custo dos asilos-colônias e preventórios, some-se o custo da profilaxia e chegar-se-á a cifras assustadoras, relevando o significado econômico da(hanseníase).

(1) Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Vol.XXXV, nº 1, 1.976.

... Mais grave do que o prejuízo para o Produto Interno Bruto é a marginalização de 140.000 brasileiros, afastados da comunidade pela ignorância e pelo medo injustificado.

... Acredito necessário um reexame corajoso da política de contrôle da hanseníase..."

Em 1984, quase dez anos após este pronunciamento e a reordenação da Política de Contrôle da Hanseníase, o número de doentes registrados é de 217.317, e o de casos novos oscila em torno de 16.000; a maioria dos hansenologistas atribui apenas parte deste aumento, bem superior ao da população no período, à descoberta de doentes antes desconhecidos.

O problema, em seus múltiplos desdobramentos descritos acima, continua desafiando as autoridades sanitárias, e o Estado de São Paulo não é um caso a parte. A oportunidade de uma análise que confronte os custos e os resultados - como faz a Análise Custo-Efetividade - da política adotada desde 1976 no Estado é indubitável.

Começaremos descrevendo a hanseníase em suas múltiplas dimensões, para em seguida analisarmos a organização e o funcionamento da Política de Contrôle da Hanseníase no Estado de São Paulo.

4.1- ASPECTOS CLÍNICOS

A Hanseníase é uma moléstia infecto-contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium leprae*. O bacilo da hanseníase foi descoberto em 1.874 por Hansen. Atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, embora possa atacar também órgãos mais profundos, como o fígado, o baço, a medula óssea, as glândulas supra-renais e as mucosas em geral. A hanseníase é uma doença crônica, em que podem se dar surtos agudos chamados de reações. As manifestações clínicas mais frequentes são a existência de lesões cutâneas (manchas de coloração diferente da normal) acompanhadas de distúrbio ou perda de sensibilidade e ausência de sudorese locais, e o espessamento de troncos nervosos e nervos periféricos.

Como em toda moléstia infecciosa, tres elementos básicos determinam a instalação e a evolução da hanseníase: o agente patogenico, o grau de defesa imunológica do organismo, e as condições do ambiente. Sendo o bacilo de Hansen uma bactéria de multiplicação lenta e baixa patogenicidade (1), o fator imunológico desempenha um papel fundamental. Discute-se até hoje sobre a existência de um " fator natural " de defesa do organismo, que seria inato, sugerido por Rotberg em 1937 (2). Inata ou adquirida, a defesa imunológica faz com que, mesmo em casos de exposição frequente ao agente patogenico, apenas uma pequena parte da população contraia a doença. É geralmente aceito hoje em dia que

(1) Hospital Lauro de Souza Lima: "Hanseníase".

(2) Idem.

o contágio se dá com a concomitância de tres fatores: a convivência prolongada com um doente, a contagiosidade deste doente, e uma deficiência no sistema imunológico do indivíduo. Esta deficiência pode ser causada ou acentuada por um estado nutricional precário, pelo estado geral de saúde, condições de vida e hábitos sociais e de higiene, etc... ou pode ser de origem genética.

Apesar dos constantes progressos verificados na área da imunologia, as relações entre a hanseníase e a imunologia, bem como o modo de transmissão, ainda não estão totalmente esclarecidas, e não existe consenso sobre o assunto (1). Isto explica o fato de que até hoje, apesar dos esforços desenvolvidos, não se conseguiu produzir uma vacina eficaz contra a hanseníase. Pode-se apenas, através do chamado teste de Mitsuda, que avalia a reação do organismo à presença de bacilos neutralizados, determinar se o organismo desenvolveu alguma resistência ao bacilo, o que dá uma indicação da evolução futura da doença, principalmente quando o diagnóstico é feito precocemente. Por outro lado, o exame baciloscópio que mostra a presença de bacilos acima de determinada concentração não oferece até hoje sensibilidade suficiente para constituir um meio seguro de diagnóstico (2). Nestas condições, o diagnóstico é feito principalmente a partir das manifestações clínicas da doença, com a realização de exame dermatológico e neurológico, testes de sensibilidade e verificação do nível de sudorese local. O teste de Mitsuda e a baciloscopia são utilizados para confirmar o diagnóstico e avaliar a evolução provável da doença. É importante salientar que em função da imprecisão dos meios de diagnóstico, principalmente no início da doença, a detecção precoce dos doentes, preconizada pelo Programa, torna-se difícil, também em função do longo período de incubação da doença (até 5 anos).

(1) OPS: "Manual para o controle da Hanseníase"

(2) OMS, 5º informe, série de Informes Técnicos 607

A hanseníase pode assumir diversas formas clínicas, em função basicamente do grau de defesa que o organismo apresenta frente ao ataque do bacilo. A classificação de Madrid, que data de 1953, estabelece dois tipos polares estáveis e mutuamente incompatíveis, o Tuberculóide e o Virchowiano, e dois tipos instáveis, o Indeterminado e o Dimorfo ou Border-line (1). Quando um indivíduo contrai a doença é geralmente na forma Indeterminada (I), na qual o diagnóstico é apenas clínico, pois o teste de Mitsuda pode ser tanto positivo quanto negativo e a baciloscopia é geralmente negativa. Nesta fase inicial, a doença pode estacionar, regressar espontaneamente, ou evoluir, após vários anos, para uma das outras formas, segundo o estado imunológico do indivíduo. Se a resistência do organismo for alta (Mitsuda fortemente positivo), evoluirá para a forma Tuberculóide (T), caracterizada por baciloscopia negativa e pelo comprometimento intenso de poucas áreas do corpo. Podem se manifestar surtos agudos chamados de reações tuberculóides, quando a baciloscopia passa a ser positiva. Em função do comprometimento intenso e localizado, são comuns deformidades locais mais ou menos pronunciadas. No caso de um organismo com baixa resistência (Mitsuda negativo), a tendência é a evolução para a forma Virchowiana (V), na qual a doença se difunde por todo o organismo, com lesões extensas e generalizadas, porém de comprometimento menos intenso. Esta é a forma mais contagiosa da doença, enquanto que a forma T é pouco ou não contagiosa. Entre estes dois polos, T e V, a forma Dimorfa (D) ou Border-Line compreende todas as possibilidades intermediárias, com características mescladas, baciloscopia variável porém geralmente positiva e Mitsuda geralmente negativo. As reações, fases de agudização da doença, podem

(1)OPS: "Manual para o controle da Hanseníase"

ocorrer em qualquer das formas, e se caracterizam por um aumento rápido das lesões cutâneas e surgimento de novas lesões, aumento do número de bacilos e dores (artralgias, artrites, etc...); algumas reações podem ser desencadeadas pelo próprio tratamento, quando são chamadas de "reações de cura".

A hanseníase é uma doença com alto potencial incapacitante e deformante. As deformações causadas pela moléstia podem decorrer do comprometimento neurológico ou não. No segundo caso encontramos a madarose (perda de pelos), lesões oculares, desabamento da pirâmide nasal, inchaços por infiltrações intensas, atrofia cutânea, nódulos nas mãos e lesões musculares; todas elas surgem principalmente nas reações. O comprometimento dos nervos leva a paralisias localizadas (das pálpebras, dos dedos, de certos movimentos dos pés, etc...) que associadas a anestesia, favorecem a repetição de ferimentos e traumatismos, levando a ulcerações profundas (mal perfurante plantar) e até à reabsorção óssea. Estas deformidades estão na origem do preconceito e do temor milenar que cerca a hanseníase. As paralisias localizadas fazem com que certos movimentos, e portanto certas atividades, se tornem difíceis ou até impossíveis para o hanseniano.

A hanseníase tem tratamento conhecido desde 1945, quando foi sintetizada a sulfona nos Estados Unidos. Entretanto, este tratamento é longo, podendo durar mais de dez anos dependendo da forma clínica da doença. Deve contemplar necessariamente, as três vertentes: quimioterapia (administração de sulfona por via oral ou injetável), tratamento das reações, e tratamento das lesões (oculares, nervosas, das mãos e pés). Seu objetivo é o "branqueamento"

ou a "inativação" da doença (negativação baciloscópica e ausência dos sinais clínicos da doença) acompanhada da cura das lesões. Mesmo após o branqueamento, que leva de 3 a 5 anos(1) o tratamento deve continuar, por um período que varia de 1 ano e meio para os pacientes tuberculóides e indeterminados Mitsuda positivo, a 10 anos para os pacientes virchowianos e dimorfos; para os pacientes V e D não existe alta, pois eles devem permanecer sob vigilância por prazo indeterminado(2). Com isto o tempo de tratamento, considerando-se todas as formas clínicas, pode ser estimado em cerca de 11 anos (3 anos e meio até a negativação, mais 7 anos e meio como segurança). O período de vigilância posterior, para os pacientes V e D, levando em conta uma idade média por ocasião do diagnóstico de 37 anos (3) e uma longevidade estimada, por hipótese, em 60 anos, seria de cerca de 12 anos. Por outro lado, a medicação produz uma série de efeitos colaterais (distúrbios gástricos, etc...) e pode provocar reações , o que faz com que muitos pacientes abandonem o tratamento. Finalmente, começam a surgir bacilos resistentes à sulfona, o que implica na necessidade de utilizar uma combinação de drogas. Assim, o tratamento aparentemente simples da hanseníase - administração de dose diária de sulfona, por via oral ou injetável - enfrenta na realidade uma série de dificuldades.

É relativamente elevado o número de pacientes que abandonam o tratamento, ou não o seguem regularmente: 20% dos doentes registrados pela Secretaria da Saúde são considerados fora de controle, ou sejam, não comparecem aos serviços com a regularidade necessária (4).

(1) Hospital Lauro de Souza Lima : "Hanseníase"

(2) Ministério da Saúde: Portaria 165/Bsb.

(3) Belda, Walter: "Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1974".

(4) Fonte: CIS, Boletim Mensal de Produção

4.2- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O número de doentes conhecidos, ou seja, registrados, no Brasil é de 217.317 (contra 140.000 em 1975) ,sendo que no Estado de São Paulo são 36.947 (estabilizado nos últimos anos) (1). Estes números correspondem a taxas de prevalência de 1,63 por 1.000 habitantes para o Brasil, e 1,25 para o Estado de São Paulo, o que constitui nos dois casos, segundo os padrões da Organização Mundial da Saúde uma área de alta endemicidade (a endemicidade da doença é considerada alta quando a taxa de prevalência é superior a 1 por 1.000 habitantes). Entretanto, a OMS considera que os doentes conhecidos correspondem a uma parte apenas da população doente. A OMS estima que no mundo havia em 1.976 10,6 milhões de doentes, sendo 4,5 no sudeste asiático, 3,5 na África e 2,0 no Pacífico Ocidental; apenas 3,6 milhões estavam registrados(2). Mesmo em áreas dotadas de programas de controle como o Brasil, para cada doente conhecido existiria de 0,75 a 1 doente não recenseado (3). Com isto, o número real de hansenianos no Brasil seria de cerca de 400 000, e de mais de ... 65 000 no Estado de São Paulo. No Estado, 80% dos doentes em registro ativo são considerados sob controle; o resto não seguiria o tratamento corretamente. Por outro lado, estima-se, de acordo com os parâmetros da OMS(4) que de 33 a 50% dos doentes não tratados, e dos casos avançados estariam aco

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde da Secretaria da Saúde (CIS) Dados de 1984 para o Brasil, e 1985 para o Estado de São Paulo.

(2), (3) e (4): OPS: "Manual para o controle da hanseníase"

metidos por alguma incapacidade decorrente da hanseníase (entre 20 e 30%, de incapacidade séria), o que significaria de 12 000 a 18 000 doentes no Estado, entre os registrados, e de 23 a 37 000 no total. Entre os casos novos registrados no primeiro semestre de 1986, mais de 20% tinham alguma forma de incapacidade(1). A imprecisão dos números que refletem a dimensão epidemiológica real da hanseníase se deve não só à precariedade dos dados epidemiológicos em geral disponíveis, mas também ao conhecimento insuficiente ainda que se tem dos mecanismos de transmissão da doença. A hanseníase é doença de notificação compulsória (Portaria 314/Bsb do Ministério da Saúde, de 27/08/76) e na qual a investigação epidemiológica é obrigatória (Lei Federal nº 6259, de 30/01/75).

(1) 45% das notificações não traziam esta informação.

Fonte: Centro de Informações de Saúde (CIS)

4.3- UMA DOENÇA SOCIAL

As referências à hanseníase - até pouco tempo atrás conhecida como lepra - são muito antigas, remontando à alta antiguidade chinesa e indiana. A doença atinge seu ponto máximo na Europa entre os séculos XI e XV, período em que os "lazarettos" ou leprosários se multiplicam, afastando os doentes do convívio social. Após esta data, a hanseníase decresce, com a progressiva melhora das condições de vida. O último doente na Inglaterra morre em 1.798; após esta data subsistem apenas alguns focos no sul do continente e na Noruega (1).

No Brasil e no Estado de São Paulo, as referências também são antigas, remontando ao início da colonização(2). Seu período de maior intensidade vai de 1.750 a 1825; regride até 1.850 mas, após esta data, recrudesce com a industrialização e a imigração no país. Neste século, a ação do famoso e famigerado Departamento de Profilaxia da Lepra nas décadas de 1930 a 1950, e a introdução da sulfona nos anos de 1.945 a 1.947, não conseguiram assegurar o controle da doença.

A história da hanseníase no Brasil é a história da intervenção do Estado e da sistematização crescente das ações. Deste ponto de vista, pode-se identificar quatro

(1) Hospital Lauro de Souza Lima: "Hanseníase"

(2) Idem

grandes fases na história da hanseníase no país: até 1.933, de 1.933 a 1.958, de 1.958 a 1.976, e de 1.976 até hoje.

A primeira fase é a da segregação assistemática e da caridade. Nesse período, não existe praticamente nenhuma ação racional e científica de luta contra a doença; os doentes são marginalizados e expulsos das cidades, agrupando-se em acampamentos precários à beira das estradas; pessoas e entidades de caridade tentam diminuir o sofrimento dos hansenianos através de donativos e assistência religiosa. A partir de 1.915, esforços são desenvolvidos no sentido de melhorar as condições de vida nos acampamentos, e alguns leprosários são construídos por obra de instituições religiosas ou de caridade. O Estado, que até esse momento se limitava, quando muito, a diagnosticar o problema e a recensear os doentes, começa a se envolver em ações concretas, incentivando as iniciativas e as vezes participando delas, como a construção, a partir de 1.919, do Asilo Santo Angelo pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Criado em 1.924, o Departamento de Profilaxia da Lepra assume pouco a pouco a coordenação da luta contra a hanseníase. Sob a direção do Dr. Salles Gomes Júnior, o DPL inaugura a partir de 1.933 a era da internação compulsória, que perdurará até 1.962.

Trata-se da primeira política pública em relação à hanseníase, e pretendia, ao isolar os doentes, proteger a sociedade do flagelo e acabar com a doença. Para tanto, o Estado assume ou constroi cinco grandes leprosários: Santo Angelo em Mogi das Cruzes, Pirapitingui em Itú, Aimorés em Bauru, Padre Bento em Guarulhos e Cocais em Casa Branca, que passam a ser conhecidos como asilos-colônia. Alguns desses imensos conjuntos, de concepção avançada para a

época e praticamente auto-suficientes, chegaram a abrigar, por volta de 1.940, até 4.000 doentes. A legislação deste período determinava que todo doente ou suspeito devia ser denunciado às autoridades, que, através de ações policiais o recolhiam à força a um dos asilos-colônia. Os pertences e móveis do doente eram queimados, muitas vezes na rua. Outras vezes, meios sutis eram empregados, como o convite para visitar um parente ou amigo já internado; o visitante muitas vezes não mais saía da instituição. Não havia nenhuma perspectiva de saída ou de cura. Quem fugisse era perseguido e, se apanhado, era confinado na cadeia do asilo. Como havia pouquíssimos funcionários sadios na instituição, os próprios doentes eram responsáveis pelo seu funcionamento, pela sua própria subsistência, e inclusive pela assistência aos mais doentes. Neste sentido, papel fundamental era cumprido pelas Caixas Beneficientes dos asilos-colônia que agrupavam todos os internados e organizavam a vida na instituição, detendo significativo poder econômico e político. Apesar de seu tamanho, os asilos-colônia rapidamente se transformaram em depósitos de doentes onde as condições de vida eram deploráveis(1).

Em 1.945, é descoberta nos Estados Unidos a sulfona, que revoluciona o tratamento da hanseníase ao transformá-la numa doença curável. Entretanto, apesar de introduzida no Brasil desde 1.946, é muito lentamente que vai evoluir a política de combate à doença. O internamento compulsório perde força pouco a pouco, mas a lei que o instituiu somente é abolida em 1.962, quando toma corpo a política do tratamento ambulatorial. É a partir de 1.958 apenas que alguns pacientes começam a receber alta e saem dos asilos.

(1) Fonte: Relatórios das Caixas Beneficientes dos Hospitais Francisco Ribeiro Arantes e Arnaldo Pezzuti Cavalcante, e depoimentos de pacientes e funcionários do Hospital Francisco Ribeiro Arantes.

O período que vai de 1.958 a 1.975 representa a reviravolta da política estatal. No início dos anos '60, os asilos-colônia sofrem profundo processo de transformação, com a sistematização do tratamento e a organização de clínicas de atendimento. As Caixas Beneficentes tem sua autonomia e seu poder drasticamente reduzidos, às vezes por meio de um interventor nomeado pela Secretaria de Estado (como em 1.965 no Pirapitingui). Novas descobertas científicas demonstram a inutilidade do confinamento e a vantagem do tratamento ambulatorial sobre a internação, de custo muito elevado. A 7 de maio de 1.962, o Decreto nº 968 extingue, finalmente, a internação compulsória, e estabelece novas "Normas Técnicas Especiais para o combate à Lepra no País" (1). Propõe-se a reintegração social do hanseniano, e em 1.968 o sanatório de Cocaís é desativado; seus doentes são redistribuídos entre os demais hospitais ou recebem alta, num processo acelerado e traumático. Os antigos asilos-colônia são rebatizados, sucessivamente, de sanatórios (com a perspectiva de alta a partir de 1.958) e de hospitais. O debate que marca esse período resulta na elaboração de uma nova política de controle da hanseníase, sistematizada na Portaria nº 165/Bsb de 1.976.

Historicamente, a hanseníase sempre foi considerada como uma doença maldita, porque o aspecto muitas vezes chocante das mutilações que provoca inspirava temor a todas as pessoas que tivessem contato com um "leproso". A confusão que perdurou por muito tempo entre a hanseníase e outras dermatoses com alguns sintomas semelhantes, bem como o emprego do termo "lepra" para designar praticamente qualquer coisa que fosse extremamente repugnante e imoral,

(1) Ministério da Saúde: Boletim da DNDS, Vol. XXXV, nº 1, 1.976.

e a utilização religiosa do termo, aumentaram muito o estigma que cercava - e ainda cerca - a doença. Esse estigma fez com que, desde tempos imemoriáveis, os portadores da moléstia fossem sistematicamente marginalizados e segregados. Esta situação perdura ainda hoje, se bem que em grau muito menor.

O caráter estigmatizante da hanseníase lhe confere uma dimensão psicológica e social que poucas doenças possuem. O paciente, por temor de ser marginalizado, muitas vezes não procura os serviços de saúde para tratamento. Este medo decorre, em muito, da própria política do Estado em relação à doença; historicamente, esta atuação tem correspondido a uma sucessão de políticas traumáticas e contraditórias, que poucos resultados tem produzido em termos

pontilhada de episódios ocorridas em Pirapitingui.

da saúde ainda hoje, senianos, e muitos outros. Para os portadores, a doença é vista como uma fatalidade sem esperança. Nos casos têm muito. No sentido de tentar sempre carregou, um nome de outros países substituir a palavra hanseníase, o que foi acontecendo no Brasil.

nte recente, a hanseníase era uma doença destrutiva da unidade familiar.

do controle da doença. Esta história inclui episódios violentos como as revoltas de 1.945 no Asilo Santo Angelo e em 1.960 no Asilo de São João.

Os profissionais da área, em certos casos relutam em atender hansenianos. Em hospitais recusam a internação dos doentes. Nos locais mais antigos, a doença é vista com desesperança, e os serviços de saúde não fazem trabalho para modificar esta atitude. Para desvincular a doença do estigma que a cercava, o movimento de hansenologistas brasileiros propôs, nos anos de 1.975 a 1.976, substituir "lepra" utilizada até então, por hanseníase. Este trabalho foi realizado por vários países sob a liderança da OMS.

Até uma época relativamente recente, a hanseníase era uma doença destrutiva da unidade familiar.

Apesar de uma real diminuição do estigma, os hanseianos são até hoje frequentemente rejeitados por seus familiares, e por vezes têm que abandonar seu lar. Até 1.976, era comum que os filhos de hansenianos fossem retirados do seu convívio e recolhidos aos chamados preventórios, onde permaneciam por muitos anos; algumas dessas instituições existem até hoje, apesar da prática de afastamento dos filhos ter sido oficialmente abolida. Como veremos mais adiante, o Programa de controle da doença estipula que a vigilância deve ser estendida aos comunicantes, ou seja, aos que convivem regularmente com o doente, e que as atividades de educação sanitária devem ser oferecidas aos seus familiares, como meio de se vencer a desinformação e o preconceito.

Já assinalamos anteriormente que vários fatores de natureza social influenciam o contágio, a instalação da doença num organismo e sua evolução: as condições de convivência e habitação, os hábitos de higiene, o estado nutricional do indivíduo. Uma população numerosa, que se amontoa em habitações precárias e sem saneamento básico, se alimentando sempre mal, sem dúvida terá seu sistema imunológico debilitado e constituirá um terreno fértil para a expansão da hanseníase. Por outro lado, foi constatado, como já dissemos, que a melhoria das condições de vida da população em vários países fez regredir a doença, sem que qualquer ação específica como um tratamento, interviesse. Estes fatos caracterizam a hanseníase como uma doença social, uma doença do sub-desenvolvimento. Assim, embora ela esteja presente em todas as classes sociais, ela se expande onde a população vive em condições precárias; no Estado de São Paulo, são as regiões periféricas das grandes cidades e as áreas de grande fluxo imigratório que constituem suas áreas de expansão.

Mas a hanseníase não se constitui em doença social apenas por esses fatores. Outra característica eminentemente social reside na multiplicidade de ações e recursos mobilizados em prol da moléstia e dos hansenianos. Pensões são pagas aos doentes que não podem mais trabalhar em função das incapacidades de que são portadores. Obras de caridade e instituições filantrópicas nacionais e internacionais movimentam somas consideráveis, financiando doações, pesquisas, atendimento em reabilitação. A maior parte desses recursos não passa pelo intermédio dos serviços de saúde. A existência dessas entidades certamente se deve à tradição de caridade e compaixão que sempre envolveu a hanseníase, e que explica também a atuação paternalista e clientelística muito comum, de numerosos políticos junto à população hanseniana. Os esforços no sentido de conferir ao hanseniano um atendimento profissional baseado em conceitos científicos são na realidade bastante recentes, e na maioria dos casos, se dão no âmbito da ação do Estado.

