

Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(Organizador)

ECONOMIA DA SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

COLEÇÃO “SAÚDE COLETIVA NO CEARÁ” Nº 7



Fortaleza
2002

© COPYRIGHT 2002 – Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Coordenador: José Jackson Coelho Sampaio

Diagramação: José Mário Giffoni Barros

Francisco Welton Silva Rios

Ilustração da capa: Lia Parente

Impressão e acabamento: Gráfica INESP

Revisão: Célia Maria de Souza Sampaio

Apoio Técnico: José Newton Rodrigues Alves

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silva, Marcelo Gurgel Carlos da, 1953 - - -
S586m Economia da saúde: aspectos conceituais e
metodológicos / Marcelo Gurgel Carlos da Silva
(organizador). -- Fortaleza: INESP/EDUECE,
2001. 365p.
Coleção Saúde Coletiva no Ceará, nº 7.
ISBN:85-87764-33-0
1. Financiamento da Saúde. 2. Economia da Saúde. 3.
Economia Médica. I. SILVA, Marcelo Gurgel Carlos
da.

CDD: 362.981

Proibida a reprodução total ou parcial.

Os infratores serão processados na forma da lei.

EDITORA INESP

Av. Pontes Vieira 2391, Ed. Comercial Magna Ponte Dionisio Torres

Fone/Fax 277-2914 CEP 60.130-241 Fortaleza-ce.

E-mail: inesp@al.ce.gov.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
PARTE I – TÓPICOS CONCEITUAIS EM ECONOMIA DA SAÚDE.....	13
1 Equidade na Saúde: Alguns Aspectos Conceituais para Reflexão Sobre o Tema	
<i>Selene Regina Mazza</i>	
<i>Maria Salete Bessa Jorge.....</i>	15
2 Avaliação Econômica da Saúde e Tomada de Decisão	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	35
3 Custo e Efetividade de Intervenções em Saúde	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	60
4 Os Custos das LER/DORT e a Ergonomia	
<i>Adriana Cristina de Souza Melzer</i>	
<i>Milena de Araújo Bastos</i>	
<i>Regina Heloísa Maciel</i>	81
PARTE II FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	95
5 Financiamento e Gastos Públicos em Saúde	
<i>Francisca Lucia Nunes de Arruda</i>	
<i>Maria Geiza de Sousa Albuquerque</i>	
<i>João Bosco Feitosa dos Santos</i>	97
6 Financiamento da Saúde – Uma Análise dos Gastos Estadual e Municipal no Estado do Ceará	
<i>Vera Maria Câmara Coelho</i>	
<i>Leilane Riedmiller Mendes</i>	113
7 Financiamento do Sistema Municipal de Saúde de Icapuí: 1995 a 1997	
<i>Dilma Lucena de Oliveira</i>	
<i>Vera Lúcia de Azevedo Dantas</i>	
<i>Alcides da Silva Miranda</i>	137

PARTE III ANÁLISE DE CUSTOS EM SAÚDE.....	159
8 Análise dos Custos do Programa Saúde da Família: O Caso de Crateús – CE	
<i>Maria Helena Lima Sousa</i>	
<i>Francisco Horácio da Silva Frota</i>	161
9 Custos da Asma Brônquica em um Hospital Público Infantil	
<i>Araci Diógenes Braga</i>	
<i>Paulo César de Almeida</i>	
<i>Suzane Helena Farias Santiago Araújo</i>	186
10 Custos de Procedimentos de Enfermagem em Cirurgia Geral em um Hospital da Rede Municipal	
<i>Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão</i>	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	206
11 Custos de Procedimentos de Enfermagem em Cirurgia Traumatológica em um Hospital da Rede Municipal	
<i>Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão</i>	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	225
12 Avaliação Sistêmica de um Programa de Atendimento Domiciliar: Enfoque Metodológico no Processo Saúde Doença	
<i>José Roberto Alves da Costa</i>	
<i>Dione Bezerra de Barros</i>	
<i>Josefa Vieira de Lima</i>	246
PARTE IV PROJETOS EM ECONOMIA DA SAÚDE	269
13 Célula Economia da Saúde no Novo Modelo de Gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará: Organização e Perspectivas	
<i>Maria Helena Lima Sousa</i>	
<i>Juan Eduardo Tello</i>	271
14 Sumário de Projeto de Captação de Recursos para Curso de Especialização em Economia da Saúde	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	295

15 Proposta de um Curso de Educação Nutricional em Diabetes: Uma Análise Custo-Efetividade	305
<i>Christiane Piñeda Zanella</i>	
<i>Helena Alves de Carvalho Sampaio</i>	
16 Educação para o Controle Metabólico em Diabetes Mellitus	
<i>Maruska Dias Soares</i>	
<i>Helena Alves de Carvalho Sampaio</i>	315
PARTE V FARMACOECONOMIA	327
17 Genéricos Sim Senhor! Por Que Não?	
<i>Laína Maíza dos Santos Sobral</i>	
<i>Maria Eneida Porto Fernandes</i>	329
18 A oferta de medicamentos no Estado do Ceará: Balanço e Perspectivas	
<i>Daniel Marques Mota</i>	
<i>Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	
<i>Vicente Ortún Rúbio</i>	345

APRESENTAÇÃO

A aplicação da economia à saúde ou economia da saúde tem por objetivo quantificar por períodos de tempo os recursos empregados na prestação de serviços de saúde, sua organização e financiamento, à eficiência com que se alocam e utilizam esses recursos para fins sanitários, e os efeitos dos serviços de saúde para a previsão, a cura e a reabilitação na produtividade individual e nacional.

Como área de conhecimento, a Economia da Saúde está fortemente consolidada na maioria dos países desenvolvidos, e, dada a sua importância para o Setor Saúde, a Organização Mundial da Saúde tem promovido o seu uso e estimulado a sua adoção para orientar as políticas de saúde nos países em desenvolvimento e naqueles ainda subdesenvolvidos.

No Brasil, até os anos oitenta, esse campo de atuação brotou de forma focal em algumas instituições universitárias, como USP, ENSP, UFBA e UECE, contudo, na presente década, com a criação da ABRÉS - Associação Brasileira de Economia da Saúde, foi possível congregiar os principais interessados no assunto e esforços têm sido consolidados no intuito de organizar eventos científicos e de promover a publicação de material especializado, significando grande impulso à divulgação de Economia da Saúde neste país.

No Ceará, a UECE instituiu a disciplina de Economia da Saúde nos Cursos de Especialização em Planejamento em Saúde ofertados na década de oitenta, e implantou-a como disciplina obrigatória do seu Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP), iniciado em 1994 e ministrada ininterruptamente até o presente. Aliás, ressalte-se que no CMASP três dissertações defendidas versaram sobre Economia da Saúde e outras duas na mesma temática estão em curso.

A UECE criou o Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde, sendo um dos poucos existentes no Brasil que está devidamente registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq – versão 4.0. É um grupo que tem por finalidade precípua integrar a equipe interdisciplinar no contexto da Economia da Saúde e propiciar condições para um desenvolvimento harmônico, entre pesquisadores,

estudantes pós-graduação “*lato sensu*” e “*stricto sensu*” e outros profissionais de saúde, bem como desenvolver o senso crítico do alunado, a fim de atuar na prática dentro de uma visão abrangente (social, política e cultural) das inter-relações entre Economia e Saúde no processo saúde-doença.

A coletânea, aqui enfeixada, agrega textos conceituais e metodológicos da Economia da Saúde, cobrindo aspectos de grande abrangência e de amplo interesse, redigidos por docentes, discentes e egressos do CMAPS, e por alguns convidados, configurando uma amostra representativa da produção intelectual cearense e demonstrativa da posição de vanguarda do Estado do Ceará na área de Economia da Saúde em nosso país.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

“O orçamento nacional deve ser equilibrado.

As dívidas públicas devem ser reduzidas e a arrogância das autoridades deve ser moderada e controlada.

Os pagamentos a governos estrangeiros devem ser reduzidos, se a nação não quiser ir à falência.

As pessoas devem novamente apender a trabalhar em vez de viver por conta pública”.

Marcus Tullius Cicero
(Roma, 55 a.C.)

AUTORES

Adriana Cristina de Souza Melzer – Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Alcides da Silva Miranda – Médico. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutorando em Epidemiologia pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Araci Diógenes Braga – Assistente Social. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Christiane Piñeda Zanella – Nutricionista. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Daniel Marques Mota – Farmacêutico-Bioquímico. Mestre em Bioquímica. Mestre em Economia da Saúde e Gestão Sanitária da Universidade Pompeu Fabra. Professor da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Dilma Lucena de Oliveira – Médica. Mestra em Saúde Pública pela UECE.

Dione Bezerra de Barros – Assistente Social. Diretora Técnica do Hospital de Messejana.

Francisca Lúcia Nunes de Arruda – Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Francisco Horácio da Silva Frota – Sociólogo. Doutor em Sociologia. Coordenador do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade da UECE.

Helena Alves de Carvalho Sampaio – Nutricionista. Doutora em Farmacologia. Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão – Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Professora Substituta da UECE.

João Bosco Feitosa dos Santos – Economista. Doutor em Sociologia. Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

José Roberto Alves da Costa – Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental Coletiva. Mestrando em Saúde Pública da UECE.

Josefa Vieira de Lima – Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da UECE; Doutora em Enfermagem.

Juan Eduardo Tello – Economista. Doutorando em Saúde Pública na Universidade de Roma La Sapienza. Pesquisador do Institute Superiore de Sanità da Itália.

Láina Maiza dos Santos Sobral – Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Leilane Riedmiller Mendes – Economista. Mestre em Economia pela UFC. Técnica Secretaria da Saúde de Sobral.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva – Médico e economista. Doutor em Saúde Pública. Coordenador do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Maria Eneida Porto Fernandes – Farmacêutica e administradora. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Farmacêutica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Professora da UFC.

Maria Geiza de Sousa Albuquerque – Enfermeira. Especialista em Sistemas Locais de Saúde.

Maria Helena Lima Sousa – Economista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Gerente da Célula Economia da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Maria Salete Bessa Jorge – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Maruska Dias Soares – Nutricionista. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Milena de Araújo Bastos – Terapeuta ocupacional. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Paulo César de Almeida – Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Regina Heloísa Maciel – Psicóloga. Doutora em Ergonomia, Professora do Mestrado em saúde Pública da UECE.

Selene Regina Mazza – Psicóloga. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Suzane Helena Farias Santiago Araújo – Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública da UECE.

Vera Lúcia de Azevedo Dantas – Médica. Mestre em Saúde Pública pela UECE.

Vera Maria Câmara Coelho – Economista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Gerente da Célula Políticas e Planejamento Estratégico (CEPPE) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Vicente Ortún Rúbio – Mestre em Ciências Empresariais. Doutor em Economia. Professor da Universidade Pompeu Fabra de Barcelona.

PARTE I

**TÓPICOS CONCEITUAIS EM
ECONOMIA DA SAÚDE**

1 Equidade na Saúde: Alguns Aspectos Conceituais para Reflexão Sobre o Tema

*Selene Regina Mazza
Maria Salete Bessa Jorge*

1 Introdução

O mundo inteiro vem sofrendo grandes transformações econômicas que repercutem de forma intensa em todos os países. O Brasil, como um país em busca de seu desenvolvimento não tem ficado imune a estas transformações, sendo muitas vezes “ferido” intensamente, depauperando ainda mais uma economia cambiante e desprovida de políticas sociais que salvaguardem os menos favorecidos. Áreas como a educação, saúde e habitação continuam como metas a serem desenvolvidas a longo prazo e sujeitas a modificações eternas a cada mudança política na esfera de governo.

Discorrer sobre a economia de um país é, também, falar sobre sua política social e vice-versa, ou seja, não há como discutir uma sem a outra.

[...] o pensamento econômico relacionado à dinâmica das finanças públicas tem sido de grande importância para a determinação das formas de financiamento das políticas sociais e, particularmente, da saúde, seja no sentido da busca de bases fiscais adequadas ao financiamento dessas políticas, seja no sentido de determinar os parâmetros para a elaboração do orçamento e as atividades que cabem efetivamente ao Estado nesse campo. (MEDICI, 1995, p.24)

No campo da saúde isto tem se tornado cada vez mais claro. Hoje a questão paira em torno não só de investimentos financeiros mas também em projetos políticos eficientes, eficazes e realmente efetivos.

Dessa forma, acredita-se que o progresso econômico de um país está diretamente relacionado ao seu desenvolvimento social e

isto significa, em parte (a outra parte estaria voltada para a educação), à qualidade de saúde de sua população, que por sua vez, envolve programas de assistência integral e de prevenção, através de seus serviços e sistemas de saúde, conforme coloca SILVA (1999, p. 459):

Na medida em que o aprimoramento das condições de saúde exerce um influência importante no desenvolvimento econômico, os serviços de saúde podem produzir também benefícios indiretos para o desenvolvimento.

O assunto se torna amplo em sua totalidade, por isso irá se discorrer e correlacionar temas como demanda e oferta, necessidades de saúde, atribuição de prioridades e distribuição de recursos, com o propósito de ampliar a compreensão sobre o conceito de equidade na saúde.

Ao explicar sobre isto, é esperado que se acrescente algumas reflexões sobre como este conceito pode apresentar diversas formas de compreendê-lo quando inserido no contexto da assistência à saúde, e aqui caberá mais uma (entre muitas) forma de perceber a sua significância.

2. Revisitando a Literatura

- ***2.1 A demanda e a oferta na definição de um “mercado” de assistência à saúde***
- *Assistência à saúde*

Na assistência à saúde, o bem-estar das pessoas torna-se o principal objeto de demanda e oferta dos serviços e sistemas de saúde, ou seja, os cuidados à saúde dos indivíduos tornam-se os principais bens de consumo.

A medição do valor destes cuidados envolve uma perspectiva subjetiva individual (a partir da concepção do próprio sujeito que “recebe” o produto) e uma coletiva (onde os parâmetros são generalistas e teóricos) e uma outra perspectiva que adentra o campo da economia da saúde, aqui entendida como aquela que quantifica e avalia, em uma certa temporalidade/periodicidade, os recursos

empregados para a organização, financiamento e prestação de serviços de saúde, com vistas à eficiência, eficácia e efetividade destes (SILVA, 1999). É definida por CEBRIAN (apud SILVA, 1999, p. 458) como:

Especialidade de recente surgimento dentro dos estudos econômicos, dedicada a investigação, estudo, métodos de medição, racionalização e sistema de análises das atividades relacionadas com financiamento, produção, distribuição, e consumo dos bens e serviços que satisfazem necessidades sanitárias e de saúde, sob os princípios normativos da eficiência e da equidade.

Na perspectiva subjetiva individual os cuidados à saúde são percebidos a partir das próprias representações que as pessoas envolvidas fazem do processo de saúde-doença. Isto significa que serão construídas de acordo com o espaço social e cultural as quais estão inseridas o que trará grandes diferenciações de uma região para a outra. A perspectiva coletiva tem ao contrário uma base coletiva de referência, que pode ser expressa através de regionalizações de contextos culturais e/ou sociais semelhantes e que se generalizam e fundamentam amplos estudos teóricos.

As duas perspectivas anteriores são importantes do ponto de vista político mas pouco consideradas quando vistas sobre o prisma econômico, que abrange custos, benefícios e valor de utilização.

A perspectiva do ponto de vista da economia da saúde será o principal referencial de discussão neste trabalho.

- *Mercado*

Se entende por mercado, a relação constituída entre a oferta e a procura de bens de consumo. Na área da saúde, o intercâmbio dos bens de consumo (cuidados a saúde) e a pessoa interessada pelo produto (doente/usuário), ocorre nos serviços de saúde (instituição), que aqui será entendido conforme definição de ARAÚJO (1977, p.98), ou seja, "[...] as ações ou procedimentos que tem como principal objetivo a promoção, a conservação ou recuperação da saúde daqueles que deles se beneficiam".

Os serviços de saúde apresentam comportamentos peculiares no oferecimento dos cuidados à saúde se visualizados dentro das leis de mercado (SILVA, 1999). Isto torna mais difícil se construir, no

campo econômico, um perfil de oferta de serviços de saúde, pois exige uma compreensão que ultrapassa os moldes já definidos pelo sistema econômico. Ele também apresenta duas variáveis que o distingue em termos de produção, ou seja, o setor privado e o setor público, onde ambos se apresentam com comportamentos diferentes em relação a demanda e oferta.

MATIAS (1995) coloca não haver uma homogeneidade nos cuidados à saúde e sim um consumo eventual interdependente onde se destacam “vários mercados”¹ formados pelos diversos serviços prestados, mas que apesar desta diversidade se torna um bem indivisível, o que determina situações de consumos seqüenciais (em cadeia) interdependentes uma das outras.

O conhecimento a respeito do produto que se quer, torna-se fator principal na definição deste mercado. Isto não é uma questão muito simples na área da saúde, primeiro porque é complexo o processo de informações sobre os serviços; segundo pois irão se diferenciar em termos dos setores privado e público e terceiro porque ao nível ético não é indicado o oferecimento do produto.

No que se refere ao complexo processo de informação, MATIAS (1995, p. 15) salienta que:

O mercado de cuidados de saúde tem então uma característica muito particular que o diferencia de outros mercados de bens e serviços: um dos agentes em presença – o agente da oferta – [profissional de saúde] dispõe indubitavelmente de mais informação do que o agente da procura [doente/usuário], o que leva a que o encontro destes 2 agentes no mercado resulte num equilíbrio instável, em que quer o preço quer a quantidade podem ser influenciados pela oferta.

Isto leva a crer que quando se fala em setor privado a determinação do valor é unilateral, cabendo a um dos lados (quase sempre o profissional de saúde) a determinação do preço de forma indiscriminada², enquanto que no setor público os preços são

¹ Estes mercados aparecem como as diversas terapêuticas oferecidas em uma situação específica (agravo ou prevenção à saúde) a uma mesma pessoa, e que necessitam ser interdependentes como por exemplo: análises de laboratório, exames radiológicos, fisioterapia, enfermagem etc.

² Ou seja, “paga quem pode” , fazendo com que as variações não tenham critérios muito bem definidos para a imposição do preço.

tabelados (muitas vezes abaixo do que deveria ser), fator decisivo quando for visto na distribuição equânime de saúde à população. Pois:

Num mercado competitivo os preços constituem [...] os sinais relevantes transmitidos a produtores e consumidores sobre a situação do mercado, sendo em função destes sinais que se processa a afectação de recursos com base na qual se organiza o processo produtivo.(MATIAS, 1995, p. 15)

Isto aponta para características peculiares no que refere à demanda e oferta nos serviços de saúde.

- *Oferta e demanda*

A oferta algumas vezes é definida pela demanda, e mesmo quando algo novo é proposto, supõe-se que houve uma pesquisa prévia que aponta a disposição para a aquisição de algo. A procura fundamenta a necessidade de se ter. Isto fica muito claro quando o bem de consumo não são os cuidados à saúde, pois nos serviços de saúde a oferta irá estar entrelaçada a diversos interesses e fatores e a demanda pode não ser o requisito principal.

Estes fatores muitas vezes descrevem interesses de terceiros que não condizem com a realidade que está sendo vivenciada e até claramente exposta, ou seja, o que se precisa e o que se quer não é muito considerado, pois e se acrescenta a este desconhecimento não saber o que ele pode ter³.

[...] falta ao cidadão médio o conhecimento necessário para julgar a necessidade que se tem de um determinado serviço de saúde, mais ainda, de avaliar a quantidade dos serviços de que precisa ou a qualidade e a eficiência (ou eficácia) dos serviços que recebe. (ARAÚJO, 1977, p.101)

Na área da saúde muitas vezes a oferta de serviços de saúde está relacionada às preferências individuais dos profissionais envolvidos, determinando visões unilaterais que podem não

³ Vale ressaltar que em decorrência deste desconhecimento o doente/usuário delega ao profissional de saúde a decisão do que consumir.

corresponder à procura que está sendo feita, o que ocasiona um sub- aproveitamento dos recursos alterando a relação custo-benefício.

Como na oferta, o conceito de demanda também apresenta características econômicas⁴, que na sua interseção com a saúde, expõe algumas distinções funcionais no que se refere a renda individual, preços e importância (atribuída pelos usuários) dos serviços (ARAÚJO, 1977).

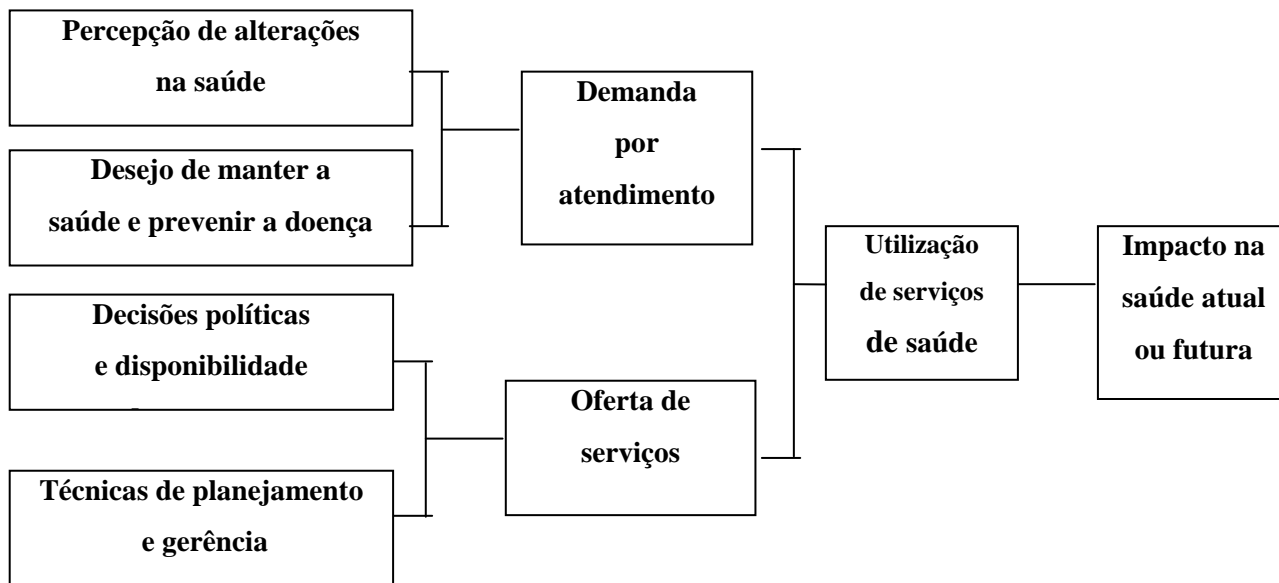
A demanda aos serviços de saúde pode ser expressa de forma efetiva através da procura espontânea, porém como salienta ARAÚJO (1977, p. 99):

O fundamental é distinguir que há serviços de saúde, para os quais existe uma demanda traduzida pela procura espontânea e pela capacidade de pagar, e há outros serviços para os quais, num determinado contexto socioeconômico, essa demanda não é manifesta.

Para se compreender melhor o que foi exposto acima sobre oferta e demanda, PEREIRA (1995) apresenta através do diagrama seguinte (Fig. 1) uma síntese de como estes dois conceitos se interrelacionam na saúde:

⁴ Duarte de Araújo cita o conceito de demanda segundo Castro e Lessa (Castro, A.B. e Lessa, C. F. **Introdução à economia**. Rio de Janeiro, Forense, 1967. P.29) como “o volume de bens e serviços que a comunidade está disposta a adquirir a determinados preços”.

Fig. 1 - Diagrama mostrando as relações entre as necessidades de saúde e o processo de atendimento



Fonte: PEREIRA (1995) - Epidemiologia: teoria e prática, p.514.

Ele aponta como elementos fundamentais para a definição da demanda e da oferta as necessidades individuais e os fatores que determinam o oferecimento de serviços de saúde (políticas, recursos e estrutura técnica).

Vale ressaltar que demanda é diferente de necessidade, esta é mais ampla e varia conforme o contexto socioeconômico-cultural e o nível de percepção dos indivíduos (ARAÚJO, 1977), e PEREIRA (1995, p. 524) também coloca que a demanda [...] É a necessidade que se transforma em ação [e] ...está relacionada tanto à necessidade como a oferta.

2.2 Necessidades em Saúde e suas Prioridades

Nos serviços de saúde o conceito de necessidade se restringe a dois pontos básico, um primeiro que se refere a existência mínima de serviços que são considerados essenciais e indispensáveis à sociedade e um segundo que diz respeito a idéia de direito a saúde à população (ARAÚJO, 1977).

No âmbito da Saúde Pública (onde o cenário é mais amplo), as necessidades extrapolam o campo da percepção individual passando pelos interesses e concepções técnicas e profissionais até chegar [...] ao aumento artificial das necessidades de serviços de saúde para atender aos interesses da indústria produtora [grifo nosso] desses serviços em busca da ampliação do seu mercado" (ARAÚJO, 1977, p.102). PEREIRA (1995) também coloca que a oferta na área da saúde, que deveria ser determinada pelas necessidades reais da população, e que acabam ficando distorcida em decorrência dos interesses financeiros envolvidos (indústria farmacêutica, alta tecnologia etc.). Estes interesses predominam na definição da distribuição de recursos e conseqüentemente na produção do mercado de saúde, ou seja, nos serviços de saúde.

Em linhas gerais, percebe-se que uma parte das necessidades acaba se transformando em demanda e outra não, esta última em decorrência da não existência de serviços de saúde disponíveis ou porque estão sub aproveitados. E mesmo no primeiro caso, onde há geração de demanda, ainda pode ocorrer a possibilidade de não haver suporte suficiente para o atendimento procurado. Um outro ponto que não pode deixar de ser colocado, é que muitas vezes a oferta

supera as necessidades percebidas o que leva ao desperdício de recursos que poderiam ser alocados de outra forma.

2.3 Distribuição de recursos

Uma das maiores questões que envolve as políticas sociais atualmente, é referente aos recursos que devem ser concedidos para a assistência à saúde. Foi nos últimos cinquenta anos que o volume destes recursos ficou a cargo do Estado, conforme salienta MEDICI (1995, p.23): "[...] somente após a II Guerra Mundial, quando a política social deixa de ser calcada no universo do trabalho para se tornar universal, isto é, estendida a todos enquanto atributo da cidadania". Isto causou um aumento destacado na proporção do PIB destinado à saúde.

O modelo de assistência à saúde utilizado no Brasil, desde a Constituição de 1988, é universalista e isto significa, em termos de financiamento da saúde, que a obtenção de recursos é incumbência do Estado¹, fazendo parte das suas funções gerais (MEDICI, 1995). Segundo Fourastié (*apud* COHEN; FRANCO, 1993, p.54),

Um problema central das decisões públicas consiste em que os recursos sempre são escassos para satisfazer as necessidades existentes. Sua alocação a determinados objetivos implica, em todos os casos, sacrificar outros.

Os recursos que devem, por sua vez, serem destinados as políticas de saúde, advêm basicamente da arrecadação fiscal e das contribuições sociais². A arrecadação fiscal é proveniente de

¹ Constituição Federal (art. 195): A seguridade social [envolve a saúde, a previdência e a assistência social] será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; II - dos trabalhadores; III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

² “No Brasil convencionou-se chamar de contribuições sociais os impostos, taxas ou outras formas de arrecadação que são vinculadas ao uso dos recursos com políticas sociais.” , provenientes de salários ou lucros das empresas (MEDICI, 1995, p. 36)

impostos (tributação de base direta e indireta)³. Esta forma de arrecadação apresenta desvantagens no que refere a financiamento a saúde. A desvantagem é que, no Brasil, a possibilidade, no imposto de renda, de descontos referentes ao consumo de serviços de saúde privados possibilita a queda da arrecadação e conseqüentemente a diminuição de recursos que poderiam ser direcionados às políticas de saúde, ou seja, "[...] a perda de capacidade de o Estado usar tais recursos com políticas redistributivas". (MEDICI, 1995, p.35). Este fato, vem a favorecer as pessoas com melhor situação financeira, as mais ricas. Isto ocorre porque no modelo brasileiro de assistência à saúde, apesar de ser universal, permite a opção de um sistema supletivo privado de cuidados à saúde, que como foi falado a pouco, diminui a capacidade de assistência equânime, pois se direciona para um segmento populacional de renda mais alta e conseqüentemente compromete a arrecadação de recursos financeiros para sustentar o sistema de saúde como um todo, visto que "[...] a dedução de despesas médicas do imposto de renda pelas pessoas físicas representa uma forma de subsídio público ao financiamento da atenção privada" (FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 184).

É importante também esclarecer que além da arrecadação de recursos, há um outro grande problema na saúde referente a capacidade de abrangência destes recursos. PEREIRA (1995, p. 527) assinala que "[...] um dos problemas com que se defrontam os planejadores de saúde é o de aumentar a oferta, tornando-a mais abrangente, mesmo com os recursos financeiros que são habitualmente alocados ao setor".

2.4 Equidade

- *Políticas sociais*

As políticas sociais devem estabelecer como suas maiores prioridades a nutrição, a educação e a saúde da população a ser atendida, e para tanto precisam ter uma utilização eficiente dos recursos disponíveis.

³ MEDICI (1995) classifica as formas de tributação em duas bases: as **diretas** advindas de impostos de renda, sobre heranças, etc.; e as **indiretas** que decorrem da tributação sobre produção, circulação e consumo de mercadorias

COHEN & FRANCO (1993, p. 22) colocam que "[...] a política social tem como princípio orientador, inalienável, a procura da equidade". Eles destacam três tipos de políticas sociais⁴:

As assistenciais: são políticas paliativas conduzidas pelo princípio de equidade e que buscam aumentar a proporção de consumo de uma população;

As de investimento em recursos humanos: visam suprir as necessidades da clientela sem deixar de assegurar às demandas da sociedade, são políticas de médio e longo prazo;

As de atividades promocionais: a ênfase está no objetivo social que um determinado programa pode ter.

Para que isto ocorra, no campo da saúde, é necessário que as políticas sociais observem determinados aspectos. O primeiro se refere à eficácia na distribuição dos recursos financeiros investidos, mediante a aplicação de critérios racionais que focalizem objetivos reais a serem atingidos a partir de embasamento técnico plausível. O segundo aspecto abrange os serviços de saúde, que precisam observar, planejar e organizar a oferta e a demanda como pontos principais para o alcance da equidade. E por último, compreender que nenhuma política alcançará o efeito desejado se a população alvo não tiver acesso ao que está sendo oferecido.