Finalmente, a doença representa sem dúvida um peso econômico significativo para a sociedade, embora não haja estimativa de sua magnitude. Além dos recursos empregados no tratamento, as incapacidades relacionadas com a doença fazem com que muitos hansenianos, ainda hoje, estejam impedidos de trabalhar. Mais de mil doentes estão internados nos hospitais especializados, muitos deles há longos anos. Muitos hansenianos, impossibilitados de trabalhar, recebem pensões do Estado, por intermédio da própria Secretaria da Saúde. Até 1.976, a legislação garantia a todo hanseniano o direito a receber uma aposentadoria, independentemente do seu estado físico. A partir dessa data, foram estabelecidos

novos critérios para concessão de benefícios financeiros,'
que levam em conta a capacidade de autonomia e trabalho do
doente (1).

(1) Ministério da Saúde: Boletim da DNDS, Vol.XXXV, Nº 1,
1.976.

5- A ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DE HANSENÍASE

A atual Política de Controle da Hanseníase foi fixada pela Portaria nº 165/Bsb de 14 de Maio de 1.976, do Ministério da Saúde, complementada por instruções baixadas em 23 de Novembro do mesmo ano pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério(1). Estas normas são o resultado, a nível da política de hanseníase, de um debate de vários anos sobre a organização no Brasil de um sistema nacional de saúde, e da própria evolução dos princípios da luta contra a doença. A crescente efervescência intelectual que se verifica na área da saúde no início da década de 1.970 desemboca na Lei nº 6.229, de 17 de Julho de 1.975, que define o Sistema Nacional de Saúde e as competências dos diversos órgãos e níveis que o compõem. Na área das atividades de controle das doenças transmissíveis ocorre o mesmo; tradicionalmente estruturadas em programas verticalizados e executados pelo próprio Ministério da Saúde, elas passam progressivamente nos anos 70 a se integrarem à rotina dos serviços gerais de saúde.

(1) Ministério da Saúde: Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Vol.XXXV, nº 1, 1.976 e Vol.XXXV, 1.977.

Um marco nesse processo é representado pela descentralização dos programas de controle da tuberculose e da hanseníase para as Secretarias Estaduais de Saúde, em 1.973-1.974, reservando-se o Ministério o papel normalizador (1).

A Política de Controle da Hanseníase se desenvolve no âmbito de um Sistema Nacional de Controle de doenças Transmissíveis (SNCDT) definido pelo Ministério da Saúde em consonância com as outras instituições do setor saúde. Este sistema "compreende o conjunto de instituições do setor público e/ou privado interarticulados que, diretamente ou indiretamente, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam a conduta a ser tomada no Contrôlo das doenças Transmissíveis"(2). O SNCDT estabelece cinco níveis de atuação- nacional, estadual, regional, local e periférico- e quatro funções a serem desenvolvidas: Vigilância Epidemiológica(coleta e análise de dados, notificação, investigação epidemiológica), Contrôlo (saneamento, diagnóstico, tratamento, prevenção), Gerenciamento (coordenação, assessoria técnica, supervisão), e Apoio (Educação em Saúde, apoio operacional, laboratorial e referencial, e treinamento).

De acordo com o SNCDT, as normas de controle da hanseníase são definidas pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 165/Bsb e das Instruções da DNDS, e executadas de forma descentralizada sob a coordenação das Secretarias estaduais de Saúde. A SES de São Paulo elaborou por intermédio de sua Coordenadoria de Saúde da Comunidade, um documento programático que disciplina a aplicação das normas do Ministério no âmbito do Sub-programa de Controle da Hanseníase. Os tres documentos- a Portaria nº... 165/Bsb, as Instruções complementares e o documento do

(1) Ministério da Saúde: "Sistema Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis".

(2) Idem.

Sub-programa contemplam basicamente os mesmos objetivos e propõem as mesmas ações. Os documentos do Ministério têm um caráter normativo geral, enquanto que o Sub-programa é mais específico, estabelecendo procedimentos detalhados para o registro de doentes e seu tratamento.

O Quadro II a seguir traz o esquema básico de organização do Sistema Nacional de Contrôlo de Doenças Transmissíveis.

Em anexo se encontram os textos da Portaria nº 165/Bsb do Ministério da Saúde (Anexo I) e as Instruções da DNDS (Anexo II), bem como as primeiras páginas do Sub-programa da Secretaria da Saúde (as demais constituem uma lista de procedimentos e orientações basicamente para a área de enfermagem) (Anexo III).

QUADRO II SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
- ESQUEMA BÁSICO -

	NACIONAL	CENTRAL ESTADUAL	REGIONAL	CENTRAL LOCAL	PERIFÉRICO
Órgão Responsável	<ul style="list-style-type: none"> • SNARS/MS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Órgãos de Epidemiologia/SES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadoria ou diretoria regional de saúde (SES). 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de saúde, unidade mista ou secretaria municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posto de saúde, hospital, ambulatório, consultório médico, laboratório. • Escola, extensão rural, agremiação, igrejas.
Localização	<ul style="list-style-type: none"> • Brasília - DF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capitais das UF's. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedes regionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedes municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bairros, vilas e povoados.
Funções	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação nacional. • Normalização. • Coleta de dados e de informação. • Análise de dados. • Investigações especiais. • Assessoria técnica ao nível estadual. • Supervisão. • Produção de informes epidemiológicos. • Apoio referencial (nacional e internacional). • Retroalimentação. • Treinamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação estadual. • Normalização segundo diretrizes nacionais. • Coleta de dados e de informação. • Análise de dados. • Apoio operacional. • Investigação em apoio aos níveis regional e local. • Assessoria técnica. • Supervisão. • Produção de informe epidemiológicos. • Retroalimentação. • Treinamento. • Informação ao nível nacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação regional. • Apoio operacional ao nível local (ações de controle, diagnóstico laboratorial, investigação). • Coleta e análise de dados e de informação. • Supervisão e assessoria. • Retroalimentação. • Treinamento. • Informação ao nível estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação local (municipal). • Produção de dados. • Coleta de dados. • Análise de dados. • Ações de controle. • Investigação de casos de surtos. • Coleta de material para diagnóstico. • Treinamento. • Retroalimentação aos notificantes. • Informação aos níveis estadual e regional. • Ações de controle. • Educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento. • Notificação de casos e resultados de exames. • Orientação à comunidade. • Notificação de casos e resultados de exames. • Orientação à comunidade. • Ações de controle. • Educação em saúde.
Instituições participantes	<ul style="list-style-type: none"> • MS (FSESP, SUCAM, FIOCRUZ/ENSP). • MNAS (INAMPS, CEME, IRA). • MEC. • MA (EMURATER) MINIER (FUNAI). • Associações científicas e de classe. • Laboratórios nacionais. • MIB. 	<ul style="list-style-type: none"> • MS (FSESP, SUCAM). • INAMPS. • MOBRAL. • ENATER. • Associações (SPB, ARFN). • Universidades. • Órgãos estaduais. • Laboratório Central. 	<ul style="list-style-type: none"> • Órgãos estaduais (educação, agricultura). • Laboratório regional. • Fundação SESP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Estadual de Saúde. • Prefeitura (Secretaria Municipal). • FSESP - SUCAM. • INAMPS. • Laboratório local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura. • FSESP - SUCAM. • EMBRATER. • MOBRAL. • INAMPS. • Secretarias de Educação. • Sindicatos.

5.1- OBJETIVOS E CONTEÚDO DO PROGRAMA

A Portaria do Ministério da Saúde estabelece ' que "O Controle da Hanseníase tem como objetivo reduzir a ' morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade fa miliar e estimular a integração social dos doentes". É um ob jetivo amplo, que ultrapassa em muito o simples tratamento ' dos doentes. Com efeito, as ações propostas incluem: educa- ' ção em saúde, aplicação de BCG, descobrimento dos doentes, ' tratamento dos doentes, prevenção e tratamento de incapacida des. Voltada para profissionais de saúde, doentes, contatos ' (ou comunicantes) e o público em geral, a educação em saúde ' visa capacitar as equipes de saúde e transmitir noções corre tas sobre a doença, tentando diminuir a desinformação e o ' preconceito. Embora não especifica à hanseníase, a vacina ' BCG propicia algum grau de proteção, principalmente para os ' grupos mais jovens. Procurando aumentar a proporção dos doen tes conhecidos, além de atender à demanda espontânea, concen tra-se esforços na investigação epidemiológica, na vigilân- ' cia de contatos e na verificação de notificações. O tratamen to, à base de sulfona e outras sulfas, é longo (vários anos) e problemático, pois pode suscitar reações que assustam o pa ciente; é necessário tratar não só a doença em si, mas tam- '

bém as reações e as incapacidades quando existem. O tratamento deve ser feito em ambulatório, e de preferência nos serviços gerais de saúde, embora esteja disponível em ambulatórios especializados e em consultórios particulares. A hospitalização quando necessária, deve ser feita em hospitais gerais, limitando-se a internação em hospitais especializados a indicações específicas, e em caráter temporário. Quanto à prevenção e tratamento de incapacidades, deve estar integrada na rotina dos serviços especializados, e recomenda-se sua implantação nos serviços gerais. Quando necessária, a reabilitação física e profissional deve estar disponível, propiciando a reintegração social do doente.

As instruções complementares baixadas pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária detalham estas normas, estabelecendo parâmetros para as atividades educativas, o tratamento e o controle de doentes e comunicantes, a hospitalização, a reintegração social do hanseniano e o pagamento de benefícios sociais.

O Sub-programa estadual, por sua vez, foi elaborado pela Coordenadoria de Saúde da Comunidade da SES, e está voltado para o atendimento ambulatorial. Tem como propósito "desenvolver junto à população pertencente à área de atuação da Coordenadoria de Saúde da Comunidade ações integradas de saúde visando à redução da morbidade por hanseníase" (1). Estipula ainda a necessidade de sua adaptação e execução no âmbito da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, e a regionalização e hierarquização das ações desenvolvidas. São detalhadas as ações a serem desenvolvidas nos centros de saúde, e estabelecidos critérios gerais de internação e alta.

As múltiplas ações preconizadas procuram contemplar as diversas dimensões da hanseníase. Entretanto, nem a Portaria do Ministério da Saúde, nem as Instruções

(1) Vide texto do Sub-programa em anexo (Anexo III)

que a completam nem o Sub-programa, discriminam prazos para a implantação desta política ou os meios necessários ou critérios de avaliação. A Política de Contrôlo da Hanseníase constitui um conjunto de normas e instruções que disciplinam as ações a serem desenvolvidas, e não um conjunto de recursos mobilizados em vista de um determinado fim. É um programa de caráter basicamente normativo, sem recursos próprios. As atividades preconizadas se desenvolvem conjuntamente, e pelos mesmos profissionais, com as outras atividades dos centros de saúde. Esta condição tende a dificultar uma análise de eficiência do programa, pois não se tem registro dos meios utilizados.

5.2- ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

As ações de controle da hanseníase são desenvolvidas, em sua grande maioria, pelo setor público. Porém mesmo no âmbito do setor público, várias instituições, vários níveis de governo, estão envolvidos, sob a coordenação geral da Secretaria da Saúde. Como o programa não se acha integralmente implantado, nem todas as instituições e unidades cumprem o papel que lhes cabe. Na área da Educação em Saúde, as atividades são executadas principalmente pelos Centros de Saúde da Secretaria de Estado, e pelos quatro hospitais especializados, também do Estado. O planejamento dessas ações, no entanto, e a preparação do material didático, é geralmente feito a nível central da Secretaria pelo Instituto de Saúde (órgão de pesquisa e ensino da Secretaria) ou pelo Departamento Técnico-Normativo (órgão de planejamento e controle) ou ainda pelas Coordenadorias de Saúde da Comunidade e de Assistência Hospitalar, responsáveis pela coordenação das atividades dos Centros de Saúde e dos hospitais, respectivamente. Além disso, o próprio Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, é responsável pela preparação de volumoso material didático e pela coordenação e financiamento de

1 cursos de treinamento e reciclagem. Em menor grau, as outras instituições e profissionais que atuam na área da hanseníase também desenvolvem ações de Educação em Saúde: alguns consultórios privados de dermatologia (cuja lista é mantida e atualizada pela Secretaria), os Postos de Assistência Médica do INAMPS, algumas instituições de caráter filantrópico, os órgãos internacionais como a Organização Panamericana da Saúde, que eventualmente financiam ou participam da coordenação de certas atividades, e, finalmente as escolas médicas, que estão tentando no momento aumentar o espaço reservado à hanseníase em seus currículos. Estamos considerando aqui que os consultórios particulares, os hospitais privados e filantrópicos, quando atendem de rotina pacientes de hanseníase, desenvolvem necessariamente alguma ação educadora, pois uma consulta sempre inclui esclarecimentos sobre a doença, e um hospital que interna um doente deve automaticamente orientar os profissionais que irão atendê-lo, desmistificando os conceitos errôneos que ainda predominam onde a assistência ao hanseniano não é rotina.

Como as atividades de vacinação em geral, a aplicação de BCG constitui uma responsabilidade exclusiva dos Centros de Saúde. Entretanto, apesar de recomendado na Portaria nº 165/Bsb, a aplicação de BCG não foi generalizada, em decorrência do baixo grau de proteção que proporciona. O descobrimento de doentes é coordenado pelos Centros de Saúde da SES, porém todos os serviços de saúde, públicos ou privados, devem notificar os casos suspeitos ou confirmados. Além da verificação das notificações, os Centros de Saúde atendem a demanda dos pacientes que se apresentam voluntariamente ou que foram encaminhados por outros serviços, realizam exames de grupos populacionais

suscetíveis (em escolas e bairros carentes principalmente) e a vigilância de contatos (ou comunicantes). Estes, do ponto de vista operacional, correspondem às pessoas que residem com o doente, e devem ser submetidos a exames dermatoneurológico pelo menos uma vez por ano. Com a reforma administrativa por que passa a Secretaria, a coordenação do Sub-Programa, e principalmente da investigação epidemiológica, deve ser transferida do DTN para o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria. O Instituto de Saúde, através do acompanhamento das atividades, análise de dados e algum atendimento ao público, pela sua Divisão de Dermatologia Sanitária, também desenvolve uma função de retaguarda nesta área.

O tratamento da hanseníase é realizado basicamente nos Centros de Saúde e nos hospitais especializados da Secretaria. Dos 930 Centros de Saúde existentes em 1.984, 570 ou seja, 61%, tinham o Sub-Programa oficialmente implantado (1), desenvolvendo atividades como fornecimento de medicação aos doentes, exame dermatoneurológico para diagnóstico e controle, bacterioscopia, exames de comunicantes, investigação epidemiológica e vacinação BCG para comunicantes. Este número está em progressão constante. Os quatro hospitais especializados também realizam tratamento ambulatorial em pequena escala, além de propiciarem a internação da maioria dos pacientes que a necessitam. Entre estes, os hospitais Lauro de Souza Lima em Baurú e Padre Bento em Guarulhos se especializaram em internações por intercorrências. O Francisco Ribeiro Arantes em Itú e o Arnaldo Pezzutti Cavalcante em Mogi das Cruzes, dispondo ainda de colônias grandes (850 pacientes no primeiro e 350 no segundo), continuam se caracterizando como hospitais de

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde

longa permanência, embora realizem também, em número crescente, internações por intercorrências. A grande maioria, dos pacientes residentes em colônias estão internados há muito tempo, e têm poucas chances de um dia voltarem ao convívio social. Até hoje são poucos os hospitais gerais, principalmente privados, que internam de rotina pacientes de hanseníase, mesmo que o motivo de internação seja uma intercorrência clínica não relacionada com a hanseníase. A maioria dos hospitais públicos atualmente interna pacientes hansenianos, porém o maior volume de internações continua a cargo dos hospitais especializados. Os PAMs do INAMPS, um certo número de consultórios particulares, uma parte dos postos das prefeituras municipais, e ambulatórios de hospitais universitários, também atendem casos de hanseníase. Entretanto, a maioria dessas unidades encaminha os pacientes aos Centros de Saúde para serem registrados, e frequentemente, para darem continuidade ao tratamento. Deve ser mencionada a Fundação para o Remédio Popular (FURP), vinculada à Secretaria, que se responsabiliza pelo fornecimento de medicamentos em geral, e a CEME, pela medicação específica.

A prevenção e o tratamento das incapacidades decorrentes da hanseníase ainda está, de uma maneira geral em fase inicial de implantação. Oficialmente, em 1.984, 210 Centros de Saúde realizavam a prevenção de incapacidades. Embora esse número esteja crescendo, é necessário assinalar que em muitos casos estas atividades são realizadas de forma assistemática e parcial. Dos hospitais especializados, o Lauro de Souza Lima desenvolve não apenas ações de prevenção e tratamento de incapacidades, mas se tornou há tempos um centro importante na área da reabilita

ção física e sócio-profissional, graças à SORRI (Sociedade para a Reabilitação e a Reintegração do Incapacitado), entidade filantrópica ligada ao hospital. O Hospital Padre Bento sofreu um processo de reforma e reestruturação profundas que lhe permitiram também se transformar em centro de reabilitação. Os outros dois estão implantando progressivamente programas de prevenção de incapacidades e de reabilitação. Alguns hospitais gerais públicos e filantrópicos desenvolvem esforços para implantarem serviços de prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Entidades filantrópicas internacionais, como a Comissão Evangélica para a Reabilitação do Paciente Hanseniano (CERPHA), financiam a implantação e manutenção de atividades nesta área.

Apesar de não contempladas entre as ações básicas a serem desenvolvidas no âmbito da Política de Controle da Hanseníase, tres atividades se revestem de uma importância fundamental para a consecução desta política: a pesquisa, a informação e o apoio administrativo. As atividades de pesquisa são levadas principalmente pelo Instituto de Saúde, pelo Hospital Lauro de Souza Lima (reconhecido como centro de referência em hanseníase para a América Latina) pelo Ministério da Saúde e por algumas escolas médicas. A informação, elemento estratégico do programa, naturalmente envolve todos os órgãos atuantes na área, mas sua coordenação é de responsabilidade do Centro de Informações de Saúde da Secretaria, que coleta e redistribui praticamente todas as informações relativas às atividades da Secretaria; o Instituto de Saúde desenvolve análise dessas informações, assim como o Ministério da Saúde, coordenador último de toda a po-

lítica e portanto destinatário final das informações. Quanto ao apoio administrativo, se dá em todos os níveis e órgãos ' que desenvolvem alguma atividade na área da hanseníase; deste Centro de Saúde até o Ministério, passando pelas instituições privadas e filantrópicas, organismos nacionais e internacionais de financiamento, escolas médicas, etc...

A coordenação geral do programa no Estado de São Paulo, em relação com o Ministério da Saúde, se achava localizada, antes da reforma administrativa, no Departamento Técnico Normativo; ela está sendo transferida para o ' Centro de Vigilância Epidemiológica, órgão vinculado ao Gabinete do Secretário.

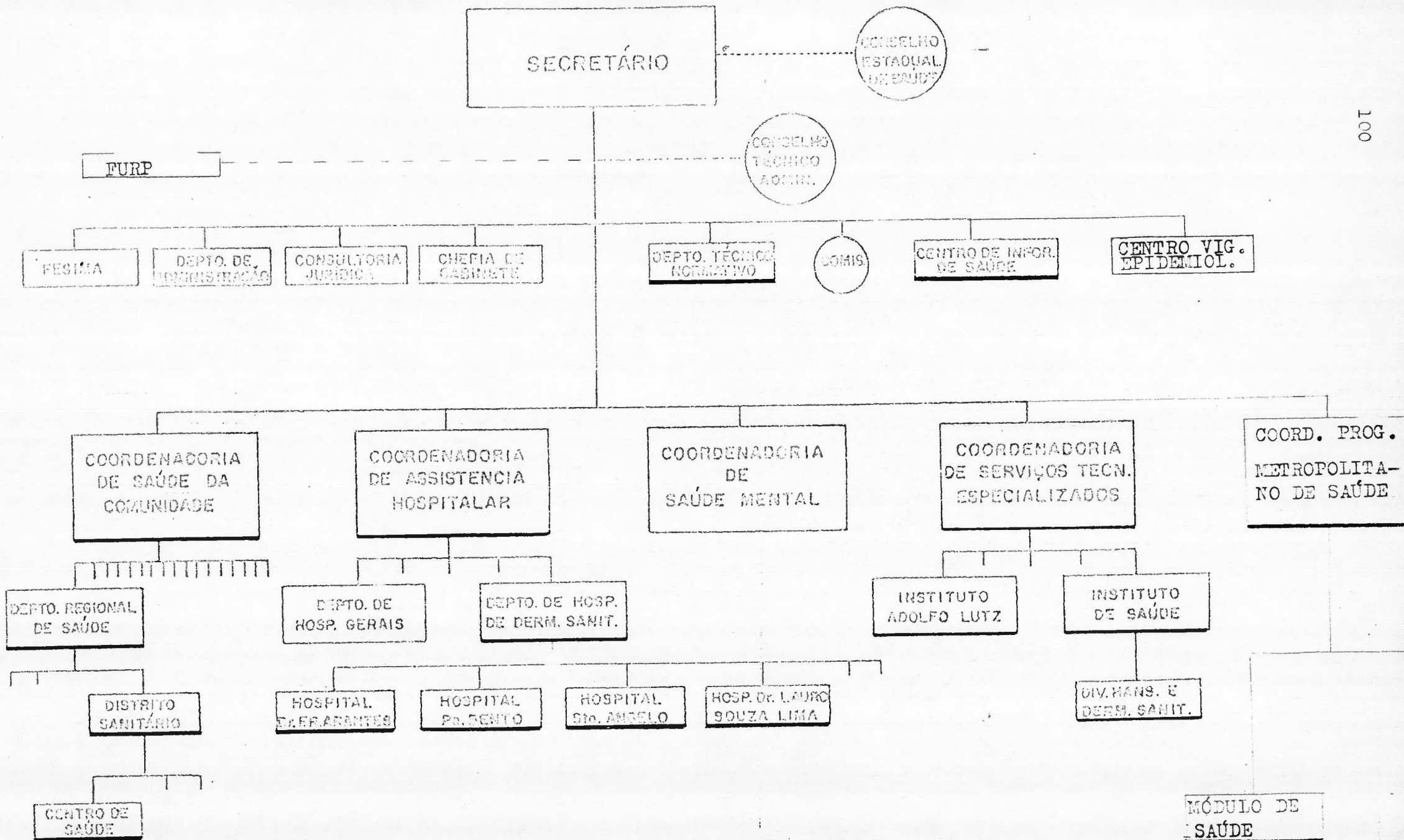
Finalmente, o apoio laboratorial é proporcionado basicamente pelas unidades do Instituto Adolfo Lutz' e pelos laboratórios dos hospitais especializados.

Como se depreende deste levantamento simplificado, que se acha resumido no quadro a seguir, é bastante grande o número de órgãos e instituições, públicos, privados e filantrópicos, que atua na área da hanseníase. Mesmo ' no setor público, responsável pela concepção e pela execução de grande parte das atividades - o setor privado e filantrópico atua apenas de forma complementar a do setor público - existem frequentemente vários órgãos executando as mesmas ' ações, com uma racionalização de recursos relativamente pouco desenvolvida. Esta situação certamente dificulta a consolidação de informações sobre as atividades desenvolvidas.

Em seguida ao Quadro III, apresentamos ' um organograma da Secretaria da Saúde no qual figuram os ' órgãos envolvidos nas ações de controle da hanseníase, e uma tabela que resume os principais dados do Sub-programa no período 1972 - 1986 (Tabela 1).

ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO

atividades desenvolvidas	Secretaria de Estado da Saúde		Outras Instituições		
	Execução	Planejamento Coordenação	Execução	Coordenação	Financiamento
denação geral	-	DTN (CVE)	-	-Min.Saúde (DNDS)	-Gov.federal
ação em Saúde	-Centros de Saúde -Hospitais especial -Instituto de Saúde	-Instituto de Saúde -Coord.Assist. Comunidade	-Escolas médi cas -Consultórios -Hospitais -Ent.filantró picas.	-Min.Saúde (DNDS)	-Min.Saúde -MEC -Entidades in ternacionais
icação de BOG	-Centros de Saúde	-Coord.Saúde da Comunidade	-	-	-
obrimento de doantes	-Centros de Saúde -Instituto de Saúde	-Coord.Saúde da Comunidade -DTN (CVE)	-INAMPS -Prefeituras	-Min.Saúde (DNDS)	-INAMPS
amento	-Centros de Saúde -Hospitais especial -Instituto de Saúde -Hospitais gerais	-Coord.Saúde da Comunidade -Coord.Assist. Hospitalar -FURP	-Postos/INAMPS -Prefeituras -Consultórios -Hosp.privados	-CEME(Min. da Saúde -Min.Saúde (DNDS)	-INAMPS -Municípios -Privados -Entidades in ternacionais
enção de incapacidades	-Centros de Saúde -Hospitais	-Coord.Saúde da Comunidade -Coord.Assist. Hospitalar	-	-	-Min.Saúde -Entidades In ternacionais
ilitação	-Hospitais especializados	-Coord.Assist. Hospitalar	-	-	-Min.Saúde -Entidades In ternacionais
rmação	-Centros de Saúde, Hospitais	-CIS, DTN (CVE) -Instituto de Saúde -Coord.Saúde da Comunidade	-todos	-Min.Saúde (DNDS)	-
uiza	-Instituto de Saúde	-	-Min.Saúde	-Min.Saúde	-Gov.Federal
io administrativo	-todos, nível central	-CSC, CAM, ASS	-	-	-
io laboratorial	-Instituto Adolfo Lutz, Hosp especializado	-Coord.Serv.Téc., CAM		-Min.Saúde (FIOCRUZ)	-Gov.Federal



Dos órgãos assinalados no organograma,

- o Departamento Técnico Normativo, órgão de planejamento e controle da SES, da Política no Estado, 'exerce um papel de coordenação geral e supervisão das atividades;

- o Centro de Informações em Saúde é o orgão responsável pela consolidação dos dados de produção de serviços; estes dados são coletados através de um Boletim 'Mensal de Produção preenchido pelos Centros de Saúde (vide 'anexo), e de um Boletim preenchido pelos Hospitais.

- A Coordenadoria de Saúde da Comunidade, por intermédio dos cerca de 1.000 Centros de Saúde, é o orgão responsável pela assistência ambulatorial ao hanseniano, assim como a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde em relação a suas unidades;

- o Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária, da Coordenadoria de Assistência Hospitalar agrupa os quatro hospitais especializados existentes no estado, responsáveis pela maior parte das internações hospitais lares por intercorrência hansenica , os outros hospitais 'da CAH também internam hansenianos, embora em pequena pro-'porção e geralmente por intercorrências não relacionadas com a hanseníase.

- O Instituto de Saúde, através de sua Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária desenvolve 'atividades de pesquisa e treinamento, elaboração e publicação de material científico e didático, elucidação diagnósti'ca, e atendimento eventual à população, funcionando como referência técnica para as unidades prestadoras da assistên-'cia.

- O Instituto Adolfo Lutz, responde pela 'retaguarda laboratorial do Sub-programa.

Principais dados do Sub-programa - Período 1.972 - 1.986

	1.972	1.979	1.982	1.984	1.985	1.986
- Doentes em registro ativo (em nível ambulatorial)	31.177	36.156	36.409	35.453	35.850	-
- % de controle	84%	89%	66%	80%	-	-
- % forma V e D	-	-	-	63,4%	-	-
- % forma I	25,1%	23,2%	21,4%	19,7%	-	-
- % forma T	-	-	-	16,9%	-	-
- Pacientes com baciloscopia no ano (V e D)	-	-	-	59%	-	-
- % de baciloscopias negativas (V e D)	-	-	-	82%	-	-
- Proporção de baciloscopias em relação ao número de pacientes	-	-	70,5%	-	-	-
- % de consumo de sulfona sobre o necessário	-	-	65,4%	-	-	-
- número de comunicantes registrados	-	34.882	35.313	22.395	-	-
- % sob vigilância	-	89%	64%	66%	-	-
- Nº de casos novos	1.581	2.389	2.895	2.634	2.750	2.504
- % de forma I	27%	28%	28,2%	-	-	-
- % de casos novos descobertos entre comuni- cantes	21,3%(1)	-	19,2%	-	-	-
- Tempo provável de doença sintomática na época do fichamento	4 anos(1)	-	5 anos	-	-	-
- Número de consultas médicas	-	78.312	107.251(2)	-	152.653	150.241
- % sobre a quantidade total de consultas médi- cas da CSC.	-	-	2,0%(2)	-	2,1%	1,9%
- % de Centros de Saúde c/ativ.do Sub-Programa	-	47%	60%	61%	-	-

(1) Em 1974 .

(2) Em 1983 .

Fonte : Centro de Informação de Saúde ; Nóbrega , R. C. : "Hanseníase no Estado de São Paulo" ; Belda , . : "Aspectos epidemiológicos da hanseníase no E.S.P."

6- OS CUSTOS E IMPACTOS DO PROGRAMA

6.1- ABRANGÊNCIA DA ANÁLISE

O programa de Contrôlo da Hanseníase no Estado de São Paulo é executado pelo Governo do Estado, através de sua Secretaria da Saúde. Um grande número de outras instituições também atuam na área da hanseníase, embora não estejam formalmente integradas no Sub-programa: o INAMPS, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde municipais, alguns consultórios e hospitais privados, entidades filantrópicas nacionais e internacionais, etc.... A coordenação do programa cabe à Secretaria da Saúde, que também realiza a maior parte das ações. Os dados disponíveis sobre a atuação das outras instituições são esparsos e fragmentados, não sendo objeto de nenhuma consolidação ou levantamento sistemático. Por estas razões, restringiremos o âmbito desta análise à Secretaria de Estado da Saúde (SES), lembrando que desta forma não estaremos considerando todas as atividades e recursos envolvidos na área da hanseníase no Estado, mas a sua maior parte. Principalmente nas ações relativas ao tratamento dos doentes e a vigilância de seus comunicantes, a Secretaria é responsável pelo essencial do atendimento.

Uma vez definida a abrangência da análise quanto às instituições consideradas, é necessário identificar a população-alvo das ações desenvolvidas. Cada uma das atividades preconizadas no Sub-programa se destina a um grupo definido. As ações educativas se dirigem para toda a população, com ênfase maior nos doentes e comunicantes (geralmente seus fami-

liares), e em menor grau, alguns grupos de população em áreas carentes, mais suscetíveis de contrair a doença. O descobrimento de doentes se dá junto a população que procura os Centros de Saúde - espontaneamente ou por encaminhamento de outros serviços - aos contatos de doentes registrados, e tem como objetivo aumentar a cobertura (em termos de registro e tratamento dos doentes) em relação à população doente total estimada. O tratamento, a prevenção de incapacidades e a reabilitação estão voltados para a população doente.

A grande maioria das ações desenvolvidas está portanto dirigida para a população doente (conhecida e desconhecida) e seus comunicantes. Todo o esforço do Sub-Programa visa identificar, tratar e controlar esta população, embora algumas ações devam, para atingir esse objetivo, se destinar a outros grupos populacionais, como a educação em saúde e o exame de coletividades mais suscetíveis de contrair a doença. As consequências negativas da hanseníase, e os efeitos positivos do programa, recaem sobre esta população.

Os doentes não conhecidos, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde já citada, correspondem, em países ou regiões endêmicas com programas razoavelmente trabalhados, a pelo menos 75% do número de casos registrados. Tomando por base o número de 37.000 doentes registrados em 1.975 (1) o número total no Estado seria de 65.000, como estimativa conservadora.

São considerados como contatos, para efeitos operacionais, os que residem com o doente (2). No Estado de São Paulo, existem aproximadamente 4 pessoas por domicílio (3) o que corresponderia a 3 comunicantes por doente. Considerando que nos últimos anos 64% em média dos doentes conhecidos são de tipo V e D (4), teríamos 1,92 comunicantes de pacientes V e D por doente.

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde

(2) Ministério da Saúde: Boletim da DNDS Vol. XXXVI, nº 1, 1977

(3) Fonte: IBGE, IX Recenseamento Geral, 1.960

(4) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

Assim, a população a ser coberta pelo Sub-Programa seria de 65.000 doentes e 195.000 comunicantes, sendo 125.000 de doentes V e D . O Sub-programa admite que a vigilância de comunicantes possa se restringir aos de doentes V e D; na realidade, mesmo os comunicantes de casos I e T deveriam ser chamados ao serviço pelo menos para esclarecimentos e orientação sobre a doença, para que se crie entre os familiares do paciente um clima de estímulo ao tratamento. Contudo, os boletins atualmente disponíveis registram apenas os comunicantes de pacientes V e D. Desta forma, limitaremos, para efeitos operacionais, a população a ser coberta a 65.000 doentes e 125.000 comunicantes, perfazendo um total de 190.000 pessoas, que constituirá a população-alvo das ações desenvolvidas no Sub-programa.

6.2- ESCOLHA DA ABORDAGEM

A Portaria do Ministério da Saúde e principalmente o documento do Sub-programa estabelecem como objetivo primordial do controle da hanseníase a redução da morbidade; a prevenção de incapacidades, a preservação da unidade familiar e a integração social dos doentes, completam o conjunto de objetivos do programa.

Trata-se claramente de dois tipos distintos de objetivos, embora complementares em função da multi-dimensionalidade da hanseníase. O primeiro é marcadamente de cunho epidemiológico, e coloca a necessidade para a sociedade de se controlar uma endemia. Os demais dizem respeito à minimização das consequências negativas, para a população atingida, do fato de se estar doente de hanseníase, e remetem à problemática social da moléstia. A proposta é mais ampla do que o simples atendimento da demanda, ou seja, do paciente que procura o serviço, espontaneamente ou encaminhado. Por outro lado, não é citada entre os objetivos do programa a redução do custo econômico da doença, embora esta discussão esteja implícita na opção pelo Tratamento ambulatorial e nas propostas, constantes da Portaria e das Instruções, de reduzir a internação a períodos curtos e de transferir as áreas sociais dos hospitais especializados (as colônias) para as Secretarias de Promoção Social.

A escolha de um entre os quatro tipos básicos da ACE que definimos - Análise Custo-Eficácia, Análise Custo-Utilidade, Análise Custo-Eficiência, Análise Custo-Benefício - deve se orientar pelos objetivos que o próprio programa se propõe.

Assim, o objetivo de reduzir a morbidade se enquadra no âmbito do que denominamos Análise Custo-Eficácia enquanto que os demais levam à Análise Custo-Utilidade. Esta última, ao avaliar o impacto do programa sobre o estado geral de saúde e o bem-estar da população-alvo, amplia consideravelmente a abrangência da análise. Leva em conta a dimensão epidemiológica da doença, através da estimativa do número de pessoas afetadas por diversas consequências da moléstia. Entretanto, não a privilegia. A ACU é centrada nos elementos sociais, indiretos, da doença, não permitindo uma avaliação específica do impacto epidemiológico. Este contudo é de fundamental importância no controle de uma moléstia endêmica, como é o caso da hanseníase no Brasil.

Por outro lado, a realização de uma ACU depende da obtenção de dados cruzados a respeito dos elementos que poderiam caracterizar o estado de saúde ou o bem-estar da população-alvo (incapacitação física, incômodo, estigma, autonomia, desemprego, etc...), pois seria necessário combinar estes dados num indicador sintético que retratasse o mais fielmente possível a situação da população-alvo. Alguns destes dados, como os de incapacidades, existem, mas de forma esparsa e parcial, e não estão cruzados (1). A compilação e cruzamento destas informações exigiria um levantamento exaustivo e de longo prazo que ultrapassa os limites deste trabalho.

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde e Coordenador da área de hanseníase, do Departamento Técnico Normativo.

6.3- IDENTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS

Já observamos que os documentos que definem a política de hanseníase não estabelecem critérios claros de avaliação do programa e suas metas concernem basicamente o atendimento da demanda.

Seus objetivos são amplos e relativamente vagos. Por outro lado, a complexidade própria da doença impede que tenhamos um indicador único que permita avaliar o desempenho do Sub-programa.

Assim, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde sugerem uma série de indicadores parciais: % de baciloscopias negativas, taxa de interrupção do tratamento, taxa de inativação, taxa de incidência em população jovem, % de diagnóstico precoce, % de controle, graus de incapacidade, taxas de incidência e prevalência, etc... (1)

Dentre as múltiplas ações de controle preconizadas, aquelas que mais especificamente estão voltadas para a dimensão epidemiológica da doença são:

- o descobrimento de doentes existentes e não conhecidos, que visa aumentar a cobertura do Sub-programa em relação à população doente total;

(1) OMS, Comitê de expertos de la OMS em Lepra: 5º informe, e OPS: Manual de Controle da Hanseníase.

- o tratamento adequado desses doentes, visando à inativação da doença (negativação baciloscópica é cura das lesões);

- a vigilância dos comunicantes, que constituem o grupo populacional mais suscetível de contrair a doença, e entre os quais é frequente descobrir doentes em estágio avançado.

As demais atividades propostas tem como finalidade favorecer o desenvolvimento dessas ações (como a educação em saúde) ou reduzir as consequências da doença já instalada (como a prevenção de incapacidades e a reabilitação).

Assim, a avaliação do impacto epidemiológico do Sub-programa deve contemplar os tres elementos citados e de forma simultânea, pois é a conjunção destas tres ações que permite romper o mecanismo de transmissão da doença. Naturalmente, ao reduzirmos a população suscetível de contágio aqueles que residem com o doente, estaremos ignorando outros grupos também suscetíveis, como a população de áreas carentes como favelas e cortiços. Entretanto, estes grupos são de dimensionamento extremamente difícil, e, salvo no caso dos doentes e comunicantes que a eles pertencem, não são objeto de uma vigilância como a definida no programa (comparecimento regular ao serviço para exame dermato-neurológico).

Como o conceito de cura em hanseníase é muito problemático, existindo somente para os pacientes indeterminados e tuberculóides, consideramos que um programa totalmente bem sucedido do ponto de vista epidemiológico seria aquele que conseguisse:

- inativar todos os doentes existentes na área, negativando os pacientes V e D e curando todas as lesões, continuando ainda o tratamento após a inativação por um período médio de 7 1/2 anos (para afastar o perigo de recaídas) e,

simultaneamente,

-manter sob vigilância, durante um período' de 5 anos (conforme preconizado nas Instruções da DNDS), cor-
respondente ao período de incubação da doença , todos seus'
comunicantes.

A medida de impacto deveria incluir por-
tanto o número de doentes inativados (todas as formas), o nú-
mero de comunicantes sob vigilância, e a cobertura em rela-
ção á população-alvo (doentes e comunicantes). Infelizmente
o número de pacientes nos quais a doença foi inativada não'
é conhecido, nem é colhido nos boletins de produção. Os da-
dos disponíveis incluem o número de baciloscopias negativas
para os pacientes V e D, e o número de pacientes em regis-'
tro ativo (registrados), sob contrôle, para todas as formas
clínicas.

O registro ativo informa tão somente os pa-
cientes que compareceram ao serviço no último ano, o que '
não esclarece sobre a situação do paciente em relação ao '
tratamento. Sob contrôle estão os pacientes que, de acordo'
com as Instruções da Divisão Nacional de Dermatologia Sani-
tária passaram por uma consulta médica e se submeteram a
exame baciloscópio nos intervalos recomendados (menos de 6
meses para os pacientes V, D e I - Mitsuda negativos, e 12
meses para os pacientes I - Mitsuda positivos, e T). Contu-
do, os boletins do Sub-programa incluem como " sob-contrôle"
doentes V e D que não fizeram bacilosopia (43% do total '
em 1.984). Nem o conceito de registro ativo, nem o de con-'
trôle, refletem a eficácia do tratamento (traduzida na ina-
tivação da doença).

No caso dos pacientes contagiosos (V e D),
o objetivo do programa é negativá-los; nos outros casos, na
falta de informação sobre a inativação, pode-se utilizar a
situação de contrôle. Assim, poderíamos estabelecer como me

tas do Sub-programa do ponto de vista epidemiológico:

- aumentar a cobertura em relação à população-alvo estimada;
- negativar os doentes contagiosos, ou seja, os casos V e D
- controlar os doentes I e D, inativando-os;
- manter sob vigilância os comunicantes de pacientes V e D que são os mais suscetíveis de contrair a doença.

Uma medida de efetividade que utilize os dados atualmente disponíveis terá que ser uma medida composta dos vários elementos assinalados, como segue:

$$e = \frac{DN + DC + CV}{DE + CE}$$

onde: DN= número de doentes negativados (casos V e D)

DC= número de doentes sob contrôle (casos T e I)

CV= número de comunicantes sob vigilância

DE= número total de doentes existentes na área

CE= número total de comunicantes existentes na área

Considerando que a meta final do programa é negativar ou inativar todos os doentes existentes e manter sob vigilância todos os comunicantes, a taxa resultante desta relação indica o grau em que esta meta está sendo atingida. Tem também alguma semelhança com as taxas de cobertura, que apontam a proporção de uma população que tem acesso ou está sendo atingida por determinado serviço. No caso da hanseníase, esta taxa de cobertura seria dada por:

$$\frac{\text{número de doentes e/ou de comunicantes registrados}}{\text{número de doentes e/ou de comunicantes existentes}}$$

Por outro lado, a medida de efetividade incorpora também o conceito de eficácia do tratamento, esta última expressa pela relação:

de doentes negativados/inativados e/ou comunicantes sob vigilância
de doentes registrados e/ou comunicantes registrados

Na realidade, a relação de efetividade resulta' da multiplicação das duas outras relações, de cobertura e de eficácia do tratamento. A coleta do dado de "paciente inativado" simplificaria a expressão.

O emprego desta relação como medida de efetividade pressupõe que a distribuição dos doentes por forma clínica seja constante, pois esta repercute sobre a intensidade dos cuidados prestados (na quantidade de consultas médicas e de atendimentos prestados por paciente, por exemplo) e portanto nos custos. Nos últimos anos, esta distribuição tem oscilado em torno dos seguintes valores (1):

	<u>PACIENTES REGISTRADOS</u>	<u>CASOS NOVOS</u>
Forma V D =	64%	46%
Forma I =	19%	28%
Forma T =	17%	24%

Duas situações em que a taxa de efetividade seja idêntica porém com uma distribuição dos casos por forma clínica diferente levarão a custos diferentes sem que isso decorra de um melhor ou pior desempenho de um programa em relação ao' outro. Quando se deseja comparar dois programas que enfrentam realidades distintas, pode-se recorrer a uma correção que reflita a quantidade média de consultas médicas necessárias nos dois casos. Os dados disponíveis sobre o Sub-programa, e transcritos na Tabela 1 permitem então calcular a taxa de efetividade:

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

$$e = \frac{DN + DC + CV}{DE + CE}$$

$$e = \frac{10.885 + 9.755 + 14.872}{65.000 + 125.000} \quad (1)$$

$$e = \frac{35.512}{190.000}$$

$$e = 18,69\%$$

O denominador da fração deve, em princípio, permanecer constante ao longo de alguns anos, pois não dispomos de instrumentos suficientemente sensíveis para identificar 'pequenas variações na população-alvo. Existem apenas indicadores que denotam se o programa está ou não se aproximando 'de sua meta final: o tempo de doença na época do diagnóstico, a proporção de formas polares (V, D e T) nos casos novos, etc. Discutiremos estes indicadores nos comentários finais da análise.

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

6.4- IDENTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS CUSTOS

As atividades do Sub-programa voltadas diretamente para o controle da endemia são desenvolvidas basicamente em Centros de Saúde. Com exceção dos pacientes sociais internados nos hospitais de dermatologia sanitária, em número de 1.000 atualmente(1), e de alguns pacientes atendidos em consultórios particulares e eventualmente não notificados, quase todos os doentes conhecidos são registrados e tratados nos Centros de Saúde do Estado. Quando uma intercorrência exige a internação do paciente, esta é feita por tempo limitado, nos hospitais especializados ou em alguns poucos hospitais gerais (na sua maioria, públicos ou filantrópicos). É relativamente raro hoje em dia que um paciente seja internado por condições sociais, ou seja, por não ter condição física, psicológica, social ou econômica de permanecer na sociedade.

O tratamento das intercorrências hansênicas e das reações, mesmo que requeiram a internação do doente, é sem dúvida parte integrante do tratamento. Entretanto, é extremamente difícil determinar o custo total destas internações, em primeiro lugar porque não existem dados consolidados sobre o número de internações por intercorrência ou reação durante o tratamento ambulatorial, dado que estas intercorrências podem ser muito variadas. Por outro lado, os hospitais que rea-

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

lizam estas internações não dispõem de estrutura ou sistema de custos adequados para a identificação do seu custo.

Nesta situação, optamos por restringirmos o âmbito das atividades do Sub-programa voltadas para a dimensão epidemiológica àquelas desenvolvidas nos Centros de Saúde, ou seja, as ações de caráter ambulatorial. O custo das ações assim delimitadas será certamente sub-estimado pela exclusão das internações por intercorrências; por outro lado, será super estimado pela inclusão de algumas atividades que não se destinam diretamente ao controle da endemia, como a prevenção de incapacidades e parte da orientação psico-social que é dada ao paciente e a seus familiares.

Assim, levantaremos aqui apenas o custo direto anual do tratamento ambulatorial, de acordo com a definição e o conteúdo discutidos no final da 1ª Parte deste trabalho, distinguindo os custos variáveis dos custos fixos.

Quando se trata de quantificar os custos de um programa, há sempre várias estratégias, como já vimos: a valoração pela despesa contábil, pelo custo apurado, pelo valor de mercado, pelo custo de oportunidade. No caso do Sub-programa de Contrôlo da Hanseníase, não há nenhum sistema de custos que permita apurar o custo real das ações realizadas. Por outro lado, a ausência de consenso a respeito do custo de oportunidade no Estado, nos sugere a escolha de outros caminhos. A abordagem pela despesa contábil, a despeito das ressalvas que encerra (valores frequentemente defasados e a possibilidade de incluir insumos não consumidos) nos parece oportuna, tendo em vista sua relativa facilidade e a inexistência atual de qualquer levantamento de custos de programas.

Entretanto, o Sub-programa não possui orçamento ou recursos próprios. Em consequência, seu custo terá ' que ser estimado a partir dos custos gerais de atendimento am bulatorial na Secretaria da Saúde. Nestas condições, optamos' por trabalhar, e comparar, tres abordagens distintas para a quantificação destes custos:

a)- a partir da dotação orçamentária cons-' tante do orçamento-Programa da Secretaria, considerando-se ' apenas aquelas atividades que contribuem, direta ou indireta- mente, para o desenvolvimento do Sub-programa;

b)- a partir da quantidade de recursos huma- nos necessária para a produção dos atendimentos e consultas ' médicas realizados no ambito do Sub-programa, acrescendo-se ' um valor médio estimado para os outros elementos do custo to- tal (materiais de consumo, serviços contratados, etc...);

c)- a partir do valor pago pelo INAMPS por estes atendimentos e consultas médicas a entidades convenia-' das ou contratadas.