- *Serviços de saúde*

Os serviços de saúde são referências para a determinação da qualidade e melhora de saúde de uma população e a eles estão atrelados os principais elementos de distribuição de assistência à saúde, o que o torna um sistema altamente complexo e básico para qualquer discussão sobre equidade em saúde. Desse modo, PEREIRA (1995, p. 515) classifica-os em dois grupos:

“1. À prestação de assistência direta à saúde das pessoas (em hospitais, centros de saúde, consultórios, etc.) ou 2. Às ações sobre o meio ambiente, a fim de controlar os fatores que exercem efeitos prejudiciais à saúde (por exemplo, o saneamento da água de abastecimento e de esgotos).

⁴ Os autores irão discutir estes três tipos, em função dos seus objetivos, a partir dos conceitos de equidade e eficiência.

Os serviços de saúde podem ser aqui entendidos conforme TEIXEIRA & PAIM (1994, p.19) apresentam:

[...] como a condensação material de um conjunto de unidades de produção de serviços que se dispõem no território, isto é, se distribuem espacialmente de acordo com os interesses do mercado ou em função de pressões políticas e/ou necessidades de grupos populacionais.

E "[...] se caracterizam por estarem voltados a atender às necessidades sociais de saúde, parte das quais se expressam como demanda individual, espontânea, ou como demanda coletiva ao consumo de serviços". (TEIXEIRA; PAIM, 1994, p.21)

O modelo de prestação de Serviços vigente atualmente é o que foi instituído com a definição do Sistema Único de Saúde através da Constituição Federal de 1988 e que tem como um dos pontos principais a atenção integral à saúde a partir do acesso universal e igualitário.

- *Acesso*

Equidade e acesso são dois temas, quando se fala a respeito de assistência à saúde, que estão muito relacionados entre si, havendo uma concordância quando se discorre sobre o conceito de equidade em saúde que ela:

[...] deva ser enfocada em termos de acesso a bens e serviços; ou seja, para assegurar a equidade, o acesso das pessoas a bens e serviços de saúde de boa qualidade tem de estar garantido. Assim, a acessibilidade é fundamental, para que a equidade seja concretizada (PEREIRA,1995, p. 522).

Portanto se pode definir acesso em saúde como: "[...] garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza" (PEREIRA, 1995, p. 522).

Este princípio é ponto chave nas discussões sobre toda a organização dos sistemas de saúde, pois desde a promulgação na Constituição de 1988 é incumbência do Estado o acesso universal e

igualitário aos serviços e ações de saúde (FLEURY; GIOVANELLA, 1996). As autoras também apresentam⁵ varias definições a cerca do conceito de acesso e partir deles apresenta alguns modelos teóricos que surgem destas conceituações sobre acesso, ou seja, um *economicista*, um *sanitarista-planificador*, um *sanitarista-politicista* e por último um modelo das *representações sociais*.

O modelo *economicista* enfoca o padrão de consumo através da relação entre oferta e demanda, que "[...] são medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundo do universo familiar". (FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 191). Sendo que este padrão de consumo é configurado através das práticas oferecidas pelo Estado, da demanda que surge a partir de um possível aspecto da oferta criando necessidades adquiridas através da criação de bens e serviços, e a representação social sobre a gravidade da patologia. (FLEURY; GIOVANELLA, 1996).

O segundo modelo, *sanitarista-planificador*, se caracteriza "[...] pela possibilidade de consumo garantida através da distribuição planejada de recursos da rede de serviços, conforme consta de documento do Ministério da Saúde [...]" (FLEURY; GIOVANELLA, 1996, p. 192), ou seja, esta rede de serviços deve ser planejada pelo Estado garantindo localização adequada, disponibilidade e funcionabilidade dos serviços de acordo com a demanda, enquanto o modelo *sanitarista-politicista* enfoca a idéia da tomada de consciência sanitária por parte da população, o que a levaria a determinar a sua participação na construção e na organização das práticas médicas E por fim, o último modelo, o das *representações sociais*, que apresenta uma dimensão simbólica a respeito da atenção e ao sistema de saúde (FLEURY; GIOVANELLA, 1996).

A apresentação destes modelos se torna relevante, pois demonstra diversos caminhos que um conceito relacionado a políticas de saúde pode engendrar; portanto visões distintas a respeito do acesso aos serviços de saúde que podem servir de

⁵ Vide capítulo: Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

referências para outras discussões, principalmente sobre equidade., pois:

Enquanto conjunto de práticas de saúde, a organização social dos serviços de saúde revela, a existência de interesses distintos, de caráter econômico e político ideológico, entre grupos e classes sociais nas sociedades modernas, que explicam as desigualdades no acesso da população ao consumo de serviços e as grandes diferenças entre os serviços, as redes de serviços, e as instituições que compõem o sistema de saúde. (TEIXEIRA; PAIM, 1994, p.22)

A razão do não acesso aos serviços de saúde implica diretamente a busca de equidade em saúde, seja esta razão econômica ou política.

- *Equidade: algumas definições e suas inter-relações*

A equidade está entre um dos principais atributos no que se refere às práticas e à organização social da saúde, referente a disponibilidade e distribuição social de recursos conjuntamente com cobertura e acessibilidade em saúde. (SILVA; FORMIGLI, 1994). Isto indica um direcionamento na construção do que representa a equidade na área da saúde uma vez que ela está articulada aos princípios de igualdade e universalidade.

Fundamentada nestes princípios a equidade pode ser contextualizada de dois aspectos distintos, a equidade horizontal e a equidade vertical. A primeira é entendida como aquela que objetiva tratar iguais de forma igual, ou seja, a cada grupo de iguais deve se dar a todos tratamento igualitário. A segunda enfoca a desigualdade, impondo tratamento diferenciado para os mais desfavorecidos, estabelecendo como prioridade a inclusão dos excluídos. JARDANOVSKI & GUIMARÃES (1994, p.12) discutem estes aspectos a partir da questão das necessidades individuais, considerando os da seguinte forma:

A dimensão intra-necessidade reflete a noção de equidade horizontal, ou seja, pretende-se identificar e tratar igualmente indivíduos com a mesma necessidade de saúde. A dimensão inter-necessidades

[...] busca o tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em necessidades de saúde distintas, e denomina-se equidade vertical.

Apesar da importância destes dois aspectos para a compreensão do próprio conceito de equidade e de suas implicações na construção de políticas sociais, aqui será considerado a equidade no sua definição ampla conforme resume GIOVANELLA *et al.* (1996, p.16):

A definição operacional de equidade assumida pela Organização Mundial da Saúde - OMS incorpora como princípio de igualdade, a igualdade de oportunidades. Equidade concerne à criação de iguais oportunidades em saúde. À possibilidade de todos terem uma justa oportunidade de realizar o seu potencial de saúde.

TRAVASSOS (1997) pontua que existem diferenças entre equidade em saúde e no uso e consumo de serviços de saúde, sendo que a primeira se refere as desigualdades no adoecer e morrer e as desigualdades sociais enquanto que a segunda relaciona-se às políticas de saúde onde estas são um reflexo da efetividade ou não das ações de saúde. A autora ainda acrescenta que:

A influência do social no adoecer resulta no fato de os grupos sociais apresentarem demanda diferenciada aos serviços de saúde diferenciada, em termos de volume e tipo de problema. Essas diferenças precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços quando se busca construir um sistema de saúde mais equânime (TRAVASSOS, 1997, p. 327).

Isto se torna fator relevante pois salienta o envolvimento da questão da equidade com definições de políticas sejam elas econômicas ou sociais, visto que está diretamente relacionada à igualdade de oportunidades em saúde, ou seja, a possibilidade de igualdade de acesso aos serviços de saúde, que por sua vez, deve ser pautado por critérios voltados para as necessidades básicas da população.

PEREIRA (1995, p. 522) considera que a "[...] equidade deveria ser uma característica da oferta dos serviços de saúde. Ela diz respeito à igualdade de oportunidades no acesso à saúde e, como tal, é um direito de todo cidadão”, um direito, determinado pela Constituição Federal, através do artigo 196⁶.

A dimensão deste artigo constitucional assume grande relevância ao se discutir a igualdade e a universalidade no uso e consumo de serviços de saúde, pois define a estruturação financeira que deve ser atribuída a distribuição de recursos no sistema de saúde, pois conforme destaca DODGE (1997, p. 79):

A constituição reservou receita própria ao Sistema Único de Saúde, como parte integrante da seguridade social, a constar de orçamento próprio, distinto do orçamento fiscal, e a contar com fontes adicionais que assegurassem a existência e suficiência dos recursos [grifo nosso].

Apesar disto o que se percebe, é que mesmo com este direito estabelecido na Constituição, na prática ele não é suficiente para assegurar oportunidades e condições acessíveis e equânimes de assistência à saúde para a maioria da população brasileira.

Sabe-se que as diferenças geográficas implicam variações de financiamento e proposições de políticas equânimes devido a complexidade da rede de serviços que cada região impõe, o que ocasiona a instituição de metas e prioridades de acordo com os fatores sociais, econômicos e culturais que cada região apresenta.

O princípio da equidade é pautado em valores (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1994), sejam estes econômicos ou sociais. E é a partir destes valores, que o princípio da equidade na assistência à saúde deve buscar propor a promoção de um padrão igualitário para todos no oferecimento dos serviços de saúde, ou seja oferecer bens adequados de acordo com o padrão de consumidores que o mercado aponta, visto que

⁶ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988).

A distribuição de iguais quantidades de serviços a todos pode ser não eqüitativa pois as necessidades dos vários grupos são desiguais e portanto os recursos requeridos para obter uma utilização adequada segundo necessidades de cada grupo são diferentes. (GIOVANELLA et al., 1996, p. 19)

E ressaltando também que:

A teoria igualitária presente na Constituição brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que serviços de saúde devem ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um (TRAVASSOS, 1997, p. 327).

Portanto, deveria ser levado em consideração que a compreensão do princípio de eqüidade na saúde abarca pontos de participação individual mas para que ele realmente seja efetivado é necessário uma ação política.

3 Considerações Finais

A todo momento soluções são propostas para se resolver a crise financeira que impera na saúde (e em todo o país) e que compromete todo o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde. A complexidade crescente da justiça distributiva de assistência a saúde impõem urgência na diminuição das iniquidades na área da saúde, principalmente as que se referem à distribuição e consumo de serviços da saúde.

Ter um mesmo nível de saúde para todos é difícil, porque entram em jogo componentes biológicos, psicológicos, sociais e culturais que irão determinar diferenças entre indivíduos e que por sua vez irão ter processos distintos no que se refere ao processo saúde/doença. O que se quer salientar é o quanto os serviços de saúde estão a disposição para que estes indivíduos possam ter suporte neste processo pessoal. Não se tem como interferir na individualidade de cada um, o que se pode fazer é simplesmente poder dar a chance de participar deste processo oferecendo acesso igualitário a todos, dar a oportunidade.

A distribuição de recursos na saúde apresenta-se como o maior entrave para isto, normalmente os que mais necessitam são os

que menos têm, mais isto não significa que se deve dar atenção diferenciada aos desiguais, pois isto quebra o próprio princípio da equidade. Concorde-se plenamente com a proposição de GIOVANELLA *et al.* (1996, p. 21) que coloca que "A consolidação dos direitos de cidadania no país supõe uma nova articulação entre políticas econômicas e sociais promotoras de uma efetiva redistribuição de renda", ou seja, atrela ao crescimento econômico o desenvolvimento social equânime.

Para tanto, é importante que se promovam políticas que observem as necessidades reais de cuidados à saúde, que englobem tanto as perspectivas individuais e coletivas de assistência à saúde, quanto a perspectiva que adentra o campo da economia da saúde, para que a relação constituída entre a oferta (serviços de saúde) e a procura de bens de consumo (cuidados à saúde) sejam realmente aplicados de forma igualitária.

Sabe-se da dificuldade de se construir um perfil de oferta de serviços de saúde nos moldes do sistema econômico por causa dos "vários mercados" que o sistema de saúde impõe e das diferenças geográficas e regionais. Porém, se o sistema de informações entre usuários e serviços de saúde (através dos profissionais envolvidos) ocorrer efetivamente, a relação entre demanda e oferta de cuidados de saúde se apresentará mais clara, ou seja, a relação entre percepção e desejo de saúde do usuário e planejamento de recursos assomado a decisão política poderá implicar uma melhor utilização dos serviços.

Lógico que isto exige uma compreensão que ultrapassa os moldes já definidos, onde os conceitos de demanda e de oferta participam, na área da saúde, do intercâmbio dos bens de consumo que ocorrem nos serviços de saúde e que isto está muito distante da realidade atual e além do mais "[...] não é fácil encontrar soluções em um contexto em que aumentam tanto as necessidades sociais como as demandas organizadas" (COHEN; FRANCO, 1993, p. 29), contudo,

Nem sempre o que é viável é oportuno, ou seja, é preciso situar a ação em um processo histórico, numa dinâmica social, cultural e política, pois uma ação viável pode não ter aceitação por parte dos sujeitos em razão de sua cultura ou religião (FALEIROS, 1997, p.36)

4 Referências

- ARAÚJO, J.D. de. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. **R. Adm. Públ.**, Rio de Janeiro, 11(3): 97-109, jul/set, 1977.
- COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- COHN, A. *et al* . **Saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.
- DODGE, R.E.F. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça. **Bioética**, Brasília, 5(01): 77-85, 1997.
- FALEIROS, V.P. Prioridade versus escassez de recursos em saúde. **Bioética**, Brasília, 5(01): 35-40, 1997.
- FLEURY, S.; GIOVANELLA, L. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- FOURASTIE, J. La realidad económica. Buenos Aires: Emecé, 1980. Apud COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- GIOVANELLA, L. *et al*. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**; (49/50), p.13-22, dez. 1995-mar. 1996.
- JARDANOVSKI, E.; GUIMARÃES, P.C.V. Equidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. **Saúde em Debate**, (42), p.10-15, mar., 1994.
- KADT, E.; TASCA, R. **Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MATIAS, A. **O Mercado de cuidados de saúde**. Lisboa: Apes, 1995.
- MEDICI, A.C. Aspectos teóricos e conceituais do Financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S.F. & VIANA, S.M. (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SILVA, L.M.V., FORMIGLI, V.L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,10(01): 80-91, jan/mar,1994.

SILVA, M.G.C. Economia da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p. 457-72p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: **Saúde Coletiva**: textos didáticos. Salvador: Centro Ed. Didático. 1994.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.325-330, abr./jun.1997.

2 Avaliação Econômica da Saúde e Tomada de Decisão

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

“Quem deveria fazer o que para quem, com que recursos de atenção da saúde e com que relação com outros serviços de saúde?”

1 Introdução

Nos meios assistenciais está cada vez mais presente a idéia da necessidade da Avaliação Econômica como decorrência da limitação dos recursos disponíveis, que serão sempre limitados e menores do que as necessidades potenciais ou do que a demanda de intervenções sanitárias. Os serviços de saúde dispõem de uma limitada quantidade de recursos que devem ser usados segundo critérios de equidade e, por conta disso, é um imperativo ético otimizar o benefício gerado pelo emprego dos recursos.

O uso de análises epidemiológicas para determinar a eficácia e a efetividade das intervenções e das análises econômicas, que calculam a relação entre os efeitos e os custos incorridos, são instrumentos adequados para a tomada de decisões. Neste aspecto, é da maior relevância que gestores, prestadores de serviços e profissionais do setor saúde conheçam de modo suficiente os fundamentos básicos da Avaliação Econômica da Saúde para adoção dessa ferramenta em sua prática profissional.

A Avaliação Econômica da Saúde permite diminuir as arbitrariedades na tomada de decisões sobre o uso dos recursos disponíveis, configurando um instrumento essencial e indispensável para melhorar a prática em saúde e também para obter melhores resultados a um custo assumível pela comunidade.

O presente texto discorrerá sobre as medidas de efeitos para avaliação em saúde, as técnicas de avaliação econômica em saúde e suas aplicações para a tomada de decisão.

2 Medidas de Efeitos

Os efeitos considerados nos estudos de avaliação econômica podem ser classificados em duas grandes categorias: os recursos e a saúde. Os efeitos sobre os recursos são, com frequência, denominados custos, enquanto que os efeitos sobre a saúde podem ser ditos benefícios ou conseqüências. No contexto da teoria da produção, o valor monetário dos recursos denomina-se custo. Sem dúvida, os termos custo e benefício são utilizados na teoria da decisão com um significado distinto: benefício é, neste contexto, o aspecto positivo de uma eleição, aquele que se valora da opção eleita; custo é o aspecto negativo, normalmente, o benefício associado à opção não eleita e ao que se há de renunciar. Custo e benefício não estão definidos pela natureza do efeito, e sim por sua relação com o bem-estar (BADIA; ROVIRA, 1994).

Atendendo à sua natureza, os efeitos podem ser classificados em: tangíveis e intangíveis. Os efeitos *tangíveis* podem ser identificados com a utilização ou a poupança de recursos materiais (trabalho, medicamentos, serviços sanitários) enquanto que os *intangíveis* associam-se a entidades não materiais (saúde, dor, ansiedade). Alguns autores denominam efeitos tangíveis os que podem ser medidos ou quantificados e intangíveis os que não se pode medir ou quantificar. Em linhas gerais, ambos critérios coincidem: é relativamente fácil medir os efeitos sobre os recursos e bastante mais complicado medir entidades não materiais. Indubitavelmente, existem técnicas psicométricas e de outros tipos que permitem uma aproximação, de forma válida e crível, à medição de entidades, tais como a incapacidade ou a dor: Além disso, uma grande parte dos esforços e avanços realizados recentemente no campo da avaliação econômica tem se produzido no âmbito da medição da saúde. Dentre os efeitos intangíveis, pode ser útil diferenciar entre os que se integram no conceito de saúde e os que se associam a outras dimensões do bem-estar, por exemplo, o prazer de fumar ou os inconvenientes de um hospital pouco confortável ou de um trato pouco amável. Sem dúvida, segundo algumas das definições de saúde mais difundidas, como a repetidamente citada da Organização Mundial da Saúde, a saúde tende a identificar-se com um conceito muito amplo de bem-estar, posto que se define não só como a

ausência de doença, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o que elimina a anterior diferenciação entre saúde e bem-estar (BADIA; ROVIRA, 1994).

Na sua relação com o processo avaliado, pode se distinguir entre efeitos *diretos* e efeitos *indiretos*. Habitualmente, são definidos como efeitos diretos aqueles que formam parte integrante do processo que se avalia: por exemplo, os recursos sanitários utilizados em uma terapia ou o tratamento dos efeitos adversos da terapia. Na avaliação de programas de prevenção é possível definir como diretos tanto os custos da intervenção (rastreamento, imunização) como os custos de tratamento da doença objeto de prevenção. Em geral, são considerados diretos todos os efeitos associados causalmente com o processo avaliado, se bem que possam ocorrer em período de tempo mais distante da aplicação do tratamento; por exemplo, o tratamento das fraturas osteoporóticas pós-menopáusicas na avaliação da terapia hormonal substitutiva. Ao contrário, são considerados efeitos indiretos aqueles que não estão associados ao processo avaliado, e sim a um de seus efeitos: por exemplo, o gasto sanitário genérico adicional que gerará uma mulher cuja esperança de vida aumente, graças ao tratamento hormonal substitutivo, passível de evitar uma fratura de fêmur que poderia lhe ocasionar a morte. Também se denominam efeitos indiretos as variações na capacidade produtiva derivadas das mudanças que o processo avaliado produz na mortalidade e a morbidade dos indivíduos (BADIA; ROVIRA, 1994).

A valoração monetária é conduzida, preferentemente, mediante os preços de mercado dos recursos. A teoria econômica afirma que, em um mercado competitivo, o preço reflete o custo de produção, isto é, o valor dos fatores produtivos ou recursos que se requer para obtenção de uma unidade de produto. Quando existe evidência de que os mercados reais, donde se podem observar os preços, não são mercados em concorrência perfeita, será preciso realizar os ajustes adequados no preço para estimar o que prevaleceria em um mercado com aquelas características. No caso de alguns tipos de recursos, não existem mercados em que se podem observar os correspondentes preços, pelo que se requer a imputação de um preço que reflita o custo de oportunidade do recurso: por exemplo, pode-se valorar o trabalho de voluntários, a partir do que se

deveria pagar a um trabalhador assalariado que os substituísse (BADIA; ROVIRA, 1994).

Toda *avaliação econômica* é uma comparação entre opções ou cursos de ação que se derivam de eleger ditas comparações. Os efeitos de uma opção podem ser classificados segundo diversos critérios: quanto à sua relação com o bem-estar, à sua natureza, à sua relação com o processo avaliado e ao sujeito que os recebe. Segundo sua relação com o bem-estar, na classificação dos efeitos na avaliação econômica, deve-se distinguir entre os *benefícios*, que são os efeitos desejados ou que tem uma associação positiva com o bem-estar, e os *custos*, que são os efeitos não desejados ou que tem uma associação negativa com o bem-estar (BADIA; ROVIRA, 1994).

Se um tratamento não tem efeitos sobre a sobrevivência, sua efetividade há de se medir em termos de seu impacto sobre a qualidade de vida. No marco da avaliação econômica, uma medida muito utilizada é o ano de vida ajustado por qualidade (AVAQ), que permite medir os benefícios em uma escala de saúde unidimensional e expressar a eficiência em termos de custo por AVAQ. Esse tipo de análise denomina-se de *custo-utilidade*, é o tipo de análise apropriado quando as opções comparadas têm efeitos tanto sobre a sobrevivência como sobre a qualidade de vida (BADIA; ROVIRA, 1994).

AVAQ (anos de vida ajustados por qualidade de vida) é um índice que tem em conta, tanto a qualidade da vida, como a sobrevivência, como indicador da saúde (resultado sanitário). É, como mencionado, notadamente empregado em *análise de custo-utilidade*. A operação do cálculo dos AVAQs é simples: multiplica-se cada ano vivido pelo valor de utilidade do estado de saúde, isto é, os anos de vida são ajustados por um fator de qualidade quantitativo, resultado da valoração do estado de saúde (utilidade) feita na escala (BADIA; ROVIRA, 1994).

As *Medidas de Utilidade* são índices que se baseiam nas preferências reveladas ou utilidades que os indivíduos atribuem a diferentes estados de saúde. As *utilidades* são obtidas por meio de diferentes técnicas de medidas. Normalmente, a escala de medida vai de 0 (pior estado de saúde imaginável, às vezes morte) a 1 (melhor estado de saúde imaginável). Os instrumentos mais utilizados são a

matriz de Rosser & Kind, a “Quality of Well Being Scale” e o “EuroQol”. “A Escala de Bem-estar (“Quality of Well-Being Scale”) é um indicador de incapacidade e necessidade de atenção sanitária que pode ser aplicado a indivíduos ou populações com qualquer afecção. Conjuga, em um só índice, quatro atributos: mobilidade, atividade física, atividade mental e sintomas/problemas complexos. Compõe-se de 43 níveis de função e 36 sintomas complexos. Cada estado de saúde (combinação de níveis e sintomas) tem um valor que vai de 0 (morte) a 1 (bem-estar completo) que representa a utilidade alocada a um atributo de saúde. A esta utilidade pode-se adicionar um fator que represente o prognóstico de uma determinada afecção. Este índice, junto com os anos de vida, forma o índice de anos de bem-estar devidos a um tratamento ou tecnologia sanitária. Recentemente, o grupo EuroQol tem desenvolvido um instrumento genérico da QVRS que se compõe de duas partes: a primeira, é uma descrição do estado de saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidado pessoal, atividades cotidianas, dor/mal-estar, e ansiedade/depressão. Cada uma das dimensões tem três itens que definem três níveis de gravidade. No total, podem ser formados 243 estados de saúde distintos; na segunda parte, o indivíduo pontua seu estado de saúde em uma escala visual analógica que vai de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) (BADIA; ROVIRA, 1994).

3 Avaliação Econômica da Saúde

A *avaliação econômica* é o nome genérico que se dá a um conjunto de procedimentos ou técnicas de análise direcionados para avaliar os impactos de opções ou cursos de ação alternativos sobre o bem-estar da sociedade. Seu objetivo último é ajudar o decisor a fazer escolhas racionais, ou seja, a decidir, de forma coerente, com relação a determinados objetivos e restrições. Dado que o bem-estar não se pode medir diretamente, a avaliação econômica é centrada na identificação, mensuração e valoração dos efeitos que se supõe tenham uma relação direta com o bem-estar (BADIA; ROVIRA, 1994).

Avaliação Econômica é a análise comparativa de determinadas atividades, processos ou estruturas em termos dos seus

custos e conseqüências. Os principais métodos de avaliação econômica utilizados no domínio da saúde são a análise custo-benefício, a análise custo-efetividade e a análise custo-utilidade. Cada uma procura identificar, medir e comparar tanto os custos como os efeitos das alternativas em estudo. De acordo com alguns autores apenas se deverá aplicar o termo avaliação econômica quando se verificarem as seguintes condições: (i) comparação de duas ou mais alternativas; e (ii) avaliação simultânea dos custos (inputs) e conseqüências (outputs) das alternativas em estudo. Deste modo, uma análise de custos, mesmo que se reporte a vários programas de saúde, não deverá ser considerada uma avaliação econômica completa, na medida em que exclui do seu âmbito de análise as alterações no estado de saúde da população resultantes da aplicação dos programas. Também não se deverá considerar uma avaliação conjunta dos custos e resultados de um único programa como uma avaliação econômica completa. Neste caso não há qualquer comparação com outras alternativas (PEREIRA, 1995).

Avaliação econômica é um processo pelo qual os custos de programas, alternativas ou opções são comparados com suas conseqüências, em termos de melhora da saúde ou de economia de recursos. É também conhecida como estudo de rentabilidade. Engloba uma família de técnicas, incluindo análise de custo-efetividade, análise de custo-benefício e análise de custo-utilidade (MILLS; DRUMMOND, 1985).

A avaliação proporciona informação importante aos que tomam decisão, mas aborda somente uma dimensão do processo de decisão. A avaliação econômica é mais adequada, e mais útil, quando se têm, realizados, outros tipos de avaliação, que permitem responder a perguntas diferentes: a) O procedimento, serviço ou programa é útil? b) É útil na prática? e c) Chega àqueles que necessita? - questões que são correspondentemente relacionadas aos conceitos de eficácia, efetividade e equidade (DRUMMOND *et al.*, 1991).

A avaliação econômica é a análise comparativa das ações alternativas, tanto em termos de custos, como de benefícios. Seus componentes básicos são identificar, quantificar, valorar e comparar os custos e as alternativas que estão sendo considerados. Estes componentes são características de toda avaliação econômica, incluídas aquelas relacionadas com os serviços sanitários

(DRUMMOND *et al.*, 1991). A figura 1 esquematiza esses componentes, onde recursos consumidos, aferidos sob as formas de custos (C), por intermédio de um programa de atenção à saúde, cujo impacto (I) será refletido na melhoria da saúde, expressa, por sua vez, em utilidades (U) e benefícios (B).

As duas características da análise econômica (custos e benefícios) podem servir para categorizar diversas situações freqüentes na literatura sobre avaliação da atenção sanitária. O quadro 1, apresentado por DRUMMOND *et al.* (1991), torna essa classificação bastante compreensiva, considerando a resposta a duas perguntas: 1) Há comparação entre duas ou mais alternativas? e 2) São examinados tanto os custos (fatores produtivos) como os benefícios (produtos) das alternativas? - compondo uma matriz de seis caselas para situações de avaliação.

Nas caselas 1A, 1B e 2 não existe comparação entre as alternativas (está se avaliando um único serviço ou programa), ou seja, o programa ou serviço está sendo apenas *descrito*, já que a *avaliação* requer uma comparação. São considerados do programa ou serviço exclusivamente os resultados (1B) ou custos (1A), denominando-se, respectivamente, de *descrição de resultados* e *descrição de custos*; em 2 são examinados os custos e os resultados de um único programa ou serviço, configurando o tipo *descrição de custo-resultado* (Quadro 1).

A *descrição de resultados* é útil para medir eficácia ou efetividade, ao passo que a *descrição de custos* é útil para medir e comparar custos espacial ou temporalmente, porém ambos não medem a eficiência; já a *descrição de custo e resultados* é de utilidade como medida das variações temporais ou espaciais da eficiência da opção analisada (RUBIO CEBRIAN, 1995).

As caselas 3A e 3B retratam situações em que são comparadas duas ou mais alternativas, contudo custos e resultados não são estudados de forma simultânea. Em 3A somente se confrontam os resultados das alternativas - conhecida por *avaliação de eficácia ou de efetividade* - enquanto que em 3B são examinados apenas os custos, daí serem chamadas de *análise de custos*.

A *avaliação da eficácia* ou da *efetividade* são formas parciais de avaliação econômica em que somente se examinam as

conseqüências ou resultados de um projeto de inversão de natureza sanitária, obtidos a partir de condições ideais (eficácia) ou da prática (efetividade), comparando duas ou mais alternativas de ação. Respondem a questão acerca de qual é a capacidade de uma ação sanitária para melhorar o nível de saúde de um indivíduo ou de um grupo sob condições de uso ou aplicações idôneas (eficácia) ou em condições habituais da prática médica (efetividade) (RUBIO CEBRIAN, 1995).

A *análise de custos* é uma forma parcial de avaliação econômica de aplicação não âmbito sanitário em que somente se examinam os custos de um projeto, programa ou serviço, porém comparando, dentro do mesmo, duas ou mais alternativas de ação (todas orientadas para a consecução do mesmo objetivo), sem medir de forma explícita a eficácia ou a efetividade de qualquer das opções (RUBIO CEBRIAN, 1995).

As caselas 1A, 1B 2, 3A e 3B não cumprem as duas características da avaliação econômica e, por isso, são, em conjunto, denominadas *avaliações parciais*. Isto não implica dizer que tais estudos sejam inúteis, dado que podem significar estágios intermediários vitais para o entendimento dos custos e dos resultados dos serviços e dos programas sanitários; o rótulo de avaliação parcial indica somente que **não** responde a perguntas sobre a eficiência (DRUMMOND *et al.*, 1991).

A *avaliação econômica completa* preenche os dois requisitos da avaliação econômica ao considerar simultaneamente custos e resultados de duas ou mais alternativas de programas ou serviços sanitários, compondo uma família de técnicas da casela 2: análise de custo-minimização, análise de custo-efetividade, análise de custo-utilidade e análise de custo-benefício, cujas características diferenciais estão resumidas no quadro 2 (DRUMMOND *et al.*, 1991). A figura 2 esquematiza os componentes de custos e benefícios da avaliação econômica de tecnologia médica e em anexo consta proposta de lista para valorar as avaliações econômicas.

4 Técnicas de Avaliação Econômica Completa

4.1 *Análise de Minimização de Custos*

O tipo mais simples de avaliação econômica é a *análise de minimização de custos*. Estamos diante uma análise de minimização de custos, quando comparamos duas ou mais opções de tratamento que têm o mesmo resultado sanitário (efetividade), em todas as circunstâncias, os mesmos riscos e os mesmos efeitos secundários (BADIA; ROVIRA, 1994).

A *Análise de Minimização de Custos* (AMC), ou análise de custo-minimização, é uma forma limitada de avaliação econômica em que se comparam os custos de dois ou mais procedimentos alternativos para alcançar um objetivo determinado, cujas conseqüências (qualitativa ou quantitativamente explícitas em termos de sua efetividade ou eficácia) se supõem equivalentes, o que ajuda a simplificar a análise. No setor sanitário, é a forma de análise mais adequada para selecionar opções, sempre que existam razões fundamentadas para acreditar que em todas as alternativas consideradas se obterão resultados clinicamente idênticos para pacientes em condições similares. A regra de decisão consiste em selecionar aquela alternativa que ofereça o volume total de custos mais reduzidos (RUBIO CEBRIAN, 1995).

4.2 *Análise de Custo-Efetividade*

A *Análise de Custo-Efetividade* (ACE) é uma forma de avaliação econômica em que são comparados os efeitos positivos e negativos de duas ou mais opções de um mesmo programa ou intervenção sanitária. Os custos são medidos em unidades monetárias e os benefícios em unidades naturais de efetividade, que dependem do que se está sendo avaliado. É aplicável, por exemplo, quando os efeitos dos tratamentos farmacológicos comparados têm um nível de efetividade distinto, porém compartilham os mesmos objetivos terapêuticos e, portanto, podem ser mensurados na mesma unidade de efetividade. Obviamente, a principal limitação deste tipo de análise é que somente permite comparar tratamentos ou programas

sanitários, cujo resultado pode ser expresso nas mesmas unidades (BADIA; ROVIRA, 1994).

A *Análise de Custo-Efetividade* (ACE) é particularmente útil para avaliar diferentes métodos de luta contra uma doença concreta, porém é preciso vigiar para que o custo menor não introduza uma qualidade inferior ou reduza, além do grau previsto, a eficácia do programa sanitário e para que não se produzam efeitos secundários não desejados de certa importância (OMS, 1976). A análise de custo-efetividade é usualmente empregada para comparar diferentes meios de atingir o mesmo objetivo (e.g. vidas poupadas), assumindo que o objetivo é devidamente alcançado (GRIFFTHS, 1981; MILLS; DRUMMOND, 1985).

A *Análise de Custo-Efetividade* (ACE) é um método de avaliação econômica teoricamente menos ambicioso do que a ACB. Distingue-se desta última pelo fato de os resultados ou conseqüências dos programas saúde de serem medidos em unidades físicas (por exemplo, anos de vida ganhos ou casos detectados). O método ACE justifica-se quando os benefícios são dificilmente monetarizáveis. Regra geral, procura responder a dois tipos de pergunta: que programa é capaz de realizar objetivos pré-fixados ao menor custo possível (por exemplo, o custo mais baixo por vida salva); ou, alternativamente, que tipo de atividade permite maximizar os benefícios ou minimiza os custos. Deve-se notar que alguns autores denominam a ACE de análise custo-eficácia. Contudo, no domínio da saúde a distinção que se faz entre eficácia e efetividade implica que o termo custo-efetividade seja o mais apropriado (PEREIRA, 1995).

4.3 Análise de Custo-Benefício

A *Análise de Custo-Benefício* (ACB) é a que detém a maior amplitude dos custos e efeitos, incluindo a incorporação dos custos e benefícios sociais, expressos em termos monetários. (GRIFFTHS, 1981). Em princípio, a análise de custo-benefício é a mais capacitada a avaliar se um objetivo particular é devidamente atingido. Entretanto, dificuldades de estimação sempre reduzem a análise de custo-benefício à consideração daqueles custos e conseqüências que

são fáceis de conversão em valores monetários (GRIFFTHS, 1981; MILLS; DRUMMOND, 1985).

A análise de custo-benefício é de máxima utilidade nos casos de programas de saúde que têm efeitos importantes no desenvolvimento econômico, enquanto que a análise de custo-efetividade é particularmente útil para avaliar diferentes métodos de luta contra uma doença. (OMS, 1976). Análise de custo-benefício, por considerar uma maior amplitude de custos e efeitos, sempre inclui os custos diretos, visíveis e invisíveis, e os indiretos visíveis, e, às vezes, os indiretos invisíveis (GRIFFTHS, 1981).

A análise de custo-benefício difere da análise de custo-efetividade por: a) considerar uma maior amplitude de custos e efeitos; b) identificar e quantificar os efeitos em valores monetários; c) modificar o orçamento de custos ou fazer cálculos especiais, se necessários, para ter em consideração os custos e benefícios sociais, e suas distribuições entre grupos populacionais e em períodos de tempo. Os custos diretos invisíveis são computados sempre na análise de custo-benefício e, comumente, na de custo-efetividade (GRIFFTHS, 1981).

Na análise de custo-benefício, a taxa de rentabilidade social de um projeto social é dada por $(B - C)/C$, que traduz a relação entre a diferença dos benefícios (B) e os custos (C) dividida pelos custos onde, $B - C =$ rentabilidade (UGÁ, 1995).

A análise de custo-benefício de um projeto social, de um determinado tipo de intervenção nesse campo, compõe-se das seguintes etapas: 1º) identificação de todos os custos do projeto, distribuídos ao longo dos períodos t_0 , t_r , t_m e estimação de seu valor monetário; 2º) identificação de todos os benefícios distribuídos ao longo dos períodos t_0 , t_r , t_m e sua valorização; 3º) cálculo do valor atual dos custos (C) e benefícios (B) totais estimados; 4º) cálculo da rentabilidade $(B - C)$ e da taxa de rentabilidade do projeto, $(B-C)/C$, e 5º) análise de sensibilidade (UGÁ, 1995).

A *Análise de Custo-Benefício (ACB)* é um método de avaliação econômica que tem por objetivo identificar, medir e valorizar os custos e benefícios sociais de determinadas ações. A ACB procura avaliar, sistematicamente, todos os custos e resultados associados a alternativas diferentes, para determinar qual (ou quais)

alternativas maximiza(m) a diferença ou a razão entre benefícios e custos. A ACB distingue-se dos outros métodos de avaliação econômica por valorizar tanto os custos como os resultados em termos monetários (PEREIRA, 1995).

4.4 Análise de Custo-Utilidade

As *Análises de Custo-Utilidade* (ACU) dizem respeito aos estudos destinados a comparar diferentes tratamentos aplicados, fundamentalmente, a pacientes crônicos. Sua unidade de comparação é a relação custo/sobrevida, medida em “Anos de Vida Ajustados por Qualidade (“Quality” ou “Avaq”). Diferentes das análises de custo-efetividade tradicionais, onde a unidade de medida é a própria unidade de produção dos serviços a serem avaliados, as análises de custo-utilidade requerem a elaboração prévia de estudos específicos para identificar a quantidade de Avaq’s correspondentes a cada tipo de tratamento em questão. Sua aplicabilidade é mais reduzida que outras formas de análises econômicas em saúde, por conta da sofisticação de sua medida de efetividade (UGÁ, 1995).

Segundo UGÁ (1995), “as análises de custo-utilidade constituem uma forma mais refinada das análises de custo-efetividade, nas quais esta última é expressa em termos de *duração e da qualidade de sobrevida* obtida pelos diversos tipos de intervenção médica”.

Para PEREIRA (1995), a *Análise de Custo-Utilidade* (ACU) é uma forma de avaliação econômica semelhante à ACE, mas na qual as conseqüências dos programas de saúde são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos. O termo utilidade neste caso representa o valor (para o indivíduo ou para a sociedade) de determinado nível de saúde. Os resultados das análises custo-utilidade expressam-se em termos de custo por dia saudável livre de doença ou custo por ano de vida ajustado pela qualidade. A maior parte dos investigadores sustenta que este tipo de avaliação é de todas a mais razoável no domínio da saúde, pois não implica a monetarização dos benefícios e torna claro que o objetivo da intervenção médica não é apenas a maximização da sobrevivência mas, sobretudo, a qualidade de vida para o doente e seus familiares.

Os *Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (AVAQ)* são uma unidade de medida do estado de saúde de uma pessoa ou grupo de pessoas, obtida a partir da homogeneização qualitativa da esperança de vida. Para calcular os AVAQ's potenciais por determinada intervenção médica é preciso, antes de mais nada, obter o valor da esperança de vida dos indivíduos afetados pela intervenção. Seguidamente pondera-se esta valor por uma estimativa do estado de saúde ou da qualidade de vida que as pessoas usufruem após a intervenção. Tal avaliação, por vezes designada pelo termo utilidade, baseia-se em resultados obtidos na literatura médica ou diretamente com inquéritos junto à população ou a profissionais. Em todos os casos procura-se obter uma valorização comparativa de diferentes estados de saúde. O método AVAQ permite o ajustamento qualitativo dos resultados físicos dos tratamentos médicos e fornece um denominador comum para a comparação dos custos e conseqüências de programas e intervenções clínicas distintas (PEREIRA, 1995).

Figura 1 - Componentes da Avaliação Econômica

RECURSOS CONSUMIDOS	PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	MELHORIA DA SAÚDE	
<u>Custo (C)</u>	<u>Impacto (I)</u>	<u>Utilidades (U)</u>	<u>Benefícios (B)</u>
C1 = Custos diretos	Impacto sobre a saúde em unidades naturais	Efeitos sobre a saúde em anos de vida ajustados por qualidade	Benefícios econômicos Associados
C2= Custos indiretos (Perdas de produção)			B1 = Benefícios diretos
C3 = Custos intangíveis			B2 = Benefícios indiretos (ganhos de produção) B3= Benefícios Intangíveis

Fonte: DRUMMOND *et al.* - Métodos para la evaluación económica de os programas de atención de la saúde. p.3.

Quadro 1 - Características e Tipos de Avaliação Econômica

Compara custos e resultados das alternativas avaliadas			
	Examina só resultados	Examina só custos	Examina custos e resultados
NÃO compara duas ou mais alternativas	AVALIAÇÃO PARCIAL (1A) Descrição de resultados	(1B) Descrição de custos	AVALIAÇÃO PARCIAL (2) Descrição de custos e resultados
SIM compara duas ou mais alternativas	AVALIAÇÃO PARCIAL (3A) Avaliação da eficácia ou da efetividade		(3B) Análise de custos
	AVALIAÇÃO ECONÔMICA COMPLETA (4) Análise de custo-minimização Análise de custo-efetividade Análise de custo-utilidade Análise de custo-benefício		

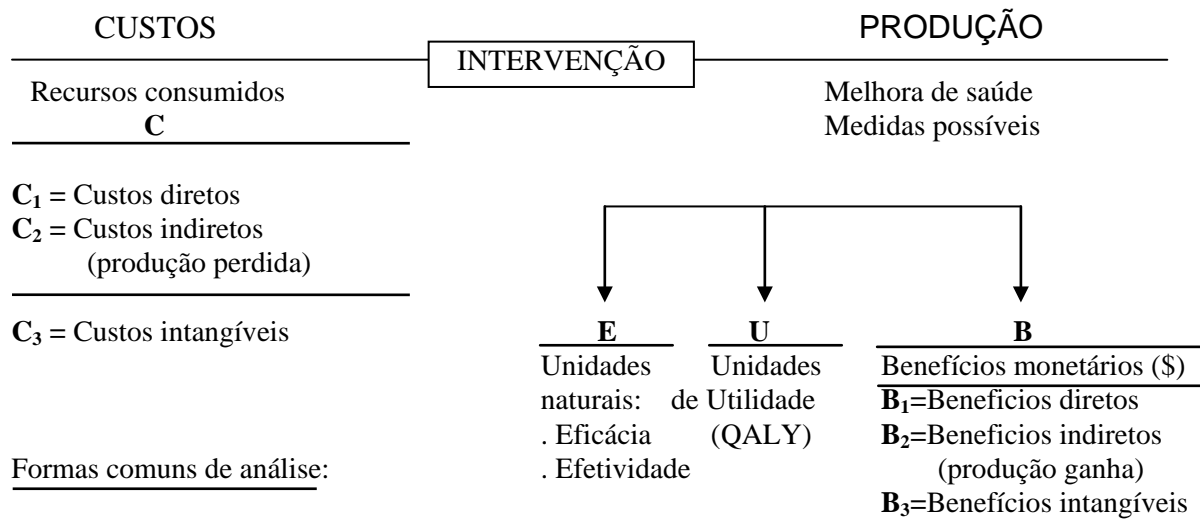
Fonte: DRUMMOND *et al.* - Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la saúde. p.11.

Quadro 2 - Valoração de Custos e Resultados em Avaliações Econômicas

Tipo de Estudo	Medição/Avaliação dos Custos em Ambas Alternativas	Identificação de Resultados	Medição/Avaliação de Resultados
Análise de custo-minimização	Monetária	Idênticos nos aspectos importantes	Nenhuma
Análise de custo-efetividade	Monetária	Resultado único, comum a ambas alternativas, em cada uma delas com distinto nível	Unidades naturais (por exemplo: anos de vida ganhos, dias de incapacidade evitados, unidades de pressão arterial reduzidas etc.)
Análise de custo-benefício	Monetária	Resultado único ou efeitos múltiplos que podem não ser comuns a ambas alternativas e efeitos comuns que podem alcançar diferente nível segundo a alternativa	Monetária
Análise de custo-utilidade	Monetária	Resultado único ou múltiplos que podem não ser comuns a ambas alternativas e efeitos comuns que podem alcançar diferente nível segundo alternativa	Dias sem patologia (mais freqüente); anos de vida ajustados por qualidade

Fonte: DRUMMOND *et al.* - Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la saúde. p.19.

Figura 2 - Avaliação Econômica de Tecnologia Médica



Formas comuns de análise:

1. Análise de custos: C_1 ; $C_1 + C_2$
2. Análise de custo-efetividade: (ACE): $(C_1 + C_2)/E$; $(C_1 - B_1)/E$; $(C_1 + C_2 - B_1 - B_2)/E$.
3. Análise de custo-utilidade: (ACU): $(C_1 + C_2)/U$; $(C_1 - B_1)/U$; $(C_1 + C_2 - B_1 - B_2)/U$.
4. Análise de custo-benefício: (ACB): $(B_1 + B_2 - C_1 - C_2)$; $(B_1 + B_2)/(C_1 + C_2)$.

Às vezes se consideram C_3 e B_3 .

Fuente: DRUMMOND MF. Economic appraisal of health technology in the european community. APUD: LAZARO p.379.

5 Tomada de Decisão

A *avaliação econômica* está centrada na determinação da eficiência. A eficiência consiste, precisamente, na relação entre os benefícios obtidos em termos de saúde e os recursos utilizados. Constitui um instrumento útil para o decisor que quer maximizar a eficiência social de suas decisões. Algumas pessoas acham pouco ético mesclar a saúde e a sanidade com o dinheiro. A isto cabe argumentar que a avaliação econômica não se preocupa com o dinheiro em si mesmo, e sim com os recursos. O dinheiro, nesse contexto, não é mais que uma unidade de medida conveniente para fazer mensurável efeitos heterogêneos. Ignorar a limitação de recursos (talvez um enfoque romântico da política sanitária) não elimina dita limitação e o resultado final é uma alocação de recursos menos ótima de o que seria possível. Nesse sentido, pode-se afirmar que o que não é ético é pretender ignorar uma realidade incômoda ou desagradável quando dela se desprende um possível prejuízo para a sociedade (BADIA; ROVIRA, 1994). Em última instância, o critério de eleição para a economia do bem-estar é a maximização do bem-estar social. Considera-se que esse bem-estar social não é mais que a soma do bem-estar de cada um dos indivíduos da sociedade (BADIA; ROVIRA, 1994).

Saliente-se que a *Análise de Custo-Benefício* (ACB) é o único enfoque cujos resultados informam, pelo menos em teoria, do interesse social de uma opção em si mesma, isto é, em termos absolutos, porque todos os efeitos são expressos em unidades monetárias homogêneas, o que permite calcular o benefício social líquido. O problema é que, amiúde, é impossível valorar monetariamente todos os efeitos, seja por falta de informação, seja porque sua valoração monetária não resulta crível. Por essa razão, no campo sanitário aplica-se com mais frequência outros enfoques, que não requerem a valoração monetária da saúde (BADIA; ROVIRA, 1994).

Ainda que se aceite que o ensaio clínico é a melhor fonte de informação sobre a eficácia e seguridade dos medicamentos, quando se quer basear a avaliação econômica nos resultados de um ensaio clínico apresenta-se um certo número de problemas derivados dos

distintos objetivos do ensaio clínico e da avaliação econômica. Em primeiro lugar, e ao contrário do ensaio clínico, a avaliação econômica está mais interessada na efetividade que na eficácia; em segundo lugar, o resultado final primário da avaliação econômica é, normalmente, distinto do resultado final do ensaio clínico; em terceiro lugar, o ensaio clínico utiliza, freqüentemente, a opção terapêutica do placebo, e não com outras opções tecnicamente possíveis como opção de referência para determinar a eficácia de um novo medicamento; em quarto lugar, o tamanho da amostra requerido para os ensaios clínicos, de acordo com seus objetivos, é demasiado pequeno e o período de seguimento é muito curto para determinar o efeito completo do tratamento sobre a sobrevivência e a qualidade de vida a longo prazo. Outro problema é que os procedimentos aplicados nos ensaios clínicos estão muito protocolizados e não refletem, necessariamente, a utilização previsível dos recursos na prática clínica habitual (BADIA; ROVIRA, 1994).

Conceitualmente, a *decisão médica* representa a eleição da melhor opção ao avaliar o risco, ao tratar os pacientes ou ao prognosticar. A *tomada de decisões médicas* é um processo por meio do qual se chega a uma decisão médica concreta, como último resultado ou ponto final de tal processo. A *análise de decisão* aborda precisamente tais decisões, sendo uma aproximação metódica à tomada de decisões sob condições de incerteza (ORTÚN, 1992; JENICEK, 1996). Uma ferramenta para direcionar a tomada de decisões são os *algoritmos clínicos*, que são protocolos escritos passo a passo para a gestão sanitária; consistem em uma descrição explícita dos passos a seguir para a atenção a um paciente em uma situação determinada (JENICEK, 1996). Desdobramentos importantes para o conhecimento no campo da saúde têm sido o uso da meta-análise e o avanço propiciado pela Medicina Baseada na Evidência.

Por outro lado, tem se ampliado o esforço de conjugar resultados obtidos das árvores de decisão, assinalando as probabilidades de desfechos diante das alternativas de intervenção, com os elementos de custos de cada intervenção e suas devidas implicações sociais e econômicas.

Amiúde, os valores dos parâmetros ou das variáveis necessárias para o cálculo dos efeitos de uma opção não são

conhecidos com certeza. Uma forma de abordar este problema é mediante a utilização de uma *análise de sensibilidade* que, em um sentido amplo, consiste no cálculo dos resultados, sob diversas hipóteses, quanto ao valor das variáveis ou parâmetros incertos (BADIA; ROVIRA, 1994).

Segundo BADIA & ROVIRA (1994),

“no campo sanitário as decisões não podem ser do tipo de “tudo ou nada”; isto é, a eleição não se planeja entre prover ou não um serviço, ou entre levar a cabo ou não um programa de prevenção, e sim, a que quantidade de serviço deve se dar ou deve-se incrementar ou reduzir-se o nível de atividade atual”.

Ainda segundo BADIA & ROVIRA (1994),

“a eleição do indicador de efetividade pode afetar a eficiência relativa das distintas opções. Deve-se utilizar um ou outro indicador, segundo os objetivos da análise, os objetivos da política sanitária (e especialmente a definição de saúde explícita ou implícita em dita política) e a informação disponível”.

Afirmam ainda que “os objetivos da análise e, conseqüentemente, o indicador de efetividade eleito devem refletir o problema de decisão, para cuja solução espera-se que contribua o estudo. Se os objetivos da análise não estão bem definidos, não é possível determinar qual é o indicador de efetividade mais apropriado” e que “indicador selecionado deveria refletir, também, os objetivos da política sanitária”. Para esses autores,

“é aconselhável utilizar diversos indicadores ou medidas da efetividade, em um mesmo estudo. Quando se realiza uma análise custo-efetividade e a qualidade de vida não seja uma variável essencial das opções analisadas, deve-se incluir, entre os indicadores de efetividade, o ano de vida ganho” (BADIA; ROVIRA, 1994. p.65).

Ainda que exista uma aceitação, aparentemente crescente, da importância da avaliação econômica para a tomada de decisões e o número de estudos realizados esteja crescendo de forma exponencial, a evidência sobre a utilização real dos resultados de avaliação

econômica, nos processos reais de tomada de decisões, é bém mais escassa. Por outra parte, tampouco existe uma percepção clara da relação que deve se dar entre uns determinados resultados de uma análise de avaliação econômica e as decisões concretas (BADIA; ROVIRA, 1994).

No caso da *análise de minimização de custos*, as implicações são muito evidentes. Em primeiro lugar, as opções comparadas serão, normalmente, excludentes, pois seus objetivos e efeitos são idênticos, por definição. Na medida em que se aceite o objetivo, a regra de decisão evidente é eleger a opção que tenha um menor custo líquido (BADIA; ROVIRA, 1994).

Em uma *análise de custo-benefício*, se as opções são excludentes, deve-se eleger a que dê um maior benefício, ou valor atual líquido, sempre que seja positivo, isto é, sempre que os benefícios sejam superiores aos custos. No caso em que as opções não sejam excludentes, dever-se-ia, em teoria, alocar recursos a todos aqueles que têm um benefício líquido positivo. Se existe uma limitação de recursos, por exemplo, um orçamento fixo, o critério de maximização do bem-estar requereria ordenar as opções por valor decrescente do quociente “benefício líquido/recursos orçamentários” e, em continuação, selecionar as opções de forma sequencial, até esgotar o orçamento disponível (BADIA; ROVIRA, 1994).

No caso da *análise de custo-efetividade* e da *análise de custo-utilidade*, se as opções não são excludentes, deve-se ordenar segundo o valor crescente do quociente: custo/efetividade - por exemplo, custo líquido por hepatite evitada ou por ano de vida ou AVAQ ganho - e alocar os recursos disponíveis por esta ordem, até esgotá-los. O marco de decisão implícito é que o decisor dispõe de um orçamento limitado e tenta maximizar a correspondente variável de efetividade. Se as opções são excludentes, o procedimento de decisão é iniciado com a eliminação das opções dominadas e deixando somente as dominantes. Uma opção se define como dominada, se existe outra de igual ou maior efetividade e menor custo. No caso contrário, a opção se define como dominante (BADIA; ROVIRA, 1994).

A *avaliação econômica* proporciona uma informação que permite que o controle do gasto em saúde se leve a termo de uma

forma mais racional que com outros enfoques, tais como os cortes orçamentários indiscriminados, o retardo nos pagamentos ou o racionamento mediante listas de espera (BADIA; ROVIRA, 1994).

No âmbito dos medicamentos, existem vários fatores que permitem prever que a tendência ao incremento do gasto e a pertinência da avaliação econômica serão especialmente importantes. Os novos medicamentos podem ser considerados, habitualmente, seguros e eficazes, porém também notavelmente custosos. Muitos deles podem ser prescritos a um grande número de pessoas durante longo tempo (terapia hormonal substitutiva, tratamento com hormônio de crescimento, AZT, eritropoietina etc.). Com frequência, seus efeitos são claramente benéficos e custo-efetivos para alguns grupos de pacientes potenciais, porém de interesse mais discutível para outros. Amiúde, não substituem os tratamentos habituais, e sim a eles se adicionam, e quando os substituem, não podem dar lugar a uma economia, e sim a um incremento do custo do tratamento (BADIA; ROVIRA, 1994).

A *Análise de Sensibilidade* é um procedimento utilizado na avaliação econômica de programas que visa testar até que ponto as variações nos pressupostos e na informação de base podem afetar as conclusões. É comum, por exemplo, compararem-se os efeitos do uso de taxas diferentes na atualização de benefícios e custos. Da mesma forma, quando a informação estatística é pouco fiável, revela-se útil discutir os resultados com o uso de um conjunto de valores alternativos tidos como razoáveis. Em ambos os casos, o objetivo é o mesmo: ponderar adequadamente a incerteza. Se após a realização de uma análise de sensibilidade os resultados quantitativos do estudo forem insensíveis às alterações ensaiadas - e estas forem razoáveis - afirma-se que as conclusões da avaliação são robustas (PEREIRA, 1995).

A *avaliação econômica* pode proporcionar informação importante para uma ampla variedade de decisões relacionadas com o uso do medicamento: registro, seleção de indicações e doses apropriadas, duração do tratamento, forma de administração e seguimento e estabelecimento do preço e do financiamento público do mesmo (BADIA; ROVIRA, 1994).

6 Conclusão

A necessidade de estabelecer prioridades no setor sanitários torna aconselhável a avaliação sistemática dos programas sanitários. Visto que não se pode financiar a todos os tratamentos que fazem algum bem, parece que um possível critério a usar é financiar aqueles que produzem um benefício líquido (benefício – custo) menor (PINTO PRADES, 1998).

A avaliação das tecnologias sanitárias é um processo complexo e se propõe a atender, pelo menos, a cinco indicadores ou pontos finais diferentes, a saber: a capacidade técnica, os efeitos clínicos, o desenlace para a saúde, a economia sanitária, e a aceitação e satisfação entre pacientes e usuários. No que diz respeito ao desenlace para a saúde, avalia o efeito da tecnologia sobre o estado de saúde do paciente ao final da doença; um indicador sintético de ampla aplicação é o dos anos de vida ajustados pela qualidade (QALY). (RACOVEANU, 1991; JAMISON & MOSLEY, 1990). Conforme assevera MEDICI (1994), a melhor medida do produto do setor saúde ou do setor sanitário, seriam os Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (“Quality-adjusted life-year”). Esta medida considera tanto os aumentos na esperança de vida, como as melhorias na qualidade de vida em função das intervenções médico-sanitárias.

Acatar que a saúde não é um bem absoluto justifica o emprego da avaliação econômica para tomar decisões. A avaliação econômica nem sempre oferece respostas simples e indiscutíveis, no entanto, reforça a explicação de informações e as suposições e conceitos de valores que requerem um raciocínio lógico e dos quais o decisor pode haver sido conscientizado anteriormente (CEARÁ, 2001).

A justificativa fundamental da avaliação econômica é que os recursos são limitados em relação às suas aplicações benéficas potenciais, daí porque para maximizar o bem-estar social é necessário ter em conta todos os efeitos daquelas decisões que afetam direta ou indiretamente a alocação dos recursos.

A avaliação econômica permite articular de um modo sistemático explícito toda a informação disponível para efetuar uma determinada escolha, incluídos os juízos de valores, inevitáveis em qualquer processo racional de tomada de decisão.

Em suma, respondendo à questão posta ao início deste texto, pode-se dizer que a avaliação econômica é importante simplesmente porque os recursos - pessoas, tempo, instrução, imóveis e equipamentos - são escassos.

7 Referências

BADIA, X.; ROVIRA, J. **Evaluación económica de medicamentos**. España: Dupont Pharma, 1994.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Farmacoeconomia**: guia breve. Fortaleza: SESA, 2001. 56p.

DRUMMOND, M.F.; STUDART, G.L.; TORRANCE, G.W. **Métodos para la evaluación económica de os programas de atención de la saúde**. Madrid: Diaz de Santos, 1991. 231p.

GRIFFITHS, D.A.T. Economic evaluation of health services. **Rev. Epidém. et Santé Publ.**, 29: 85-101, 1981.

HADDIX, A.C.; TEUTTSCH, S.M.; SHAFFER, P.A.; DUÑET, D.O. (eds.) **Prevention effectiveness**: a guide to decision analysis and economic evaluation. Oxford: Oxford University Press, 1996. 227p.

JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H. Selecting disease control priorities in developing countries. in: WORLD BANK. Population, Health and Nutrition Division. **Disease control priorities and developing countries**. Washington, 1990. 62p. (mimeo.).

JENICEK, M. **Epidemiología**: la lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson, 1996. 356p.

LÓPEZ I CASASNOVAS, G.; ORTÚN RUBIO, V. **Economía y saúde**: fundamentos y políticas. Barcelona: Encuentro, 1998. 135p.

MÉDICI, A.C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: FSP/USP, 1994. 216p.

MILLS, A.; DRUMMOND, M.F. Economic evaluation of health programmes: glossary of terms. **Wld. Hlth. Stat.**, v.38, n.34, p.432-4, 1985.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Saúde. **Economia aplicada a la sanidad**. Ginebra, 1976. 53p. (OMS-Cuadernos de Saúde Publica, 64).

ORTÚN RUBIO, V. **La Economía em sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones**. Barcelona: Euge, 1992.191p.

PEREIRA, J. - Glossário de economia da saúde. in: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.(orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. 298p. p.271- 93.

PINTO PRADES, J.L. Métodos de evaluación económica en saúde pública. in: MARTÍNEZ NAVARRO, F. *et al.* (eds.) **Saúde Pública**. Madrid: McGraw-Hill, 1998. 915p. p.303-16.

RACOVEANU, N.T. Orientaciones y prioridades em la evaluación de tecnologías sanitárias. in: Asociación de Economía de la Saúde. **Evaluación económica de tecnologías sanitárias**. Navarra: A.E.S., 1991. p.29-38.

RUBIO CEBRIAN, S. **Glosário de economia de la saúde**. Madrid: Diaz de Santos, 1995. 331p.

SILVA, M.G.C. da. **Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995**. Fortaleza: UECE/ESP-CE; Expressão, 1998. 300p. (Tese de concurso para Professor Titular da UECE).

UGÁ, M.A.D. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S.M.(Orgs.) **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. 298p. p.209-26.

Anexo 1 - Proposta de Lista para Valorar as Avaliações Econômicas

1. Há uma pergunta expressa e definida de forma adequada?
2. Proporciona uma descrição exaustiva das alternativas? (por exemplo, é possível se perguntar: Quem? Que? Para quem? Onde? Com que frequência?)
3. Há provas de que se foi demonstrada a efetividade dos programas?
4. Estão identificados claramente todos os custos e benefícios relevantes de cada uma das alternativas?
5. Têm-se medido exatamente os custos e os benefícios em unidades adequadas? (por exemplo, horas de enfermaria, número de consultas médicas, dias de trabalho perdidos, anos de vida ganhos)
6. É aceitável a valoração de custos e de benefícios?
7. Foram ajustados os custos e benefícios com respeito a distribuição temporal?
8. Foi realizada uma análise marginal de custos e benefícios de distintas alternativas?
9. Foi realizada uma análise de sensibilidade?
10. A apresentação e a discussão do estudo incluem todos os elementos de interesse para os usuários?