A- Para facilitar o entendimento da metodologia adotada, agrupamos as diversas atividades assistenciais e de apoio do Sub-programa em 16 categorias distintas, que na sua' maior parte levam em conta a estrutura programática do Orça-' mento-Programa (vide esta estrutura no Anexo IV):

1- Atendimento Médico Sanitário: compreende o conjunto das atividades-fim desenvolvidas nos Centros de ' Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) e da Coor- denação do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS). Inclui os gastos com pessoal, materiais e serviços utilizados no atendi- mento à população, mas também aqueles correspondentes às ati- vidades de apoio administrativo em nível local (Centro de Saú- de) e regional (antigos Distritos Sanitários, Departamentos Re

gionais de Saúde e Módulos de Saúde, atualmente Escritórios Regionais de Saúde). Entre as atividades-fins consideradas estão o atendimento ambulatorial, a Vigilância Sanitária (contrôle das condições de higiene na produção e distribuição de alimentos), as campanhas de imunização e a Educação Sanitária em geral. Inclui todos os gastos com pessoal realizados a nível local e regional, qualquer que seja sua finalidade.

2- Exames de Laboratório: correspondem aos exames realizados tanto nos laboratórios regionais e locais quanto no Laboratório Central do Instituto Adolfo Lutz e incluindo os gastos com pessoal, materiais e serviços.

3- Medicação específica: corresponde ao valor dos medicamentos contra hanseníase, que são repassados pelo Ministério da Saúde à Secretaria. Este valor, está incluído no Orçamento-Programa na atividade "Programação com Recursos do FUNDES" (nível central) da qual foi isolada para efeitos deste levantamento.

4- Medicamentos em geral: corresponde ao recurso repassado pela Secretaria à Fundação para o Remédio Popular (FURP) por conta dos medicamentos por ela adquiridos ou produzidos, e utilizados nas Unidades da Secretaria.

5- Outras atividades a nível regional: são aquelas não relacionadas com o atendimento ambulatorial, e cuja dotação pode ser identificada no Orçamento-Programa. Estão incluídos no montante assinalado o valor da Assistência Social aos hansenianos (pagamento de pensões) e outras atividades coordenadas e administradas a nível regional, como a hospitalização no caso dos Módulos de Saúde da CPMS. Estas atividades não influem no programa, mas partilham da mesma infra-estrutura administrativa e de manutenção.

6- Manutenção a nível regional: inclui as atividades "Manutenção de (prédios) Próprios", "Manutenção de ' Serviços de Transporte" e "Manutenção de Equipamentos Médico hospitalares" desenvolvidas a nível local e regional; compreendem apenas os gastos com materiais e serviços (aqueles ' com pessoal estão incluídos no Atendimento Médico Sanitário).

7- FUNDES nível regional: corresponde a todos ' os recursos financeiros que não se originem do Tesouro do Es tado, e que passam portanto pelo Fundo Especial de Saúde, dis tribuídos a nível regional; inclui gastos com pessoal (mas ' não a gratificação por participação nas Ações Integradas de Saúde, cujo montante permanece a nível central). A maior par te deste recurso provém do INAMPS, através do Convênio nº... 07/83, das Ações Integradas de Saúde.

8- Instituto de Saúde: corresponde à dotação ' orçamentária do Instituto pertencente à CST, sendo que ape- ' nas a sua Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (' que não possui orçamento próprio) atua no programa.

9- Outras atividades em nível de Coordenadoria: Compreendem todas as atividades não relacionadas com o aten- dimento ambulatorial ou com o apoio administrativo; estão in cluídos o Programa de Suplementação Alimentar (fornecimento ' de certos alimentos à população carente) na CSC e na CPMS, os Departamentos de Saneamento e de Exercício Profissional da CSC, o valor (aproximado) dos convênios com Municípios caren tes também na CSC, e as atividades-fins da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados não considerados nos itens ' 2 e 8.

10- Manutenção a nível de Coordenadoria: atividades relacionadas no item 6, quando realizadas a nível das Coordenadorias (CSC, CPMS e CST). O gasto com pessoal está incluído na atividade seguinte.

11- Administração da Coordenadoria: é o conjunto das atividades de apoio administrativo realizadas a nível de Coordenadoria, qualquer que seja a atividade-fim. No caso da CSC, foi excluído o valor aproximado dos Convênios com Municípios Carentes.

12- Outras Coordenadorias: compreende todas as atividades, realizadas a qualquer nível, relacionadas com o atendimento hospitalar e de saúde mental; apenas no caso da CPMS as atividades hospitalares foram incluídas no item 5.

13- Outras atividades nível central: compreende as atividades realizadas no âmbito da Assessoria Superior e Sede (ASS), e que não constituam apoio administrativo; inclui o Contrôlo de Doenças Transmissíveis e os Encargos Gerais da Dívida Pública.

14- FUNDES nível central: compreende todos os recursos extra-Tesouro que não foram distribuídos a nível regional; a maior parte estava comprometida até o ano passado pela Gratificação por participação nas AIS (Suprimida em 1987) e na aquisição de material permanente.

15- Apoio nível central: corresponde a todas as atividades desenvolvidas na ASS que se caracterizem como apoio administrativo ou manutenção; inclui: Manutenção de Próprios e de Serviços de Transporte, Coordenação e Administração Geral da Pasta, Processamento de Dados, Exames e Inspeções de Saúde (voltados para os próprios funcionários da Secretaria), e Administração de Recursos Humanos da Secretaria.

16- Despesa de Capital em 1.986: na falta de definição até o momento para a distribuição da dotação para material permanente no exercício de 1.987, assinalamos o valor gasto em 1.986, na Secretaria como um todo, incluindo os recursos do Tesouro e do FUNDES.

A Tabela 3 apresenta as dotações orçamentárias referentes às atividades identificadas acima, e o valor apropriado ao Sub-programa, separado ainda nos seus componentes fixo e variável. Foram consideradas as dotações previstas no Orçamento-Programa de 1.987 (2ª alternativa); estas dotações estão em níveis bastante próximos da despesa realizada de 1.986, com variações que raramente ultrapassam 5%. Entretanto, a aceleração inflacionária que se verifica nos primeiros meses de 1.987 deverá alterar radicalmente esta situação.

Como o Sub-programa não possui dotação própria, todos valores tiveram de ser apropriados mediante algum critério. Para o Atendimento Médico Sanitário, foi utilizada a proporção de Consultas Médicas realizadas no Sub-programa em relação ao total. Esta proporção girou em 1.985 e 1.986 em torno de 2%, conforme atesta a Tabela 2. A proporção no caso dos atendimentos de enfermagem também chega aos 2% se incluirmos a prevenção de incapacidades (vide Tabela 2). Este critério leva em conta que 76% do custo do atendimento ambulatorial, em nível local e regional, corresponde aos gastos com pessoal (1), e que neste nível estes gastos ainda acompanham a produção de atos médicos e de enfermagem.

(1) Fonte: Orçamento-Programa da Secretaria.

TABELA 2

Produção de consultas médicas e de atendimentos de enfermagem em Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde: Sub-programa e total.

	<u>1.985</u>		<u>1.986 (1)</u>	
	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>nº</u>	<u>%</u>
Consultas médicas				
- Sub-programa	152.653	2,10	150.241	1,95
- Total	7.283.304	-	7.712.000	-
Atendimentos de Enfermagem				
- Sub-Programa (2)	72.764	1,84	96.514	2,06
- Total	3.962.115	-	4.693.001	-

(1) Dados estimados para Novembro e Dezembro

(2) Inclui os atendimentos de prevenção de incapacidades

Fonte: Centro de Informações de Saúde (Boletim de Produção)

Para as dotações dos órgãos Centrais da Secretaria (as Sedes das Coordenadorias e da própria Secretaria), foi utilizada a proporção da dotação apurada do Sub-programa, acumulada até o nível anterior, sobre o orçamento total do órgão, pois nestes níveis o volume das atividades desenvolvidas está mais relacionado com o montante de recursos mobilizados do que com a quantidade de consultas médicas produzidas. Com efeito, grande parte dessas atividades está ligada à administração de recursos humanos e financeiros.

Na despesa com exames laboratoriais levou-se em conta que o número de baciloscopias realizadas representa aproximadamente 1,1% do total de exames laboratoriais feitos pelo Instituto Adolfo Lutz(1). Admitindo-se que o custo de uma baciloscopia não se afaste muito do custo médio dos exames realizados pelo Instituto, poderíamos considerar esta proporção como critério de apropriação. Entretanto, devemos considerar que outros exames são solicitados durante o tratamento do paciente, em decorrência da doença (biópsias e outros). A quantidade destes exames não é conhecida, embora deva ser bem inferior à de baciloscopias, pois estas representam o exame laboratorial principal no diagnóstico e no acompanhamento do tratamento. Assim, optamos por utilizar uma porcentagem estimada de 1,5%.

No caso da medicação específica, levamos em conta que os Centros de Saúde consomem cerca de 95% da quantidade repassada pelo Ministério da Saúde, os 5% restantes sendo consumidos nos hospitais especializados(2).

No valor correspondente aos medicamentos em geral, consideramos que 74% dos medicamentos distribuí-

(1) Fonte: Instituto Adolfo Lutz e Nóbrega, R.C.:

"Hanseníase no Estado de São Paulo, Diagnóstico e Propostas".

(2) Idem.

dos pela FURP vão para os Centros de Saúde (1) e que, por hipótese, o consumo destes medicamentos seja sensivelmente proporcional ao número de consultas médicas realizadas (2%). Deve-se considerar que, além da medicação específica, o hanseniano necessita de outros medicamentos para controlar as eventuais reações; além disso, sua grande dependência em relação ao médico, ligada à duração do tratamento, faz dele um grande pedinte de medicamentos em geral, principalmente no caso dos pacientes internados por longos períodos.

A apropriação das despesas de capital é dificultada pelo fato de que a aquisição de material permanente por tipo de atendimento não segue um padrão estável. Grande parte do valor representado corresponde a gastos com obras e ampliações de unidades, muitas das quais não têm, ou terão a curto prazo, o Sub-programa implantado. À Saúde da Comunidade coube, do montante reservado para equipamentos, Cz\$ 78.584.000 (2), dos quais apropriamos os 2% correspondentes à proporção de consultas de hanseníase sobre o total de consultas realizadas pela CSC.

(1) Fonte: FURP.

(2) Fonte: Despesa realizada Secretaria da Saúde, de 1.986.

Custo direto anual do Tratamento ambulatorial da hanseníase, estimado
com base no Orçamento-Programa da Secretaria.

Atividade	Unidade Orçamentária	Dotação no Orçamento- Programa	%	de apro- priação	Valores em Cz\$ 1.000		
					Valor apropriado	Custo variável	Custo fixo
1- Atendimento Médico-Sanitário	CSC, CPMS	944.202	2,0		18.884	18.884	-
2- Exames laboratório	CST	29.546	1,5		443	443	-
3- Medicação específica	-	4.752	95,0		4.514	4.514	-
4- Medicamentos em geral	-	90.699	1,5		1.360	1.360	-
Sub-Total					25.201		
5- Outras atividades regional	CSC, CPMS	124.062	-		-		1.197
6- Manutenção nível regional	CSC, CST	57.017	2,1		1.197		1.197
7- FUNDES nível regional	CSC, CPMS, CST	227.233	2,1		4.772	4.772	
Sub-Total					35.973		
8- Instituto de Saúde	CST	24.016	20,0		4.803		4.803
9- Outras Atividades Coordenadoria	CSC, CPMS, CST	580.844	-		-		-
10- Manutenção Nível Coordenadoria	CSC, CPMS, CST	21.100	4,7		359		359
11- Administração da Coordenadoria	CSC, CPMS, CST	258.971	1,7		4.402		4.402
12- Outras Coordenadorias	CAH, CSM	992.547	-		-		-
13- Outras atividades nível central	ASS	99.568	-		-		-
14- FUNDES nível central	ASS, CAH, CSM	668.015	-		-		-
15- Apoio nível central	ASS	100.102	1,2		1.201		1.201
Total Geral		4.222.633			41.935	29.973	11.962
16- Despesas de Capital em 1986	CSC, CPMS, CST	1.309.502	-		-	-	-

B- A segunda abordagem consiste em calcular, a partir do número de consultas médicas produzidas no Sub-programa, os recursos humanos empregados nessa produção, estimando-se em seguida o custo total.

Tomando-se por base o rendimento médio atual dos médicos consultantes da Secretaria, de cerca de 2,0 consultas por hora, um médico em regime de 20 horas semanais produziria 1.800 consultas por ano. Logo, as 150.241 consultas previstas para o Sub-programa de 1.986 devem ter ocupado 83,5 médicos em regime de 20 horas. Utilizando-se a estrutura de pessoal retratada na Tabela 4, é possível calcular a quantidade e o custo dos diversos grupos de profissionais. A este custo deve-se adicionar o valor correspondente aos gastos com materiais de consumo e serviços de terceiros em geral. Para isso foi utilizada a proporção destes elementos em relação à folha de pagamento da CSC (exceto a Administração da Coordenadoria, pois esta inclui uma série de atividades com fins não assistenciais). Neste cálculo não foi incluído o custo das atividades não ambulatoriais (saneamento, exercício profissional, suplementação alimentar, etc...).

O custo final assim calculado chega a Cz\$ 38.897.000,00 (vide Tabela 5).

TABELA 4

Estrutura do quadro de pessoal da CSC

	<u>% sobre o total</u>	<u>nº por médico</u>
Médicos	12,67	1,00
Aux./Atendentes de enfermagem	20,09	1,59
Psicólogos, Ass. Sociais, Enfermeiros.....	1,85	0,15
Outros na assistência (1)....	3,75	0,30
Visitadores/agentes saneamento	14,84	1,17
Pessoal de apoio local (2)...	33,60	2,65
Pessoal de apoio regional (2).	10,43	0,82
Pessoal de apoio central (2)..	1,12	0,09
Idem, de atividades não assistenciais (3).....	1,65	0,13
TOTAL CSC.....	100,00	7,90
Administração superior e sede. (4).....		0,12

(1) Dentistas, Nutricionistas, Obstetras, pessoal de laboratório e Raio X.

(2) Inclui pessoal administrativo, manutenção e limpeza, médicos sanitaristas, diretores, assistentes, chefes e encarregados.

(3) Vigilância sanitária, Exercício Profissional, etc...

(4) Apenas a parte proporcional ao quadro da CSC

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da Secretaria (Quadro de pessoal da Secretaria em 1.985).

TABELA 5

Custo direto anual do tratamento ambulatorial da Hanseníase, com base na estrutura de custos e de pessoal da CSC.

1) Custo direto variável: Cz\$ 1.000

a)- 83,5 médicos X salário médio mensal
de Cz\$ 7.242,00 (1) X 13 meses..... 7.861

b)- (83,5 X 1,59) auxiliares e atendentes
de enfermagem X salário médio mensal
de Cz\$ 2.500,00 (1) X 13 meses..... 4.315

c)- (83,5 X 0,15) psicólogos, assistentes
sociais e enfermeiros, etc... X salá-
rio médio mensal de Cz\$ 5.703,00 (1)
X 13 meses..... 929

Sub Total 13.105

Valor correspondente aos encargos so-
ciais do pessoal contratado pela CLT
(2)..... 208

Gasto com pessoal 13.313

d)- Gasto com materiais de consumo (9,5%) 1.265

e)- Gasto com medicamentos (específicos e
gerais) (3) 5.874

f)- Gasto com exames laboratoriais (3)... 443

Total do Custo direto variável..... 20.895

2) Custo direto fixo:

a)- Pessoal de apoio local: (83,5 X 2,65).
X salário mensal de Cz\$ 3.800,00 (1) X
13 meses..... 10.931

b)- Pessoal de apoio regional (83,5 X 0,82)
X salário médio mensal de Cz\$ 3.800,00
(1) X 13 meses..... 3.382

(cont.)

c)- Pessoal de apoio central (CSC e ASS) : (83,5 X 0,21) X salário médio mensal de Cz\$ 4.000,00(1) X 13 meses.....	912
Sub Total	15.225
Valor correspondente aos encargos sociais do pessoal contratado pela CLT (2).....	161
Gasto com pessoal	15.386
d)- Gasto com material de consumo (9,5%).....	1.462
e)- Gasto com serviços de terceiros (7,5%)..	1.154
Total do Custo direto fixo	18.002
Custo direto total	38.897

Notas :

- (1) Vencimento bruto em Janeiro 1.987. Para os médicos foi considerado, como média, o Adicional de Local de Exercício II e a gratificação de produtividade vigente em Janeiro de 1987 (60%). Para as demais categorias, foi considerado o salário médio ponderado.
- (2) Para o pessoal voltado para a assistência, foi considerado ' que 6% dos funcionários são contratados pelo regime da CLT, ' enquanto que no caso do pessoal de apoio, apenas 4% são CLT; em ambas as situações, foi utilizado o percentual de 26,5% ' de encargos sociais sobre o vencimento bruto (Fonte: Quadro ' de pessoal da Secretaria e legislação vigente).
- (3) Os gastos com medicamentos e exames laboratoriais foram calculados da mesma forma que na abordagem anterior.

C- A terceira abordagem é mais simples do que as duas anteriores. Consiste em aplicar os valores de remuneração do INAMPS à produção de consultas médicas e atendimentos de enfermagem do Sub-programa. Para isso foram utilizados as definições de natureza e porte de consultas e procedimentos ambulatoriais dados pela Portaria MPAS/SSM nº 325, de 21/07/86, aplicável às entidades filantrópicas. Optamos por estas definições, de preferência àquelas aplicáveis aos órgãos públicos, por considerarmos que o repasse de recursos do INAMPS aos órgãos públicos no âmbito das Ações Integradas de Saúde não tem a finalidade de cobrir os custos de atendimento, mas de "co-participação no custeio", propiciando a modernização e a otimização da rede pública (1). Ao contrário, no caso das entidades filantrópicas, o valor repassado pelo INAMPS representa a maior parte dos recursos disponíveis, tendo claramente uma finalidade de cobrir os custos globais de operação (2).

No âmbito das definições de porte aplicáveis às entidades filantrópicas, o atendimento ambulatorial se desenvolve de acordo com três portes distintos: Porte I (Atendimento Básico), Porte II (Consulta Médica) e Porte IV (Consulta Médica com exame laboratorial e/ou procedimentos de média complexidade).

(1) Ministério da Previdência e Assistência Social: Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social" e Portaria nº MPAS/SSM 314, de 03/07/85.

(2) Ministério da Previdência e Assistência Social: Portaria MPAS nº 3.728, de 23/04/86 e Portaria nº MPAS/SSM nº 325, de 21/07/86.

Os atendimentos de enfermagem e as prevenções de incapacidades são consideradas como Atendimentos Básicos (Porte I). As consultas médicas a comunicantes, por não incluírem em geral baciloscopia ou qualquer outro procedimento são classificadas como consultas médicas simples (Porte II). As consultas a doentes, em geral, incluem a realização de baciloscopia, entrega de medicação, e realização de testes de sensibilidade; raramente são acompanhadas de procedimentos fisioterápicos ou outros de certa complexidade. Assim, devem ser classificadas, em média pois não há informação que discrimine os diversos tipos de consultas realizadas, como Porte IV.

Nesta abordagem, o valor da consulta inclui, em princípio, todas as despesas diretas, fixas e variáveis, do tratamento ambulatorial, com exceção da medicação fornecida gratuitamente, que computamos pelo mesmo valor atribuído nas abordagens anteriores.

TABELA 6

Custo direto anual do tratamento ambulatorial da hanseníase, com base nos valores de remuneração do INAMPS.

	Quantidade produzida	Valor unitário	Valor total em Cz\$ 1.000
- Consultas médicas a doentes	116.254	67,60	7.859
- Consultas médicas a comunicantes.....	33.988	40,00	1.360
- Atendimentos de Enfermagem(1)	96.514	6,80	656
- Medicamentos.....			5.874
TOTAL			15.749

(1) Fonte: Boletim de Produção do CIS e Portaria MPAS/SSM nº 325, de 21/07/86.

O cálculo do custo do tratamento a partir do Orçamento e a partir dos recursos humanos empregados levam a valores bastante próximos (Cz\$ 41.935.000 e Cz\$ 38.897.000). Nos dois casos, parte-se dos mesmos pressupostos, e estes, por sua importância, devem ser explicitados.

O primeiro deles é que a complexidade e consequentemente, o custo, de uma consulta de hanseníase, não diferem substancialmente daqueles verificados nas consultas a outro tipo de pacientes (crianças, adultos, gestantes, etc...). Foi este pressuposto que nos permitiu apropriar a dotação orçamentária em função da proporção de consultas em hanseníase sobre o total. Na ausência de um estudo pormenorizado da complexidade comparada das consultas realizadas nos diversos programas da CSC, pode-se considerar este pressuposto como válido. Entretanto, a sua invalidação implicaria em rever ambas as abordagens, pois o custo assim apurado estaria distorcido. Por exemplo, poder-se-ia incorporar na distribuição do orçamento ou dos recursos humanos uma ponderação que reflita a complexidade relativa do atendimento nos diferentes programas.

O segundo pressuposto, relacionado com o primeiro e adotado na segunda abordagem (levantamento dos recursos humanos necessários), é de que a produtividade do médico (número de consultas por hora) é a mesma no Sub-programa de Contrôlo da Hanseníase e nos outros programas de atendimento ambulatorial. Neste caso também, não há elementos que permitam duvidar desta suposição.

Em terceiro lugar, foi tomado como elemento central do tratamento, nos dois casos, a consulta médica. Embora o médico realmente seja o elemento nuclear de todo o atendimento ambulatorial na Secretaria, e a remuneração do médico seja bem mais alta do que a dos demais profissionais, gerando uma parte considerável do custo total, nada garante que

os outros componentes do custo sejam realmente proporcionais ao número de consultas médicas, mesmo a nível local e regional. No caso das despesas realizadas a nível central (Coordenadorias e Sede), optamos pelo montante de recursos orçamentários como critério de apropriação.

Na primeira abordagem, o valor correspondente ao Atendimento Médico Sanitário está provavelmente superestimado, pois, inclui algumas atividades não relacionadas com o atendimento ambulatorial em geral e com as consultas médicas especificamente, como a vigilância sanitária e a imunização. Esta superestimação é, no computo geral, ampliada pois a metodologia de apropriação nos níveis da Coordenadoria e central partem do custo verificado no nível regional, onde o maior peso é exatamente do Atendimento Médico Sanitário.

O valor obtido através da terceira alternativa apresenta uma discrepância muito grande em relação às outras duas, da ordem de 1 para 2,5.

Podemos ainda comparar o valor pago pelo INAMPS com o custo estimado da consulta médica no Estado. Considerando-se uma jornada de trabalho de 20 horas semanais (ou 80 a 84 horas mensais, dependendo do número de dias úteis do mês) e uma produtividade real de 2 consultas por hora, cada médico produziria de 160 a 168 consultas por mês. À base de 160 consultas-mês, o custo do profissional médico em cada consulta seria de Cz\$ 42,61 para o Local de Exercício I (Rendimento bruto em Janeiro de 1987 de Cz\$ 6.818,00 por mês), Cz\$ 45,26 em Local II (Cz\$ 7.242,00 por mês) e Cz\$ 49,45 em Local III (Cz\$ 7.912,00 por mês). Por outro lado, a segunda abordagem permite estimar um custo final da consulta médica de Hanseníase, em seus diferentes componentes (1), conforme a Tabela 7.

(1) Tomamos por base uma produção de 150.241 consultas médicas no Sub-programa em 1.986.

TABELA 7

Custo da consulta de hanseníase	Cz\$	%
- profissional médico:	53,15	20,5
- outros profissionais no atendimento:	35,45	13,7
- material de consumo	8,42	3,3
- medicação	39,10	15,1
- exames laboratoriais	2,95	1,1
Custo variável	139,07	53,7
- administração e apoio (pessoal, material e serviços) em nível local	86,03	33,2
- administração e apoio regional	26,61	10,3
- administração e apoio central	7,18	2,8
Custo Fixo	119,82	46,3
Custo Total	258,89	100,0

Assim, o valor pago pelo INAMPS para uma consulta médica simples (Cz\$ 40,00) não cobre o custo do profissional médico (Cz\$ 53,15 , incluindo férias e 13º, para um médico em local II, ou Cz\$ 45,26 sem considerar as férias e o 13º salário).