Fonte: DRUMMOND *et al.* - Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la saúde. p.44-7.

3 Custo e Efetividade de Intervenções em Saúde*

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

1 Introdução

O estudo desenvolvido pelo Banco Mundial – **Global Burden of Disease Study (GBDS)**, pautado na intenção de tornar mais transparente as dimensões éticas da quantificação em saúde, é seqüenciado no presente trabalho, demonstrando o seu autor preocupação com a carga global da doença, e, em especial, com os problemas de saúde que possam ser evitados, segundo a classificação dos grupos de causas evitáveis de Taucher.

A par disso, são contempladas outras causas que, mesmo rotuladas como na visão de Taucher, ao exemplo de desnutrição, diabetes e doenças cardiovasculares, são, no estado de arte atual, passíveis de intervenções, com finalidade de evitar ou limitar suas conseqüências.

O trabalho discute, principalmente, estratégias de intervenção, ligadas, de alguma forma, ao custo por anos de vida ajustados à deficiência funcional (AVAD).

Dentro desse contexto, são particularizadas questões, por grupos de intervenção, com enfoque, por exemplo, no tratamento preventivo (vacinas), no diagnóstico e tratamento médico precoces, nas medidas de saneamento ambiental, na ocorrência de doenças respiratórias e nas que são próprias da infância, na produção de mortes violentas, nos óbitos tidos como evitáveis e nas causas não evitáveis.

2 Desenvolvimento

O Banco Mundial, em sua publicação sobre a inversão em saúde (The World Bank, 1993), apresenta a proposta de combinação de indicadores de mortalidade e de incapacidade. Os coordenadores

* Baseado em: JAMISON *et al.* – **Disease control in developing countries.** USA: Oxford University Press, 1997.

desse estudo, MURRAY & LÓPEZ, posteriormente publicaram uma série de artigos sobre a carga total da doença (MURRAY; LÓPEZ, 1997 a, b, c, d), tendo por parâmetro o indicador denominado DALY** (Disability-Adjusted Life Years) ou AVADs (Anos de Vida Ajustados por Deficiência Funcional), para comparar as perdas em saúde de distintas zonas do mundo.

Para a obtenção dos AVADs, MURRAY & LÓPEZ (1996), a partir de 109 categorias da CID-9, fizeram dois tipos de cálculos: primeiro, designou-se a cada uma das mortes um número de anos perdidos considerando a esperança de vida de população de baixa mortalidade; segundo, para calcular a incapacidade associada aos transtornos de saúde não letais, estimou-se a prevalência da deficiência funcional a partir de inquéritos comunitários ou, na sua falta, da opinião de especialistas. O número de anos de boa saúde perdidos se obtém multiplicando a duração esperada de cada transtorno (até a cura ou a morte) por um peso que compara a carga de deficiência funcional com a da morte.

JAMISON *et al.* (1997) destacam o uso dos AVADs como instrumento básico de medida nos capítulos da obra enfocando os prioridades do mundo em desenvolvimento, no entanto, reconhecem que não é uma medida perfeita, mas a sua estimação para cada grande número de intervenções indica prioridade na alocação dos recursos para o controle da doença.

MURRAY & ACHARYA (1997) relatam que a unidade de medida DALYs ou AVADs (deficiência funcional ajustada por ano de vida), usada em anos recentes para quantificar a carga das doenças, lesões e fatores de risco sobre populações humanas, está fundada sobre convincentes princípios éticos e econômicos e pode orientar políticas através do estabelecimento de cuidado de saúde mais custo-efetivo e equânime. Os AVADs seguem um princípio justo que trata “igual como igual” dentro de um conjunto de informações compreendendo as condições de saúde individuais, diferenciando unicamente por idade e sexo.

Os AVADs podem ser considerados como uma variante dos AVAQs (QALYs), os quais têm sido padronizados para uso

** O termo “Disability” foi traduzido de FLETCHER *et al.* – Epidemiologia clínica. 3. ed. (1996), como equivalente à deficiência funcional.

comparativo. A medida toma em conta essencialmente a morte prematura e, no caso da doença, a debilidade física causada pelo mal e sua duração. Os AVADs têm fundamentalmente significado para serem usados com propósito agregado, e a agregação é conduzida somando cada incidência de condição médica (MURRAY; ACHARYA,1997).

O desenvolvimento dessa medida - os AVADs - que foi usada no “Global Burden of Disease Study” (GBDS), foi intencionado para fazer as dimensões éticas da quantificação em saúde mais transparentes (MURRAY; ACHARYA,1997).

MURRAY & LOPEZ (1996), como resultado da repercussão obtida da publicação do estudo da carga global da doença, e no intuito de garantir a maior divulgação, apresentaram uma série de quatro artigos na revista Lancet no correr de 1997. O primeiro deles foi dedicado à mortalidade por causas em oito regiões do mundo (MURRAY; LÓPEZ, 1997a). O segundo artigo foi dedicado ao estudo dos padrões regionais da esperança de vida livre de deficiência e da esperança de vida ajustada por deficiência (MURRAY; LÓPEZ, 1997b). Na seqüência da série, esses autores avaliaram a mortalidade global, a deficiência funcional e a contribuição de fatores de risco (MURRAY; LÓPEZ, 1997c). Encerrando a série, os autores apresentam as projeções alternativas da mortalidade e das deficiências funcionais por causas para o período 1990-2020 (MURRAY; LÓPEZ, 1997d).

A metodologia dos AVADs, usada pelo Banco Mundial para identificar a carga das doenças por regiões do mundo, também foi aplicada em projeto de reforma de Seguridade Social em Saúde do Governo colombiano em 1994, revelando que, não fora pelo enorme impacto da violência, a Colômbia gozaria de um nível de saúde razoavelmente bom de acordo com a situação de transição epidemiológica em que se encontra (COLOMBIA. Ministerio de la Salud, 1994).

Com relação mais direta com a efetividade dos serviços sanitários, ALONSO (1998) destaca dois indicadores: as taxas ajustadas de mortalidade por todas as causas (que são usadas para elaboração de uma fórmula de necessidade de atenção para alocação de recursos sanitários na Inglaterra e País de Gales) e as taxas de

mortalidade por causas suscetíveis de tratamento médico, que podem ser consideradas desnecessariamente prematuras, a exemplo do modelo de RUTSTEIN *et al.* (1976) e da adaptação de ORTÚN & GISPERT (1988).

Em publicação que tratava da mortalidade chilena de 1955 a 1975, TAUCHER (1978), baseada nos resultados obtidos, julgou conveniente elaborar uma mortalidade através de alguns fatores contribuintes; no seu entender, isto permitiria, ao mesmo tempo, descrever a situação atual quanto a possíveis ações corretivas no futuro (TAUCHER, 1978).

Para a autora (TAUCHER, 1978), como primeira aproximação, pareceu conveniente dividir as causas de morte em evitáveis e não evitáveis. As causas evitáveis foram agrupadas segundo as ações que poderiam ter maior influência em sua redução ou supressão em quatro categorias: a) vacinas ou tratamento preventivo; b) diagnóstico e tratamento precoces; c) melhorias das condições de saneamento ambiental; e d) ações mistas. O último grupo, que abrangia as mortes evitáveis por aplicações de um conjunto de medidas, era composto das causas seguintes: infecções das vias respiratórias superiores, pneumonia lobar, broncopneumonias e outras pneumonias; complicações de gravidez, parto e puerpério; doenças próprias da primeira infância^{***}; acidentes, envenenamentos e violências; cirrose; e tuberculose. As demais causas foram classificadas em: dificilmente evitáveis no estado atual do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico; óbitos por causas mal definidas; e outras causas não incluídas anteriormente (TAUCHER, 1978).

A classificação de Taucher das causas evitáveis foi introduzida no Brasil por ORTIZ (1981), já contemplando sete grupos, e sob essa nova forma tem sido operacionalizada por vários autores (ORTIZ; YAZAKI, 1985a; ORTIZ; YAZAKI, 1985b; SANTOS *et al.*, 1985).

*** A expressão doenças próprias da primeira infância adotada por Taucher foi preservada neste texto; pela Classificação Internacional de Doenças-Revisão 1975, esse conceito refere-se às afecções originadas no período perinatal.

Essa modificação foi resultado da subdivisão do grupo de causa mista da proposição original (TAUCHER, 1978), de onde saíram as infecções das vias respiratórias superiores, pneumonia lobar, broncopneumonia e outras pneumonias para formarem o grupo D, as doenças próprias da primeira infância que ganharam independência, passando à situação de grupo E, e os acidentes, envenenamentos e violências que compuseram o grupo F; as causas residuais do grupo original foram aglutinadas no grupo G - restantes das causas evitáveis. (V. Anexo).

A classificação em tela (TAUCHER, 1978), da forma como é mostrada, não pode ser considerada completa, porque ignora uma série de fatores de riscos, como os ocupacionais e os relativos a hábitos e estilos de vida, que estão envolvidos com a etiologia de várias importantes doenças, notadamente as crônico-degenerativas, as quais não podem ser mais compreendidas como inevitáveis, a exemplo das doenças isquêmicas do coração e de algumas neoplasias malignas.

GRUPO A - POR “VACINA OU TRATAMENTO PREVENTIVO”

A estratégia de intervenção da Saúde Pública para a **poliomielite** é a prevenção primária pela imunização, sendo objetivo mundial a erradicação da doença por poliovírus selvagem até o ano 2000; para a vacinação conjunta antipólio e DPT, o custo por AVAD é de aproximadamente US\$ 20 em ambientes de alta mortalidade e de US\$ 40 nos de baixa mortalidade enquanto o custo de AVAD por vacina isolada é bem mais alto. A estratégia de intervenção clínica está centrada na reabilitação, incluindo fisioterapia, psicoterapia, provisão de próteses e promoção da integração social, requerendo o concurso constante do pessoal qualificado; ao nível de clínicas, o custo por AVAD pode ser potencialmente alto, e nos hospitais distritais ou de referência, provavelmente de moderado a baixo (JAMISON, TORRES, CHEN, MELMICK, 1997).

A intervenção da Saúde Pública para o **sarampo** fundamenta-se na proteção individual, onde altas taxas de cobertura vacinal conferem a interrupção da transmissão da doença. Com o uso corrente da vacina recomendada aos nove meses de idade, o custo

básico por AVAD gasto varia de US\$ 2 a US\$ 15, dependendo das taxas de letalidade e da parcela dos encargos do sarampo no programa ampliado de imunização. Ao nível clínico, pratica-se a prevenção secundária, a exemplo da doses terapêuticas de vitamina A para crianças com sarampo grave e antibioticoterapia para reduzir as complicações e seqüelas do sarampo, com possibilidade de reduzir em 50% ou mais as suas taxas de letalidade. Estima-se que, ao custo de US\$ 10 por tratamento, o valor por AVAD seria de US\$ 20 a US\$ 80, na dependência da proporção da morbidade e da mortalidade que é prevenível via suplementação (FOSTER *et al.*, 1997).

Para o **tétano**, a intervenção em Saúde Pública é a prevenção primária, considerando a imunização - por vacinação de rotina de mulheres em idade de procriar ou grávidas, meninas adolescentes, crianças e homens - e a mudança de comportamento de parteiras leigas e dos familiares quanto ao cuidado do recém-nascido. É de aproximadamente de US\$ 2 a US\$ 10 o custo por AVAD ganho, predominantemente por mortes por tétano neonatal evitadas, variando com as taxas de incidência, que por sua vez estão vinculadas com a infra-estrutura em saúde, principalmente nos cuidados de assistência dos bebês; o treinamento de parteira envolve certamente custos maiores que a vacinação de rotina das gestantes. A intervenção clínica visa à cura do tétano, administrando cuidados especiais em hospitais de referência, incluindo a ressuscitação neuro-respiratória, a terapia antiespasmódica, drogas antitoxinas, tratamento dos ferimentos e assistência intensiva de enfermagem. Requer sistema de cuidados de saúde moderadamente sofisticado, tendo um custo médio de US\$ 100 por AVAD, articulando à redução da letalidade, porém é restrito o número de pacientes de tétano neonatal que recebe cuidados médicos (STEINGLASS *et al.*, 1997).

Para as **doenças reumáticas do coração**, a prevenção primária por imunização é promissora em termos de baixos custos prováveis. Porém as vacinas em desenvolvimento não estarão disponíveis nos próximos anos, ao passo que a profilaxia antibiótica envolve despesa de cerca de US\$ 300 por AVAD porque a proporção de casos de faringite que desenvolve febre reumática é baixa. Como intervenção clínica, a prevenção secundária ambulatorial com administração regular de antibióticos em intervalos de 3 a 4 semanas previne a recorrência em pacientes que tiveram febre reumática,

evitando ataques posteriores e emergência da doença reumática cardíaca, a um custo de US\$ 100-200 por AVAD em pacientes que aderem à profilaxia; a prevenção secundária e reabilitação em hospitais de referência, com cirurgias cardíacas para permitir a reparação funcional da mitral ou de outras válvulas é muito dispendiosa - de US\$ 1,000 a US\$ 2,000 por AVADs, de conformidade com a idade do paciente e dos custos cirúrgicos locais (MICHAUD *et al.*, 1997).

GRUPO B - POR “DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MÉDICO PRECOSES”

A prevenção secundária com exame anual para rastreamento do **câncer mamário** significa um gasto médio de US\$ 50 por AVAD, baseado nas taxas de prevalência e nas disposições de cuidados de saúde em que o programa é conduzido, enquanto para o emprego do exame de Papanicolau a intervalos de cinco anos para “screening” de **câncer cervical** a despesa fica em US\$ 100 por AVAD, baseada nos mesmos pressupostos retro-mencionados (BARNUM; GREEBERG, 1997). A prevenção primária do **câncer pulmonar**, promovendo a cessação do hábito de fumar produz um valor de US\$ 200 por AVAD, vinculado em esforço anti-fumo objetivado para prevenir os iniciantes ou aqueles já fumantes, sendo menos caro prevenir o início do tabagismo que conseguir que fumantes abandonem o vício. A prevenção primária do câncer de pulmão por redução do tabagismo via impostos sobre tabaco pode ser efetiva porque uma taxa de 20%, segundo (BUMGARNER; SPEIZER, 1997), significa uma redução do consumo global de tabaco de cerca de 20%, que pode patrocinar também a retração nos riscos de outras doenças tabaco-associados, como talvez 40 mortes anuais por doença pulmonar obstrutiva crônica evitadas em uma população típica de 200.000 fumantes. O tratamento de casos de câncer ao nível de hospitais de referência por cirurgia, suporte assistencial e quimioterapia, com finalidade de cura ou palição, redundando em altos encargos financeiros por AVAD, como se segue: cérvix (US\$ 2,600), mama (US\$ 3,100), pulmão (US\$12,000), dependendo das melhorias nas taxas de letalidade (BARNUM; GREEBERG, 1997).

GRUPO C - POR “MEDIDAS DE SANEAMENTO AMBIENTAL”

Para as **doenças diarréicas**, a prevenção primária com vacina concederia um custo de aproximadamente US\$ 100 por AVAD, assumindo a eficácia vacinal de 80%, porém vacina realmente com tal eficácia ainda não está disponível, e de aproximadamente US\$ 75 por AVAD em cólera, assumindo a eficácia vacinal de 70%, contudo as vacinas em uso têm baixa eficácia (MARTINES *et al.*, 1997). É desconhecido o custo-efetividade da diarreia evitada por controle ambiental, melhorando o suprimento de água e saneamento, porém existem benefícios adicionais, sendo estimada a redução em 30% de morbidade e da mortalidade por diarreia. Mudanças de comportamento, que levem à melhoria de higiene pessoal e doméstica, via educação, conferem um valor de US\$ 170 por AVAD, dependendo da redução das taxas de letalidade, das taxas de incidência e dos níveis salariais. A prevenção primária das doenças diarréicas pela promoção do aleitamento materno por vários métodos requer aproximadamente US\$ 30 por AVAD, variando em função do nível de aleitamento e da forma de intervenção adotados (MARTINES *et al.*, 1997).

Quanto à intervenção clínica para doenças diarréicas, a prevenção secundária com educação e distribuição de solução de reidratação oral proporciona valores por AVAD muito amplos, de US\$ 35 a US\$ 350, em conformidade com a taxa de letalidade da população-alvo e do custo da mão-de-obra. O uso de antibióticos e de agentes anti-motilidade intestinal tem baixíssimo custo-efetividade para a maioria dos casos de diarreia, para os quais esses medicamentos são nocivos ou inúteis, no entanto podem ser indicados para disenteria ou cólera (MARTINES *et al.*, 1997).

GRUPO D - DEVIDO A “INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS”

Nas estratégias de intervenção em Saúde Pública para as **infecções respiratórias agudas** (IRAs) figuram: detecção e referência, mudança de comportamento e imunização (STANSFIELD & SHEPARD, 1997). A educação das famílias para identificar sinais de pneumonia em crianças e levá-las às clínicas para tratamento tem um custo por AVAD de US\$ 20 nos lugares de

alta mortalidade e de US\$ 50 naqueles de baixa mortalidade por IRAs. A promoção do aleitamento materno por programas educacionais está associada a um custo de US\$ 50 por AVAD, no tocante somente às conseqüências do aleitamento para as IRAs, e a redução da desnutrição protéico-calórica por programas de suplementação alimentar tem um custo estimado de US\$ 65 por AVAD, dependendo das disponibilidades de alimentos. A prevenção primária das IRAs por vacina anti-pneumocócica para grupos etários adequados acima de 18 meses poupa um AVAD por US\$ 70 e a por vacina anti-Hemophylus influenzae não tem custo-efetividade determinada porque os ensaios clínicos ainda não são conclusivos, mas sabe-se que a vacina tem preço alto, de US\$ 2 a US\$ 14 por dose, e a eficácia é moderada em crianças maiores de dois anos. As vacinas anti-sarampo e DPT também têm efeitos benéficos para a redução das IRAs (STANSFIELD & SHEPARD, 1997).

A estratégia clínica recomendada para as IRAs é a antibioticoterapia nas crianças pequenas, para as quais a letalidade é alta. O sucesso da intervenção depende da educação dos familiares para levar crianças com tosse ou dificuldade respiratória rapidamente aos locais de tratamento. STANSFIELD & SHEPARD (1997) acrescentam que a resistência aos antibióticos de “primeira linha” necessitará o uso de outros antibióticos mais caros e que os custos da reação alérgica à medicação podem ser substanciais.

GRUPO E - DEVIDO A “DOENÇAS PRÓPRIAS DA PRIMEIRA INFÂNCIA”

A melhoria do sistema de extensão comunitária que prover **cuidados perinatais** e ao bebê, a ampliação de instalações para assegurar o parto seguro, incluindo capacidade cirúrgica, englobam importâncias de US\$ 30 a US\$ 250 por AVAD, mercê do nível dos serviços oferecidos, das reduções nas taxas de mortalidade materna e perinatal e do número de recém-nascidos de baixo peso prevenidos pela intervenção (WALS *et al.*, 1997). O uso de informações, educação e comunicação para alongar os intervalos entre partos por estímulo ao aleitamento natural é de custo baixo a moderado, gerando benefícios ao evitar casos de diarreia e infecções

respiratórias agudas e contribuindo para diminuir os óbitos infantis (COCHRANE; SAI, 1997).

GRUPO F - PRODUZIDAS POR “MORTES VIOLENTAS”

A prevenção primária por taxaço do álcool para desestimular o seu uso pode resultar em decréscimo de 30% das **lesões** por quedas, transportes e fogo a um custo de baixo a moderado por AVAD, considerando as taxas de letalidade e a percentagem de lesões que são atribuídas ao álcool, contudo, se o público é fortemente contrário a impostos incidindo sobre o álcool, a feitura ilícita desse produto pode aumentar, resultando em excesso de mortalidade. A prevenção primária por programas educacionais para reduzir de 30-40% as lesões decorrentes de **transportes, fogo e envenenamento** está associada a moderado gasto por AVAD, variável segundo o grau de impactos e as taxas de fatalidade; no entanto, esses programas têm efetividade limitada se desacompanhados de legislação de segurança e de restrição ao alcoolismo. Medidas preventivas primárias de controle ambiental relacionadas a manufatura, modificação e uso de produtos, tais como custos de segurança, capacetes etc., para reduzir de 40 a 50% as lesões advindas de transportes, quedas e envenenamento têm alto custo por AVAD, dependendo das taxas de fatalidade e da proporção de lesões que são preveníveis por melhorias em ambientes, embora se saiba que produtos de segurança deveriam ser baratos mas alguns aperfeiçoamentos requerem enorme custos fixos (STANSFIELD *et al.*, 1997). O tratamento de lesões, incluindo intervenções clínicas e cirúrgicas, é provavelmente caro, sendo difícil precisar o custo-efetividade, em função do tipo de lesões e tratamento e do nível de tratamento oferecido (STANSFIELD *et al.*, 1997).

GRUPO G - RESTANTES DOS “ÓBITOS EVITÁVEIS”

A prevenção primária da **tuberculose** com BCG integrando o Programa Ampliado de Imunização sai por US\$ 7 por AVAD, mas o custo-efetividade cai substancialmente quando o risco anual de infecção é inferior a 1%. A eficácia reportada da BCG varia amplamente. Os custos de um programa isolado da BCG superam quatro vezes aqueles que incluem essa vacina na programação

conjunta de imunização. A quimioprofilaxia seletiva de grupos de alto risco, como pacientes de AIDS/SIDA e familiares de pacientes de tuberculose, e o tratamento de pacientes com escarro positivo para *M.tuberculosis* têm custo razoável, mas a quimioprofilaxia em massa tem alto custo com limitada efetividade (MURRAY; STYBLO; ROUILLON, 1997). A quimioterapia de curso curto com dois meses de hospitalização custa US\$ 3 por AVAD por conta dos custos de internamento e, apesar de mais dispendiosa que a quimioterapia ambulatorial convencional, dispõe de taxa de cura mais alta que a desta. Ressalte-se que cepas resistentes podem ser um problema significativo (especialmente entre aidéticos), causando um incremento nos custos (MURRAY; STYBLO; ROUILLON, 1997).

GRUPO NE - CAUSAS NÃO EVITÁVEIS

A **suplementação alimentar** para crianças pré-escolares, resultando em uma transferência de 100.000 calorias e médias de 0,5kg de ganhos de peso arrola US\$ 70 por AVAD, com base na relação entre suplemento de alimentos e crescimento infantil para dado peso por idade. A suplementação alimentar para gestantes produzindo uma transferência de 100.000 calorias e um aumento de 300g no peso ao nascer atrela um valor de US\$ 25 por AVAD, baseado na relação entre suplemento de alimentos e crescimento fetal e como afeta a mortalidade infantil (PINSTRUP-ANDERSON *et al.*, 1997). O tratamento ao nível hospitalar com objetivo de reabilitação da desnutrição protéico-calórica, incluindo alimentação para criança, educação de mães e medicação para infecções, despense cerca de US\$ 150 a US\$ 250 por AVAD, vinculado à redução da taxa de fatalidade e ao nível dos serviços propiciados (PINSTRUP-ANDERSON *et al.*, 1997).

A suplementação diária auto-administrada de ferro oral durante a gravidez está indicada em regiões com grave **anemia por deficiência férrica**, custando US\$ 12 por AVAD, na dependência das taxas de prevalência e da gravidade da deficiência marcial. A transfusão sangüínea para pacientes gravemente anêmicos (especialmente em grávidas antes do parto) é de moderado a alto custo por AVAD, subordinado à redução da letalidade por transfusão e aos testes de segurança do sangue que encarecem a

intervenção (LEVIN *et al.*, 1997). Doses semestrais em massa de vitamina A para crianças menores de cinco anos incorrem em despesas de US\$ 9 por AVAD, variando com as taxas de prevalência e a gravidade da **deficiência de vitamina A**, mas inclui também benefícios por mortes evitadas por sarampo, infecção respiratória e diarreia. A iodização do sal ou da água consome US\$ 8 por AVAD, na conformidade das taxas de prevalência e da gravidade de deficiência do iodo (LEVIN *et al.*, 1997).

A educação em saúde para melhorar hábitos de dieta e exercícios pode suportar um potencial para prevenção de **diabetes mellitus** não-insulino dependente ao custo de US\$ 0.02 a US\$ 0.50 *per capita* ano, mas a efetividade é desconhecida e provavelmente baixa como prevenção primária. O rastreamento e referência para teste de intolerância à glicose em grupos de alto risco (ex. obesos, gestantes) pode permitir o alcance mais preciso para educação em saúde e talvez medicação, e o custo-efetividade depende do grupo de detecção e dos custos das intervenções de referência (VAUGHAN *et al.*, 1997). Uso de hipoglicemiante oral para estabilizar diabetes mellitus não-insulino dependente, concomitante à educação em saúde, tem um custo de provisionamento do medicamento de US\$ 25 por paciente/ano e pode ser inteiramente efetivo em antecipar-se às complicações, incluindo as do diabetes insulino-dependente. Insulina injetável e educação para saúde em diabéticos insulino-dependentes têm um gasto com insulino-terapia de US\$ 210 por paciente/ano e uma estimativa de US\$ 240 por AVAD (VAUGHAN *et al.*, 1997).

A prevenção primária e secundária das **doenças cardiovasculares** por mudanças de comportamento de risco através de um pacote de prevenção público (educação em massa e aconselhamento individual) e de “screening” e serviços de referência para aqueles de alto risco absorve talvez menos de US\$ 1 *per capita*/ano na população-alvo e cerca de US\$ 150 por AVAD, porém a efetividade dependerá do grau de impacto (PEARSON *et al.*, 1997). Ao nível de cuidados primários, o tratamento de hipertensão arterial e da hipercolesterolemia custa respectivamente por AVAD ganho cerca de US\$ 2,000 e US\$ 4,000 por caso típico, na dependência de redução de mortalidade; nesse nível, a conduta médica de angina estável sai por US\$ 100 a US\$ 200 por AVAD e o

acompanhamento pós-infarto do miocárdio e pós-AVC por mudança de comportamento e medicação adequada custa de US\$ 150 a US\$ 200 por AVAD, vinculado às reduções em deficiência funcional e em mortalidade. Ao nível de hospital distrital, os cuidados com angina instável ou infarto agudo do miocárdio podem consumir por AVAD de US\$ 150 a US\$ 300 para procedimentos de baixo custo e talvez US\$ 30,000 para os de alto custo. Nos hospitais de referência, angioplastia ou “bypass” coronariano assumem mais de US\$ 5,000 por AVAD poupado (PEARSON *et al.*, 1997).

3 Conclusão

As estratégias de intervenção em saúde traçadas no estudo, referenciam programas de imunização e proteção individual; de prevenção primária e secundária de alguns tipos de câncer, via rastreamento da doença e alteração de procedimentos; de controle das doenças diarréicas, pelo incentivo ao aleitamento materno, e também das IRAs, com a introdução de novos hábitos comportamentais; de difusão de informações, pontuadas por objetivos de educação em saúde, direcionados para a prática de comportamento saudável, que exclui o abuso no consumo do álcool, senso todas essas evidências colocadas em uma dimensão de custo/efetividade.

As medidas a serem introduzidas, segundo a abordagem do estudo, são muito importantes em termos de racionalização de recursos para a saúde, tanto porque produzem substancial economia nos custos estimados, quanto porque são capazes de gerar excedentes, passíveis de utilização em outros setores econômicos e sociais.

4 Referências

BARNUM, H.; GREEBERG, E.R. - Cancers. *in*: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.529-59.

BUMGARNER, J. R.; SPEIZER, F.E. - Chronic obstructive pulmonary disease. *in*: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.;

MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L. (eds.)- **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.595-608.

COCHRANE, S.; SAI, F. - Excess fertility. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L. (eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.333-61.

COLOMBIA. Ministerio de la Salud. - Analisis de la carga de la enfermedad en Colombia. in: _____: **la reforma de la seguridad social en salud: I-Antecedentes y resultados**. Bogotá: Ministerio de la Salud de Colombia, 1994. p.85-110.

FLETCHER, R.H. *et al.* - **Epidemiologia clínica** - elementos essenciais. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 281p.

FOSTER, S.O.; McFARLAND, D.A.; JOHN, A.M. - Measles. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.161-87.

JAMISON, D.T. - Disease control in developing countries: an overview. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. p.3-34.

JAMISON, D.T.; TORRES, A.M.; CHEN, L.C; MELNICK, J.L. - Poliomyelitis. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L. (eds.) - **Disease control in developing countries**.1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.117-19.

LEVIN, H.M.; POLLITT, E.; GALLOWAY, R. McGUIRE, J. - Micronutrient deficiency disorders. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.421-51.

MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causa de óbitos: Revisão, 1975. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1978. 2v.

MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos: 8ª Revisão, 1965. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1969.

MARTINES, J.; PHILLIPS, M.; FEACHEM, R.G. - Diarrheal diseases. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.91-116.

MICHAUD, C.; TREJO-GUTIERREZ, J.; CRUZ, C.; PEARSON, T. - Rheumatic heart disease. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p. p.221-32.

MOSLEY, W.H.; BOBADILLA, J.L.; JAMISON, D.T. - The health transition: implications for health policy in developing countries. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.673-99.

MURRAY, C.; STBLO, K.; ROUILLON, A. - Tuberculosis. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.233-59.

MURRAY, C.I.L. - A critical review of international mortality data. **Soc. Sci. Med.**, **25** (7): 773-81, 1987.

MURRAY, C.J.L.; ACHARYA, A.K. - Understanding DALYs. **Journal of Health Economics**, **16**: 703-30, 1997.

MURRAY, C.J.L.; LÓPEZ, A.D. - Alternative projections of mortality by cause 1990. 2020: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, **349** (May, 24): 1448-1504, 1997d.

_____. - Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, **349** (May, 17): 1436-42, 1997c.

_____. - Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, **349** (May, 03): 349-76, 1997a.

_____. - Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. **Lancet**, **349** (May,10): 1347-52, 1997b.

MURRAY,C.J.J.; LÓPEZ,A.D. (dir.) - **The global burden of diseases**: a comparative assesment of mortality and disability from disease, injury, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

ORTÚN RUBIO,V.; GISPERT MAGAROLAS,R. - Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria o indicador de calidad asistencial. **Med. Clin.** (Barc), **90**(19): 399-403, 1988.

OVER, M.; PIOT, P. - HIV infection and sexually transhitted diseases. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 455-527p.

PEARSON, T.A.; JAMISON, D.T.; TREJO-GUTIERREZ, J. - Cardiovascular disease. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.577-94.

PINSTRUP-ANDERSON, P.; BURGER, S.; HABICHT, J.P.; PETERSON, K. - Protein-energy malnutrition. __. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p. p.391-430.

RUTSTEIN, D.D. *et al.* - Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New Engl. J. Med.**, **294**: 582-8, 1976.

STANLEY, R. - Control of tobacco production and use. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**.

1.ed. rev.ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p. p.703-23.

STANSFIELD, S.K.; SHEPARD, D.S. - Acute respiratory infection. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997. 746p. p.67-90.

STANSFIELD, S.K.; SMITH, G.S.; MCGREEVY, W.P. - Injury. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.609-33.

STEINGLASS, R.; BRENZEL, L.; PERCY, A. - Tetanus. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p. 189-220.

THE WORLD BANK. - **World development report 1993. Investing in Health**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

VAUGHAN, J.P.; GILSON, L.; MILLS, A. - Diabetes. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.561-76.

WALSH, J.A.; FEIFER, C.N.; MEASHAM, A.R.; GERTLER, P.J. - Maternal and perinatal health. in: JAMISON, D.T.; MOSLEY, W.H.; MEASHAM, A.R.; BOBADILLA, J.L.(eds.) - **Disease control in developing countries**. 1.ed. rev. ampl. - USA: Oxford University Press, 1997.746p. p.363-90.

ANEXO 1 - ÓBITOS EVITÁVEIS SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS

GRUPO A: Óbitos Evitáveis por “Vacina ou Tratamento Preventivo”

- Difteria (032) (A36)
- Coqueluche (033) (A37)
- Sarampo (055) (B05)
- Febre Reumática (390-392) (I00-I02) e Doenças Reumáticas Crônicas do Coração (393-398) (I05-I09)
- Sífilis e outras Doenças Venéreas (090-099) (A50-A64)
- Tétano (037) (A35), Carbúnculo (022) (A22), Poliomielite Aguda (045) (A80) e seus efeitos tardios (138) (B91), Raiva (077) (A82)

GRUPO B: Óbitos Evitáveis por “Diagnóstico e Tratamento Médico Precoces”

- Úlcera de Estômago ou Duodeno (531-534) (K25-K28), Gastrite e Duodenite (535) (K29), Apendicite (540-543) (K35-K37), Obstrução Intestinal (560) (K56) e Hérnia (550-553) (K40-K46)
- Colelitíase (574) (K80) e Colecistite (575) (K81)
- Neoplasmas Malignos da Mama (174-175) (C50), do Útero (179-182) (C53-C55), da Próstata (185) (C61) e da Pele (172-173) (C43-C44)

GRUPO C: Óbitos Evitáveis por “Medidas de Saneamento Ambiental”

- Cólera (001) (A00), Febre Tifóide e Paratifóide (002) (A01) e outras Infecções por Salmonela (003) (A02), e Disenteria Bacilar (004) (A03)
- Hepatite Infecciosa (070) (B15-B19), Hidatidose (122) (B67), outras Infecções por Cestóides (123) (B71), Triquinose (124) (B75), e outras Helmintíases Intestinais (127) (B65-B66) (B76-B85)

- Gastroenterite (009) (A09) e Colite (555, 562) (K50-K52)

GRUPO D: Óbitos Evitáveis devido a “Infecções das Vias Respiratórias”

- Infecções Respiratórias Agudas (460-466) (J00-J06) (J20-J22), exceto Gripe ou Influenza, Pneumonia (480-486) (J12-J18)

GRUPO E: Óbitos Evitáveis devido a “Doenças Próprias da Primeira Infância”

- Certas causas de Morbidade e Mortalidade Perinatais (760-779) (P00-P96)
 - . Crescimento Fetal Retardado, Má Nutrição Fetal e Prematuridade(764-765) (P05-P07)
 - . Trauma de Parto (767) (P10-P15)
 - . Hipóxia, Asfixia ao Nascer e outras Afecções Respiratórias (768-770) (P20-P24)
 - . Doenças Hemolíticas do Feto ou do Recém-Nascido (773) (P50-P61)
 - . Tétano Neonatal (771.3) (A33)

GRUPO F: Óbitos Evitáveis Produzidos por “Mortes Violentas”

- Acidentes, Envenenamento, Violência (E800-E999) (V, W, X, Y)
 - . Acidente de Transporte (E800-E848) (V01-V99)
 - . Envenenamento Acidental e Acidentes Provocados em Pacientes durante Procedimento Médico, Reações Anormais e Complicações Tardias (E850-E879) (X40-X49) (Y40-Y84)
 - . Quedas Acidentais (E800-E888) (W00-W19)
 - . Acidentes Causados por Fogo e Chama (E890-899) (X00-X09)
 - . Outros Acidentes, incluindo efeitos tardios, e efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica (E900-E949) (W20-W49) (X10-X39) (X50-X59) (W50-W99)

- . Suicídios e Lesões Auto-Infligidas (E950-E959) (X60-X84)
- . Homicídios e Lesões Provocadas Intencionalmente por Outras Pessoas (E960-E969) (X85-Y09)
- . Outras Violências (E970-E979) (Y10-Y36) (Y85-Y98)

GRUPO G: Restantes dos Óbitos Evitáveis pela Ação de um Conjunto de Medidas (“Restantes das Doenças Evitáveis”) (O00-O99)

- Complicação da Gravidez (630-639; 650-659; 660-669; 670-676 (O00-O99))
- . Aborto (630-639) (O00-O08)
- . Causas Obstétricas Diretas (640-646; 651-669) (O10-O97)
- . Causas Obstétricas Indiretas (647-648) (O98-O99)
- . Cirrose Hepática (571) (K74)
- . Tuberculose (010-018) (A15-A19)
- . Tuberculose Pulmonar (011) (A15-A16)
- . Tuberculose de Meninges e do Sistema Nervoso Central (013) (A17)

(Modificado de E. Taucher)

Obs.: Códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) (CID-10)

4 Os Custos das LER/DORT e a Ergonomia

*Adriana Cristina de Souza Melzer
Milena de Araújo Bastos
Regina Heloísa Maciel*

1 Introdução

Atualmente, o mundo procura meios de conter o crescimento abrupto e polêmico da síndrome que, silenciosamente, tira do trabalhador a capacidade de exercer sua profissão e que, de forma gritante, ameaça empresários e governantes como consequência do impacto econômico que causa. As Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) desafiam pesquisadores do mundo inteiro e ameaçam, de um lado, aqueles que sofrem física e psicologicamente suas consequências e, de outro, aqueles que sentem os custos do seu crescimento.

As estatísticas demonstram que as LER/DORT são hoje, mais do que um problema de Saúde Ocupacional, um fenômeno de implicações sócio-econômicas de grande magnitude, o que, segundo SANTOS FILHO & BARRETO (1998) pode ser confirmado a partir de dados sobre os custos de afastamentos temporários ou definitivos da força de trabalho, com diagnóstico de acometimento do sistema músculo-esquelético.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2000), a partir de dados do Instituto Nacional do Seguro Social/Ministério da Previdência e Assistência Social de 1997, as LER/DORT têm sido, nos últimos anos, as mais prevalentes dentre as doenças ocupacionais registradas entre a população trabalhadora segura.

Nos Estados Unidos, segundo BERNARD e cols. (2000), os dados relativos aos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, indicam claramente que estes são um dos maiores problemas de saúde ocupacional naquele país. Uma das fontes de informação, utilizada pelo autor e que confirma a magnitude do

problema, é o Annual Survey of Occupational Injuries and Illnesses, conduzido pelo Bureau of Labour Statistics (BLS), que inclui informações sobre o número total de casos categorizados como doenças ocupacionais. Segundo o BLS, em 1998, 253.200 comunicados de doenças eram relativos a movimentos repetitivos, totalizando 65% das doenças ocupacionais. Outros dados do BLS que confirmam a grandeza do problema estão relacionados às indenizações trabalhistas: no estado de Washington, entre 1990 e 1997, 27% do total de pedidos por indenizações e 46% dos custos de todos os pedidos foram resultantes de desordens músculo-esqueléticas dos ombros, extremidades superiores e coluna.

Na busca das raízes do problema e de sua continuidade, vários aspectos estão na base das discussões sobre LER/DORT, alguns deles apontados por Settimi e cols. (1998), como sendo relacionados à multifatoriedade de suas causas, a heterogeneidade de suas formas clínicas, dificuldades de diagnóstico e estabelecimento de nexos com o trabalho, dificuldades nos processos de reabilitação, tratamentos complexos e ineficazes e, sem dúvida, seus custos.

SANTOS FILHO & BARRETO (1998) analisaram diversos estudos sobre LER/DORT e concluíram que, a despeito da diversidade de métodos e abordagens, os estudos apontam que fatores ligados às condições físicas onde o trabalho se realiza, organização do trabalho e componentes biológicos individuais, estariam envolvidos na gênese das LER/DORT. BERNARD e cols. (2000), em sua revisão crítica sobre estudos epidemiológicos publicados em 1997 pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos Estados Unidos (NIOSH), evidenciaram a relação entre a incidência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e a exposição a fatores físicos do trabalho em mais de 2000 estudos epidemiológicos.

A importância da análise do trabalho para a determinação dos fatores críticos que podem concorrer para o surgimento das LER/DORT está na possibilidade de identificar e modificar esses aspectos desfavoráveis, resultando na prevenção do aparecimento de uma LER/DORT ou na capacidade de impedir o seu desenvolvimento. Nesse sentido, a ergonomia, como instrumento de avaliação das condições e ambiente de trabalho, permitirá a identificação de tais fatores, possibilitando, segundo afirmam

LAMPL e cols. (2000), reduzir a frequência das doenças bem como os custos financeiros com indenizações trabalhistas e os custos indiretos associados, por exemplo, com a produtividade perdida e substituição de trabalhadores.

A relação entre ergonomia e LER/DORT ganhou maior ênfase no Brasil, a partir de 1991, com a entrada em vigor da NR-17 (Norma Regulamentadora N°17 - ERGONOMIA), que aborda vários aspectos relacionados às causas das LER/DORT, entre eles, a organização do trabalho, mobiliário, ritmo de trabalho e outros. A NR-17, determina que, para avaliar e adaptar as condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, o empregador deverá solicitar uma análise ergonômica do trabalho (FEDERIGHI, 1998; MACIEL, 1995, 2000; DINIZ, 1994).

A relação entre ergonomia, LER/DORT e redução de custos tem se evidenciado nos diversos estudos sobre prevenção de distúrbios músculo-esqueléticos e estudos que analisam o custo-efetividade de programas de ergonomia.

BAXTER & HARRISON (2000) afirmam que, para qualquer programa de ergonomia, a justificação da intervenção ergonômica baseada nos custos, tem sido um componente necessário. Para MCBRIDE & BOBJER (2000), o uso apropriado de um programa de ergonomia irá influenciar não só a qualidade e produtividade, mas também reduzirá os custos da empresa, seja ela pequena ou grande. Já BERNARD e cols. (2000), apontam a efetividade de um programa de ergonomia, a partir da análise de numerosas empresas que reportaram sucesso na utilização da ergonomia como um caminho custo-efetivo de prevenir ou reduzir distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, e reduzir o tempo perdido dos trabalhadores com a patologia.

Alguns dos estudos mais recentes que abordam a relação entre a redução dos custos com as LER/DORT, a partir da intervenção ergonômica, serão discutidos neste trabalho.

2 A Efetividade dos Programas de Ergonomia na Redução dos Custos das LER/DORT

As evidências de que um programa de ergonomia é efetivo na prevenção dos impedimentos e debilidades em consequência de

distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são apontadas por BERNARD e cols. (2000), a partir de estudos realizados pelo Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH), que trazem relatos de várias empresas, admitindo ser a ergonomia um caminho custo-efetivo tanto para a prevenção das patologias músculo-esqueléticas, quanto na redução dos dias de trabalho perdidos, além de representar possibilidades de aumentos na produtividade e melhoria da moral nos ambientes de trabalho. Segundo os autores, a literatura técnica e científica, mostra que intervenções incluindo modificações de equipamentos, máquinas e postos de trabalho, podem reduzir os riscos dos ambientes de trabalho e conseqüentemente reduzir a incidência das LER/DORT. Os autores citam os seguintes exemplos para confirmar a sua tese:

Um caso onde 50 trabalhadores envolvidos com a embalagem de equipamentos eletrônicos, tiveram 185 dias de trabalho perdidos e 7 casos de cirurgia do túnel do carpo, no período de 2 anos. Intervenções ergonômicas incluindo medidas de engenharia, totalizando 14000 dólares e a instalação de um dispositivo para segurar as caixas, reduziram os riscos de movimentos repetitivos e posturas desfavoráveis. Os casos de síndrome do túnel do carpo chegaram a zero e a rotatividade de funcionários também foi reduzida.

A adoção de medidas de controle dos riscos feitas em uma indústria distribuidora de bebidas, reduziram as queixas de fadiga entre os trabalhadores, as posturas extremas durante o manuseio das bebidas e ensinaram múltiplas maneiras de carregar as caixas de bebidas, diminuindo sensivelmente os casos de LER/DORT entre os empregados e os custos associados às doenças.

Visando estimular a troca de informações sobre a prevenção das LER/DORT, o NIOSH co-organizou duas conferências, uma em janeiro de 1997 em Chicago e outra em março de 1999 em Houston, onde foi demonstrado que, em uma série de indústrias, a implantação de um programa de ergonomia conseguiu reduzir horas de trabalho perdidas e cortou os gastos devido a acidentes e doenças ocupacionais. São citados como exemplos de programas custo-efetivos e práticas efetivas em ergonomia nos ambientes de trabalho os seguintes casos:

- A Ford Motor Company, que reportou melhoras em qualidade e produtividade, além da redução de doenças como resultado da adoção de um programa de ergonomia em associação com a United Auto Workers; a Lunt Silversmith. Experimentou queda no número total de pedidos de indenizações trabalhistas de mais de 300 para menos de 50, com uma redução dos custos de 192.500 para 27.100 dólares, confirmando que o dinheiro economizado foi maior que o custo das modificações ergonômicas;
- A PPG Industries, que instituiu um programa de ergonomia que incluiu análise do trabalho, prevenção e controle de riscos, manejo médico, treinamento e educação, o que reduziu o número de pedidos de indenizações de 2.500 para 1.000 ao ano.

Em um outro trabalho, LAMPL e cols. (2000) estudaram duas empresas, uma com 350 trabalhadores (empresa A) e outra com 120 trabalhadores (empresa B), com o propósito de medir a efetividade da implementação de um programa de ergonomia, seu impacto sobre as doenças/acidentes e sobre os custos de indenizações trabalhistas. A implantação do programa de ergonomia teve a duração de três anos e os elementos fundamentais do processo incluíram: formação de uma equipe de ergonomia, promoção de um treinamento de longa duração, desenvolvimento de um plano de ação (documentação, regras, metas e responsabilidades), informação a todos os funcionários a respeito do programa, levantamento e análise de dados/tendências históricas, priorização de atividades, condução de análise ergonômica dos postos de trabalho, implementação e avaliação de soluções ergonômicas, implementação de controles médicos e monitoração de todo o processo. A efetividade do programa de ergonomia foi avaliada utilizando-se as pontuações recolhidas do inquérito de percepção – distribuído aos trabalhadores e dirigentes, incluindo questões de percepção sobre ergonomia e segurança dentro das organizações, relativas à atitude, comunicação, inspeções ergonômicas, correção de riscos ergonômicos e o envolvimento dos trabalhadores com a ergonomia -, além dos índices de acidentes/doenças e os custos com indenizações trabalhistas antes e após a implantação do programa de ergonomia. Os resultados mostraram as seguintes modificações nas duas empresas pesquisadas:

Quanto ao inquérito de percepção, a empresa A melhorou suas respostas de 53% para 59% e a empresa B melhorou de 51% para 60%.

No ano anterior à implantação do programa, a empresa A registrou 75 casos de acidentes/doenças com um total de 530.000 dólares em indenizações trabalhistas. Após o programa, a empresa reduziu o número de acidentes/doenças para 27, com um total de redução de custos com indenizações trabalhistas para 85.000 dólares.

A empresa B, no ano anterior à implantação do programa, registrou 17 casos de doenças/acidentes, num total de 21.000 dólares de custos com as indenizações trabalhistas. Após o programa, a empresa reduziu o número de acidentes/doenças para 6, com um total de custos com indenizações trabalhistas reduzido para 13.000 dólares.

Os resultados observados antes e após a implantação do programa de ergonomia nas duas empresas, quanto à percepção dos trabalhadores sobre ergonomia, o número de acidentes/doenças e os custos com indenizações trabalhistas, podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1 - Resultados obtidos nas empresas A e B, antes e após a implantação de um programa de ergonomia

Empresas	Percepção de ergonomia		Número de acidentes/ doenças		Custos com indenizações (em dólares)	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
A	53%	59%	75	27	530.000	85.000
B	51%	60%	17	6	21.000	13.000

Fonte: Retirado de LAMPL & COLS, 2000

Em um outro estudo, McBRIDE & BOBJER (2000) demonstraram como a ergonomia pode promover uma melhora nas condições de trabalho, uma redução dos custos e a diminuição das queixas relacionadas à utilização exacerbada e inadequada das estruturas músculo-esqueléticas, a partir da adaptação de instrumentos ergonômicos para trabalhadores do setor de telecomunicações. Os autores iniciaram o estudo relatando que a Nortel Networks tem colocado em operação, no mundo todo, procedimentos padronizados com a finalidade de melhorar a saúde, o conforto e o bem-estar dos operadores de instrumentos de mão utilizados na indústria de telecomunicações e, ao mesmo tempo, manter ou melhorar a produtividade e a qualidade, enquanto diminui os custos. Dentro desse contexto, o processo de selecionar os instrumentos mais adequados tem tido prioridade dentro da organização. Na seleção dos instrumentos de mão, alguns critérios devem ser observados, como o tipo de tarefa desempenhada, o peso do instrumento, tipo de prensão (de força e precisão), uso vertical ou horizontal, tamanho, forma, material e textura do cabo, força requerida e ambiente. O estudo testou 7 tipos diferentes de instrumentos, a partir da avaliação feita por 118 operadores, que tinham disponíveis dois tipos de instrumentos que deveriam ser utilizados durante o dia na execução das tarefas. Antes do início da pesquisa, cada operador foi entrevistado e respondeu questões relacionadas ao número de horas trabalhadas, posição da mão na execução das tarefas, histórias de distúrbios osteomusculares nas mãos e histórias individuais de atividades intensas com as mãos.

Outros dois questionários foram respondidos pelos operadores durante a pesquisa, contendo questões que comparavam os dois pares de instrumentos dados a eles. Um questionário final envolveu questões referentes à saúde do trabalhador (persistência ou não dos distúrbios osteomusculares), comparação final entre os instrumentos e outros comentários adicionais dos operadores. Os resultados da pesquisa relacionados à saúde dos trabalhadores, demonstrou que o tipo preferido entre todos os instrumentos avaliados reduzia a força envolvida na execução das tarefas e posturas inadequadas e estava mais ajustado ao tamanho das mãos dos operadores, que são alguns dos fatores que podem contribuir para o surgimento das LER/DORT. O serviço de saúde reportou que desde a introdução desse tipo de instrumento, nenhum dos operadores procurou o serviço relatando queixas de dores nos dedos, mãos, punhos e braços. A análise dos resultados prosseguiu e comprovou que a adoção desse tipo de instrumento reduziu os custos totais envolvidos com o processo. Os autores concluem o estudo afirmando que a chave para o sucesso da criação de um ambiente de trabalho favorável e prevenção das doenças ou dores em músculos e articulações não está relacionada apenas à utilização de instrumentos ergonômicos, mas também no treinamento de como utilizar esses instrumentos.

BAXTER & HARRISON (2000) analisaram as queixas de problemas osteomusculares da extremidade superior reportadas por telefonistas, afim de quantificar os benefícios de um programa de ergonomia e a formação subsequente de equipes locais de ergonomia. A fase de treinamento do programa dava aos participantes, no primeiro dia, uma introdução sobre ergonomia, uma revisão dos fatores de risco para os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e informações específicas sobre cadeiras (como ajustar e o posicionamento correto do corpo) e sobre computadores (teclado correto e colocação do monitor). Como complemento foram dadas informações sobre exercícios de alongamento e noções de controle dos fatores ambientais (iluminação e temperatura), para assegurar um trabalho saudável e seguro. No segundo dia, foram realizados grupos de discussão sobre como apresentar informações de forma efetiva sendo que cada participante deveria também apresentar, individualmente e em grupo, informações sobre ergonomia. Como resultado desse treinamento

foram formadas equipes locais de ergonomia, responsáveis por prover assistência básica em ergonomia ao seu grupo de trabalho, incluindo exposições, conselhos individuais sobre o trabalho com computadores e manter a ergonomia presente nos escritórios, através de cartazes. Com a implantação das equipes locais de ergonomia houve uma redução tanto na incidência dos distúrbios osteomusculares nas extremidades superiores, quanto nos seus custos. Com a finalidade de estabelecer e divulgar os benefícios concretos do treinamento em ergonomia, foi projetada uma análise simples de custo-benefício para quantificar as economias obtidas. Foram coletadas informações relativas à incidência, dias perdidos e médias dos custos dos pedidos de indenizações trabalhistas devido a distúrbios osteomusculares de extremidades superiores das telefonistas. Os dois anos subseqüentes ao início do programa (1997 e 1998) foram comparados com o ano em que foi iniciado o treinamento (1996). Os custos de indenizações trabalhistas, dias perdidos (apenas custos diretos) e o custo do programa de treinamento foram calculados. Em 1997 e 1998 foi percebida uma redução combinada nos custos de indenizações de 97.266 dólares, as economias em dias perdidos foram calculadas em 95.625 dólares e os custos do treinamento foram estimados em 29.760 dólares. O custo-benefício do programa de ergonomia através do treinamento de equipes locais de ergonomia foi calculado em 161.131 dólares (economias nos custos com indenizações trabalhistas mais economias com os dias perdidos – custos do treinamento), no período de 2 anos.

Um outro exemplo da efetividade da ergonomia na redução dos custos, foi publicado pelo United States General Account Office (GAO) (1997), através de um relatório sobre programas de ergonomia de sucesso no setor privado. No estudo do GAO, foram analisadas 5 empresas: a American Express (5.300 funcionários – de 1992 a 1996); a AMP Incorporated (300 funcionários – de 1993 a 1996); a Navistar International (4.000 funcionários – de 1993 a 1996); a Sisters of Charity Health St. Mary's Medical System (780 funcionários – de 1994 a 1996); Texas Instruments (2.800 funcionários – de 1991 a 1996). O GAO considerou como “Programas de Ergonomia” uma série de ações tomadas pelos empregadores com o objetivo de reduzir os riscos de LER/DORT, e relatou que os programas de sucesso deveriam ter:

1. Comprometimento da gerência – nomeação de funcionários especificamente para o programa de ergonomia, estabelecimento de objetivos para o programa e avaliação dos resultados, comunicação a todos os funcionários sobre a importância do programa e fornecimento de recursos, tais como os necessários para a implantação de melhorias ou treinamento dos funcionários.
2. Participação dos empregados – criação de equipes de ergonomia que recebem informações, analisam problemas e fazem recomendações para ações corretivas; estabelecimento de procedimentos que encorajem o relato imediato e preciso de sintomas relacionados às LER/DORT; implantação de campanhas que solicitem aos funcionários o relato de seus problemas para melhoria das condições de trabalho.
3. Identificação dos trabalhos e/ou funções problemáticas – através da análise ergonômica do trabalho, observação dos funcionários quando estes realizam as suas atividades, realização de entrevistas, medição das dimensões dos postos, bancadas ou distâncias dos alcances; filmagens dos postos; medições e cálculos biomecânicos para planejar trabalhos mais adaptados.
4. Desenvolvimento de controles para os problemas – aplicação de medidas de engenharia para reduzir ou eliminar exposições aos riscos, como por exemplo, mudanças nos postos de trabalho ou equipamentos; aplicação de controles administrativos, ou seja, práticas e políticas de trabalho para prevenir a exposição a riscos, tais como, pausas, rodízios, treinamento dos trabalhadores para reconhecerem os riscos e fornecer instruções e normas de trabalho que facilitem ou diminuam as demandas ou exigências das tarefas.
5. Treinamento e educação dos empregados – treinamento geral de todos os empregados de forma que estes possam reconhecer os riscos de suas atividades, aprender os procedimentos para relatar os sintomas de LER/DORT e se familiarizarem com o processo que a empresa está utilizando para identificar e controlar os postos ou funções problemáticas; treinamento

especial para grupos-chave, ou seja, supervisores e gerentes, para que reconheçam os primeiros sintomas de LER/DORT, para engenheiros para que previnam e corrijam os riscos do trabalho através do desenho, compra ou manutenção dos equipamentos e para os membros do comitê de ergonomia para que analisem os trabalhos e desenvolvam soluções.

6. Gerenciamento médico apropriado – encorajar o relato dos sintomas e assegurar que os funcionários não tenham medo de represálias e discriminação; assegurar a avaliação imediata dos casos; assegurar que os empregados diagnosticados com LER/DORT tenham tratamento especial quanto às exigências do trabalho.

O relatório apresentado pelo GAO teve como conclusões que, em primeiro lugar, havia grandes diferenças nas implantações dos programas, embora todos eles possuíssem as mesmas características. A variabilidade foi devida a fatores do tipo: diferenças do ambiente e dos produtos, cultura da empresa e experiência durante a evolução dos respectivos programas. Em segundo lugar, os processos utilizados pelas empresas estudadas para identificar problemas, eram tipicamente informais e simples. Terceiro, as melhorias implantadas não significaram grandes investimentos. Além disso, os responsáveis pelos programas acreditavam que este levou a benefícios, incluindo uma redução nos custos das indenizações trabalhistas associadas com as LER/DORT. Por outro lado, ocorreram também reduções nos acidentes e quase acidentes e no número de dias de afastamento. Finalmente, foram encontrados fatores de melhoria na moral, produtividade e qualidade dos produtos.

Um dos aspectos que mais chamou a atenção no relatório do GAO, foi a redução nos custos das indenizações trabalhistas por LER/DORT, relatada pelas 5 empresas. Na Texas Instruments, onde o programa de ergonomia já durava mais tempo, o custo das indenizações caiu de milhões de dólares em 1991 para milhares de dólares em 1996. A Tower City alcançou uma redução nas indenizações por LER/DORT de 73000 dólares em 1993 para 28000 dólares em 1996. De 1993 a 1996 a taxa de acidentes/doenças caiu de 12,8 para 7,1 (número de acidentes por cada 100 trabalhadores)

3 Conclusões

O crescimento progressivo das LER/DORT, alcançando índices alarmantes e consequências sócio-econômicas notáveis, tem exigido estratégias de intervenção sobre o ambiente e as condições de trabalho, dentro de uma abordagem preventiva primária, baseada na identificação, análise e modificações nos fatores físicos e organizacionais envolvidos com a sua gênese.

As LER/DORT, quanto ao problema social, interferem com a saúde do trabalhador, limitando e até incapacitando-o para a vida produtiva. O problema econômico se traduz em custos sociais e individuais para as empresas, sob a forma de afastamentos, dias de trabalho perdidos e indenizações trabalhistas.

Os estudos revisados neste trabalho apontam para a intervenção ergonômica no trabalho como o caminho concreto no combate ao seu surgimento e desenvolvimento.

Nos Estados Unidos e em menor escala no Brasil, os programas de ergonomia têm tido resultados na redução da dor e debilidade, além de reduzir os custos com indenizações trabalhistas. Ao mesmo tempo, têm possibilitado um aumento na produtividade em ambientes de trabalho de diversas indústrias. (BERNARD e cols., 2000; DINIZ, 1994; MACIEL, 1998).

Investir em programas de ergonomia tem mostrado, além de uma redução considerável nos custos, a possibilidade de garantir ao trabalhador ambientes e condições de trabalho que, no mínimo, lhe garantam o direito a uma longa vida produtiva sem se ver obrigado a abreviar seus sonhos em razão de uma doença cujas causas estão fora de seu controle.

4 Referências

BAXTER, K.; HARRISON, D. A simple cost benefit analysis for an ergonomics “train-the-trainer” program. **Proceeding of the IEA 2000/HFES Congress**, july- august, San Diego, California, 6: 327-328, 2000.

BERNARD, B.; JONES, A.; ESTILL, C.F., FINE, L.; HABES, D.; HALES, T.; PUTZ-ANDERSON, V.; VOTAW, D. The magnitude,

science base, and solutions for one of the largest occupational health problems in the United States. **Proceeding of the IEA 2000/HFES Congress**, july-august, San Diego, California, 5: 1-4, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação, Diagnóstico e Prevenção de LER/DORT**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

DINIZ, C.A. **Norma Regulamentadora 17**: Manual de Utilização. Brasília, Ministério do Trabalho, SSST, 1994.

FEDERIGHI, W.J.P. Ergonomia: ferramenta para obter a saúde do trabalhador. **O Mundo da Saúde**, 22 (5), 1998.

LAMPL, M.; WOOLEY, S.; CONINE, L.; HOEHNE, L.; MOORMAN, L. The effectiveness of an ergonomics injury management (EIM) process. **Proceeding of the IEA 2000/HFES 2000 Congress**, july-august, San Diego, California, 5: 382, 2000.

MACIEL, R.H. Ergonomia e lesões por esforços repetitivos. In: CODO, W. & ALMEIDA, M.C. (eds.). **Lesões por esforços repetitivos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

MACIEL, R.H. Participatory ergonomics and organizational change. **International Journal of Industrial Ergonomics**, 22: 319-325, 1998.

MACIEL, R.H. **Prevenção das LER/DORT**. São Paulo, CUT/INST, 2000.

McBRIDE, P.; BOBJER, O. Using ergonomics to improve user comfort, working conditions and reduce costs. **Proceeding of the IEA 2000/HFES 2000 Congress**, july-august, San Diego, California, 5: 234-237, 2000.

SANTOS FILHO, S.B.; BARRETO, S.M. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos epidemiológicos das lesões por esforços repetitivos. **Cadernos de Saúde Pública**, 14(3): 555-563, 1998.

SETTIMI, M. M.; TOLEDO, L.F.; PAPARELLI, R. **Rede Lesões por Esforços Repetitivos/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**: abordagem interdisciplinar. Edição Especial, Ano III, 149, 1998.

UNITED States General Account Office (GAO). **Worker Protection: Private Sector Ergonomics Programs Yield Positive Results.** HEHS-97-163. Home Page: www.gao.gov, 1997.