Quanto ao valor pago pela consulta de Porte IV (Cz\$ 67,60), cobre apenas a metade do custo direto calculado por este método. Em função desta defasagem considerável, os valores pagos pelo INAMPS não poderiam ser tomados como base para o cálculo do custo.

Na segunda abordagem o custo foi calculado com base no rendimento bruto correspondente ao salário inicial das diversas categorias. Na realidade, os salários médios pagos pelo Estado são superiores, em função do tempo de serviço dos funcionários. Com isso o custo apurado nesta abordagem estaria sub-estimado. Entretanto, este método é nitidamente o mais flexível e operacional, pois pode ser utilizado mesmo nos casos em que informações orçamentárias não estejam disponíveis, ou quando a apropriação de parte do orçamento ao programa se revelar muito imprecisa. É, também, o menos suscetível de introduzir distorções no cálculo, pois seus elementos podem ser checados com relativa facilidade em cada caso: produtividade, relação entre o número de médicos e o número de outros profissionais, proporção das despesas com materiais de consumo e serviço em relação aos gastos com pessoal, etc... Assim, utilizaremos na fase seguinte o valor do custo calculado por este método.

Outro fato que deve ser sublinhado se refere à defasagem entre os diversos dados, que não estão disponíveis para o mesmo ano. Os Quadros de Acompanhamento do Sub-programa de 1.985 e 1.986 ainda estão sendo preparados, o que faz com que certos dados se refiram a 1.984 apenas. Os dados disponíveis para 1.985 e 1.986 (número de pacientes registrados, número de inscrições, número de consultas e atendimentos) não traduzem nenhuma mudança substancial em relação a 1.984, o que permite a suposição de que os dados disponíveis sejam válidos para o período de 1.984 a 1.986. Entretanto, deve-se mencionar que esta lacuna do sistema de informações poderá eventualmente introduzir alguma distorção - provavelmente de pouca amplitude - nos resultados da análise.

7- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1- A RELAÇÃO CUSTO-EFETIVIDADE

Uma vez identificados e calculados a efetividade e o custo do Sub-programa, a fase seguinte é o estabelecimento de uma relação entre ambos.

No item 6.3 chegamos a expressar a efetividade do programa na forma de uma relação entre a população efetivamente assistida (doentes negativados ou controlados e comunicantes sob vigilância) e a população estimada que deveria estar recebendo esta assistência:

$$e = \frac{DN + DC + CV}{DE + CE}$$

No item anterior, calculamos o custo direto do tratamento ambulatorial. Entretanto, este custo não pode ser diretamente relacionado com a taxa de efetividade, pois corresponde a um Custo Total; dois programas semelhantes podem ter a mesma taxa de efetividade, porém, um deles, em função de uma prevalência (com base nos doentes conhecidos) muito maior da doença, terá um custo total muito superior ao outro. Assim, é necessário calcularmos o custo unitário, ou seja, de cada pessoa assistida (doente e comunicante).

$$c = \frac{CDA}{DN + DC + CV}$$

onde c = Custo unitário

CDA= Custo direto total do tratamento ambulatorial

DN = Número de doentes negativados (casos V e D)

DC = Número de doentes sob controle (casos T e I)

CV = Número de comunicantes sob vigilância.

Entretanto, nesta expressão estamos considerando igual mente elementos desiguais, pois o custo de um paciente virchowiano negativado é bem maior do que o de um comunicante mantido sob vigilância. Uma solução simples para este problema se- ria introduzir no denominador da expressão uma ponderação que introduza a diferença de intensidade na assistência, e portanto diferença de custo, entre os diversos componentes (doentes V e D, doentes T e I, e comunicantes). Uma ponderação acessí- vel é aquela que indica a quantidade mínima anual de consultas médicas recomendada pelas Instruções do Ministério da Saúde: 2 para os pacientes V e D, 1,5 em média para os pacientes I e T (2 para os I com Mitsuda negativo, 1 para os T e I com Mitsuda positivo), e 1 para os comunicantes. Assim, uma vez efetivada esta correção, podemos estabelecer a relação entre o custo c e a efetividade e como segue:

$$\frac{c}{e} = \frac{CDA}{2 DN + 1,5DC + 1 CV} \bigg/ \frac{DN + DC + CV}{DE + CE}$$

com os valores obtidos, teremos:

$$\frac{c}{e} = \frac{38.897.000}{2(10.885) + 1,5(9755) + 14.872} \bigg/ \frac{10.885 + 9.755 + 14.872}{65.000 + 125.000}$$

$$\frac{c}{e} = \frac{758,61}{0,1869}$$

$$\frac{c}{e} = 4.059$$

O resultado final, na realidade, não tem significado próprio; é apenas o resultado de uma relação entre um valor monetário (em Cz\$) e uma proporção. Quanto menor ele for, melhor a relação custo-efetividade do programa, ou seja, maior será sua efetividade em relação a seu custo.

Sua utilidade está em facilitar comparações: comparar o desempenho do programa, do ponto de vista de sua efetividade em relação ao custo, em vários anos, compará-lo com programas de controle da hanseníase em outros estados, ou verificar o seu andamento nos diversos Escritórios Regionais de Saúde do Estado. É importante ressaltar que a comparação desta relação em anos distintos deve se dar após a transformação do custo em moeda constante, eliminando assim a variação de preços inflacionária.

Durante a fase de implantação ou expansão do programa, o resultado da relação $\frac{C}{e}$ tende a crescer, pois há um aumento de custos concentrado num curto período, enquanto que o impacto, principalmente em termos de pacientes negativos, leva algum tempo até se verificar (até 5 anos). Ao contrário, num programa em fase de consolidação como o do Estado de São Paulo, que já tem mais de dez anos, deve se dar um decréscimo ano a ano do quociente $\frac{C}{e}$.

Além da comparação deste quociente no tempo (em anos diferentes) ou no espaço (entre diversas regiões ou estados) a relação $\frac{C}{e}$ em sua forma mais detalhada oferece a oportunidade de uma análise muito mais rica.

Em primeiro lugar, mesmo admitindo-se a imprecisão quanto a população-alvo, a taxa de efetividade é bastante baixa (18,69%) para um programa que já tem mais de 10 anos na sua forma atual, se lembrarmos que a OPS propõe a descoberta e início de tratamento de 75% dos doentes estimados num prazo de 5 anos, e a inativação pode ser obtida em menos de 5 anos de tratamento (1).

(1) OPS: "Manual para o controle da hanseníase".

Além disso, a proporção de pacientes com baciloscopia (no ano) negativa entre os casos V e D é de apenas 48% (1). Por outro lado, há pelo menos 20 anos a proporção de formas já polarizadas (V, D e T) entre os casos novos vem se situando em torno de 72%, demonstrando que o diagnóstico vem sendo feito tardiamente, com a doença já instalada há um certo tempo (2). A ausência de alterações nesta situação, apesar da ênfase que o Sub-programa coloca no diagnóstico precoce, sugere, para muitos hansenologistas, que a endemia não está sendo controlada.

A proporção entre doentes virchowianos e dimorfos negativados e o número de contatos de pacientes V e D (1,41 comunicantes para 1 doente) é bem menor do que a esperada (de 3 comunicantes para cada doente), indicando que a vigilância de comunicantes não deve estar sendo dinamizada. Se calculada apenas em relação aos comunicantes, a taxa de efetividade seria ainda inferior à do compute geral: 11,9% , confirmando um diagnóstico bastante desfavorável.

Quanto ao custo unitário da assistência, assim como o resultado da relação $\frac{C}{e}$, só pode ser avaliado mediante uma comparação no tempo ou no espaço. Entretanto, a estrutura do custo direto total sugere algumas observações. O custo variável e o custo fixo se equilibram, na abordagem pelo orçamento como na estimativa pelo gasto em pessoal.

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

(2) Fonte: CIS e Belda, Walter: "Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1.974".

7.2- COMPARAÇÕES ENTRE PROGRAMAS E ANÁLISE HISTÓRICA

Por ser objetivo deste trabalho discutir a metodologia e as perspectivas da ACE, não foi realizada uma análise histórica da relação custo-efetividade do programa. Entretanto, uma aproximação pode ser feita a respeito de sua evolução, para demonstrar a utilidade da análise numa perspectiva histórica. É possível por exemplo estimar a situação do programa, do ponto de vista custo-efetividade, para 1.979, supondo-se que:

1)- O custo total do Sub-programa, apurado em valores constantes de 1.987, fosse inferior ao atual, dado que a produção de consultas médicas naquele ano representou 51% da quantidade produzida em 1.985 e 1.986. Admitindo-se que o custo médio por consulta se tivesse mantido constante entre 1.979 e 1.986, o custo total naquele ano poderia ser estimado em 51% do atual (em moeda constante), ou seja, Cz\$ 19.837.000,00;

2)- a proporção de pacientes V e D com bacilos copia negativa fosse a mesma que em 1.984 (59% dos doen

tes com baciloscopia feita, dos quais 82% têm resultado negativo). Os pacientes nesta situação, considerando-se ainda que 64% dos doentes fossem V e D, e que a maior percentagem de doentes sob contrôle não significasse um melhor ' contrôle baciloscópico, seriam de 11.195;

3)- os pacientes I e T tivessem a proporção de contrôle assinalada, ou seja, 89%, somando então 11.584 doentes sob contrôle;

4)- a proporção de vigilância sobre os comunicantes de doentes V e D fosse a assinalada, de 89%, atingindo 19.869 pessoas;

5)- admitindo-se finalmente que a população alvo tivesse crescido à mesma taxa que a população do Estado, ou seja, 20% no período, o cálculo da relação $\frac{c}{e}$ seria' então:

$$\frac{c}{e} = \frac{19.837.000}{2(11.195)+1,5(11.584)+19.869} \quad / \quad \frac{11.195+11.584+19.869}{158.333}$$

$$\frac{c}{e} = \frac{332,64}{0,2694}$$

$$\frac{c}{e} = 1.235$$

O resultado obtido a partir destas hipóteses simplificadoras é bem menor do que aquele de 1.986(portanto melhor) sugerindo uma piora da relação custo-efetividade do programa no período.

Quando analisamos a evolução de alguns indicadores de desempenho do Sub-programa entre 1979 e 1986(vi-de Tabela 1), esta piora passa a ser confirmada.

Verifica-se que os percentuais de controle de doentes e vigilância de comunicantes oscilaram bastante no período, mas com tendência decrescente, em que pese uma grande flexibilidade na interpretação destes dois conceitos. Um relatório de 1.983 da Secretaria afirma: "O levantamento anual de doentes inclui como controlados muitos pacientes que apenas compareceram ao Centro de Saúde uma só vez no ano. Tal fato, aliado à desproporção entre sulfona consumida, exames bacterioscópicos realizados e o número de doentes inscritos, nos fazem concluir que os números apresentados estão longe de corresponderem à realidade" (1). A proporção de doentes na forma inicial (Indeterminada) da moléstia, indicador importante do impacto do programa, tem diminuído regularmente passando de 25% em 1972 para menos de 20% em 1.984; este fato confirmado pela baixa proporção de casos I entre os casos novos (estável entre 27 e 28%), denuncia que o diagnóstico é efetuado cada vez mais tardiamente, contrariando as recomendações dos documentos oficiais. A busca ativa está muito aquém do desejável, pois 19% (em decréscimo em relação a 1.972) apenas dos casos novos têm sido diagnosticados entre comunicantes; a maior parte (mais de 75%) dependendo de mecanismos passivos que pouco mobilizam o serviço (apresentação espontânea do doente e notificações).

É possível ainda comparar o resultado obtido a nível do Estado com a situação encontrada a nível regional, e avaliar o desempenho relativo do programa nas diversas regiões do Estado. A área do antigo Departamento Regional de Saúde de Campinas por exemplo, hoje compondo 10 ERSAs, apresenta um custo do tratamento ambulatorial, calculado com base na dotação orçamentária prevista para 1.987, e nos mesmos critérios que aqueles utilizados na abordagem orçamentária para o Estado, de Cz\$ 7.018.000, conforme demonstrado

(1) Nóbrega, R.C. e outros; "Hanseníase no Estado de São Paulo, Diagnóstico e Propostas".

na Tabela 8. Por outro lado, esta área foi responsável, em 1.985, por 18,3% das consultas médicas realizadas pelo Sub-programa no Estado como um todo(1). Se aplicarmos esta proporção ao custo total apurado pela 2ª abordagem, obteremos um valor de Cz\$ 7.118.000,00 bastante próximo do anterior.

A situação do Sub-programa naquela região é a seguinte (os dados são de 1.982/1.983) (2).

- Número de pacientes em registro ativo: 6.378
- Número de doentes existentes (estimado):.....11.162
- Número de pacientes V e D registrados:..... 4.082
- Número de comunicantes de V e D registrados: 4.695
- Número de comunicantes de V e D existentes:..21.431
- Número de pacientes V e D negativados:..... 2.204
- Número de pacientes T e I sob contrôle:..... 1.850
- Número de comunicantes de V e D sob vigilância:..... 3.052

A relação de custo-efetividade da região seria então:

$$\frac{c}{e} = \frac{7.118.000}{2(2.204) + 1,5(1.850) + 3.052} \bigg/ \frac{2.204 + 1.850 + 3.052}{11.162 + 21.431}$$

$$\frac{c}{e} = \frac{695,46}{0,2180}$$

$$\frac{c}{e} = 3.190$$

Este resultado é bem inferior aquele obtido para o Estado de São Paulo como um todo. Entretanto, esta diferença, embora revele claramente uma situação mais favorável, do ponto de vista custo-efetividade, para o DRS de Campinas, deve ser interpretada com cuidado. Qualquer diferença a maior no número de doentes negativados ou controlados ou no número de comunicantes sob vigilância, atua, na relação, diminuindo

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

(2) Fonte: Centro de Informações de Saúde e Nóbrega, Rubens Cunha: "Hanseníase no Estado de São Paulo, Diagnóstico e Propostas".

o numerador e aumentando o denominador, simultâneamente. Por tanto, atua duplamente no sentido de reduzir o resultado. Assim, diferenças verificadas no resultado da relação c não devem ser tidas, mesmo em condições de custos idênticos, ^e como ' proporcionais a variações na negatificação ou contrôle de doentes e comunicantes. Podemos verificar que um aumento de 10% apenas no número de doentes negativados, acarreta uma diminuição de 7% no resultado final (supondo-se o custo constante).

Se levantarmos outras informações a respeito do Sub-programa, veremos que elas confirmam o melhor ' desempenho da região de Campinas em relação ao Estado de São Paulo. Por exemplo, a proporção de baciloscopias realizadas em relação ao número de doentes registrados em 1.982 era de 84%, contra 70% no Estado como um todo (1); a baciloscopia ' constitui um item que pesa pouco no custo total do programa' (o total de exames complementares representa apenas 1,1% do custo Total na Tabela 3) e tem considerável influência na ta xa de efetividade quando se revela negativa. Por outro lado, o número de consultas médicas realizadas por doente (3,45 no DRS de Campinas contra 3,28 no Estado) (2), e o número de co municantes registrados por doente (1,37 no DRS de Campinas' contra 1,15 no Estado) (2) revelam uma maior intensidade nos cuidados ao doente (confirmada pelo maior número de baciloscopias realizadas) e um esforço maior de descobrimento de ca sos novos entre os comunicantes.

(1) Fonte: Nóbrega, Rubens Cunha: "Hanseníase no Estado de São Paulo, Diagnóstico e Propostas".

(2) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

TABELA 8

Departamento Regional de Saúde de Campinas, custo direto anual do tratamento ambulatorial da hanseníase, com base no Orçamento-Programa da Secretaria. (Valores em Cz\$ 1.000)

Atividade	U.O.	Dotação	%	Valor apropriado
1- Atendimento Médico-Sanitário	CSC	92.300	3,7	3.415
2- Exames laboratório	CST	1.185	1,7	20
3- Medicação específica	-	779	100	779
4- Medicamentos em geral	-	7.014	1,8	126
Sub-total				4.340
5- Outras atividades nível regional	CSC	5.228	-	-
6- Manutenção nível regional	CST, CSC	6.498	4,0	260
7- FUNDES nível regional	CSC	14.349	4,0	574
Sub-total				5.174
8- Instituto de Saúde	CST	-	18,3	879
				6.053
9- Outras atividades Coordenação	CSC	21.878	-	-
10-Manutenção nível Coordenação	-	-	-	-
11-Administração da Coordenação	-	-	0,29	765
12-Outras Coordenadorias	CSM	39.497	-	-
13-Outras atividades nível central	-	-	-	-
14-FUNDES nível central	-	-	-	-
15-Apoio nível central	-	-	0,20	200
TOTAL				7.018

8 - DISCUSSÃO

8.1- OS OUTROS GASTOS PÚBLICOS COM A HANSENÍASE

Nesta análise consideramos apenas o custo direto do tratamento ambulatorial, pois estávamos preocupados com o impacto epidemiológico apenas do programa, para o qual as outras atividades do contróle da hanseníase pouco contribuem diretamente. Entretanto, estas atividades representam um custo considerável, de tal forma que julgamos oportuno apresentá-las.

Além do tratamento ambulatorial, o Estado desenvolve duas grandes atividades voltadas quase que exclusivamente para a hanseníase: a internação em hospitais especializados e o pagamento de pensões aos hansenianos. A despesa relativa a estas atividades é facilmente identificável no Orçamento-Programa da Secretaria, pois correspondem a atividades programáticas próprias (como a Assistência Social aos Hansenianos) ou a Unidades de Despesa (como os quatro hospitais de Dermatologia Sanitária). A internação de hansenianos em hospitais gerais é muito difícil de ser identificada, devido à ausência de estatísticas de internação por diagnóstico. Assim, deixamos de incluí-la. Os dados disponíveis constam da Tabela 9.

TABELA 9

Custo anual não ambulatorial na área de hanseníase.

(Dados em Cz\$ 1.000)

	Total	Área hospitalar	Área Social
-Atendimento Médico-hospitalar:			
4 hospitais especializados....	88.729	57.674	31.055
Manutenção(em geral) destes hospitais.....	7.341	4.771	2.570
Suprimento em Alimentação dos hospitais.....	18.583	9.293	9.290
Programação com recursos do FUNDES.....	6.955	4.520	2.435
Medicamentos.....	14.750	14.750	-
Sub-Total	136.358	91.008	45.350
-Administração da Coordenadoria (proporcional ao orçamento dos hospitais).....	2.578	1.618	960
Total Assistência Hospitalar..	138.936	92.626	46.310
-Assistência Social aos Hanse- nianos.....	31.244	-	31.244
TOTAL GERAL	170.180	92.626	77.554

Fonte : Orçamento-Programa da Secretaria da Saúde , 1987 .

Verificamos que o custo direto com a assistência hospitalar ao hanseniano, apenas nos 4 hospitais especializados, corresponde a cerca de 3,5 vezes o custo do Tratamento ambulatorial. Esta importância se deve ao fato de que estes hospitais realizam atividades diferenciadas: internação por intercorrências, internação por condições sociais e manutenção das antigas colônias, pesquisa e treinamento, reabilitação e prevenção de incapacidades. Por outro lado, alguns destes hospitais dispõem de grandes áreas de terras, quase sempre ociosas, que correspondem a um investimento considerável, imobilizado. Só no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes em Itú, o Estado detém cerca de 166 alqueires inaproveitados, numa área extremamente valorizada.

Aproximadamente 45 milhões de cruzados, ou 37% do custo total, podem ser atribuídos à manutenção das áreas sociais, ou seja, as colônias, destes hospitais (1). Esta atividade na realidade muito pouco a ver com a de assistência hospitalar propriamente dita, ou até com o tratamento da doença em geral. Representa uma herança de um passado penoso, e existe uma proposta de que estas áreas sociais sejam repassadas à Secretaria de Promoção Social. Desta forma, o custo de manutenção destas áreas poderia ser computado como um custo indireto, assim como o valor das pensões pagas aos doentes. O montante do custo indireto da política de hanseníase efetivamente desembolsado pelo Governo seria então de 77,5 milhões de cruzados.

Considerando apenas os gastos do Estado na área da hanseníase, teríamos um montante distribuído conforme mostra a Tabela 10.

(1) Estimativa baseada em levantamento de custos realizado no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes.

TABELA 10

Custo direto e indireto da assistência à hanseníase.

	Cz\$
Custo direto do tratamento ambulatorial	38.897.000
Custo direto da assistência hospitalar.	92.626.000
Custo indireto.....	77.554.000
TOTAL	209.077.000

Fonte : Orçamento-Programa da Secretaria da Saúde , 1987 .

8.2- AVALIAÇÃO DO SUB-PROGRAMA DE CONTRÔLE DA HANSENÍASE

A opção formal pelo tratamento ambulatorial da hanseníase tem 24 anos, pois foi instituída em 1.962, embora já antes desta data muitos casos novos fossem encaminhados para dispensários; foi reestruturado em 1.976 pela Portaria 165/Bsb' do Ministério da Saúde, em seguida a uma avaliação extremamente desfavorável de seus resultados.

A Análise Custo-Efetividade do Sub-programa indica que a situação do ponto de vista da relação custo-efetividade é hoje bastante crítica, e tem se deteriorado de 1.979 para cá. Este diagnóstico é confirmado pela análise de vários indicadores de desempenho que retratam elementos do programa não contemplados na relação custo-efetividade. Entretanto, não se pode negar que a implantação do Sub-programa teve alguns resultados positivos. Passaremos a enunciar seus principais pontos fortes e pontos fracos.

Uma das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde e das diretrizes da Política de Controle da Hanseníase é o tratamento ambulatorial da doença e a integração das ações de controle nos serviços gerais de saúde. Hoje, qualquer que seja a efetividade destas ações, este objetivo se tornou uma realidade. O Sub-programa está implantado na maioria dos Centros de Saúde no interior do Estado, embora na Região Metropolitana de São Paulo isto ainda não aconteça. 95% dos doentes conhecidos estão matriculados em Centros de Saúde (1), onde são atendidos no que é apenas um entre os vários programas da Coordenadoria de Saúde da Comunidade.

Como resultado desta integração nos serviços gerais de saúde ambulatoriais, o custo da assistência ao hanse-

(1) Fonte: Centro de Informações de Saúde.

niano diminuiu bastante, em comparação com uma época onde boa parte dos doentes ainda estava internada nos hospitais especializados. Como verificamos, o custo anual destas instituições (todas as atividades hospitalares incluídas) corresponde a mais do triplo do custo ambulatorial, embora com exceção do Hospital Lauro de Souza Lima, seu impacto junto à coletividade seja muito reduzido. A Organização Panamericana da Saúde estima que o custo do tratamento em regime de internação seja 10 vezes superior ao ambulatorial (1). Esta brutal diferença foi um dos fatores essenciais na opção pelo tratamento ambulatorial ao lado da comprovada inadequação de uma estrutura hospitalar anacrônica ao controle de uma endemia (2).

O abandono da internação marginalizante, por outro lado, propiciou, pouco a pouco, a redução do estigma e do medo que sempre cercaram a hanseníase. Para isso contribuiu também o esforço desenvolvido pelas autoridades com a substituição do termo "lepra" pelo de "hanseníase", o treinamento visando a implantação do Sub-programa, e a própria elaboração de um texto de orientação para os executores das ações do programa. Em consequência deste esforço, um doente recém-diagnosticado está muito mais preparado, informado, e portanto, receptivo ao tratamento e às ações de controle, do que duas décadas atrás. Entretanto, muito resta ainda a ser feito neste sentido.