PARTE II

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

5 Financiamento e Gastos Públicos em Saúde

*Francisca Lucia Nunes de Arruda
Maria Geiza de Sousa Albuquerque
João Bosco Feitosa dos Santos*

1 Introdução

O financiamento da saúde, está assegurado pela Constituição Federal (Art. 196) corresponde ao dever do Estado de garantir as condições de saúde mediante políticas econômicas e sociais. A viabilização dessas políticas implica na garantia de recursos públicos para o seu financiamento.

A saúde deverá ser financiada por todas a sociedade, de forma direta e indireta [...] mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - dos empregadores incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; II - dos trabalhadores e III - sobre a receita de recursos de prognóstico (Art. 195).

O princípio que fundamenta o SUS é saúde como direito social, que se coloca como direito do povo e dever do Estado. A constituição previu as formas de financiamento, no entanto, os critérios de partilha das receitas da seguridade social, que compõem o tripé: previdência social, saúde e assistência social, têm representado uma permanente disputa entre previdência e saúde sobrando para o setor saúde os saldos depois de assegurados os recursos para os benefícios previdenciários (O'DWYER; LEITE, 1997).

O debate sobre financiamento da saúde tem sido uma constante por toda a década de 90 permeado, pela discussão do quantitativo de recursos necessários ao SUS, bem como os critérios de partilha dos recursos, considerando a descentralização da gestão dos serviços de saúde e a necessidade de regulamentação do Art. 35 da Lei 8.080/90. O quantitativo mínimo de recursos para o

financiamento da saúde está presente na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em 1988 é agregada à Constituição Federal: em disposições transitórias da Constituição Federal, quando destinava 30% do orçamento da seguridade social para a área da saúde (exceto seguro desemprego); de 1989 a 1993 nas leis de diretrizes orçamentárias; a partir de 1994 este artigo da LDO foi vetado; em 1993 começa a tramitar a Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169) que, além de vincular os 30% do orçamento da seguridade social para a saúde, também vinculava 10% do orçamento fiscal de Estados e Municípios.

A problemática enfrentada pelo Sistema Único de Saúde acumula uma história de avanços e estagnação. Os avanços estão pautados na garantia da descentralização, responsabilizando os Municípios na gestão da saúde local, na busca permanente pela participação, como a criação de cerca 5400 Conselhos de Saúde em todo o país, mesmo enfrentando dificuldades nas relações com o aparelho institucional. Os princípios da universalidade, equidade e integralidade sofrem com a constatação de ineficiência, ineficácia e iniquidade, dificuldades que se relacionam com a falta de financiamento, de forma a garantir a vinculação orçamentária para a saúde

COELHO (1997) refere que a concentração de gastos públicos em saúde na esfera federal e a centralização dos recursos financeiros, têm contribuído de forma direta para o enfraquecimento político, institucional, financeiro e administrativo das estruturas organizativas do setor saúde dos Estados e Municípios.

Os critérios para alocação dos recursos financeiros da seguridade social dos Estados e Municípios foram estabelecidos na Lei 8.080/90 em seu Artigo 35: “Para estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação de critérios, segundo análise técnica de programa e projetos: I – Perfil demográfico da região; II – Perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V – Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estadual e municipal; VI – Previsão do plano quinquenal de investimentos da

rede; VII – Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo”.

A Lei 8.142/90 vem minimizar os vetos da Lei 8.080/90, apresentando critérios de alocação de recursos no seu Artigo 2º – Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: I – Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II – Investimentos previstos em Lei orçamentaria de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III- Investimentos previstos no plano quinquenal do MS; IV – Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementadas pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. No Artigo 3º - os recursos referidos no inciso IV do Artigo 2º serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no Artigo 35 da Lei 8.080/90.

Portanto, com a não regulamentação do Artigo 35 da Lei 8.080/90, o repasse regular e automático *per capita* da totalidade dos recursos, com 70% destinados aos Municípios foi extremamente violado, o Ministério da Saúde passa a editar as chamadas normas operacionais básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96 e NOAS/2000).

A NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento, consolidando um sistema de pagamento por produção de serviço ao setor público, ainda em vigência.

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde aponta a necessidade de cumprir a Lei 8.080/90, Art. 35, no que tange às modalidades de transferências dos recurso FUNDO A FUNDO. A NOB 01/93 cria três modalidades de gestão para os Municípios: incipiente, parcial e semiplena; e duas para os Estados: parcial e semiplena. Surgem, em 1993, as comissões intergestores, responsáveis pela pactuação nos diferentes níveis de governo, em relação à operacionalização do SUS.

De 1994 a 2000, a NOB 01/96 é assinalada por OLIVEIRA JR. (2000), como a que apresentou maior mudança, prevendo formas de repasses financeiros, resgate dos princípios legais de transferências regular e automática fundo a fundo, mudança nas

modalidades de gestão do SUS e ampliação da autonomia dos Municípios e Estados para uma gestão descentralizada.

Surge no cenário, no apagar das luzes da década de 90, as chamadas agências de regulação (vigilância sanitária, saúde suplementar), com tendência de aumentar a tutela federal, gerando dificuldades para a unificação do teto financeiro.

2 Contextualizando o Debate

No Brasil, o financiamento das políticas de saúde durante o século XX vem tomando importância a partir da década de trinta. Até então, o financiamento da saúde estava inserido no capítulo das ações de saneamento e endemias. As ações específicas de saúde, que consomem a maior parte dos gastos em saúde, não eram financiadas diretamente pelo Estado; os cidadãos, consumidores de serviços de saúde financiam através das instituições filantrópicas, da previdência social, por contribuição das empresas, dos trabalhadores e, em pequena proporção, financiada com recursos públicos.

Historicamente as relações entre esferas de governo no Brasil têm predomínio do componente autoritário e centralizador na formulação e execução das políticas sociais. As heranças da era colonial sofreram transformações no Império e até mesmo na República.

Em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde é marcada por influência do nacional-populismo brasileiro. O relatório da Conferência contempla um favorecimento à descentralização e transferência de poder aos municípios (GOULART, 1996).

A municipalização dos serviços médico-sanitários terá por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião da grande maioria dos técnicos de saúde pública, é acertado. O debate a este respeito gira em torno da oportunidade, não da tese. Os argumentos que se apresentam para justificar a inoportunidade da medida são os seguintes: incapacidade financeira, incapacidade técnica e influência acentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes

razões: [...] não há dúvidas de que existem muitos municípios brasileiros que apresentam precárias condições administrativas; não há que ser, porém, negando o direito de administrar serviços do seu interesse que esta situação vai melhorar. O que se torna indispensável é ajudá-los a vencer as atuais dificuldades. Certo que se praticarão erros, mas a aprendizagem terá sempre de ser feita, e ninguém aprende sem cometer. [...] relativamente à influência política, convém não esquecermos que a política é constante em todos os níveis da administração pública brasileira e em qualquer outro país. O problema de sua maior ou menor influência na administração pública é uma questão de desenvolvimento econômico, cultural e de treinamento...

*(Relatório: Municipalização dos Serviços de Saúde
III Conferência Nacional de Saúde, 1963)*

As décadas de 60 e 70 são marcantes na história da saúde pública pelo cunho racionalizador, com afastamento dos municípios do processo de tomada de decisões das políticas públicas. Com o golpe de 64, estabelece-se no Brasil um processo de desmunicipalização das responsabilidades sociais, no âmbito do Estado. A crise do Estado é de natureza fiscal, ideológica, institucional e, principalmente, de legitimidade democrática. Na saúde é gestado e desenvolvido o modelo assistencial privativista; o Estado afasta-se da execução das políticas, do seu controle e regulamentação. Na busca por um Sistema Nacional de Saúde surgem projetos mirabolantes de expansão de atendimento, universalizando a assistência que aumentam os lucros das instituições privadas. A saúde previdenciária assume responsabilidades importantes em nome da contenção da crise que avança no setor saúde (GOULART, 1996).

Surge em meio à profunda crise de natureza política, institucional, financeira, ideológica, o movimento municipalista, a crescente insatisfação da população com a falta de acesso aos serviços de saúde, inúmeros movimentos ocorreram de caráter popular e acadêmico para discutir e propor mudanças no rumo da saúde no Brasil na luta por políticas sociais.

A VIII Conferência Nacional de Saúde 1986 é um marco importante para a saúde no Brasil e, como desdobramento, seguindo a conferência é composta uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Um intenso trabalho de mobilização e de grande movimentação no Congresso Nacional culmina com a conquista do Capítulo da Saúde (1988).

A mobilização e diversificação das bases de custeio das políticas sociais foi uma das propostas incorporadas na Constituição de 1988. Tal incorporação foi particularmente marcante em relação à seguridade social; a União que em 1980, arrecada 75% dos recursos públicos e detinha 69% da receita total disponível (dos quais 41% - recursos fiscais), passa em 1993, a arrecadar 68% e a deter 58% da receita disponível, sendo 21% recursos fiscais e 37% - contribuições sociais do orçamento da seguridade social. Os Estados aumentaram de 22% para 26% e os Municípios de 9% para 16% (CANESQUI, 1997). A Constituição determinou que as ações de saúde e de assistência social, que integram a seguridade social, sejam de responsabilidade da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo a provisão de ações e serviços responsabilidade municipal, não sendo, no entanto, definidas as parcelas de receita que deveriam ser alocadas a cada uma das áreas que integram a seguridade social (BARROS, 1997).

Diante da profunda crise macroeconômica e da crescente necessidade de cobrir os gastos previdenciários cujo crescimento foi de 47% no período de 1990 a 1993, encargos com a dívida pública e pagamentos de juros deixam as políticas sociais em profunda desvantagem, e os gastos com saúde, conseqüentemente, sofrem uma asfixia financeira.

No período pós-Constituição de 1988 transcorre uma conjuntura desfavorável à implementação do SUS, com um novo reordenamento, quais sejam: a composição de interesse no setor; o processo de tomada de decisões; a implementação de mecanismos de acesso às informações; a expansão da assistência médica supletiva através da *medicina de grupo* reduzindo portanto, a dependência do segmento privado em relação ao Estado. Além da conjuntura política nacional desfavorável, com detenção por parte do poder central do processo de descentralização, desafios foram colocados para que fosse dado continuidade ao processo de implementação do Sistema

Único de Saúde, dentre eles: a reorientação do modelo de assistência médica; a expansão do processo de descentralização; o equacionamento do financiamento; a melhoria da gestão e qualidade do sistema; revalorização dos recursos humanos e a ampliação da democratização e do processo decisório (BARROS, 1997).

Um dos princípios estratégicos introduzidos na Constituição de 1988, no que diz respeito ao financiamento e execução de políticas sociais, foi a descentralização, a qual estariam submetidas a política de saúde e assistência (no âmbito da seguridade), e a educação (MEDICI, 1994).

As políticas sociais no início da década de 90, notadamente as de saúde e assistência, foram desenvolvidas basicamente através de convênios firmados entre a esfera federal e as prefeituras, detonando o processo de descentralização dos recursos, ampliando o poder da esfera federal; este momento, que alguns autores denominam de *descentralização tutelada*, resulta em: ampliação da prática e negociação entre o Governo Federal, prefeitos, parlamentares, e para quase todos os setores da área social, ampliando o clientelismo; com o enfraquecimento do papel dos Estados como instâncias de coordenação e articulação das políticas e programas sociais financiados com recursos federais e, conseqüentemente, o aumento do poder central.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudanças no financiamento, gestão e organização da produção de serviços. Ganham importância a gestão do sistema e serviços de saúde e a definição do novo conceito de vigilância à saúde, introduzindo toda uma nova concepção teórica e metodológica na constituição dos modelos assistenciais a serem construídos nos Municípios e Estados.

O início da década de 90 é crítico para o Sistema Único de Saúde. Todo clamor por uma atuação eficaz e planejada não encontra respaldo dentro do Governo Federal. O período de 1990 a 1991, caracterizou-se pela utilização por parte do Governo Federal de efetivo centralismo das transferências dos recursos aos Estados e Municípios; alterou-se o conteúdo do processo de descentralização proposto na Constituição, principalmente na área de saúde e

educação. A descentralização e a execução das políticas, restringem-se ao poder de alocação de recursos do Governo Federal.

Em 1993 foi apresentada a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 169, buscando a vinculação orçamentaria para a saúde; é longo o debate no legislativo, com negociações e derrotas. Em 1995, é apresentada a PEC 82; novas negociações ocorrem até a fusão das duas emendas, possibilitando, no final do milênio, uma vitória que representa um volume de recursos maior para a saúde nas três esferas de governo, responsabilizando União, Estados, DF e Municípios, que serão obrigados a aplicar recursos dos seus orçamentos.

Os gastos com saúde passam a ser homogêneos em todo o território nacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, em cada R\$ 10 aplicados em saúde pública, R\$ 7 são recursos provenientes do Governo Federal. Estados e Municípios terão de aumentar gradativamente seus orçamentos em saúde entre 2001 e 2004. Os Estados e DF, no quarto ano de vigência da Emenda Constitucional 29/2000, deverão aplicar 12% do que arrecadam (ICMS, IPVA, Imposto sobre heranças, valor líquido das transferências constitucionais e do FPE); já os Municípios deverão aplicar em 2004, 15% do que arrecadam (IPTU, ISS, imposto sobre transmissão intervivos e das transferências derivadas de impostos – ICMS e FPM).

Chega-se ao final do século XX: os longos e dramáticos anos de dificuldades do sistema de saúde brasileiro estão marcados pela insuficiência de recursos, por ineficiência na gestão de serviços públicos e desvios da CPMF, COFINS e CSLL (contribuição sobre o lucro líquido).

A luta pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional – PEC 169, configurou-se num amplo movimento em defesa do SUS, levando à vitória no Congresso Nacional, apesar das derrotas e negociações que tiveram que ocorrer para a aprovação do texto final, ficou garantida a vinculação constitucional de recursos da União, que se compromete com a variação do PIB nacional e não em termos percentuais com recursos da Seguridade Social. A Emenda Constitucional 29/2000 representa um retrocesso quanto à alocação de recursos federais para os Municípios e para os Estados; porém,

abre-se uma possibilidade de os Estados tornarem-se co-responsáveis pelo financiamento da saúde.

3 Objetivo

Apresentar uma reflexão crítica do financiamento e gastos públicos em saúde no Brasil, em relação à participação das instâncias governamentais, na década de 90.

4 Material e Método

O presente estudo pretende a partir dos dados secundários, utilizando-se a pesquisa bibliográfica, apresentar uma reflexão quanto ao financiamento dos gastos públicos em saúde, buscando através dos instrumentos legais analisar criticamente a participação das três esferas de governo.

5 Participação das Instâncias Governamentais no Gasto em Saúde

O gasto público, com base na origem dos recursos contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços, pela rede própria estadual e municipal, registrando- as com dispêndio da instância transferidora (PIOLA; BIASOTO, 2000).

Tabela 1 - Gastos em saúde na esfera federal (em milhões de reais)

Anos	Gastos (R\$)	Per capita	% do PIB
1993	12.534	83	2,11
1994	12.728	83	2,15
1995	18.196	117	2,31
1996	15.791	100	1,85
1997	18.958	119	2,14
1998	17.268	107	1,94
1999	17.960	111	2,06

Fonte: SIAFI/SIDOR – in PIOLA & BIASOTO JR., (2000)

Conforme tabela 1, o gasto público em saúde na esfera federal vem sofrendo uma queda, verificando-se em 1999 uma redução de 1,3% do gasto *per capita* em relação a 1995, o que resultou numa despesa *per capita* de R\$ 111,00.

Tabela 2 - Gastos públicos com saúde no Brasil segundo origem dos recursos: 1994 – 1996 (em R\$)

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total
1994	18.349.164	60,7	6.688.755	22,1	5.204.570	17,2	30.242.489
1995	21.759.610	63,8	6.402.088	18,8	5.945.093	17,4	34.106.791
1996	18.610.937	53,7	6.417.755	18,5	9.613.511	27,8	34.642.204

Fonte: SIAFI – SIDOR; IBGE/DECNA/IPEA

Observa-se no período de 1994 a 1996, um aumento do gasto público total em saúde de 14,5%. Este crescimento é decorrente de um maior comprometimento dos Municípios com o financiamento da saúde, o que representou uma variação positiva de 84,7%.

Observa-se que o comprometimento da esfera federal com os gastos públicos em saúde, historicamente, é maior que o das esferas estadual e municipal. Verifica-se um declínio do financiamento federal, com participação de 60,7% em 1994, 63,8% em 1995, e de 53,7% em 1996. Neste mesmo período, Estados também participam

em menor proporção com o financiamento da saúde, apresentando redução de 22,1% em 1994, para 18,5% em 1996.

Quanto ao percentual de receita disponível, o gasto estadual registra declínio (9,7%; 7,8% e 7,31%), enquanto isto os Municípios aumentam seus gastos de 17,2% (1994) para 27,8% (1996).

Tabela 3 - Gasto público com saúde no Brasil, segundo origem dos recursos: Federal, Estadual e Municipal

Anos	Per capita (R\$)				% do PIB			Total
	Federal	Estadual	Municipal	Total	Federal	Estadual	Municipal	
1994	93,91	34,24	26,65	154,77	2,00	0,73	0,57	3,3
1995	109,87	32,33	30,01	172,21	2,18	0,64	0,59	3,4
1996	93,22	32,14	48,15	173,52	1,71	0,59	0,88	3,2

Fonte: SIAFI – SIDOR; IBGE/DECNA/IPEA

A tabela 3 apresenta um dado preocupante: um percentual em torno de 3% da participação do total dos gastos públicos das três instâncias (Federal, Estadual e Municipal) no PIB brasileiro. Porém, observa-se uma variação positiva de 12,11% do total de gastos *per capita* no período de 1994/1996, tendo como principal responsável o aumento na instância municipal que variou em 80,67% no respectivo período, o que reforça o argumento da maior inserção dos Municípios e menor participação das demais esferas da administração pública.

Tabela 4 – Distribuição do gasto público por subprograma 1993 – 1999 (%)

Subprogramas	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Assistência médica e sanitária	72,1	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8	63,7
Controle de doenças transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1,0	2,5	2,5	3,2
Vigilância sanitária	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
Profiláticos e terapêuticos	4,2	3,0	3,5	2,4	3,8	4,1	5,9
Alimentação e nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3	0,7
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4	1,1
Encargos e pensionistas da União	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10,0	9,0
Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2	0,8
Outros	11,0	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5	14,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIAFI/SIDOR – in PIOLA & BIASOTO JR., (2000)

Tomando-se a distribuição dos gastos por subprogramas, verifica-se a diminuição do compromisso federal em dois subprogramas fundamentais para a saúde coletiva: **Assistência médica e sanitária**, e **Controle de doenças transmissíveis**.

No período de 1993 a 1999, gradativamente a esfera federal vai diminuindo os gastos em saúde com **Assistência médica e sanitária**; em 1993, o gasto representava 72,1% das despesas e em 1999, as despesas caem para 63,7%. Verifica-se uma redução dos gastos no **Controle de doenças transmissíveis** que representavam 4,2 % dos gastos em 1993, caindo para 3,2% em 1999.

Dentre os subprogramas que obtiveram incremento percentual, destacam-se: os **Encargos e pensionistas da União**, que representava 7,3% dos gastos em 1993 e passa para 9,0% em 1999; e os subprogramas **Profiláticos e terapêuticos**, que no início da década compunham 4,2% dos gastos e em 1999 representavam 5,9%.

A tabela 4 traz um dado a ser observado que são os gastos públicos por subprogramas representados em **Outros**, com a destinação de recursos em 1999, equivalente a 14,5%, para os programas verticais do Ministério da Saúde.

Tabela 5 – Recursos federais do SUS – por tipo de despesas 1997 – 1999

Tipo de Despesa	1997	1998	1999
Pagamentos federais	71,34	55,31	45,88
Internação hospitalar (MS)	33,10	29,00	25,11
Atendimento ambulatorial	38,24	26,31	20,76
Transferência – alta e média complexidade	28,66	29,01	32,77
Assistência hospitalar e ambulatorial	22,97	26,70	31,64
Fator de recomposição	5,68	1,93	-
Outros	-	0,38	1,13
Transferências - Atenção básica	-	15,68	21,35
PAB fixo	-	13,30	15,54
PAB variável	-	2,38	5,52
Outros	-	0,00	0,30
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: DATA SUS

No período de 1997 a 1999, os recursos relativos à **Internação hospitalar e Atendimento ambulatorial** são repassados aos Municípios e Estados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Conforme apresenta a tabela 5, em 1997 foram repassados aos Estados 71,34% dos recursos federais, sofrendo uma redução para 45,9% em 1999.

Enquanto as **Transferências de alta e média complexidade** aumentaram de 28,66% em 1997 para 32,77% em 1999, no mesmo período a **Assistência hospitalar e ambulatorial** representava 22,97% em 1997, atingindo 31,64% em 1999. Os recursos destinados à gestação de risco, câncer de colo uterino, transplante, cirurgia de catarata, cirurgia de mama e outros procedimentos estão configurados no tipo de despesa **Outros**, absorvendo 1,13% dos recursos federais em 1999.

Quanto à **Atenção básica**, o Ministério da Saúde transferiu 15,68% em 1998 e 21,35% em 1999.

Ao comparar as transferências do Ministério da Saúde, observa-se um aumento das dotações de média e alta complexidade se comparadas no mesmo período as internações hospitalares e atendimento ambulatorial. Os critérios de repasse para média e alta

complexidade, conforme NOB 01/96, ocorrem de duas formas: FUNDO A FUNDO – Estados e Municípios na gestão plena do sistema e através de pagamento direto do Ministério da Saúde aos prestadores, quando enquadrado o Município na atenção básica contra apresentação da fatura.

Quanto aos repasses da atenção básica, são automáticos, com base em um valor *per capita* de R\$ 10,00/ano (PAB FIXO) e transferências de incentivo a outros programas (saúde da família, agente de saúde) – PAB variável, caso o Município não esteja habilitado em nenhum tipo de gestão.

Tabela 6 – Gasto nacional com saúde - público e privado (estimado em 1996)

Gasto	Valor (em R\$ mil de dez/1999)	%	%PIB
Público	34.642.204	62,6	3,2
Assistência Médica Suplementar	16.330.000	29,4	1,5
Privado	4.410.741	8,0	0,4
Total	55.382.945	100,0	5,1

Fonte: caderno 11ª CNS/2000

A tabela 6 apresenta a dimensão do gasto nacional com saúde estimado para o ano de 1996, sendo expressiva a participação do setor público, representando 62,6% em 1996, com um gasto de 3,2% do PIB. Enquanto a Assistência Médica Suplementar contribui com 29,4% do gasto em saúde, significando 1,5% do PIB, o Setor Privado contribui com uma pequena parcela de 8,0% do gasto em saúde, equivalendo a 0,4% do PIB brasileiro.

6 Considerações Finais

Medidas são necessárias para regulamentar a Emenda Constitucional definindo o que são serviços e ações de saúde, critérios de repasse, excluindo pagamentos indevidos com dívidas e impedindo que sejam incluídos nos percentuais de Estados e Municípios as transferências da União, além de definir que o PIB de referência seja o PIB do ano anterior. É preciso reajustar o PISO DA

ATENÇÃO BÁSICA – PAB, R\$ 10,00 *per capita* diante de um quadro sanitário caótico.

Os valores estipulados para a remuneração dos serviços de saúde pelo MS, contidos na denominada Tabela de procedimentos do SUS, privilegiam os procedimentos de alta e média complexidade, utilização de equipamentos, em detrimento do trabalho dos profissionais de saúde.

As decisões de todas as Conferências, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), reafirmam a necessidade do financiamento do SUS, o cumprimento da legislação e a regulamentação do art. 35 da Lei 8.080/90, colocando-se como uma necessidade para a sobrevivência do SUS no Brasil no século XXI.

As restrições no orçamento da Saúde nos últimos anos não têm explicação, haja vista que o relatório do Conselho Nacional de Saúde demonstra que a arrecadação da União, através da Receita Federal, cresceu 80% no período de 1995 a 1999, e a CPMF, criada para aumentar os recursos destinados à saúde, cresceu 50% no mesmo período. Caso o Governo Federal tivesse mantido a proporcionalidade de distribuição de receitas de contribuição, o orçamento da saúde teria sido R\$ 30 bilhões em 1999, sem depender de qualquer emenda constitucional.

Por último, interessa discutir, além do gasto com saúde, incorporar a esta busca pela garantia de financiamento, a necessidade fundamental de reorganizar um modelo de atenção à saúde, rompendo com o paradigma do modelo que privilegia a assistência médico hospitalar com a ausência de prioridades para os programas de prevenção e promoção da saúde.

7 Referências

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde**, São Paulo: HUCITEC, 1997.

COELHO, Vera Maria Câmara. **Política e gastos em saúde**: caso do Ceará no período de 1987/1994. Fortaleza, 1997. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996.

DAGNINO, Eveline (Org). **Os anos 90**: política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Municipalização**: veredas. Rio de Janeiro: ABRASCO/CONASEMS, 1996.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas C. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. In: Caderno 11^a CNS. Brasília, 2000.

MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanço e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: USP, 1994.

O'DWYER, G.C.; LEITE, M.A.C.A. Saúde, direito primordial de cidadania. **Divulgação/CEBES**, n.17, p.91-93, mar. 1997.

OLIVEIRA JUNIOR, M. de. Critérios para repasses de recursos federais/papel redistributivo de Governo Federal e estadual no financiamento da saúde. In: caderno 11^a CNS, Brasília, 2000.

PIOLA, S.; BIASOTO Jr., G. **Finanças e dispêndios**: financiamento do SUS. Gasto público e base tributária. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (mimeo).

6 Financiamento da Saúde – uma Análise dos Gastos Estadual e Municipal no Estado do Ceará¹

*Vera Maria Câmara Coelho
Leilane Riedmiller Mendes*

Apresentação

A descentralização do sistema de saúde brasileiro, após a Constituição de 1988, foi implementada através das Normas Operacionais Básicas do SUS 93 e 96, as quais, ao estabelecerem formas diferenciadas de gestão e de distribuição dos recursos federais, propiciaram a elevação dos recursos da União, notadamente em direção aos municípios.

Visando apreender melhor este processo de descentralização, especificamente a partir do aspecto do financiamento e, preponderante, no que concerne à participação das esferas municipal e estadual, o IPEA delineou um projeto de pesquisa, desenvolvido em três estados – Ceará, Minas Gerais e São Paulo – cujos resultados, para o conjunto do Ceará, são aqui sintetizados.

A partir desta perspectiva, a pesquisa objetivou analisar alguns aspectos da gestão dos recursos públicos envolvidos na descentralização do SUS, através dos mecanismos orçamentário-financeiros e de gastos sob responsabilidade das esferas estadual e municipal, no triênio 1995-97².

No âmbito municipal foram trabalhados os municípios de Aquiraz, Aratuba, Coreaú, Maracanaú e Quixadá, selecionados a partir de alguns critérios, tais como porte (em função da população), proximidade da capital, acessibilidade e nível de gestão (conforme NOB/SUS 93 e 96).

¹ Síntese da Pesquisa homônima organizada pelo IPEA/PNUD que contou com a participação dos pesquisadores Ana Lorena Braga Fernandes e Janildo Teixeira Ferreira.

² Todos os dados da Pesquisa foram corrigidos com base no IGP-DI (FGV) de dez/98

1. Procedimentos Metodológicos

1.1 Conceitos e Terminologias

Neste trabalho foram utilizados alguns conceitos em relação a “gastos em saúde”: o de gastos com saúde do Estado/Município, o do gasto com saúde no Estado/Município, e do gasto das Secretarias Municipais de Saúde.

O gasto com saúde do Estado/Município compreende as despesas com saúde financiadas com recursos próprios da esfera de governo. Já o gasto com saúde no Estado/Município é mais abrangente, uma vez que engloba todas as despesas com saúde, independente da fonte de financiamento e da gestão, território estadual/municipal.

O gasto das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) é representado pelo conjunto de despesas com saúde efetuadas com recursos creditados em contas bancárias que são movimentadas por estas Secretarias. Deste gasto foram excluídas as despesas com pagamento de pessoal inativo e pensionistas e de dívidas nas SMS.

Em relação às receitas, definiu-se como Recursos de Tesouro as receitas provenientes de receitas de arrecadação direta (impostos) pelo ente subnacional e as transferências constitucionais não vinculadas.

Além destas, outras classificações foram utilizadas:

Sistema Local de Saúde (SILOS): conjunto de unidades integrantes do SUS que não necessariamente estão sob gerenciamento municipal. Isto é, inclui também os prestadores do setor complementar (privados e filantrópicos) que estão sob gestão estadual;

Contas de Gestão: sistema de contabilidade pública municipal através do qual o Prefeito descentraliza as responsabilidades administrativas, orçamentárias e financeiros para os Secretários Municipais;

Fundos Municipais de Saúde (FMS): as discussões centraram-se sobre a base normativa que os regem (lei que os instituiu) e sua operacionalização efetiva, ou seja, as divergências

observadas foram analisadas entre a constituição dos Fundos de fato e de direito;

Conselhos Municipais de Saúde (CMS): as análises fundamentaram-se, sobretudo, nos resultados da pesquisa “Avaliação dos Conselhos e das Oficinas de Capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde” (Mendes & Ferreira, 1997), realizada em 15% dos municípios do Estado do Ceará, entre conselheiros de saúde que tivessem passado por algum treinamento feito pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU) e Núcleo de Informação, Educação, Comunicação (IEC) em parceria com o Ministério da Saúde (MS)³.

1.2 Seleção dos Municípios Estudados

Os municípios escolhidos para comporem o estudo de caso ora apresentado, foram selecionados a partir de critérios mais gerais previamente estabelecidos. Estes critérios, que incluíam o porte do município (em função da população), proximidade da capital do Estado, e nível de gestão (habilitação conforme a NOB/SUS-93) foram consensualizados entre os três Estados participantes da pesquisa. Uma vez estabelecidos estes três itens mais amplos, coube à cada Estado selecionar os cinco (05) municípios a serem analisados. No Estado do Ceará, os municípios definidos foram: Aquiraz, Aratuba, Coreaú, Maracanaú e Quixadá.

Com relação ao porte dos municípios, seguiu-se o critério do IBGE, que estabeleceu os seguintes parâmetros:

- pequeno – até 20.000 habitantes
- médio – de 20 a 70.000 habitantes
- grande – acima de 70.000 habitantes

³ Mendes, Leilane Riedmiller & Ferreira, Janivaldo, Teixeira (orgs.) Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Oficinas de Capacitação para Conselheiros – Projeto de Incentivo à Participação Popular no SUS. Fortaleza, ESP/CE/IEC/MS, 1997.