Finalmente, a divulgação do documento do Sub-programa nos Centros de Saúde, embora incompleta, e os treinamentos e reciclagens de pessoal efetuados, embora insuficientes, capacitaram um certo número de profissionais (médicos, enfermeiras, atendentes e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, etc.) a cuidar e orientar corretamente o portador de hanseníase e seus familiares. O texto do Sub-programa é, em sua maior parte, um conjunto de orientações visando a padronização das ações desenvolvidas, principalmente na área de enfermagem, e neste sentido é de extrema utilidade.

(1) OPS: "Manual para o controle da hanseníase"

(2) Idem

Em confronto com estes resultados positivos, o Sub-programa não conseguiu, até o momento, controlar a moléstia; pior, a situação está, do ponto de vista epidemiológico, se agravando. O diagnóstico é cada vez mais tardio, prejudicando o sucesso do tratamento e permitindo a instalação de incapacidades às vezes irreversíveis. O controle e o tratamento dos doentes são feitos de forma deficiente, resultando numa efetividade muito baixa das ações. Aliada a estes fatores, a insuficiência da busca ativa junto aos comunicantes e outros grupos suscetíveis faz com que a população-alvo do Sub-programa, que supomos na análise constante dentro de um certo período, deve na verdade estar aumentando a uma taxa superior à do crescimento da população em geral. Esta expansão da doença é por sua vez favorecida pelas precárias condições de vida em que vive a periferia das grandes cidades, e principalmente de São Paulo.

A efetividade do programa, avaliada em termos da proporção entre o número de pessoas junto às quais as ações desenvolvidas atingiram seu objetivo - negativar e inativar os doentes e manter sob vigilância os comunicantes - e o número estimado de pessoas que deveriam ser tratadas ou protegidas, é bastante baixa. Chega apenas a 61% dos pacientes registrados no Sub-programa, e 18,7% da população-alvo, sendo que esta foi objeto de uma estimativa bastante conservadora.

Este impacto reduzido e descrente do Sub-programa sobre a situação da endemia se dá, como mostrou a ACE realizada, num contexto de custos crescentes. Este aumento dos custos, embora difícil de quantificar sem um levantamento exaustivo que cubra vários anos, e que ultrapassa o âmbito deste trabalho, pode ser relacionado com dois fenômenos distintos: a implantação progressiva do Sub-programa nos Centros de Saúde, acompanhada de treinamento e reciclagem de pessoal já existente, e os investimentos recentes feitos com a contratação de pessoal, a aquisição de instrumental de enfermagem, e

a disponibilidade de dotações maiores para materiais de consumo e outras necessidades. O primeiro fenômeno se deu principalmente até 1.982; após esta data, o número de Centros de Saúde com o Sub-programa implantado pouco aumentou, mas um certo crescimento da dotação do Tesouro do Estado para a área da Saúde, e principalmente o recurso proveniente do convênio Ações Integradas de Saúde, ampliaram substancialmente o orçamento da Secretaria. É difícil quantificar este aumento de gastos no âmbito do Sub-programa, mas é possível identificar seu resultado: o número de consultas médicas em hanseníase quase dobrou de 1.979 a 1.985 (Vide Tabela 1).

Por outro lado, de acordo com a metodologia utilizada no levantamento dos custos do Sub-programa, é possível dizer que o custo final do atendimento no Sub-programa, calculado com base nos recursos humanos necessários, não é baixo: relacionado com a quantidade de consultas médicas produzidas, corresponde a um custo de Cz\$ 259,00 em 1.986 por consulta, próximo do preço de uma consulta num consultório particular. É certo que neste custo está incluída uma série de elementos que o preço em consultório não cobre: medicação, exames laboratoriais, etc... Contudo, mesmo com a exclusão destes elementos, o custo final continuaria alto, pois leva em conta, o custo da máquina burocrática da Secretaria em seus diversos níveis, e a baixa produtividade dos funcionários, e principalmente do profissional médico (em média, de 2 consultas por hora). A Tabela 7 mostra que o profissional médico é responsável por 20% do custo final da consulta, e que as atividades de apoio em geral respondem por 52%. É de interesse notar que, segundo esta metodologia, um aumento da produtividade médica para 4 consultas por hora reduziria substancialmente o custo final da consulta, pois o custo do profissional seria o mesmo, os outros custos variáveis aumentariam mas provavelmente menos do que 100%, e os custos fixos aumentariam pouco, enquanto que a quantidade de consultas dobraria. Assim, o custo final da consulta passaria provavelmente pa

ra algo entre Cz\$ 150,00 e 200,00.

Parte destes resultados desfavoráveis são imputáveis aos próprios instrumentos que definem a política de controle da hanseníase: a Portaria nº 165/Bsb e as Instruções complementares do Ministério da Saúde, e o texto do Sub-programa da CSC. Estes tres documentos são de cunho estritamente normativo, definindo ações e procedimentos a serem desenvolvidos. Sua importância enquanto textos de orientação é inegável. Entretanto, não constituem instrumentos de planejamento, e muito menos de avaliação.

No caso dos documentos do Ministério, os objetivos são amplos, diversificados e não priorizados, procurando abranger três aspectos básicos da hanseníase: o epidemiológico, o clínico, e o psico-social, ou seja, equacionando o controle da endemia, o tratamento do doente, e a correção ou minimização das sequelas e do estigma. No Sub-programa, os objetivos são mais específicos, voltados para o atendimento da população que procura o serviço. Entretanto, não se prevêem prazos para a implantação do programa, nem os meios necessários (recursos humanos, materiais e financeiros). As metas propostas para o Sub-programa são dadas em percentual sobre a população que procura o Centro de Saúde: por exemplo, "iniciar o tratamento de 100% dos casos descobertos e inscritos no Centro de Saúde". Não há nenhum dimensionamento das atividades a serem desenvolvidas, nem dos recursos necessários. Em tais condições, um programa corre realmente sérios riscos de se reduzir à expressão de desejos.

No equacionamento da ACE verificamos as dificuldades que surgem quando um programa não estabelece os resultados esperados e critérios de avaliação, e coloque lado a lado, na mesma ordem de prioridade, objetivos totalmente distintos. Os três documentos concebem o programa como um conjunto de diretrizes e normas, e não como um conjunto de atividades integradas a ser gerenciado.

Na verdade, a Secretaria da Saúde carece de um plano de ação para a área de hanseníase que:

- estabeleça uma política geral para a área, integrando as ações a nível ambulatorial, hospitalar e social.
- defina objetivos prioritários e os resultados esperados,
- determine os prazos para implantação do plano,
- fixe metas quantificadas,
- dimensione os recursos necessários (número de médicos, pessoal auxiliar a ser contratado e/ou treinado, etc.) e os prazos para obtê-los;
- estabeleça os critérios da avaliação dos resultados, bem como os mecanismos de gerenciamento e monitoramento do plano.

O sistema de informações, elemento essencial no gerenciamento de um programa, é falho, fornecendo dados frequentemente conflitantes e defasados. Por exemplo, os quadros anuais de acompanhamento do programa de 1.985 e 1.986 ainda estão sendo elaborados, o que nos obrigou a trabalhar com muitos dados de 1.984. Além disso, não propicia informações para gestão: assim não é coletada de rotina o número de pacientes inativados, que seria certamente a melhor medida do impacto do programa. O sistema de informações em hanseníase deveria ser estruturado a partir dos resultados esperados do programa, permitindo assim seu acompanhamento e avaliação. Por outro lado, um dado importante a ser conservado é o de pacientes com alta por cura, principalmente em função da imprecisão do conceito de cura em hanseníase. Este dado, apesar de presente em alguns boletins, não foi considerado na ACE devido às dúvidas que suscita. No entanto, isto pode estar levando a uma subestimação do impacto do sub-programa, pelo menos quando medido num ano determinado; numa perspectiva histórica, este

dado sempre está incluído nos números dos anos anteriores, como "doente inativo". O conceito de "pacientes sob contróle", como já vimos, apesar de muito usado é totalmente inadequado para a avaliação de impacto, pois registra apenas o número de doentes que tenham comparecido pelo menos uma vez ao serviço durante o ano.

Estas limitações na estrutura e no funcionamento do Sub-programa necessitam ser corrigidas para que uma maior efetividade de suas ações se torne possível. Como já assinalamos, algumas providências relativamente simples poderiam ter resultados positivos a curto prazo, como a realização de pelo menos uma baciloscopia anual em todos os pacientes considerados sob contróle, que sem este exame não poderiam, na verdade, ser tidos como controlados.

Alguns fatores favoráveis existem, para que se proceda à correção do Sub-programa. Em primeiro lugar, a consciência do seu fracasso em atingir seus fins é generalizada entre os técnicos que atuam na área da hanseníase. A ameaça de uma epidemia em expansão, cuja dimensão se desconhece mas que se estima em talvez 100.000 pessoas no Estado, preocupa muitas autoridades sanitárias. Por outro lado, os hansenianos, durante muito tempo, representados por lideranças políticas que se faziam seus porta-vozes, estão hoje integrados num movimento de âmbito nacional, o MORHAN - Movimento pela Reabilitação do Hanseniano. Este movimento, com o apoio de vários técnicos da Secretaria e simpatizantes, se mobiliza e pressiona por mudanças concretas na política de controle da hanseníase. O custo social da hanseníase ainda está por ser calculado; entretanto, o montante dos gastos diretos do governo com a doença e suas sequelas já é considerável: 209 milhões de cruzados, ou seja, 4% do orçamento anual da Secretaria da Saúde. Isto, sem contar com o imenso capital imobilizado e quase sempre ocioso nas extensas terras dos hospitais especializados, terras estas que já chegaram, no caso do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes, a alimentar folgadoamente uma comunidade de quase 5.000 pessoas. O anacronismo destas instituições, que lentamente se

esvaziavam, está a exigir uma definição clara e oficial de seu papel, no âmbito de uma política geral de hanseníase no Estado. Nos últimos três anos, esforços foram desenvolvidos no sentido de modernizar e transformar estes hospitais em centros regionais de reabilitação; porém estes esforços continuam desintegrados de uma política oficial abrangente.

Finalmente, a própria organização da Secretaria vem sofrendo um questionamento e uma revisão profundos, tanto a nível da estrutura formal da órgão quanto da estrutura programática do atendimento. Uma reforma administrativa profunda acaba de extinguir as Coordenadorias especializadas por tipo de assistência (Saúde da Comunidade, hospitalar, Saúde Mental, Serviços Técnicos), e implantando Escritórios Regionais de Saúde, que integram numa mesma área geográfica todos os serviços da Secretaria. Os clássicos programas de atendimento (Saúde da criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Sub-programa de hanseníase, etc...) estão sendo criticados em função de um novo módulo assistencial que privilegia a assistência integral à saúde. Neste contexto, a revisão do Sub-programa e a redefinição do papel dos diferentes órgãos que nele atuam pode encontrar uma boa receptividade.

Esta multiplicidade de unidades e órgãos que atuam na área de hanseníase constitui, por outro lado, uma barreira no aperfeiçoamento do Sub-programa. Não existe coordenação única entre as unidades que realizam as diferentes atividades no controle da hanseníase (Centros de Saúde, Departamentos Regionais, Nível central da CSC, hospitais, laboratórios, Instituto de Saúde, Centro de Informações de Saúde, Departamento Técnico-Normativo), muitas vezes com certa superposição. Por exemplo, o Instituto de Saúde é, ao mesmo tempo, um órgão de referência, mais um centro de atendimento à população, um centro de coleta, tratamento e análise da informação, laboratório para certos exames, etc... Isto dificulta o gerenciamento atual do

programa, e, frente a qualquer proposta de revisão do Sub-programa, cada órgão poderá se posicionar em função do que identificamos na Parte I deste trabalho como seu objetivo implícito: a sua própria sobrevivência e fortalecimento.

A própria natureza complexa da hanseníase, o conhecimento ainda insuficiente dos seus mecanismos de transmissão e de sua inter-relação com a imunologia, constituem um fator limitante na melhoria da efetividade das ações. A doença impõe um tratamento bastante longo e mesmo após a inativação, alguns pacientes são sujeitos ao seu reaparecimento. O estigma, a ignorância, o inconveniente do tratamento, levam uma parte dos doentes a abandonarem o tratamento, ou a não procurarem o serviço. Assim, a hanseníase é uma doença em que as medidas tomadas (tratamento, controle, etc...) levam bastante tempo até darem resultados. Este tempo é, em geral, superior a uma gestão de governo, o que faz com que medidas tomadas numa gestão só darão resultado na seguinte. Num país onde por tradição se planeja sempre tendo como horizonte um período de governo, este pode ser um sério impedimento a que maiores recursos e uma atenção especial sejam dispensados à hanseníase (1).

Pois um outro fator que dificulta o funcionamento do Sub-programa é a limitação de recursos. Apesar da melhora sensível dos últimos anos, este problema ainda se manifesta esporadicamente. O caso assume maior gravidade quando se trata de medicação específica, que de tempos em tempos vem a faltar (principalmente a Talidomida, muito usada nas reações).

A insuficiência geral do sistema de informações na Secretaria constitui um sério entrave no aprimoramento das informações da área do Sub-programa. Preenchimento incorreto dos boletins e fluxo lento e irregular das informações, caracterizam o sistema. A existência de quatro órgãos centrais demandantes de informação - o Centro de Informações de Saúde, o Departamento Técnico-Normativo, o Instituto da Saúde (onde está situado o Arquivo Central de Hanseníase), e o nível central da CSC - faz com que na realidade nenhum deles tenha todas elas, além de gerar dos frequentemente conflitantes (2).

(1) e (2): Nóbrega, R.C.: "Hanseníase no Estado de São Paulo"

Ao lado disso, a Secretaria não tem uma tradição do planejamento e avaliação sistemáticos, o que pode constituir um contexto desfavorável para a boa performance de um programa do ponto de vista custo-efetividade. Se uma parte dos profissionais está realmente conscientes da necessidade de se aprimorar os métodos gerenciais da Secretaria, a maioria ainda está insuficientemente sensibilizada para reconhecê-la. Por outro lado, a ausência de tradição nesta área faz com que, mesmo quando preocupados com o problema, os profissionais e a direção da instituição não vejam claramente como proceder para introduzir novas técnicas de gerenciamento, ou as conheçam, quando muito, superficialmente. Por isso, o estudo e a divulgação de uma metodologia ampla como a Análise Custo-Efetividade pode torná-la mais familiar aos responsáveis pelo gerenciamento da Secretaria e de suas unidades.

8.3- VANTAGENS E LIMITAÇÕES DA ANÁLISE CUSTO-EFETIVIDADE

De uma maneira geral, a Análise Custo-Efetividade pode ser definida como uma técnica geral de racionalização do processo decisório. Vimos na Parte I deste trabalho que ela pode ser utilizada como instrumento do planejamento, levantando e comparando os custos e os resultados esperados de um ou vários programas possíveis; ou como instrumento de avaliação do desempenho presente ou passado de um ou mais programas, que podem ser comparados entre si. Em ambos os casos permite sistematizar a informação disponível, preparando-a para a tomada de decisão, e sua expressão final, a relação custo-efetividade, pode ser utilizada como critério de decisão.

Da forma como foi apresentada no caso do Sub-programa de Contrôlo da Hanseníase, a ACE permite reunir, em uma expressão condensada $\frac{c}{e}$, um conjunto de informações importantes para a avaliação de um programa ou para a decisão entre dois programas alternativos: o custo total do programa, seu impacto (pacientes negativados e comunicantes sob vigilância), o custo por unidade de impacto, sua efetividade (entendida como a proporção entre o impacto obtido e o valor ótimo desejado deste impacto), e finalmente a medida do custo-efetividade, como segue:

$$\frac{c}{e} = \frac{\text{Custo total}}{\text{impacto obtido}} / \frac{\text{impacto obtido}}{\text{impacto ótimo}}$$

Tão importante quanto a medida final, é a análise dos componentes da relação. A medida final só pode ser interpretada mediante uma comparação com dados de outras regiões ou estados ou de anos anteriores. Os componentes da relação, ao contrário, podem ser analisados e confrontados entre si.

Assim, este tipo de ACE integra dois instrumentos que normalmente não são combinados: a análise econômica de custos e a avaliação de impacto epidemiológico. A preocupação com os custos da assistência à **saúde** é cada vez maior, e na própria Secretaria vários esforços já foram feitos no sentido de se implantarem sistemas de apuração de custos, principalmente na área hospitalar, e mais recentemente no Programa Metropolitano de Saúde. Entretanto, estes sistemas visam apenas a calcular o custo de uma consulta médica, ou de uma internação. A epidemiologia, por sua vez, é uma metodologia já clássica para se descrever um estado de saúde e o impacto sobre ele de alguma terapêutica ou de algum programa. Uma das principais vantagens da Análise Custo-Efetividade é exatamente a de integrar estes dois instrumentos, estas duas preocupações quase sempre tratadas isoladamente. Mais do que isso, integra dois conjuntos de atividades que na Secretaria se apresentam frequentemente dissociadas: a que se preocupa com os meios, e a que se preocupa com os fins, o apoio administrativo e a assistência à saúde. A ACE propicia aos profissionais de cada uma dessas áreas se preocuparem com a outra, e a perceberem o resultado final de sua ação como dependendo da sua integração, pois a avaliação deste resultado leva em conta os dois componentes, e não apenas a quantidade de atos médicos produzidos, como é tradição na Secretaria.

Esta substituição da produção de consultas ou de internações como critério de avaliação de desempenho, por uma relação que combine custo, impacto obtido e impacto ótimo desejado, representa um avanço considerável na possibilidade de se gerenciar e avaliar programas de saúde. São raras até hoje as avaliações feitas com relação ao impacto alcançado no estado de saúde da população, apesar desta necessidade ser bastante clara entre os Técnicos da Secretaria da Saúde.

A Análise Custo-Efetividade introduz uma nova racionalidade na área da saúde: a racionalidade econômica. O objetivo não é substituir a racionalidade médica ou epidemiológica pela econômica, e sim integrá-las, pois sua conjunção pode, como acabamos de ver, ser de extrema utilidade. A diversificação dos elementos de decisão, obtida com a introdução de uma racionalidade até então pouco utilizada, permite que o decisor tenha a seu dispor um maior número de informações que o ajudem a decidir.

Finalmente, a ACE, ao sistematizar as informações disponíveis e introduzir uma nova racionalidade ao lado das anteriores, estimula o decisor a explicitar o critério de escolha. De um modo geral, as decisões tomadas na área da Saúde coletiva são o resultado de um processo assistemático que não explicita seus elementos, condições e critérios. A sistematização e explicitação fornecem ao decisor a possibilidade de aumentar a confiança na sua própria decisão.

Entretanto, a Análise Custo-Efetividade tem suas limitações, que precisam ser clarificadas para que a técnica seja avaliada e seu resultado interpretado corretamente. A primeira destas limitações parece óbvia: A ACE não é um instrumento todo poderoso que possa substituir todos os outros. Isto deve ser colocado claramente, pois esta visão distorcida já deu margem a desencantamentos posteriores e ao abandono da técnica (1).

A ACE simplesmente estrutura os dados de um problema de acordo com duas lógicas básicas: a econômica e a epidemiológica. Qualquer outra dimensão do problema dificilmente será contemplada na análise em si. Os aspectos políticos de um programa por exemplo deverão ser tratados a parte, e incorporados na análise na sua fase final (interpretação e apresentação dos resultados).

(1) Warner, K.E., e Luce, B.R.: "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health care - Principles, Practice and Potential".

Além disso, apenas alguns elementos econômicos e epidemiológicos podem ser combinados na análise. Por exemplo, no caso do Sub-programa, não foi incluído entre os impactos considerados os pacientes com incapacidades físicas e em quem as Técnicas de prevenção conseguiram reduzir o grau de incapacidades. Na medida em que a prevenção de incapacidades deve fazer parte, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde, do tratamento ambulatorial, ela deveria ter sido incluída. Entretanto, não o foi pela dificuldade de combinar este dado na medida de impacto, juntamente com os pacientes negativados, pacientes sob controle e comunicantes sob vigilância. Este problema também contribuiu para que não considerássemos o dado sobre "altas por cura", além da imprecisão do termo no caso da hanseníase. Normalmente, se é obrigado a escolher uma medida de impacto entre as diversas possíveis, a que melhor reflita o impacto desejado no estado de saúde da população.

Várias dimensões da hanseníase foram deixadas de lado em função daquela que melhor estava caracterizada nos objetivos da programa: a epidemiológica. A dimensão psico-social (estigma, perda do trabalho; trauma da incapacidade física, etc...) não foi considerada. Seria possível optar por um outro tipo de análise, que descartamos: a Análise Custo-Utilidade, que permitiria incorporar um maior número de dados. Entretanto, sua maior complexidade, e a importância de se avaliar o impacto epidemiológico do Sub-programa, nos fizeram optar por uma Análise de tipo Custo-Eficiência.

Em função da necessidade de se escolher um elemento particular como medida de impacto, é bom que a interpretação do resultado da ACE seja feita conjuntamente com uma análise de outros indicadores, como fizemos no caso do Sub-programa, permitindo desta forma completar o quadro da situação. Na verdade, esta complementação é imprescindível, e faz parte da própria ACE. Caso não seja feita, a validade da análise poderá ser reduzida.

Neste sentido, a ACE deve ser empregada com muito cuidado como critério de decisão pois não deve ser utilizada isoladamente. Desde que seja combinada com outras informações e indicadores constitui um instrumento precioso no processo decisório.

Uma característica da Análise Custo-Efetividade é que trabalha com elementos quantificados. Ora, verificamos no caso do Sub-programa de controle da hanseníase a dificuldade que existe em se quantificar determinados aspectos de um programa, seja em função da ausência ou imprecisão dos dados disponíveis, seja pela necessidade de estimar ou apropriar certos custos, ou ainda pelo fato de que alguns aspectos da doença ou do impacto do programa são intangíveis ou subjetivos. Na análise efetuada, na ausência de dados sobre o número de pacientes inativados, tivemos que utilizar os pacientes com baciloscopia negativa no ano, para os doentes V e D, e o número de pacientes T e I sob controle, embora reconhecendo que neste último caso a medida utilizada não refletia, na realidade um impacto no estado de saúde do doente. A necessidade de se estimar uma série de componentes da relação de custo-efetividade acarreta uma certa imprecisão a nível do resultado final. Contudo, esta imprecisão pode ser limitada, como veremos logo mais.

A análise do Sub-programa considerou, para o cálculo do custo por unidade de impacto, que os pacientes V e D demandavam 2 consultas médicas por ano no mínimo, os T e I 1,5, e os comunicantes apenas 1. Esta proporção teórica que pretende refletir a intensidade dos cuidados prestados, não leva em conta na realidade a gravidade do estado dos pacientes, em geral, que pode alterar consideravelmente os pesos considerados. Esta gravidade, que depende em parte do tempo de doença do paciente, de sua idade, do fato de estar ou não em reação, e do grau de incapacidades que ela possa ter, pode eventualmente, variar de uma região para outra.

O fato dela não ter sido considerada - em função da dificuldade em estimá-la - pode introduzir uma distorção na relação quando se compara várias áreas geográficas.

Deve ser mencionada, entre as limitações da ACE aplicada a um programa de saúde, a dificuldade que se tem em certos casos de se identificar e isolar o impacto de um programa. No caso da hanseníase por exemplo, é comum que um caso Tuberculóide ou Indeterminado regrida espontaneamente, sem a intervenção de qualquer tratamento. Na análise realizada não haveria este problema, pois foi considerado o número de pacientes T e I sob controle, em vez de inativados (em função da ausência deste último dado). Quando se utiliza como medida de impacto uma taxa de prevalência ou de incidência, este problema pode assumir grande relevância.

A última dificuldade a ser assinalada está relacionada com a consideração do fator tempo na análise. Na avaliação do Sub-programa, calculamos o custo anual de operação do programa, que confrontamos com um impacto que é na realidade o resultado de vários anos de ações de controle. É num período de 3 a 5 anos que o tratamento do doente começa a dar resultado, inativando-o. Assim, a relação custo-efetividade de um programa não estabilizado calculada no intervalo de 3 a 5 anos pode dar resultados bastante diferentes, independentemente do desempenho do programa: é que no 3º, 4º e 5º anos, começam a ser inativados doentes tratados no 1º ano. No 5º ano o programa pode apresentar então resultados favoráveis, apesar das ações desenvolvidas terem caído abruptamente. O mesmo problema pode se dar na comparação entre dois programas que não estejam no mesmo momento de seu desenvolvimento, que não tenham o mesmo número de anos de implantação aproximadamente. Para neutralizar este problema, é aconselhável se estudar o programa num período de 5 anos no mínimo. Na impossibilidade desta alternativa, o proble-

ma deve ser cuidadosamente analisado, para se determinar se o resultado da relação custo-efetividade não será influenciado. Por outro lado, é importante lembrar que quando se trabalha com programas a serem implantados, os custos estimados devem ser descontados para o seu valor presente.

Em função de algumas limitações próprias da análise, e da ausência de alguns dados, foi necessário na ACE do Sub-programa adotar uma série de pressupostos, alguns valores hipotéticos ou teóricos para determinados elementos. Com isso, a relação custo-efetividade pode ter sofrido alguma distorção. Torna-se necessário realizar como assinalamos na Parte I do trabalho, uma análise de sensibilidade, identificando os elementos da relação nos quais alguma variação pode alterar o resultado da relação, e em que proporção.

Na verdade, este resultado é tão exato quanto a precisão dos dados utilizados na montagem da relação. Quanto maior for o número de elementos estimados ou aproximados, e a margem de imprecisão destas estimativas, mais impreciso será o resultado.

Na relação $\frac{C}{e}$, verificamos que o resultado é proporcional ao custo, e inversamente proporcional ao impacto-objetivo; quanto ao impacto, atua duplamente, e em sentido inverso do resultado. Assim, o resultado é duas vezes mais sensível a uma variação no impacto do que no custo ou no impacto-objetivo. Neste, terá pouca influência, desde que se mantenha a mesma sistemática para calculá-lo, quando comparamos dois programas. O custo do Sub-programa foi calculado por uma média estadual; os valores estimados (medicação em geral, material de consumo, etc...) têm um peso relativamente pequeno no total; o elemento que, por servir de base para os seguintes, tem o maior poder de distorcer o resultado é a produtividade do médico, assumida em 2 consultas/hora. Sua variabilidade a curto prazo, no Estado, como um todo, é pequena (cerca de 10 a 15%). Entretanto, varia consideravelmente

de uma região para outra. No geral, estimamos a variação possível nos custos em 20%, para cima ou para baixo. No cálculo do impacto, consideramos os pacientes T e I sob controle, em vez de inativados ou negativados, que seria o correto. Considerando que a maioria dos pacientes T e I têm baciloscopia negativa (1), estimamos que até 20% dos doentes sob controle possam estar positivos; a variação possível no impacto seria de cerca de 6% (para menos), e sobre o resultado de 12% (para mais). Assim, a variação possível (líquida) no resultado estaria entre + 35% e - 7%, ou seja, o resultado estaria num intervalo compreendido entre 5.480 e 3.775, com valor mais provável de 4.059.

Análise de sensibilidade é extremamente útil na ACE, que costuma lidar com um número relativamente grande de estimativas. Ela permite determinar um intervalo no qual o resultado ^e pode variar. Na comparação entre dois ou mais programas este intervalo tem uma importância muito grande, pois se houver super-posição parcial dos dois intervalos, nesta faixa a diferença entre os programas não seria significativa, isto é, nenhuma conclusão poderia ser tirada sobre seu desempenho relativo em termos de custo-efetividade.

Uma vez feitas as devidas ressalvas e reconhecidas as limitações da Análise Custo-Efetividade, podemos avaliar seu potencial para os órgãos públicos de saúde.

A falta de tradição no uso de técnicas racionais de decisão, planejamento e avaliação, e o consequente despreparo da maioria dos profissionais médicos e não médicos em relação a elas costumam gerar uma certa desconfiança e alguma resistência à sua introdução no planejamento e avaliação em Saúde pública.

(1) Fonte: Sub-programa de Controle da Hanseníase

Warner e Luce (1) assinalam que em função do pouco conhecimento que os profissionais da Saúde tem em relação à ACE, ela pode ser vista de várias formas, de acordo com a sua possível utilidade no processo de decisão:

- como critério básico para a tomada decisão, indicando a melhor alternativa;

- como um instrumento entre outros da análise-decisória, sistematizando informações e esclarecendo alternativas para uma decisão que, no final, pode ser tomada em função de outros critérios;

- como apenas um meio de se conscientizar profissionais e instituições das questões de custo e efetividade em saúde;

- como uma técnica limitada e confusa que apenas desvia a atenção dos problemas reais, tais como a reforma do sistema de financiamento da assistência à saúde (e, no Brasil, a carência generalizada de recursos);

- como um atentado à liberdade do profissional e, à ética da medicina, ao priorizar elementos econômicos (em detrimento da qualidade da assistência).

Assim formuladas, as expectativas variam em 180 graus. Esta diversidade certamente se dará no Brasil, à medida em que a Análise Custo-Efetividade for introduzida na área da saúde. A novidade da técnica e o fato de que ela facilita o controle podem caracterizá-la como uma ameaça aos interesses corporativos cristalizados. A demonstração, por exemplo, de que a baixa produtividade da Secretaria é co-responsável por um alto custo da assistência prestada, como ficou claro a partir da Tabela 7, realmente pode suscitar fortes resistências, e levar a ACE a ser vista como "um atentado à ética médica".

(1) Warner, K.E., e Luce, B.R.: "Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis in Health Care", p. 175.

Mais importante do que isso, a imersão da saúde pública num contexto em que a racionalidade política desempenha um papel fundamental pode limitar seriamente o potencial da Análise Custo-Efetividade. É relativamente comum ouvir-se na Secretaria da Saúde observações desse tipo: de que adianta aprofundar os aspectos técnicos do problema se no final a decisão será política ?

Finalmente, a precariedade de um sistema de informações ainda em fase de estruturação dificulta sobremaneira a aplicação de técnicas de gerenciamento como a ACE, obrigando a que muitos elementos da análise correspondam a estimativas de rigor e confiabilidade muito variáveis. A própria carência de informações fidedignas é frequentemente invocada como um fator paralizador do gerenciamento e inutilizador de técnicas mais apuradas.

Já mostramos entretanto que a incorporação da análise de sensibilidade à ACE é capaz de limitar os efeitos danosos de informações incompletas ou imprecisas, ao delimitar um intervalo no qual as conclusões da análise permaneçam válidas. As resistências e a desconfiança podem ser limitadas na medida em que os objetivos da ACE, suas potencialidades e suas limitações forem explicitadas toda vez que for empregada.

Por outro lado, a consciência de que os métodos de gerenciamento até hoje utilizados na área da Saúde pública estão ultrapassados e dificultam a obtenção de uma melhor efetividade das ações desenvolvidas, começa a se generalizar entre os profissionais da área, propiciando uma oportunidade importante para a renovação desses métodos. A Secretaria da Saúde vem passando por um processo muito amplo de questionamento e reformulação. A rápida expansão experimentada

nos últimos tres anos no âmbito das Ações Integradas de Saúde ' implica na realidade numa alteração da função da instituição,' daquilo que no meio empresarial é chamado de "missão" da empresa: até recentemente, a Secretaria se responsabilizava pela proteção da população contra determinados agravos à saúde (hanse-níase, tuberculose, doenças evitáveis por imunização) e pela assistência a alguns grupos que normalmente não teriam acesso aos serviços privados (doentes mentais, mães e crianças carentes, ' etc...). Hoje, a Secretaria assumiu uma nova missão: a assistência integral à saúde, com atendimento universal. Esta mudança radical ainda está em sua fase inicial, e já a estrutura da instituição parece inadequada, exigindo uma reforma administrativa que está se processando no momento. A organização programática da assistência - Saúde da criança, Saúde da Mulher, Saúde do ' Adulto, Sub-programas de Hanseníase e Tuberculose - está sendo questionada em função do novo modelo assistencial, que privilegia a assistência integral à saúde. No Programa Metropolitano ' de Saúde é discutido um novo modelo gerencial, exigência de um modelo assistencial reformulado. Estes esforços ainda desorganizados carecem de uma coordenação o objetivos claros, porém apontam inequivocamente na direção da modernização e da racionalização do processo gerencial e decisório da Secretaria.

Finalmente, este processo é fortemente estimu-
lado pelas Ações Integradas de Saúde, que propõem a utilização ' da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde; entre-
tanto, num contexto em que as AIS ainda estão submetidas ao questionamento do setor privado, é extremamente importante que a Secretaria disponha de instrumentos de gerenciamento e de avaliação dos custo e da efetividade de seus serviços.

Neste contexto favorável, a Análise Custo-Efetividade pode desempenhar um papel importante no processo, desde que atenda a dois requisitos básicos. O primeiro é o da sua simplicidade. A maioria das análises realizadas até hoje, principalmente nos Estados Unidos, o foram com uma preocupação bastante grande em relação às questões teóricas que suscita, e desta forma acabaram se transformando em instrumentos bastante complexos, mais acadêmicos do que operacionais. Embora estas questões teóricas não devam ser desprezadas, a análise deve ser apresentada e utilizada como uma técnica operacional, nem que para isso algumas simplificações devam ser feitas na sua metodologia. Mas é preferível um instrumento modesto e operacional a outro mais rigoroso porém impraticável.

Outro requisito relacionado com o anterior, é que a ACE seja empreendida em função de necessidades concretas do decisor. Uma análise interessante, porém que não resulte numa proposta concreta para se enfrentar o problema, pouco contribuirá para o processo de aperfeiçoamento gerencial dos serviços públicos de saúde.

Atendidos estes dois requisitos básicos, e dentro das limitações impostas pela própria técnica e pelo ambiente no qual seja utilizada, a Análise Custo-Efetividade poderá se revelar um instrumento precioso para o planejamento, avaliação e decisão na área da saúde pública.

C O N C L U S ã O

As principais conclusões do trabalho acham-se resumidas a seguir:

- 1- O processo decisório na área da saúde pública se dá num ' contexto particularmente incerto, em função de quatro fatores básicos:
 - a forte presença do elemento político, traduzindo-se numa multiplicidade de grupos de interesses que propicia a dissociação entre os objetivos explícitos e a ação ' concreta;
 - a complexidade do fenômeno saúde, que dificulta a identificação e a quantificação do impacto das atividades ' desenvolvidas;
 - a inexistência de um sistema de informações voltado para o gerenciamento e a decisão;
 - a ausência de tradição na utilização de técnicas modernas de gerenciamento.
- 2- Neste contexto e face ao desafio representado pela missão ampliada dos serviços públicos de saúde, tornam-se prementes a modernização dos métodos gerenciais e a racionalização do processo decisório.
- 3- Entre as diversas técnicas disponíveis para este fim, a ' Análise Custo-Efetividade pode desempenhar um papel privilegiado, pois:
 - sistematiza a informação disponível com vistas à decisão;

- introduz a racionalidade econômica na área da saúde, da qual estava praticamente ausente, através do conceito de custo-efetividade;
- desloca o foco do planejamento e da avaliação em saúde ' da produção de atos médicos para o impacto no estado de saúde da população;
- associa, no mesmo instrumento de planejamento e avaliação, a atividade fim (representada na efetividade) e a atividade meio (representada no custo).

4- Na metodologia proposta neste Trabalho, a Análise Custo-Efetividade trabalha com tres informações básicas:

- o custo total do programa,
- o impacto obtido,
- o impacto ótimo;

sendo a efetividade medida pela relação:

$$\frac{\text{impacto obtido}}{\text{impacto ótimo}}$$

A relação entre o custo e a efetividade é dada pela expressão:

$$\frac{c}{e} = \frac{\text{custo total}}{\text{impacto obtido}} \bigg/ \frac{\text{impacto obtido}}{\text{impacto ótimo}}$$

5- A aplicação ao Sub-programa de Contrôles da Hanseníase, dentro das limitações próprias da análise e apesar das simplificações operacionais impostas pelo âmbito deste trabalho, mostrou ser a Análise Custo-Efetividade um instrumento simples e viável de planejamento e avaliação de programas de saúde, não requerendo condições particulares para sua utilização. Com o auxílio da Análise de sensibilidade, é pos-

sível limitar as eventuais distorções provenientes de dados imprecisos ou não confiáveis.

A ACE permite:

- a análise comparativa de programas similares existentes em diferentes estados ou em diferentes regiões do Estado,
- a análise histórica do desempenho de um único programa,
- o cálculo do custo de um determinado aumento na efetividade de um programa.

Finalmente, em função da metodologia proposta, o desenvolvimento da ACE suscita a discussão de vários elementos que se constituem em pontos críticos da maioria dos programas de saúde, como a clareza e a operacionalidade dos objetivos e metas fixados, e a definição de mecanismos de acompanhamento e avaliação.

BIBLIOGRAFIA

- 01- BARRAL, P.Etienne: "L'economie de la Santé; faits et chiffres" 2ª Edição , Dunod, Paris 1.978.
- 02- BELDA, Walter: " Aspectos epidemiológicos da hanseníase no Estado de São Paulo em 1.974" . XXXII Congresso Brasileiro de ' Dermatologia e VII Jornada de Hansenologia - Rio de Janeiro, ' Setembro 1.975.
- 03- BLUM, Henrik L.: "Planning for Health; Development and Application of social change theory" Human Sciences Press, New York 1.974.
- 04- BROCKINGTON, Fraser; "World Health" - 3ª edição, Churchill Livingstone , Edinburgh 1.975.
- 05- CASTRO, Inalio M. de e MELLO, Agenor de: "Teoria sobre a evolução natural da endemia hansenica" - in Boletim da DNDS, Vol. ' XXXVI , nº 1 , 1977 - Ministério da Saúde.
- 06- CONGRESS OF THE USA: Office of Technology Assessment .
"The Implications of Cost - Effectiveness Analysis Of Medical ' Technology. Background Paper 3: "The Efficacy and Cost-Effectiveness of Psychotherapy" - Washington DC, October 1.980
- 07- COOPER Michael H. ; CULYER, Anthony J. e outros: "Health Economics" Penguin Modern Economics Readings, Penguin Books - Harmondsworth- 1.973

- 08- DIMITROV, Pedro: "Técnica de Programação Local"
USP, Faculdade de Saúde Pública - Curso de Especialização
em Planejamento do Setor Saúde - Trabalho docente nº 50

- 09- DIVERSOS AUTORES: "Benefit-Cost e Policy Analysis"
Aldine Annual on Forecasting, decision-making and evaluation
Aldine Publishing co, Chicago , 1972

- 10- DIVERSOS AUTORES: "The Economics of Health and Medical Care"
Bureau of Public Health Economics and Department of Economics,
The University of Michigan, Ann Arbor 1964

- 11- DRUCKER, Peter F : "Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship), Prática e Princípios" - Livraria Pioneira Editora,
SP 1.986.

- 12- GUTTENTAG, Marcia, STRUENING, Elmer e outros: "Handbook of Evaluation Research" - SAGE Publications - Beverly Hills - London
1975

- 13- HAUSER, H.M. e outros: "The Economics of Medical Care"
University of York Studies in Economics George Allen & Unwin Ltd
London - 1972

- 14- HOSPITAL LAURO DE SOUZA LIMA: "Noções de Hansenologia" e "Hanseníase" - Apostilas do Centro de Estudos "Dr. Reynaldo Quagliato",
1.981 - Bauru

- 15- KENDALL M.G. e outros: "Cost-Benefit Analysis"
The English Universities Press Ltd - London 1972

- 16- KLARMAN H.E. : " The Economics of Health"
Columbia University Press - New York - 1.965

- 17- LESOURNE I: "Cost-Benefit Analysis and Economic Theory"
North-Holland Publishing Company - Amsterdam 1975

- 18- LEVEY, Samuel e LOOMBA, Paul N: "Health Care Administration: a managerial perspective".
J.P. Lippincott Co - Philadelphia & Toronto
- 19- MARLET, José Maria : " Efeito da terapêutica sulfônica na sobrevida dos doentes de hanseníase". in Hansenologia Inter^unationalis, Vol.3, nº 2, 1978 - Secretaria da Saúde, Instituto de Saúde - São Paulo
- 20- MINISTÉRIO DA SAÚDE: Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - Vol.XXXV, nº 1, 1.976 e Vol. XXXVI, nº 1, 1.977.
- 21- MINISTÉRIO DA SAÚDE: "Guia para Controle da Hanseníase"
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária - Centro de Documentação do Ministério da Saúde - Brasília 1983.
- 22- MINISTÉRIO DA SAÚDE: "Política de Controle da Hanseníase"
Portaria nº 165/Bsb de 14/05/76 - Brasília 1.976
- 23- MINISTÉRIO DA SAÚDE: "Sistema Nacional de Controle de Doenças Transmissíveis" , documento elaborado pelo Comitê Inter^uorgânico de Controle de Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde - Brasília 1983
- 24- MISHAN E.J: "Análise de Custos - Benefícios (Uma introdução informal)". Biblioteca de Ciências Sociais, Zahar Editores, Rio de Janeiro 1976
- 25- MISHAN E.J: "Elementos de Análise Custos-Benefícios - Biblioteca de Ciências Sociais , Zahar Editores, Rio de Janeiro 1975.

- 26- MUSHKIN S.J e COLLINGS F.D'A: "Economic costs of Disease and Injury" . In Public Health Reports - Vol. 74

- 27- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH: "The Cost of Mental Illness". - Series B, nº 7, 1971-US Department of Health Education & Welfare - Public Health Service.

- 28- NEWTON T.: "Cost-Benefit Analysis in Administration". " Royal Institute of Public Administration, London. George Allen & Unwin Ltd.

- 29- NOBREGA, Rubens Cunha: "Hanseníase no Estado de São Paulo; Diagnóstico e Propostas" - Relatório de um grupo de trabalho da Secretaria da Saúde, Setembro de 1.983.

- 30- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE : "Manual para o Controle da Hanseníase" Publicação científica nº 436 - OPAS, Repartição Sanitária Panamericana, Escritório Regional da OMS Washington 1983

- 31- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Comité de Expertos de la OMS em lepra - 5º informe - série de Supremos Técnicos nº 607 ' OMS 1977.

- 32- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: "Leprosy in the Americas" Epidemiological Bulletin, Vol.4, nº 6, 1983.

- 33- PARET, Henri : "L'economie des soins médicaux" Editions economie et humanisme - Les Editions Ouvrieres Paris 1978

- 34- REZENDE DA SILVA, Fernando A.: "Finanças Públicas" Editora Atlas, São Paulo 1981.

- 35- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (Coordenadoria de Saúde da Comunidade - Gabinete do Coordenador): Sub-Programa de Controle da Hanseníase.
- 36- UNITED NATIONS: "Guidelines for project evaluation" UNIDO, Project Formulation and Evaluation Series nº 2 ' UN, New York 1972.
- 37- VARGAS, Raul e outros: "Formulacion de Políticas de Salud" Organizacion Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Planificacion de la salud: Santiago, 1975
- 38- WEISBROD B.A.: "The Nature and Measurement of the Economic Benefits of Improvement in Public Health, with Particular Reference to Cancer, Tuberculosis and Poliomyelitis". Washington University, Washington 1958.

A N E X O S

ANEXO I

PORTARIA N.º 165/Bsb DE 14 DE MAIO DE 1976

O Ministério de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2.º do Decreto n.º 77.513, de 29 de abril de 1976 e tendo em vista o disposto na alínea "b" do item I do artigo 2.º da Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975.

RESOLVE:

I — A Política de Controle da Hanseníase passará a obedecer às seguintes normas:

1. O Controle da Hanseníase tem por objetivo reduzir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, conforme as características de cada caso.

2. Para reduzir a morbidade é recomendado:

2.1 — Estimular a apresentação voluntária de doentes, suspeitos e contatos, através de ações persistentes de educação para a saúde e de uma atenção médica de boa qualidade.

2.2 — Enquanto não se consegue a implantação da educação continuada para a saúde, promover a busca ativa dos casos e eventuais exames da coletividade.

2.3 — Promover cursos de atualização em hanseniologia para médicos e enfermeiros, principalmente daqueles que atuam em contato com a coletividade.

2.4 — Capacitar agentes de saúde em atividades básicas de educação sanitária, reconhecimento dos casos suspeitos e execução de tarefas de prevenção de incapacidades.

2.5 — Estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada.

2.6 — Integrar as ações de controle da hanseníase nos serviços gerais de saúde.

2.7 — Fornecer medicação específica a médicos dermatologistas para o atendimento de doentes e contatos em seus consultórios particulares, desde que sejam obedecidas as normas do item 3.

2.8 — Estimular pesquisas em hanseníase.

3. Para receber a medicação específica para utilização em sua clínica privada, o médico deverá:

3.1 — Ser credenciado pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde.

3.2 — Comprometer-se a fazer à autoridade sanitária competente a notificação de casos de hanseníase e a investigação epidemiológica pertinente.

3.3 — Comprometer-se a, pelo menos uma vez por ano, fazer a revisão neuro-dermatológica dos contatos.

3.4 — Comunicar à autoridade sanitária competente o abandono do tratamento, as mudanças de endereço do doente e de seus contatos que se transferirem para outra cidade.

3.5 — Distribuir gratuitamente os medicamentos que lhe forem confiados pela autoridade sanitária competente, preenchendo um boletim anual demonstrativo de utilização dos medicamentos.

3.6 — Fazer a revisão anual dos doentes Mitsuda positivo (++) ou (+++) e a revisão dos doentes Mitsuda negativos a intervalos, a critério do médico, desde que não superior a 6 meses.

3.7 — Esclarecer e informar doentes e contatos, fazendo educação para a saúde.

3.8 — Encaminhar aos serviços de prevenção de incapacidades os casos que necessitem de tais cuidados.

3.9 — O fornecimento de medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo uma vez comprovado o não cumprimento de qualquer condição acima.

4. A Prevenção de Incapacidades será atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando-se a sua adoção nos serviços gerais de saúde.

4.1 — A prevenção de incapacidades será executada inclusive por pessoal auxiliar devidamente treinado e sob supervisão médica.

4.2 — A prevenção de incapacidades deverá ser organizada conforme projetos específicos, devendo a DNDS apoiá-los, técnica e financeiramente.

4.3 — Deverá ser mantido um inquérito permanente sobre a frequência e tipo das deformidades, utilizando-se a classificação inter-racional e modelos padronizados pela DNDS.

4.4 — Recomenda-se que os trabalhos de prevenção de incapacidades sejam acompanhados de treinamento para readaptação profissional em atividades consentâneas com as condições físicas do doente.

5. A preservação da unidade familiar será um objetivo permanente, exercitado através dos seguintes procedimentos:

5.1 - Abolição da prática do afastamento dos filhos de seus pais enfermos.