Tabela 1 – Ceará: Dados Gerais dos Municípios Selecionados

Município	Distância (Km ²) de Fortaleza	Pop. 97 IBGE	Porte	Nível de Gestão	
				NOB 93	NOB 96
Aquiraz	26	53.799	MP	Incipiente	Plena Atenção Básica
Aratuba	122	11.843	PP	Incipiente	Plena Sistema
Coreaú	275	19.289	PP	Incipiente	Municipal
Maracanaú	13	160.792	GP	Incipiente	Plena Atenção Básica
Quixadá	154	65.311	MP	Semiplena	Plena Sistema Municipal

1.3 Critérios para Coleta de Dados

1.3.1 Em Relação ao Estado

O resultado consolidado das receitas e despesas foi elaborado a partir das informações constantes no “Balço Geral” para os anos de 1995, 1996 e 1997 e o detalhamento para o ano de 1997 foi feito com base em pesquisa direta nos documentos “Notas de Empenho” do exercício do referido ano do Orçamento do FUNDES e nos Relatórios Financeiros do FUNDES e da Escola de Saúde Pública (ESP/CE), cujos dados foram fornecidos pelo Sistema Integrado de Contabilidade do Ceará (SIC). Quanto às despesas ambulatoriais e de internações, foram copiladas através de levantamento junto ao SIA e SIH do SUS.

Já os aspectos qualitativos derivaram, em parte, de entrevistas com os responsáveis pelo setor de contabilidade do Estado – Secretaria da Fazenda (SEFAZ) – e da SESA/FUNDES e, também, da própria experiência dos responsáveis pela Pesquisa em curso no setor estadual de saúde.

1.3.2 Em Relação aos Municípios

De forma análoga, os dados consolidados de receitas e despesas originaram-se dos Balços Municipais (exercício de 1995, 1996 e 1997) e os detalhamentos por intermédio de informações

coletadas através da relação de pagamentos efetuados e despesas empenhadas (Nota de Empenho) pelas SMS.

A análise qualitativa englobou entrevistas feitas com os encarregados pelo setor de contabilidade das Prefeituras e pessoal do setor de acompanhamento orçamentário e financeiro das Secretarias Municipais. Em função da variação acentuada do processamento contábil município a município, optou-se por incluir parte da metodologia referente à este item em cada estudo de caso.

2 Principais Resultados

2.1 Fundos de Saúde: Aspectos Qualitativos

2.1.1 No Estado

O Setor Estadual de Saúde, coordenado pela SESA – entidade da administração direta do Governo do Estado e responsável pela coordenação do SUS ao nível estadual – dispõe de três (03) orçamentos públicos: da SESA, do FUNDES (administração indireta) e da ESP/CE (indireta). O orçamento da SESA, além das despesas com pagamento de pessoal e encargos, residentes e dívidas contraídas pela extinta FUSEC, assume também a função de repassar os recursos próprios do Tesouro do Estado para os orçamentos do FUNDES e ESP/CE.

A estrutura orçamentária do FUNDES – cuja operacionalização é viabilizada mediante utilização de todo o aparato técnico-administrativo da SESA e gerenciado pelo Diretor Administrativo desta instituição – permite que os recursos sejam geridos de forma descentralizada tanto para as Unidades Administrativas Regionais da SESA quanto para as Unidades Hospitalares e Ambulatoriais de Referência geridas pela SESA. Entretanto, como o volume maior de despesas é realizado pelo Nível Central, e de modo agregado, a imensa maioria dos dados registrados não permite a identificação do objeto final do gasto com recursos próprios do Tesouro do Estado, requerendo, para tanto, a realização de levantamento de informações junto aos documentos comprobatórios de despesas.

No FUNDES, além dos recursos próprios do Tesouro do Estado⁴, são creditados recursos federais transferidos via Convênios, pagamentos de Prestação de Serviços Ambulatoriais – os Serviços de Internação são creditados diretamente nas contas bancárias das Unidades – e outros recursos oriundos de arrecadação própria e de Convênios com Instituições Internacionais.

Quanto ao orçamento da ESP/CE, é composto de recursos próprios do Tesouro do Estado (destinado a custeio⁵ e investimento), recursos diretamente arrecadados, recursos de Convênios com Organizações Internacionais e recursos de Convênio com a SESA quando o custeio é referente a áreas de treinamento, estudos especiais e pesquisas.

Os orçamentos do setor estadual de saúde são operacionalizados através do Sistema Integrado de Contabilidade (SIC), coordenado pela Secretaria da Fazenda, que instituiu a Superintendência de Controladoria (SUCON) com o fito de disciplinar as despesas, compatibilizando-as com os recursos financeiros, em sua integralidade, são creditados nas contas bancárias do FUNDES, à exceção do Tesouro e SIH, que, aplicados no Certificado de Depósito Interbancário (CDI), geram rendimento diferenciado (mercado financeiro). Todas as contas bancárias dos orçamentos do setor saúde integram a Conta Única do Estado.

2.1.2 Nos Municípios

De uma forma geral, os Fundos Municipais de Saúde (FMS) pesquisados:

Não se constituem um elenco de contas especiais que contemplem a totalidade dos recursos destinados aos SILOS; na maioria dos casos, agregam os recursos oriundos do Tesouro Municipal e do SUS destinados ao pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB fixo e variável, Fração Assistencial Especializada (FAE) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (em Aratuba,

⁴ Destinados a custeio (exceto pessoal), investimento da rede estadual de saúde, contrapartidas de convênios com a União e financiamento de P/A estratégicos do setor.

⁵ Exceto pessoal, por não possuir quadro próprio: seus servidores são funcionários da SESA.

Coreaú e Quixadá) ou, então, restringem-se a alocar unicamente os recursos provenientes do Tesouro Municipal (como Aquiraz), ou do Governo Federal (como em Maracanaú).

Apesar do que rege a Lei de criação, a Unidade Orçamentária é a SMS, integrante do Orçamento da Prefeitura Municipal (Aquiraz, Maracanaú e Quixadá);

Possuem o sistema de contabilidade com gerenciamento centralizado nas Prefeituras nos casos de Aratuba e Coreaú e nos municípios de Aquiraz, Maracanaú e Quixadá o gerenciamento é parcialmente descentralizado para as Secretarias de Saúde. Estes serviços estão a cargo de firmas terceirizadas em Coreaú e Maracanaú, e apoiam Quixadá.

Têm como ordenador de despesas o Secretário Municipal de Saúde, que divide responsabilidade de autorização de pagamento com o Secretário de Administração e Finanças (no caso de Maracanaú e Quixadá), com o Prefeito (em Aratuba e Coreaú) ou, ainda, com o Tesoureiro (em Aquiraz).

Quanto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), assim como os FMS, mais parecem ter sido criados com a finalidade de “legitimar” a municipalização, ou seja, de garantir o cumprimento normativo das exigências da habilitação (NOBs/SUS), uma vez que os conselheiros limitam-se meramente a referendar Planos de Saúde e de Aplicação de Recursos previamente elaborados e a aprovar Prestações de Contas unicamente de recursos federais, à exemplo de Coreaú, Aratuba e Maracanaú. Os Conselhos de Aratuba e Quixadá, à diferença da maioria dos CMS do Estado, vêm realmente se engajando na construção de um Conselho atuante, capaz de assegurar um efetivo controle social na elaboração, deliberação e consecução das políticas locais de saúde.

É indubitável que a subordinação das políticas públicas às necessidades reais da população, além dos efeitos sociais positivos imediatos, enfraquece a autoridade tradicional, caracterizada pela manipulação privada das instituições governamentais. E, no Estado do Ceará, a presença dos CMS em 100% de seu território é um aspecto revelador destas mudanças, mudanças estas que tem produzido um ambiente propício a determinadas transformações sociais, como a de permitir à população reconhecer seus direitos e questionar as prioridades dos gastos públicos no setor saúde.

Contudo, ainda que se possa afirmar que, aparentemente, o Estado do Ceará tenha conseguido implementar uma política social eficiente e, ao mesmo tempo, participativa, a experiência tem mostrado que somente a vigilância democrática e o efetivo envolvimento da comunidade na organização da agenda política são os meios mais seguros de garantir a implementação de políticas públicas eficientes, onde os gastos de recursos públicos correspondam às necessidades concretas da população. Isso significa que, se a existência dos CMS é condição imprescindível ao controle social do SUS, sua mera presença física não garante uma efetiva participação popular, como os municípios selecionados bem evidenciaram⁶.

2.2 Gastos com Saúde – 1995/97

2.2.1 Estaduais

O gasto com saúde realizado pelo Setor Público Estadual de Saúde⁷ no período de 1995–1997 aumentou 55,6%, passando de R\$ 186.259 mil para R\$ 289.888 mil, conforme Tabela 2. Este aumento foi decorrente, em sua maior parte, do crescimento dos gastos financiados com Recursos Federais (SUS e Convênios com o MS) que tiveram um incremento de 79,6%, enquanto os Recursos do Tesouro Estadual cresceram 44,3%.

As Despesas Correntes aumentaram 54,%, de R\$178.184 mil para R\$255.793 mil. Observa-se que houve incremento das despesas classificadas em todos os elementos da categoria. Já as Despesas de Capital, se elevaram 322,2%, passando de R\$8.075 mil para R\$34.095 mil; na realidade este grande aumento resultou basicamente da inclusão do pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde no elemento “Investimentos em Regime de Execução Especial”, que nos anos anteriores (1995 e 1996) eram classificados como Serviços de Terceiros e Encargos

⁶ Confira Mendes & Ferreira, op. Cit., 1997

⁷ Orçamento da SESA, FUNDES e ESP/Ce

Tabela 2 - Ceará: Setor Público Estadual de Saúde Despesas por Categoria Econômica e Fontes de Receitas - 1995 a 1997 (R\$1.000)

Ano/Categoria Econômica	Total	%	Tesouro Estadual	%	SUS	%	Convênios MS	%	Recursos Arrecadados	%	Outras Fontes	%
1995												
Despesas Correntes	178.184	95,7	125.635	98,6	40.629	94,7	11.914	75,0	6	100,0	-	-
Despesas de Capital	8.075	4,3	1.840	1,4	2.257	5,3	3.978	25,0	-	-	-	-
TOTAL	186.259	100,0	127.475	100,0	42.886	100,0	15.892	100,0	6	100,0	-	-
%	100,0		68,4		23,0		8,5		-		-	
1996												
Despesas Correntes	234.462	95,4	159.597	99,2	52.524	93,9	22.246	77,0	63	100,0	33	100,0
Despesas de Capital	11.412	4,6	1.327	0,8	3.429	6,1	6.656	23,0	-	-	-	-
2 TOTAL	245.874	100,0	160.924		55.953		28.902		63		33	
%	100,0		65,4		22,8		11,8		-		-	
1997												
Despesas Correntes	255.793	88,2	158.779	86,3	67.788	94,8	28.937	84,8	289	97,6	-	-
Despesas de Capital	34.095	11,8	25.217	13,7	3.697	5,2	5.174	15,2	7	2,4	-	-
TOTAL	289.888		183.996		71.485		34.111		296		-	
%	100,0		63,5		24,6		11,8		0,1		-	
VARIAÇÃO (%) 95/97	55,6		44,3		66,7		114,6		4.833,3		-	

Fonte: Balanços Geral do Estado 1995, 1996 e 1997; Balancete Financeiro Consolidado Anual; Conta de Gestão do FUNDES 1995, 1996 e 1997

Obs: Valores a preços constantes – base IGP dez/98

Observando-se o detalhamento das Despesas Correntes realizadas em 1997, constata-se que o maior volume de despesas ficou a cargo do FUNDES, no valor de R\$ 131.208 mil, representando 51,3%, vindo em seguida a SESA com R\$ 121.152 mil (47,5%) e a ESP com R\$ 3.023 mil (1,2%).

As despesas com aquisição de medicamentos e com Pessoal Terceirizado representaram 15,3% e 8,6% das Despesas Correntes do FUNDES, respectivamente. No entanto, a inclusão do pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde, eleva o valor dos serviços terceirizados, que passam para R\$ 31.143 mil, representando 23,74% do total das Despesas Correntes do FUNDES.

Em relação ao detalhamento das Despesas de Capital, verifica-se que os investimentos com execução de obras e aquisição de equipamentos importaram em R\$ 9.546 mil, isto é 28,% do total, enquanto que os investimentos em regime de execução especial somaram R\$ 24.514 mil, representando 71,9% e as transferências de capital para os municípios¹ R\$ 35 mil (0,1%).

Corrigindo a classificação das Despesas de Capital e retirando o pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde, a representatividade destas despesas se modifica de maneira significativa, ficando as participações de obras e aquisição de equipamentos, investimentos em regime de execução especial e transferências de capital para os municípios em 67,0%, 32,8% e 0,2% respectivamente.

As despesas realizadas pelo Setor Estadual de Saúde foram agrupadas nos Programas Administração Geral, Administração Financeira, Planejamento Governamental e Saúde. No último ano os gastos se restringem apenas a dois Programas: Administração Geral – onde estão incluídas as despesas com pagamento de pessoal do Setor e custeio e investimento das estruturas de coordenação central e regionais, no valor de R\$ 161.848 mil; e Saúde – que engloba as despesas de custeio e investimento das ações e serviços de saúde estratégicos e a manutenção das unidades próprias da SESA, no valor de R\$ 128.040 mil, com uma representação de 55,8% e 44,2% do total das despesas, respectivamente. As despesas agrupadas no

¹ Quixadá foi o único município beneficiado

Programa Saúde apresentam índices elevados de crescimento no período: 40,2% em 1996 e 86,4% em 1997.

Analisando-se a participação dos Recursos do Tesouro gastos no Setor Público Estadual de Saúde em relação aos gastos do Governo, observa-se uma tendência decrescente no período: 1995 – 5,9%, 1996 – 5,7% e 1997 – 5,3%. Este comportamento é coerente com a situação identificada em relação às Fontes de Recursos.

2.2.2. *Gastos Municipais*

Os gastos em saúde² realizados diretamente pelos municípios selecionados, apresentaram, quanto à categoria econômica Despesas Correntes, incrementos no triênio 1995/97: 88,3% em Coreaú; 81,6%, Aquiraz; 74,5% Aratuba; 63,7% Quixadá e 57,6% em Maracanaú. As despesas de pessoal em relação ao total das despesas correntes representaram, no período, comportamento muito diversificado, com tendência de crescimento ascendente nos municípios de Aratuba e Maracanaú, e descendente nos demais. As despesas de serviços de terceiros e encargos cresceram na grande maioria dos municípios, alcançando em 1997 uma participação sobre o total das despesas correntes superior a 30%. Este fato decorreu, basicamente, das contratações de médicos e enfermeiros feitas pelos municípios com o objetivo de implantar as equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

No que se refere às Despesas de Capital, observa-se a baixa capacidade de investimento do setor em todos os municípios, com exceção dos municípios de Aratuba que, em 1997, alcançou 42,7% da despesa total, e Maracanaú, 13,7% em 1995.

Os gastos com medicamentos adquiridos diretamente pelos municípios em 1997, apresentaram uma participação sobre o total das despesas correntes de 21,3% em Coreaú e 12,2% em Aquiraz vindo, em seguida, Aratuba (4,4%), Quixadá (2,8%) e Maracanaú (1,1%). Estes gastos não representam o valor real com medicamentos no âmbito municipal, dado que o MS assumia a responsabilidade de suprimento de medicamentos básicos e especiais e a SESA os

² Refere-se ao total de recursos administrados pela SMS.

medicamentos excepcionais adquiridos com recursos federais (SIA/SUS).

Quanto ao pessoal contratado para o desenvolvimento das atividades finalísticas em unidades de saúde, tais como médicos, enfermeiros, odontólogos, veterinários e auxiliares significaram, do total das Despesas Correntes, 30,2% em Aratuba, 26,0% em Coreaú, 14,2% em Aquiraz e 1,2% em Maracanaú. No município de Quixadá o pagamento do pessoal contratado por prestação de serviços para desenvolvimento de atividades de saúde nas unidades são classificadas como pessoal, que representa 52,8% do total das Despesas Correntes.

Os municípios, exceto Quixadá, quando da classificação por Programa, as agrupavam no Programa Saúde, notadamente no Subprograma Assistência Médica e Sanitária, impossibilitando, assim, uma maior transparência na aplicação e conseqüentemente, uma análise mais detalhada. No município de Quixadá, a classificação das despesas se dá em dois programas: Administração e Saúde; entretanto, mais de 70% de todas as despesas realizadas em cada ano, concentraram-se no Subprograma Administração Geral – atividade Manutenção da SMS/FMS.

Observando-se que a proporção dos gastos em saúde em relação aos Recursos do Tesouro Municipal teve, no período de 1995/97, tendência ascendente no município de Coreaú (3,8%, 4,1% e 5,3%). No entanto, esta se constituiu na segunda menor participação para o conjunto dos municípios selecionados. Os Municípios de Aquiraz, Aratuba e Maracanaú, apresentaram retração no ano de 1996, voltando a crescer no ano de 1997, assumindo, neste último ano, participações bastante elevadas: 32%, 27,0% e 12,9% respectivamente. O município de Quixadá teve participações inferiores a 5%, apontando uma tendência de redução constante.

Da tabela 3 – que se mostra as despesas por categoria econômica realizadas diretamente pelos municípios, a partir das fontes de recursos. Constata-se que nos municípios de Aquiraz, Aratuba e Maracanaú a média de participação do Tesouro Municipal sobre o total das despesas, no período, é de 68,1%, 81,4% e 70,8%, respectivamente. Enquanto que nos municípios de Coreaú é de 19,8% e Quixadá de 7,2%.

Os Recursos Federais oriundos da prestação de serviços junto ao SIA e SIH nos municípios de Aquiraz, Aratuba, Coreaú e Maracanaú foi, em média 28,2%, 18,6%, 80,2% e 21,8% respectivamente. E os Recursos Federais transferidos para Quixadá como prerrogativa da Gestão Semiplena tiveram uma participação média de 81,7%.

Estes recursos não compõem o total dos gastos federais nestes municípios, dado que parte dos serviços de saúde permaneceram sob a responsabilidade de gestão da SESA (ver a parte referente às Transferências Intergovernamentais).

Os Recursos Federais repassados através de Convênio, por serem recursos negociados, não exibem uma regularidade. Observa-se que os municípios de Aratuba e Coreaú não obtiveram recursos no período, Aquiraz só em 1997, Maracanaú nos anos de 1995 e 1996 e Quixadá em todos os anos do período analisado. Isto pode ser atribuído a Quixadá se encontrar habilitado na Gestão Semiplena desde 1994, aliado ao fato de o Secretário Municipal de Saúde, nos anos de 1995 e 1996, Ter participado ativamente dos fóruns de discussão enquanto representante dos Municípios junto ao MS tendo, desta forma, mais acesso à informações sobre a política de investimentos no setor.

Os recursos repassados através de Convênio com o Governo do Estado só ocorreram no ano de 1997 e para o município de Quixadá, estando registrado na coluna Outras Receitas.

As Despesas de Capital nos Municípios de Aquiraz e Aratuba, foram financiadas com os Recursos Próprios do Tesouro; em Coreaú, além dos Recursos Próprios do Tesouro, foram custeadas também com os Recursos Federais obtidos através da produção de serviços. O caso de Maracanaú é semelhante ao de Coreaú, diferindo apenas no ano de 1995, quando conta com recursos provenientes de Convênio Federal. Em Quixadá, o Tesouro Municipal, no período do estudo, não efetuou nenhuma despesa nesta categoria

Tabela 3 – Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Selecionados: Despesas por Fontes de Recursos – 1995 a 1997

Ano / Cat Econom	Aquiraz				Aratuba				Coreaú				Maracanaú				Quixadá				
	T Mun	MS/ SUS	C Fed	Total	T Mun	MS/ SUS	C Fed	Total	T Mun	MS/ SUS	C Fed	Total	T Mun	MS/ SUS	C Fed	Total	T Mun	MS/ SUS	C Fed	O Rec	Total
1995																					
Desp Corrent.	1.811	528	239	2.578	262	63	-	325	99	448	-	547	6.287	1.239	102	7.628	503	4.345	267	14	5.129
Desp Capital	20	-	-	20	-	-	-	-	1	-	-	1	175	6	1.033	1.214	-	100	-	-	100
TOTAL	1.831	528	239	2.598	262	63	-	325	100	448	-	548	6.462	1.245	1.135	8.842	503	4.445	267	14	5.229
(%)	70,48	20,32	9,20	100	80,61	19,39	-	100	18,25	81,75	-	100	73,08	14,08	12,84	100	9,62	85,01	5,11	0,26	100
1996																					
Desp Corrent.	2.234	1.213	-	3.447	331	79	-	410	156	714	-	870	7.373	2.513	1.062	10.948	497	5.613	421	14	6.545
Desp Capital	105	-	-	105	2	-	-	2	8	22	-	30	112	57	-	169	-	56	151	-	207
TOTAL	2.339	1.213	-	3.552	333	79	-	412	164	736	-	900	7.485	2.570	1.062	11.117	497	5.669	572	14	6.752
(%)	65,57	34,43	-	100	80,82	19,18	-	100	18,22	81,78	-	100	67,33	23,12	9,55	100	7,36	83,96	8,47	0,21	100
1997																					
Desp Corrent.	3.266	1.408	7	4.681	397	169	-	566	236	792	-	1.028	8.566	3.416	-	11.982	401	6.379	1.618	-	8.398
Desp Capital	63	-	-	63	422	-	-	422	11	41	-	52	264	32	-	296	-	162	-	35	197
TOTAL	3.329	1.408	7	4.744	819	169	-	988	247	833	-	1.080	8.830	3.448	-	12.278	401	6.541	1.618	35	8.595
(%)	70,17	29,68	0,15	100	82,89	17,11	-	100	22,87	77,13	-	100	71,92	28,08	-	100	4,67	76,10	18,82	0,41	100
Média de (%) Participação	68,7	28,2	3,1	100	81,4	18,6	-	100,0	19,8	80,2	-	100	70,8	21,8	7,4	100	7,2	81,7	10,8	0,3	100

Fonte: Balanço Geral das Secretarias Municipais e Prefeituras: 1995, 1996 e 1997

Obs: valores a preços constantes – base: IGP dez/9

2.2.3 Transferências Intergovernamentais

Do Governo Federal – MS/FNS para o Estado

Os gastos com saúde no Estado, financiados com Recursos Federais oriundos do SUS (SIA/SIH/Transferências), no período em estudo, apresentaram tendência de crescimento, passando de R\$ 357.842 mil, em 1995 para R\$ 499.352 mil, em 1997, assegurando um gasto *per capita* de R\$ 72,16 neste último ano. A SESA assumiu o gerenciamento, através do FUNDES, de 12% destes recursos no ano de 1995 e de 14,0% no ano de 1997, o restante dos recursos foi transferido para os municípios e para o pagamento dos prestadores de serviços conveniados e contratados sob a responsabilidade direta do MS/FNS.

Os serviços ambulatoriais básicos e especializados e as transferências para os municípios são as áreas de maior concentração dos recursos do SUS; este fato está diretamente relacionado à decisão política de incentivar os programas de atenção básica de saúde com ênfase para o PSF e de descentralização do setor.

As transferências Intergovernamentais do MS/FNS para o Governo do Estado são feitas para o FUNDES, quando se referem aos repasses dos Convênios firmados com a SESA e dos pagamentos dos serviços ambulatoriais (SIA) e de internação (SIH) prestados pela rede própria da SESA. Estas transferências podem ser visualizadas nos Balanços, dado que a estrutura orçamentária faz a identificação das fontes de receita por projetos e atividades.

Na tabela 4 estão registrados os Recursos Federais repassados em 1997 nas modalidades de pagamentos dos serviços de atenção hospitalar e ambulatorial prestados à população residentes nos municípios cearenses, independente do local de atendimento¹, assim como os recursos transferidos por convênio² para a SESA e que se destinaram à realização de ações/atividades no âmbito

¹ Os pagamentos da área de atenção hospitalar foram apurados através da Câmara de Compensação Estadual de AIH e da atenção ambulatorial pelos valores programados.

² Convênio para Prevenção e Controle das DST/AIDS, do Dengue e da Raiva Animal, Combate as Carências Nutricionais, Campanhas de Multivacinação, Programa Viva Mulher, Projeto de Apoio a Implantação do PSF, dentre outros.

municipal, agregados por Região de Saúde. Analisando-se as informações, verifica-se que mais de 80% dos recursos totais (R\$ 511.845 mil) concentraram-se na 1ª Região – Fortaleza (59,4%), 10ª Região – Sobral (7,7%), 5ª Região – Juazeiro do Norte (5,9%), 13ª Região – Itapipoca (4,3%), 7ª Região – Quixadá (3,1%) e 4ª Região – Iguatu (2,9%). Examinando-se os dados a partir do gasto *per capita*, nota-se uma situação diferenciada: a 1ª Região – Fortaleza tem um valor (R\$ 93,67) bastante superior ao registrado no Estado (R\$ 73,74) e nas outras Regiões. Apenas as Regiões 7ª Quixadá (R\$ 66,86), 10ª Sobral (R\$ 63,82), 4ª Iguatu (R\$ 63,34) e a 5ª Juazeiro do Norte (R\$ 60,45) registraram valores acima de R\$ 60,00. A 11ª Região – Tauá registrou o menor gasto *per capita* (R\$ 39,82) – esta regional situa-se na área geográfica dos Inhamuns, uma das mais pobres do Ceará. A 13ª Região – Itapipoca que, em relação ao volume total de recursos, se situa na 4ª maior posição, quando da análise per capita, ocupa a segunda menor posição (R\$ 46,91) ganhando apenas da 11ª Região – Tauá.

Tabela 4 - SUS: Gastos Federais com Saúde no Estado do Ceará, por Departamentos Regionais de Saúde (DERES), Segundo Áreas de Atenção Hospitalar (AIH), Ambulatorial (SIA) e Convênios - 1997 (R\$ 1.000,00)

DERES	População	AIH		SIA		Convênios MS		Total Geral	
		Valor Total	p/c	Valor Total	p/c	Vr. Total	p/c	Valor Total	p/c
01	3.220.745	109.687,41	33,76	187.807,81	57,87	6.638,06	2,04	304.133,28	93,67
02	289.146	7.078,09	24,48	6.905,97	23,88	579,60	2,00	14.563,66	50,37
03	239.423	6.426,97	26,84	7.367,13	30,77	542,50	2,27	14.336,60	59,88
04	234.360	5.827,04	24,86	8.630,45	36,83	387,60	1,65	14.845,09	63,34
05	499.550	13.756,47	27,57	16.152,51	32,37	250,16	0,50	30.159,14	60,45
06	174.563	3.969,17	22,74	4.644,49	26,61	167,83	0,96	8.781,48	50,31
07	238.386	5.430,00	22,78	10.344,56	42,62	349,97	1,47	16.124,53	66,86
08	268.370	6.360,39	23,70	8.045,35	29,98	335,29	1,25	14.741,03	54,93
09	150.347	3.644,06	24,24	3.710,75	24,68	254,20	1,69	7.609,01	50,61
10	617.694	17.062,25	27,62	21.104,25	34,17	1.255,14	2,03	39.421,63	63,82
11	114.694	2.142,17	18,68	2.062,34	17,98	362,67	3,16	4.567,18	39,82
12	244.170	6.041,93	25,37	5.314,87	22,32	784,31	3,29	12.141,10	50,98
13	470.854	10.099,57	21,49	11.524,79	24,52	419,04	0,89	22.043,40	46,91
14	157.990	4.024,83	25,48	4.186,51	26,50	166,12	1,05	8.377,46	53,03
Total	6.920.292	201.550,34	29,04	297.801,76	42,91	12.492,49	1,80	511.844,59	73,74

Fonte: SESA-CE/SIA-SIH/SUS

Obs: Valores a preços constantes - base IGP dez/98

Analisando a distribuição destes recursos federais por município, identifica-se que em 12 (doze) deles os valores *per capita* apresentaram valores superior à média do Estado, quais sejam: Fortaleza (R\$ 119,91), Sobral (R\$ 139,50), Quixadá (R\$ 105,05), Iguatu (R\$ 94,45), Iracema (R\$ 93,11), Barbalha (R\$ 92,09), Baturité (R\$ 88,41), Fortim (R\$ 83,28), Crato (R\$ 82,48), Itapiúna (R\$ 77,67), Abaiara (R\$ 76,20) e Crateús (R\$ 74,52). Neste conjunto de municípios, os que se destacaram pela maior capacidade de oferta no Sistema foram: Fortaleza, Sobral, Barbalha, Crato, Iguatu e Crateús; os habilitados em gestão Semiplena: Quixadá, Iracema, Baturité, Fortim e Itapiúna – beneficiados com acréscimos de recursos federais quando da habilitação; e Abaiara, município de pequeno porte e com capacidade de oferta local insuficiente mas

capaz de assegurar à sua população acesso aos serviços de saúde, notadamente na área de internação³, superior às coberturas assistenciais do Estado. Estes números demonstram as grandes diferenças intermunicipais acerca dos gastos com a saúde no Estado, notadamente no que diz respeito à ausência de correlação porte dos municípios *versus* volume de recursos e oferta local de serviços.

Do Estado para os Municípios Cearenses

O Governo do Estado do Ceará, no período de 1995 a 1997, somente efetuou transferência intragovernamental, na área de saúde, no exercício de 1997 e para o município de Quixadá, no valor de R\$ 35 mil.

A estrutura orçamentária e financeira do FUNDES, conforme explanado anteriormente, não possibilita transparência no uso dos recursos. Em virtude deste fato, realizou-se um levantamento junto ao FUNDES, dos gastos realizados pelo Nível Central da SESA com recursos próprios do Tesouro, destinados a cobrir despesas com ações e serviços de saúde no âmbito dos sistemas municipais, para o ano de 1997.

Do total de recursos do Tesouro Estadual gastos com saúde, neste ano, no valor de R\$ 183.996 mil, constata-se que R\$ R\$ 92.358 mil, ou 50% do total dos dispêndios foram para pagamento de despesas realizadas por conta dos municípios. A parcela de despesas com pessoal cedido no processo de municipalização da saúde representou 63,6% do montante global, seguido do pagamento aos Agentes Comunitários de Saúde com 21,5% do total.

Além destas despesas, o Estado assumiu também as Contrapartidas exigidas pelo MS quando do estabelecimento de Convênios com a SESA/FUNDES e de outras despesas de menor vulto, tais como: pagamento de água, energia, telefone, aluguel de prédios onde funcionam unidades de saúde, contratos de vigilância e limpeza e aquisição de insumos, dentre outras.