5.2 - As crianças nascidas em hospitais especializados, quando indicado, poderão ser afastadas da genitora e colocadas de preferência no meio familiar ou instituições públicas de assistência à infância.

5.3 - Instruções e recursos para planejamento familiar às doentes de hanseníase que necessitem de medicamentos de efeitos teratogênicos.

5.4 - Estímulo ao comparecimento à revisão de todo o grupo familiar, possibilitando-lhe um atendimento cordial e encorajador, afastando o receio do isolamento compulsório.

5.5 - A hospitalização de doentes deverá ser feita, de preferência, em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados para os casos de indicação específica, sempre buscando a limitação do tempo de permanência.

5.6 - Os atuais asilos-colônias existentes, de acordo com as peculiaridades locais, serão progressivamente desdobrados em:

asilos — para a assistência social aos grandes mutilados, sem condições para a reintegração na sociedade.

colônias — organização sob a forma de cooperativas, mantidas pelos próprios cooperados com assistência técnica e eventualmente financeira da BNDS e de outras fontes.

hospitais — para a assistência médico-hospitalar a doentes de hanseníase e de outras dermatoses por período limitado.

5.7 - Deverá ser estimulada a instalação e funcionamento de uma unidade sanitária nas vizinhanças de cada colônia, vinculada à rede de saúde local, para atendimento da população em geral.

5.8 - A BNDS celebrará convênios com as diferentes Unidades da Federação a fim de estimular a adoção do aparelhamento institucional previsto nos subitens 5.6 e 5.7.

6. Visando à reintegração social do doente, passam a vigorar as seguintes normas:

6.1 - O termo "lepra" e derivados ficam proscritos da linguagem utilizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

6. Todas as ações do Ministério da Saúde com órgãos e entidades que desejem manter convênios com o Ministério, serão norteadas pelo respeito à dignidade da pessoa humana, preservação da unidade familiar e pelo empenho em desenvolver as potencialidades do doente ou ex-doente, procurando torná-lo economicamente capaz e auto-suficiente.

6.3 — A readaptação profissional, a prevenção de incapacidade e a reabilitação corretiva devem merecer a mesma atenção que a busca sistemática de casos e as medidas profiláticas tradicionais.

6.4 — Recomenda-se que, sem prejuízo das atuais aposentadorias e pensões, sejam desenvolvidos estudos para que se estabeleçam novos critérios de benefícios financeiros aos novos e ex-doentes, com duração limitada.

6.5 — A DNDS deverá elaborar listas das profissões e ocupações compatíveis com as diferentes fases da doença.

6.6 — As cooperativas a que se refere o subitem 5.6 deverão ser tecnicamente organizadas, assegurando-se a sua administração pelos interessados e a efetiva participação dos cooperados nos resultados da atividade cooperada.

6.7 — A DNDS deverá estudar incentivos a serem oferecidos aos hospitais gerais que recebam doentes de hanseníase.

7. Para a consecução dos objetivos preconizados nesta Portaria deverá a DNDS, através das Coordenadorias de Saúde, estimular o fortalecimento técnico-operacional das Secretarias de Saúde, órgãos executores da nova Política de Controle da Hanseníase.

7. — Com vistas ao aprimoramento técnico e operacional das medidas a cargo das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, deverá a DNDS diligenciar a fim de simplificar as rotinas de coleta de dados, promover cursos de treinamento e atualização, colaborar na preparação de projetos suscetíveis de captar recursos financeiros, e promover seminários objetivando a avaliação do desempenho.

7.2 — A partir de 1.º de janeiro de 1977, só serão celebrados convênios com as diferentes Unidades da Federação para desenvolvimento de atividades relacionadas com o controle da hanseníase que visem apoio, técnico financeiro, de projetos específicos, compatíveis com a Política definida nesta Portaria, com detalhamento de metas a serem atingidas e cronograma de execução.

Paulo de Almeida Machado

ANEXO II

INSTRUÇÕES PARA EXECUÇÃO DAS NORMAS DE CONTROLE DA
HANSENÍASE, BAIXADAS PELA PORTARIA MINISTERIAL
N.º 165/Bsb, DE 14 DE MAIO DE 1976

O Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, usando das atribuições que lhe confere a letra "p" do Artigo 6.º, da Portaria Ministerial n.º 225, de 3 de agosto de 1970 e de conformidade com o item n.º 9, da Portaria Ministerial n.º 165/Bsb, de 14 de maio de 1976, resolve:

Baixar as seguintes instruções para a execução das normas estabelecidas na Portaria Ministerial n.º 165/Bsb, de 14 de maio de 1976, que estabelece a Política de Controle da Hanseníase:

1. O controle da hanseníase será realizado mediante a execução das seguintes ações, no mesmo nível de prioridade:

- a) educação em saúde;
- b) aplicação de BCG;
- c) descobrimento de doentes;
- d) tratamento dos doentes;
- e) prevenção e tratamento de incapacidades.

1.1 A Educação em Saúde será dirigida às equipes de Saúde, aos doentes, aos contatos, aos líderes de comunidade e ao público em geral, usando a:

- a) incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;
- b) eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente;
- c) informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), à importância do exame periódico dos contatos, à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidade;
- d) estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada;
- e) dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares.

1.1.1 Visando à consecução dos objetivos da educação em saúde, especialmente quanto à integração do doente na sociedade, é de máxima importância o respeito à terminologia oficial que proscribe o emprego do termo "lepra" e seus derivados.

Terminologia Oficial	Terminologia Proscrita
hanseníase	lepra
doente de hanseníase	leproso, doente de lepra
hansenologia	leprologia
hansenologista	leprologista
hansênico	leprótico
hansenóide	lepróide
hansênide	lepride
hansenoma	leproma
hanseníase virchowiana	lepra lepromatosa
hanseníase tuberculóide	lepra tuberculóide
hanseníase dimorfa	lepra dimorfa
hanseníase indeterminada	lepra indeterminada
antígeno de Mitsuda	lepromina
hospital de "dermatologia sanitária", patologia tropical ou similares	leprosário, leprocômio, asilo- colônia, sanatório, hospital-colônia

1.2 A vacina BCG, que apresenta certo grau de eficácia na hanseníase, especialmente nos grupos mais jovens, deve ser aplicada na população geral, com destaque para os seguintes grupos:

- a) contatos;
- b) grupo etário até 2 anos;
- c) populações de áreas de alta endemicidade.

1.3 O descobrimento de doentes será feito através de:

- a) atendimento da demanda;
- b) investigação epidemiológica;
- c) vigilância de contatos;
- d) verificação de notificações.

1.3.1 Em atendimento da demanda serão incluídos os casos de apresentação voluntária, o exame de portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas, os casos de triagem dos demais serviços da unidade de saúde, os candidatos à carteira ou atestado de saúde, o exame de grupos populacionais.

1.3.2 A investigação epidemiológica inclui o exame das pessoas que convivem ou conviveram, no domicílio ou fora dele, com o doente de hanseníase, qualquer que seja a sua forma clínica, com o intuito de descobrir sua fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte ou do caso índice.

1.3.3 A vigilância dos contatos será realizada submetendo-os a exame dermatoneurológico, pelo menos 1 vez por ano, considerando-se como "sob vigilância" os que preencherem essa condição.

1.3.3.1 Conceitua-se como contato toda pessoa que tem ou teve convivência íntima e prolongada com o doente.

1.3.3.2 Para fins operacionais, no entanto, a vigilância poderá ser limitada às pessoas que residem com pacientes virchowianos e dimorfos.

1.3.3.3 Os contatos deverão ser liberados da vigilância 5 anos após o início da mesma, devendo ser esclarecidos quanto à pequena possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas suspeitos de hanseníase.

1.3.4 A autoridade sanitária deverá promover a verificação de todas as notificações de casos de hanseníase recebidas.

1.4 O tratamento dos doentes será normalmente realizado em regime ambulatorial, independentemente da forma clínica da doença, nas unidades de saúde, ambulatórios de entidades previdenciárias, universitárias ou clínicas particulares.

1.4.1 Será assegurado, obrigatoriamente, por parte dos serviços de saúde, tratamento adequado a todos os doentes.

1.4.2 Serão propiciados orientação e recursos anticoncepcionais às doentes de hanseníase que possam vir a necessitar de medicamentos de efeitos teratogênicos.

1.4.3 Para o controle do tratamento, os doentes Mitsuda positivos deverão ser submetidos a exame dermatoneurológico, no mínimo 1 vez por ano e os pacientes Mitsuda negativos, a exames dermatoneurológicos e bacterioscópico de 6 em 6 meses, no mínimo. Os pacientes que preencherem essa condição, serão considerados "doentes sob controle".

1.4.3.1 Na impossibilidade de realizar teste de Mitsuda, entende-se como Mitsuda negativos os pacientes virchowianos, dimorfos e indeterminados e como Mitsuda positivos, os pacientes tuberculóides.

1.4.4 Será considerado como caso "inativo" todo paciente de hanseníase que não mais apresentar sinal de atividade clínica da doença e tenha bacterioscopia negativa.

1.4.4.1 Os pacientes "inativos" deverão prosseguir o tratamento regular durante períodos variáveis. As durações desses períodos serão:

- a) de 1 ano e meio para os pacientes tuberculóides e indeterminados Mitsuda positivos, após o que, poderão ser liberados;
- b) de 5 anos para os pacientes indeterminados Mitsuda negativos, após o que permanecerão por mais 5 anos em observação, podendo então ser liberados;
- c) de 10 anos para os pacientes virchowianos e dimorfos, após o que permanecerão sob vigilância por prazo indeterminado.

1.4.5 O tratamento de intercorrência que exigir hospitalização deverá ser, de preferência, realizado em hospitais gerais das redes oficial, previdenciária, universitária e particular.

1.4.5.1 Caberá aos órgãos oficiais de saúde promover medidas que estimulem o atendimento do doente de hanseníase nesses hospitais gerais.

1.5 A prevenção e o tratamento primário das incapacidades físicas serão realizados pelos órgãos locais de saúde, mediante utilização de técnicas simples.

1.5.1 Os casos de incapacidade física que requererem técnicas complexas deverão ser encaminhados aos centros especializados ou gerais de reabilitação.

1.5.2 Deverá ser feito o levantamento, em modelo padronizado, da incidência de incapacidades, a fim de que se possa realizar, posteriormente, avaliação dos trabalhos executados.

2. A execução das ações de controle será integrada nas atividades de rotina das Unidades de Saúde.

3. Serão fornecidos, gratuitamente, pelas Secretarias de Saúde das Unidades Federativas, medicamentos específicos a médicos de clínica particular para o tratamento de seus clientes, desde que autorizados pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, através da Secretaria de Saúde onde estiverem sediados.

3.1 A autorização será solicitada pelo médico à Secretaria de Saúde, por intermédio da Unidade de Saúde da sua localidade, instruída pelos seguintes elementos:

- a) nome do proponente e endereço do seu consultório;
- b) comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina;
- c) declaração do proponente de cumprir os seguintes compromissos:
 - fazer à autoridade sanitária competente a notificação dos doentes de hanseníase;
 - comunicar periodicamente as revisões dermatoneurológicas e bacterioscópicas dos doentes sob seus cuidados e as revisões anuais dermatoneurológicas dos contatos;
 - comunicar nome e endereço dos doentes e contatos que, por qualquer motivo, deixou de controlar;
 - distribuir gratuitamente os medicamentos que lhe forem confiados pela autoridade sanitária competente, preenchendo um boletim anual demonstrativo de utilização desses medicamentos;
 - promover educação em saúde dos doentes e contatos sob sua responsabilidade;
 - fazer a prevenção e tratamento primário, por técnicas simples, das incapacidades físicas e encaminhar aos centros especializados ou gerais de reabilitação os casos que necessitarem de aplicação de técnicas mais complexas.

3.2 O fornecimento de medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo, uma vez comprovado o não cumprimento de qualquer dos compromissos acima, devendo a Secretaria de Saúde da Unidade Federativa comunicar o fato à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, através da Delegacia Federal de Saúde.

3.3 A Secretaria de Saúde manterá cadastro dos médicos autorizados, fornecendo cópia à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, por intermédio da Delegacia Federal de Saúde.

4. Ficará restrita a hospitalização do doente de hanseníase em estabelecimentos especializados, em caráter temporário, às seguintes eventualidades:

- a) tratamento de intercorrências clínico-cirúrgicas ou intervenções re-constructivas que exigirem hospitalização e não puderem ser realizadas em hospitais gerais;
- b) tratamento de doentes virchowianos e dimorfos que não puderem atender às determinações da autoridade sanitária;
- c) observação científica.

4.1 A iniciativa de hospitalização do doente, atendidas as condições acima, caberá à autoridade sanitária local, ficando responsável pela seleção de casos.

4.1.1 Cessados os motivos da hospitalização, o doente deverá ser imediatamente transferido para continuação do seu tratamento em regime ambulatorial.

5. Para preservar a unidade familiar é essencial:

- a) abolir, imediatamente, a prática do afastamento dos filhos de doentes em tratamento ambulatorial;
- b) colocar as crianças eventualmente nascidas em hospitais especializados, de preferência, em meio familiar e, na falta deste, em instituições de assistência à infância, até que possam ser reconduzidas à família.

6. Visando ao atendimento da situação econômico-social dos doentes de hanseníase, recomenda-se:

6.1 Manter, sempre que possível, os doentes no trabalho, cabendo à autoridade sanitária o exame minucioso de cada situação, para identificar aquelas que envolvam risco apreciável para a comunidade e para o próprio doente.

6.2 Transferir progressivamente para as áreas de promoção social os assuntos a elas pertinentes, com ênfase para a profissionalização ou readaptação profissional do doente.

6.2.1 Conceder benefícios pecuniários dentro dos moldes previdenciários vigentes.

6.2.2 Assegurar condições de abrigo para os doentes totalmente incapacitados.

6.2.2.1 Estas condições serão oferecidas, de preferência, em estabelecimentos que recebam incapacitados por outras causas que não a hanseníase.

6.2.2.2 As áreas destinadas a abrigos sociais e atividades industriais e agro-pastoris, dos atuais estabelecimentos especializados, serão progressivamente transferidas para órgãos da promoção social e outros, visando à transformação em instituições de caráter geral, eventualmente com núcleos de trabalho sob regime de cooperativismo.

7. A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária promoverá e recomenda a todas as Secretarias de Saúde que promovam, no mesmo nível de prioridade:

- a) estudos sobre aspectos etio-patogênicos, clínico-patológicos, epidemiológicos e terapêuticos da hansenologia;
- b) estudos sociológicos que permitam encontrar e encaminhar soluções visando a superar as barreiras culturais que estão dificultando o controle da endemia e a integração social do doente e de sua família;
- c) vigilância permanente sobre atividades estigmatizantes e sensacionalistas, relacionadas com a doença, visando a sua correção imediata;
- d) cursos de atualização e treinamento de pessoal em diversos níveis;
- e) seminários periódicos de avaliação de desempenho em todas as atividades programadas;
- f) entendimentos com as escolas da área biomédica e serviço social, objetivando a intensificação do ensino da hansenologia, observada a Política de Controle da Hanseníase, ora preconizada;
- g) difusão dos conceitos atualizados referentes à hanseníase na educação em saúde propiciada a escolares nos diferentes níveis.

8. Fica revogada a Portaria n.º 236, de 28 de dezembro de 1972, publicada no Diário Oficial da União, de 16 de janeiro de 1973.

DNDS, em 23 de novembro de 1976

DR. ADEMYR RODRIGUES DA SILVEIRA
Diretor

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

SUB PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

1. Propósito:

Desenvolver junto à população pertencente à área da _____, ações integradas de saúde visando a redução da morbidade por Hanseníase.

2. Objetivos Gerais

- 2.1. - Adaptar e executar, em nível da _____ o sub-programa de controle da Hanseníase segundo as diretrizes e o modelo de programação da Secretaria da Saúde em geral e da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, em particular.
- 2.2. - Estabelecer a programação e execução do controle de Hanseníase com base num sistema regionalizado de atendimento em que as atividades do programa sejam feitas em todos os Centros de Saúde em graus compatíveis com sua localização e recursos disponíveis.

3. Objetivos Específicos

- 3.1. - Estimular a apresentação voluntária de doentes, suspeitos e comunicantes, através de ações persistentes de educação para a Saúde e de uma atenção médica de boa qualidade.
- 3.2. - Intensificar a descoberta precoce de doentes através da dinamização das atividades de diagnóstico.
- 3.3. - Assegurar o controle do tratamento para aumentar o percentual de cura, diminuir o percentual de abandono de tratamento, prevenir e reduzir o grau de incapacidade física.
- 3.4. - Melhorar a avaliação e controle da programação e dos resultados obtidos, por intermédio da organização de adequado sistema de coleta de dados epidemiológicos e estatísticos.
- 3.5. - Promover cursos de atualização em hansenologia para pessoal de nível universitário e pessoal técnico auxiliar, principalmente aqueles que atuam em contato com a coletividade.

- 3.6. - Capacitar a equipe de saúde em relação aos objetivos e atividades do sub-programa para assegurar o desenvolvimento de um processo educativo de modo correto e uniforme.
- 3.7. - Desenvolver pesquisas que permitam detectar barreiras culturais, que dificultam a integração do doente na sociedade.

4. Metas

- 4.1. - Realizar o exame dermatoneurológico de 100% dos clientes com suspeita de hanseníase e exame baciloscópio dos casos indicados.
- 4.2. - Iniciar o tratamento de 100% dos casos descobertos e inscritos no Centro de Saúde.
- 4.3. - Completar o tratamento até a concessão da alta, em pelo menos 90% dos doentes inscritos no sub-programa do Centro de Saúde.
- 4.4. - Manter sob controle pelo menos 90% dos comunicantes conhecidos nos primeiros 5 anos que se seguem à descoberta do caso desde que Virchowiano ou Dimorfo.
- 4.5. - Realizar o exame dermatoneurológico de 100% dos clientes em controle de tratamento e exame baciloscópio dos casos indicados.
- 4.6. - Convocar 100% dos clientes faltosos.
- 4.7. - Realizar visita domiciliar a 100% dos clientes inscritos ou em fase de inscrição.

5. Atividades básicas p/ cumprimento do propósito e objetivos estabelecidos.

Os Centros de Saúde desenvolverão atividades do sub-programa de acordo com os recursos disponíveis, ficando estabelecidas as seguintes atividades mínimas:

- . Atendimento de Enfermagem
- . Coleta de Material para Baciloscopia
- . Consulta Médica
- . Educação Sanitária
- . Pré e Pós-Consulta
- . Prevenção de Incapacidades
- . Visitação Domiciliar

1. Inscrição no sub-programa de controle da Hanseníase

1.1 - Inscrição de doente:

É a inscrição para controle de tratamento feita pela primeira vez no sub-programa de controle da Hanseníase do Centro de Saúde, de cliente com Hanseníase que tenha sido descoberto pelo próprio Centro de Saúde, ou diagnosticado e encaminhado por outro serviço, mesmo que anteriormente tenha se submetido a tratamento em outro Centro de Saúde.

1.2 - Inscrição de Comunicante

É a inscrição para controle, feita pela primeira vez no sub-programa de controle da Hanseníase, de comunicantes de doentes de Hanseníase, de formas Virchowiana ou Dimorfa.

Comunicantes

São todos os familiares ou outros indivíduos que estão ou estiveram em contato repetido e prolongado com um doente de Hanseníase no domicílio.

2. Descoberta de Doente de Hanseníase

É a confirmação do diagnóstico feito pelo Centro de Saúde ou por outro serviço. Para que se diagnostique Hanseníase, o Centro de Saúde deverá:

2.1. - Realizar a verificação de qualquer notificação de Hanseníase que chegue ao Centro de Saúde, como ocorre com outras doenças transmissíveis de notificação compulsória.

2.2. - Atendimento de Demanda

Neste item incluem-se todos os clientes que procuram o Centro de Saúde para atendimento de qualquer natureza ou para exame visando a obtenção da carteira ou do atestado de saúde.

2.3. - Busca do Doente de Hanseníase

Consiste na descoberta dos doentes de Hanseníase pelo exame sistemático de todos os suspeitos encontrados pelo Centro de Saúde (método ativo de descobrimento). Este método possibilita o conhecimento e o controle de maior-

número de casos, com forma clínica inicial da doença.

2.3.1 - Controle inicial de comunicantes

É a observação sistemática a que devem ser submetidos os comunicantes, com a finalidade de descobrir outros doentes, em especial na forma precoce da doença e identificação de possíveis fontes de infecção.

2.3.1.1 - Exame inicial de comunicantes

É o primeiro exame de todos os comunicantes, de um doente de Hanseníase, com a finalidade de identificar a possível fonte de infecção e outros doentes já existentes. Os comunicantes de doentes das formas Indeterminada e Tuberculóide serão dispensados após o exame inicial, caso não tenha sido detectado, entre eles, nenhum doente Virchowiano ou Dimorfo.

2.3.1.2 - Exames subsequentes

Os comunicantes de doentes Virchowianos ou Dimorfos, deverão ser controlados durante 5 anos, após a descoberta do caso índice, sendo submetidos a uma consulta médica-anual.

2.3.2 - Entrosamento com outros serviços e instituições

Consiste num relacionamento contínuo com serviços e instituições visando a descoberta de casos, seja identificando possíveis casos ainda não identificados, seja participando das atividades de diagnóstico.

2.4 - Incentivo à apresentação voluntária

Consiste na tentativa de se intensificar adequado e contínuo processo educativo junto à população, supletiva mente ao trabalho de rotina do Centro de Saúde.

Instruções para enfermagem na descoberta de doentes de Hanseníase

O pessoal de enfermagem participa da organização, supervisão, execução e avaliação das atividades de controle de Hanseníase.

- a - Encaminhar à consulta médica os suspeitos de Hanseníase que compareçam ao Centro de Saúde por qualquer motivo;



ANEXO IV

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE

09 - SECRETARIA DA SAÚDE

09.06 - COORDENAÇÃO DO PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE

09.06.01 - GABINETE DO COORDENADOR

09.06.02 - SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

CODIGO	ESPECIFICAÇÃO
13	SAÚDE E SANEAMENTO
13.75	SAÚDE
13.75.058	TESTES E ANÁLISE DE QUALIDADE
13.75.058.2.091	X EXAMES LABORATORIAIS INTERESSE S. PÚBLICA
13.75.428	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SANITÁRIA
13.75.428.1.329	X PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE
13.75.428.2.075	X PROGRAMAÇÃO COM RECURSOS DO FUNDES
13.75.428.2.080	ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR S. MENTAL
13.75.428.2.081	ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL S. MENTAL
13.75.428.2.207	X MANUTENÇÃO DE PRÓPRIOS
13.75.428.2.245	SUPRIMENTO DE ALIMENTAÇÃO E MEDICAMENTOS
13.75.428.2.589	ASSIST. MÉDICA E HOSPITALAR POR TERCEIROS
13.75.428.2.591	X ATENDIMENTO MÉDICO-SANITÁRIO
13.75.428.2.734	ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR
13.75.428.2.735	X MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSPORTE
13.75.428.2.773	X MANUTENÇÃO PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE
13.75.428.2.904	X MANUT. EQUIPAMENTOS MÉDICOS E HOSPITALARES
13.75.432	SAÚDE MATERNO-INFANTIL
13.75.432.2.085	SUPRIM. ALIM.MÉDICO. GEST. NUTRIZ. E PRÉ-ESC
15.	ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA
15.81	ASSISTÊNCIA
15.81.486	ASSISTÊNCIA SOCIAL GERAL
15.81.486.086	ASSISTÊNCIA SOCIAL AOS HANSENÍANOS