Agregando a estes desembolsos aqueles realizados com recursos do Tesouro Estadual por Regiões de Saúde – DERES –

³ O município de Abaiara conseguiu internar 12% da população residente com cobertura a média do Estado (7,71%)

Tabela - 5, observa-se que a maior concentração destes gastos, R\$ 47.168 mil ou 51,1 % do total, está na 1ª Região, por ser esta a Regional detentora do maior número de servidores estaduais cedidos à rede de saúde do município de Fortaleza (R\$ 27.904 mil) – Sede da 1ª DERES, vindo em seguida, a 10ª Região – Sobral (R\$ 7,5%), a 5ª Região – Juazeiro do Norte (7,1%), a 3ª Região – Crato (5,2%) e, por fim, a 2ª Região – Crateús (4,3%), que, somadas, participam com 75,2% do total de recursos aplicados no âmbito municipal. Nestas regiões estão as unidades estaduais de maior porte que foram cedidas aos municípios ou que se encontram ainda sob gerenciamento do Estado.

Em relação à participação específica dos municípios nos gastos do Tesouro do Estado, os de maior peso são: Fortaleza (38,67%), Sobral (3,38%), Crato (3,35%), Juazeiro do Norte (2,65%), Caucaia (1,70%), Quixeramobim (1,52%), Redenção (1,49%), Quixadá (1,47%), Crateús (1,35%) e Iguatu (1,31%).

Tabela 5 - Ceará: Gastos com Saúde Através de Recursos Próprios do Tesouro Estadual, por Municípios dos Departamentos Regionais de Saúde (DERES) – 1997 R\$(1.000,00)

DERES	Itens de Gasto								
	Ag Saúde	%	Pessoal	%	Contra-partida	%	Outros	%	Total
01	3.878,46	8,22	34.636,40	73,43	374,58	0,79	8.278,67	17,55	47.168,11
02	1.336,30	33,37	1.849,22	46,18	16,54	0,41	801,97	20,03	4.004,03
03	1.196,72	24,91	3.329,67	69,30	11,62	0,24	266,89	5,55	4.804,90
04	990,80	36,35	1.402,01	51,44	46,13	1,69	286,54	10,51	2.725,48
05	2.425,06	36,80	3.858,25	58,56	4,23	0,06	301,57	4,58	6.589,11
06	635,72	37,14	824,36	48,16	2,14	0,13	249,37	14,57	1.711,59
07	1.593,30	40,71	1.989,80	50,84	22,14	0,57	308,26	7,88	3.913,51
08	941,88	49,99	677,66	35,96	19,46	1,03	245,25	13,02	1.884,25
09	908,23	38,49	1.283,46	54,39	1,69	0,07	166,43	7,05	2.359,81
10	2.130,20	30,74	3.980,67	57,44	54,62	0,79	764,30	11,03	6.929,79
11	488,25	31,02	805,26	51,16	144,74	9,19	135,86	8,63	1.574,10
12	970,42	36,22	1.194,17	44,57	103,33	3,86	411,16	15,35	2.679,08
13	1.618,49	42,20	1.599,28	41,70	-	-	617,77	16,11	3.835,54
14	728,25	33,43	1.329,31	61,02	17,74	0,81	103,16	4,74	2.178,45
Total	19.842,06	21,48	58.759,53	63,62	818,95	0,89	12.937,19	14,01	92.357,73

Fonte: SESA-CE

Obs: Valores a preços constantes - base IGP dez/98

Do Governo Federal – MS/FNS para os Municípios Selecionados

As receitas de Transferências Intergovernamentais do MS/FNS e do Governo do Estado/SESA/FUNDES para estes municípios são demonstradas exclusivamente no orçamento das Prefeituras Municipais, exceto para o município de Quixadá que, nos anos de 1995 e 1996 elaborou Balanço Geral para a área da saúde apresentando, desta forma, quadro das Receitas e Despesas.

As Receitas de Transferências Intergovernamentais do MS/FNS para as SMS/FMS são classificadas como Outras Transferências da União para a SMS/FMS, Transferências de Convênio ou Convênio com Órgãos Federais, segundo as categorias econômicas. Estas Receitas correspondem aos recursos repassados por Convênio para custeio e investimento de ações estratégicas, aos

recursos relativos aos pagamentos dos procedimentos ambulatoriais (SIA) e de internações (SIH) prestados pelas unidades de saúde sob gestão municipal e às transferências Fundo a Fundo como prerrogativa da gestão Semiplena.

Nos municípios de Aquiraz, Aratuba, Coreaú e Maracanaú, face às responsabilidades de gestão assumida⁴, os recursos destinados aos pagamentos das unidades públicas não municipais e as do setor complementar, não foram repassados para a SMS/FMS e, em Quixadá⁵ os recursos para pagamentos dos procedimentos ambulatoriais de alto custo.

Na tabela 6 estão demonstrados os totais dos recursos do Governo Federal repassados para os municípios no período em estudo. Em todos os municípios, os valores repassados apresentaram crescimento com tendência crescente, com exceção de Maracanaú no último ano.

Tabela 6 - Transferências do MS/FNS Consolidadas por Municípios Seleccionados do Ceará

Municípios	Transferências do MS/FNS (R\$ 1.000)				
	1995	1996	1997	Variações %	
	(a)	(b)	(c)	(b) / (a)	(c) / (b)
Aquiraz	767	1.213	1.415	58,1	16,6
Aratuba	63	79	169	24,6	134,5
Coreaú	448	736	833	64,3	13,2
Maracanaú	2.380	3.632	3.448	52,6	(5,0)
Quixadá	4.712	6.241	8.159	32,4	30,7

Obs: Valores a preços constantes – base: IGP dez/98

A proporção dos Recursos Federais MS/FNS mostrados na tabela 7 indicam que o município de Quixadá – habilitado na Gestão Semiplena – é bastante superior a todos os demais municípios porque em 1994, a CIB-Ce decidiu alocar de forma prioritária os recursos de expansão do Teto da Assistência do Estado nos municípios¹⁴ que solicitaram habilitação na Gestão Semiplena, permanecendo esta decisão em todo o período do estudo. Chama a atenção a participação dos Recursos do Tesouro Municipal apresentar-se com tendência de

⁴ Habilitados na gestão Incipiente (NOB/SUS-93)

⁵ Habilitado na gestão Semiplena (NOB/SUS-93)

redução progressiva, conforme dados da Tabela 3, passando de 9,6% em 1995 para 7,4% em 1996 e chegando a 4,7% em 1997.

Tabela 7 - Participação dos Recursos Federais MS/FNS e do Tesouro Municipal Gastos com Saúde, por Municípios Selecionados do Ceará, em 1997 (R\$1.000)

Municípios	Rec Feder MS/FNS		Rec Tes Municipal		Total		Per Capita
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
Aquiraz	2.308	40,9	3.329	59,1	5.637	100	104,78
Aratuba	533	39,4	819	60,6	1.352	100	114,16
Coreaú	916	78,8	247	21,2	1.163	100	60,29
Maracanaú	9.799	52,6	8.830	47,4	18.629	100	115,85
Quixadá	8.479	95,5	401	4,5	8.880	100	135,95

Obs: Valores a preços constantes – base: IGP dez/98

Tabela 8 - Gastos com Saúde Realizados com Recursos Próprios do Tesouro Estadual, por Itens de Gastos, nos Municípios Selecionados do Ceará, em 1997 (R\$ 1.000)

Municípios	Itens de Gastos						Total	Per Capita
	Ag Saúde	%	Pessoal	%	Outros	%		
Aquiraz	173	32,8	355	67,2	-	-	528	9,82
Aratuba	44	46,6	-	-	50	53,4	94	7,92
Coreaú	109	50,7	106	49,3	-	-	215	11,12
Maracanaú	263	66,6	-	-	132	33,4	395	2,45
Quixadá	376	27,7	790	56,2	191	14,1	1.357	20,78

Fonte: Tabela 19 A

Examinando se os gastos *per capita* com saúde no ano de 1997 nestes municípios (tabela 8), constata-se que Quixadá registrou o maior valor R\$ 135,95 e Coreaú o menor valor R\$ 60,29, um pouco menos da metade do gasto *per capita* de Quixadá. Os municípios de Aquiraz, Aratuba e Maracanaú apresentam gastos *per capita* semelhantes: R\$ 104,78, R\$ 114,16 e R\$ 115,85, respectivamente.

Do Governo do Estado para os Municípios Selecionados

O Governo do Estado do Ceará, no período de 1995 a 1997, só transferiu recursos na área de saúde no ano de 1997 e para o município de Quixadá no valor de R\$ 35 mil, representando, pois, uma situação atípica.

No que diz respeito aos gastos com recursos próprios do Tesouro Estadual através da SESA e do FUNDES, por conta dos municípios na área da Saúde em 1997, constata-se, a partir da tabela 8, que o item de gasto pagamento aos Agentes Comunitários de Saúde é realizado em todos os municípios e o pagamento com Pessoal só nos municípios de Aquiraz, Coreau e Quixadá por causa do processo de municipalização que encampou as unidades estaduais. Em relação aos gastos *per capita* observa-se que Quixadá registra o maior valor R\$ 20,78. Esta cifra foi influenciada pela despesa com pessoal do Estado que se encontrava em exercício no Sistema Municipal de Saúde, em especial no Hospital que foi cedido à administração municipal.

Quando comparados, os dados das tabelas 7 e 8 permitem constatar que o Governo do Estado assumiu basicamente a responsabilidade de gastos nos municípios como parte do compromisso político assumido quando da descentralização das ações e serviços de saúde¹⁴, isto é, pagamento dos Agentes de Saúde e Pessoal cedido.

No que diz respeito ao cumprimento da função distributiva, nota-se um comportamento mais tímido, não sendo as desigualdades na distribuição dos recursos federais para a Saúde compensadas com os recursos do Tesouro Estadual, exceto em Maracanaú, onde há uma concentração de Recursos do Tesouro Estadual na mesma ordem dos Recursos Federais.

3 Considerações Finais

Em Relação aos Gastos com Saúde

- Os gastos com saúde apresentam tendência de crescimento no Estado.
- A participação dos Recursos do Tesouro no gasto em saúde, em relação à despesa total, apresentou comportamento diversificado: redução no Estado e no Município de Quixadá que se encontrava em Semiplena e crescimento nos demais municípios (Aquiraz, Aratuba, Coreau e Maracanaú).

- Os gastos federais com saúde no Estado em 1997 concentram-se em 12 municípios, com maior capacidade de oferta ou que se encontravam habilitados na gestão semiplena.
- Os gastos estaduais com saúde em 1997 concentraram-se em 10 municípios com maior contingente de pessoal cedido no processo de municipalização. Destes, 60% constam na relação dos municípios de maior concentração de gastos federais.
- Dentre os municípios selecionados, Quixadá possui o maior gasto per capita com saúde financiado com recursos federais e do Tesouro do Estado.

As desigualdades na distribuição dos recursos federais para a saúde não são compensadas com os Recursos do Tesouro Estadual.

Em Relação aos Mecanismos e Fluxos Orçamentários e Financeiros

Os Secretários das áreas de Administração e Finanças dos Governos Estaduais e Municipais participam do processo orçamentário-financeiro dos recursos da saúde. Este fato aponta a necessidade de ampliar as discussões sobre financiamento e gestão do SUS, envolvendo diretamente estes atores.

O Governo do Estado na área da saúde não faz transferências de recursos para os municípios, realiza as despesas com projetos e atividades nos municípios, e a estrutura orçamentária não possibilita a visualização destas despesas.

Os municípios selecionados, independente do nível de gestão:

- trabalham com estrutura orçamentária e financeira que não permite a identificação do gasto por programa de saúde e nem por fonte de recursos;
- os FMS são legalmente constituídos, mas apresentam comportamento diversificado quando da operacionalização;
- o gerenciamento dos FMS contam com o apoio de Empresas Terceirizadas;
- os CMS não exercem o controle da execução da política de saúde no tocante aos aspectos econômico e financeiros.

A vinculação de receita do Tesouro Municipal para a área de saúde nos municípios de Aratuba e Quixadá, na prática, não foi cumprida.

7 Financiamento do Sistema Municipal de Saúde de Icapuí: 1995 a 1997

*Dilma Lucena de Oliveira
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Alcides da Silva Miranda*

1 Apresentação

O financiamento representa uma questão crucial para a melhoria dos níveis de saúde da população e desenvolvimento das políticas públicas no setor. Os gastos em saúde vêm crescendo nos últimos anos consumindo porções importantes do orçamento público, levando os governos a uma preocupação maior com essa questão.

Segundo MEDICI (1994), "as formas de financiamento dos gastos sociais são derivações da fusão de idéias econômicas com políticas fiscais implementadas em cada governo". Ainda segundo esse autor, "as concepções e práticas sobre financiamento das políticas sociais, no entanto, são historicamente determinadas, isto é, devem ser entendidas à luz de *cada espaço em cada momento específico*".

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a garantia constitucional da responsabilidade orçamentária da União, Estados e Municípios, para o seu financiamento, tendo como base a concepção de que o acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, produziu mudanças importantes nas formas de financiamento para o setor. Para ELIM & COHM (1996), "o modelo brasileiro de financiamento da saúde, combina várias origens de recursos, sendo que cerca de dois terços deles são de origem pública e o restante proveniente de recursos privados". Estes recursos estão vinculados na Carta Magna, ao Orçamento da Seguridade Social (Artigo 198), cujas fontes financeiras mais significativas, ainda segundo ELIM & COHN (1996), provêm dos descontos dos salários dos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, dos contribuintes autônomos e do recolhimento de outras contribuições tributárias e fiscais. Apesar da garantia

constitucional, o setor saúde vem passando por um processo de desfinanciamento, com cortes drásticos, prejudicando a implementação do SUS dentro dos seus princípios constitucionais. Em documento apresentado ao XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, CARVALHO (1998), demonstra a evolução dos recursos para o setor saúde entre os anos de 1995-1998. Segundo ele, o gasto com saúde como proporção do PIB (Produto Interno Bruto), caiu 12,4% e o total das outras despesas de saúde aumentou em 17,9% enquanto as outras despesas em orçamento, em seu conjunto, cresceram 56,2%.

Desta forma, racionalizar gastos é hoje uma questão fundamental para os que atuam na gestão dos serviços públicos de saúde, tanto no sentido de combater as distorções, como na contribuição ao planejamento, controle e avaliação, objetivando o aumento da eficácia e eficiência dos serviços.

O processo de municipalização e estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), com o desenvolvimento de instâncias de fiscalização e controle pela população através dos Conselhos Municipais de Saúde exigiu dos municípios a elaboração de mecanismos de planejamento e estruturação orçamentária, e de critérios para definição de prioridades.

COELHO (1997) fala sobre a concentração e centralização dos recursos financeiros em nível federal e da forma de transferência destes "através de convênios que estabelecem de forma rígida, a normatização dos gastos e da prestação de contas, impossibilitando, na grande maioria, uma utilização mais racional dos mesmos recursos, e a prioridade de destinação para a rede pública".

Dessa forma, o controle dos gastos do SILOS é fundamental ao gestor e ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) no sentido de possibilitar a tomada de decisões e definição de prioridades, tendo em vista os recursos disponíveis e a realidade sanitária local

O Cenário

O município de Icapuí tem uma população de aproximadamente 17.000 habitantes e está localizado no extremo leste da faixa litorânea do Estado do Ceará, região Nordeste do Brasil. Sua economia está baseada na pesca da lagosta e na

agricultura, sendo que o município encontra-se no curso de sua 4ª gestão administrativa desde a sua emancipação política. Neste percurso a administração tem buscado desenvolver políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida, tendo avançado especialmente nos setores de saúde e educação, garantindo a universalização e a democratização de seus serviços. As gestões municipais têm buscado no decorrer deste processo, estruturar diversos mecanismos que favorecem o controle público na gestão das políticas governamentais, tais como o Orçamento Participativo, Conselhos de Saúde e Educação e outras atividades de cunho associativo.

A análise dos Planos Municipais de Saúde, dos documentos de estruturação organizativa da Secretaria Municipal e da própria estrutura do Sistema Local de Saúde (SILOS), evidencia a preocupação das gestões municipais, em estruturar a atenção à saúde segundo os princípios de Universalidade, Integralidade, Descentralização e Participação Popular, defendidos pelo processo da Reforma Sanitária e consolidados na Carta Magna com a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Municipal de Saúde de Icapuí, foi organizado "priorizando" as ações básicas de saúde, com a estruturação sete unidades, com o objetivo de realizar a cobertura assistencial da população do município, as quais estão distribuídas nas três áreas descentralizadas de saúde de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde de 1996. O Nível Primário está articulado a um pequeno hospital que atende casos mais simples de Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria, e aos sistemas de Aracati e Fortaleza de maneira formal pelo Setor de Apoio ao Paciente da Secretaria - que se encarrega de marcação de consultas especializadas e condução do paciente e pela programação estadual.

O município assume hoje o modo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, forma jurídica prevista na legislação brasileira, que confere maior autonomia da gestão e do financiamento de serviços e ações de saúde no âmbito local. A atual estratégia estruturante para a organização da Atenção Básica à Saúde é o Programa Saúde da Família, que conta com cinco equipes de Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, com uma cobertura de 100% das famílias residentes no município. Existem

programas de saúde para grupos populacionais específicos como crianças, mulheres, idosos, pessoas com sofrimento psíquico (existe o atendimento psiquiátrico e acompanhamento psicológico, através da psicologia comunitária, integrado às equipes do PSF) etc.

Como resultado tem-se um Município que se notabilizou pela organização de seu SILOS e que melhora, gradativamente, seus indicadores de saúde e de qualidade de vida. Todos os serviços de saúde existentes em Icapuí são públicos e municipais, financiados com recursos do município, do repasse do SUS e do Estado.

Icapuí não se diferencia em termos de riquezas dos demais municípios cearenses e litorâneos de seu porte. O petróleo acrescenta a cifra de aproximadamente 9.000 reais por mês, dos quais menos de 20% podem ser alocados para gastos com saúde. O que há então de especial que garante os resultados obtidos na gerência municipal de áreas sociais do município (saúde e educação)?

Icapuí também não dispõe de recursos para a saúde, diferenciados de outros municípios. O teto financeiro do Fundo Municipal de Saúde (FMS) foi obtido a partir da organização do Sistema Local de Saúde (SILOS) e de um repasse regular dos recursos municipais, portanto possível e legal a qualquer outro município.

Este estudo busca analisar os gastos da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí, o processo de orçamentação e controle dos recursos, bem como a coerência entre os Planos Municipais de Saúde, os princípios doutrinários do SUS e os gastos e execução orçamentária do SILOS considerando os diferentes formatos de gestão perante o SUS, ou seja, enquanto Município em Gestão Incipiente do SILOS e Gestão Semiplena e Plena de Atenção à Saúde.

2 Objetivos

- Descrever as receitas e despesas da Secretaria de Saúde de Icapuí nos anos de 1995 a 1998;
- Analisar as principais características e tendências do processo de orçamentação e controle dos recursos do Fundo Municipal de Saúde

3 Percurso Metodológico

Para realização deste estudo procedeu-se a um levantamento de dados secundários provenientes de documentos institucionais, analisando a prestação de contas do Fundo Geral da Prefeitura e da Secretaria de Saúde de Icapuí, Planos Municipais de Saúde, além de documentos de estruturação organizativa da Secretaria Municipal e análise da própria estrutura do Sistema Local de Saúde (SILOS).

- O setor de Apoio Administrativo, organizado por pessoas de nível médio, disponibiliza mensalmente a prestação de contas do FMS, com a descrição de todas as suas despesas e receitas, em uma média mensal, classificada pelo setor como "despesas fixas ou de custeio", as quais representam um controle quase doméstico das contas.
- A delimitação do tempo do estudo deve-se às dificuldades na obtenção dos dados em função de que as mudanças de gestores em geral foram acompanhadas de transformações nos instrumentos de coletas das informações.

4 O Fundo Municipal de Saúde e seus Recursos

Icapuí municipalizou os serviços de saúde em 1992, um ano após a promulgação da Lei de Criação do FMS. Os recursos para manutenção do Sistema Municipal de Saúde são oriundos do Município, do Estado e da União. O FMS era movimentado pelo Secretário de Saúde e pela Chefia do Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria. A partir de 1997, essa movimentação passou a ser feita pelo Secretário de Saúde e o Prefeito Municipal.

A Secretaria informa mensalmente ao Conselho Municipal de Saúde sobre os repasses e despesas do FMS, informações estas concentradas nas tabelas e quadros que serão apresentados a seguir. O FMS conta com a assessoria de um escritório de contabilidade para o gerenciamento dos recursos e a secretaria faz parte da comissão de licitação municipal.

De acordo com a Lei Orgânica do Município, o repasse do orçamento municipal para o setor saúde é de 13% do Fundo Geral da Prefeitura e provém das arrecadações do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e ICMS além de 20% dos Royalties da Petrobrás.

As tabelas 1, 2 e 3 mostram os valores repassados mês a mês pelas fontes supracitadas nos anos de 1995-1998.

Tabela 1 - Fontes das Receitas do FMS em 1995

Mês	FPM	ICMS	Royal- ties	SIA/SUS	AIH	Semi- Plena	Total/mês
JAN	15.159,32	8.064,92	3.600,00	6.305,55	-	-	33.129,79
FEV	12.960,92	4.670,76	220,00	19.362,76	5.998,84	-	43.213,28
MAR	14.200,00	10.163,23	-	11.980,40	1.594,06	-	37.937,69
ABR	13.029,74	13.397,14	2.100,00	17.370,11	3.985,01	-	49.882,00
MAI	14.453,00	7.889,62	1.200,00	15.334,07	2.706,78	-	41.583,47
JUN	15.958,91	7.495,06	3.420,00	66.958,83	4.020,81	-	97.853,61
JUL	13.094,41	4.616,72	-	21.042,19	6.145,05	-	44.898,37
AGO	11.469,22	9.771,68	1.600,00	19.393,04	2.538,38	-	44.772,32
SET	11.824,74	8.518,11	-	19.925,11	6.334,62	-	46.602,58
OUT	13.399,00	9.589,45	1.500,00	23.216,51	3.967,46	-	51.672,42
NOV	13.794,00	8.155,18	1.778,00	39.981,23	5.746,03	-	69.454,44
DEZ	15.212,30	7.029,75	2.270,00	35.132,93	4.902,45	40.884,00	105.431,43
Média	13.712,96	8.280,14	1.474,00	24.666,89	3.994,96	3.407,00	55.535,95

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de saúde de Icapuí

Tabela 2 - Fontes das Receitas do FMS em 1996

Mês	FPM	ICMS	Royalties	Semi-plena	Total/mês
JAN	11.481,00	12.058,01	-	40.884,00	64.423,01
FEV	23.372,83	8.415,13	3.771,50	40.884,00	76.443,46
MAR	9.134,00	8.678,34	2.020,00	40.884,00	60.716,34
ABR	14.945,00	8.139,07	1.600,00	40.884,00	65.568,07
MAI	20.749,00	8.216,40	2.000,00	40.884,00	71.849,40
JUN	14.172,00	5.280,78	-	40.884,00	60.336,78
JUL	16.031,55	18.313,74	2.500,00	40.884,00	77.729,29
AGO	23.178,14	8.914,95	600,00	40.884,00	73.577,09
SET	16.957,21	9.920,33	1.000,00	40.884,00	68.761,54
Média/Mês	16.668,97	9.770,75	1.499,06	40.884,00	68.822,78

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de saúde de Icapuí

Tabela 3 - Fontes das Receitas do FMS em 1997

Mês	FPM	ICMS	Royalties	SIA/SUS	25% SIA/SUS	Total
JAN	27.327,34	10.074,53	-	40.884,00	-	78.285,87
FEV	13.984,00	5.574,00	-	40.884,00	-	60.442,00
MAR	14.177,59	7.307,00	2000	40.884,00	20.442,00	84.810,59
ABR	25.602,46	7.908,00	1.991,93	40.884,00	20.442,00	96.828,39
MAI	31.802,17	8.417,00	2.400,00	40.884,00	30.663,00	114.166,17
JUN	11.000,00	3.519,53	2.600,00	40.884,00	10.221,00	68.224,53
JUL	24.092,00	7.659,00	2.000,00	40.884,00	20.442,00	95.077,00
AGO	27.472,00	1.248,85	-	40.884,00	10.221,00	79.825,85
SET	19.555,00	1.343,00	480	40.884,00	10.221,00	72.483,00
OUT	27.068,00	8.979,00	-	40.884,00	10.221,00	87.152,00
NOV	21.040,43		-	40.884,00	20.442,00	82.366,43
DEZ	695,23		-	40.884,00	20.442,00	62.021,23
Media	20.318,02	5.169,16	955,99	40.884,00	14.479,75	81.806,92

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí

Os recursos oriundos do Estado não têm uma base definida. A contribuição deste ocorre através do pagamento dos agentes de saúde, da disponibilização de orientação técnica, desde que solicitada, e parte do salário do profissional que realiza semanalmente a referência em traumatologia-ortopedia no município.

O repasse dos recursos da União deu-se a partir do contrato da municipalização. Inicialmente, o recurso era entregue ao Estado que efetuava o repasse ao município após a apresentação do demonstrativo da produção, ou seja, a produtividade de procedimentos e internações realizados por este a partir de uma programação prévia que delimitava o teto orçamentário a ser repassado após o ato realizado. A partir de novembro de 1995, com a aprovação da Gestão Municipal Semiplena, segundo a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 os recursos passaram a ser repassados fundo a fundo, independente da produção, tendo como critério de avaliação parâmetros de produção e de níveis de saúde a serem atingidos, acordados com o gestor da saúde e Prefeito Municipal.

As tabelas anteriores evidenciam os repasses da Prefeitura Municipal e União, para o FMS.

5 Evolução dos Recursos Financeiros

Nos anos de 1993 e 1994 ocorreu, segundo o relatório de gestão, uma superestimação das necessidades de tratamentos especializados na programação do teto orçamentário do SUS para o município, definindo um teto incompatível com a capacidade do sistema, o que levou à perda de recursos de repasse, uma vez que a produção não atingia o teto prescrito.

Em outubro de 1995, com a reprogramação estadual, este teto pôde ser reajustado, possibilitando inclusive a alocação de maior volume de recursos para o sistema ambulatorial (SIA), em detrimento das internações hospitalares (AIH), garantindo a base financeira para inversão do sistema através da implantação dos Programas Saúde da Família e de Inversão da Saúde Bucal, o que pode ser visto na tabela 1.

Em dezembro de 1995, com o enquadramento do município no modo de gestão semiplena (vide a mesma tabela), houve um

incremento deste quadro, considerando a desvinculação do financiamento à produtividade, permitindo ao município um maior incentivo às atividades de prevenção e promoção da saúde, como preconiza o SUS e os princípios organizativos do SILOS de Icapuí, sem detrimento de teto orçamentário.

O repasse municipal nesse período deu-se de forma regular no que diz respeito ao ICMS e FPM, porém coincidiu com a queda do Fundo de Participação do Município. Como se pode ver na tabela 1, no primeiro semestre do ano de 1995, os recursos da Prefeitura chegaram a significar aproximadamente 58% dos recursos financeiros do FMS, quadro que se reverteu um pouco no segundo semestre do mesmo ano devido à reestruturação do quadro de profissionais da Secretaria e da reprogramação do teto financeiro, passando a representar aproximadamente 40%. Com a implementação do modo de Gestão Semi-Plena, este percentual ficou em torno de 35%, embora tenha se mantido regular em repasse e valor, o que significou uma ampliação dos recursos do SUS a partir da crescente organização do SILOS. Apesar disto, o teto do FMS ainda é extremamente insuficiente para garantir a cobertura das necessidades de saúde da população. A média do ano de 1997 foi um total de R\$ 81.806,92/mês, ou R\$ 60,97 por ano *per capita* (R\$ 5,08 *per capita* mensal). A Secretaria opera com pequeno déficit mensal de custeio.

Mesmo com uma gestão municipal que estimula a participação popular no processo decisório, articulando fóruns como, por exemplo, o Orçamento Participativo, ainda se percebe pelos depoimentos dos gestores e técnicos, um alto grau de dependência, das ações sociais do poder público. Como já foi exposto anteriormente, o SILOS de Icapuí responsabiliza-se integralmente pela estrutura das ações assistenciais (consultas médicas, exames), assumindo ainda programas de suplementação alimentar, suprimento de medicamentos, órteses e próteses, referência para consultas e exames especializados não disponíveis nos serviços públicos de centros maiores, fretes de urgências das comunidades distantes e transporte para os pacientes referenciados para níveis de atenção mais complexos, bem como um funcionário para a marcação das consultas nestes centros (Setor de Apoio ao Paciente), já que não há um sistema de referência estadual organizado para isto.

O fato do município possuir um sistema de atenção básica bem estruturado, atraindo populações de comunidades vizinhas, tais como: Aracati (Mata Fresca, Tanque de Lima, Cajazeiros, Baixas etc.), Grossos e Tibau, (Mossoró-RN).

Os anexos 1 e 2 discriminam os valores das despesas fixas (custeio) de 1995, 1996 e 1997, bem como a média mensal destas e o quadro de receitas do FMS, e evidencia um déficit, pequeno, porém significativo, entre as receitas e despesas do mesmo, visto que estas se referem apenas às despesas fixas de custeio, não estando representados os investimentos.

Verificando os gastos da Secretaria de Saúde relativos à pagamento de pessoal nos anos de estudo, percebe-se que estes vêm se mantendo acima de 50% do total de recursos, contrariando o princípio definido pela lei "Rita Camata" - que fixa um percentual máximo de 60%. No entanto, analisando as situações de contratação de recursos humanos nos últimos anos, é possível verificar que estas se deram a partir de uma necessidade do serviço e, excetuando-se a contratação do farmacêutico, tiveram em contrapartida o aumento do teto financeiro, por melhor organização e ampliação da oferta de serviços. O déficit pode então ser explicado, em parte como resultante da defasagem da tabela do SIA-AIH, aliado a outras questões consideradas importantes pela gestão, tais como a dificuldades em atrair profissionais para um município de pequeno porte e distante de centros maiores, especialmente profissionais especializados de nível superior, onde geralmente, não terão outra fonte de renda, senão o emprego público. Neste contexto, esta cifra de 60% pode ser considerada como investimento já que a organização do SILOS pressupõe a contratação de pessoal especializado e houve a contrapartida de aumento do teto financeiro do município, aliada à melhoria dos índices de morbidade e portanto das mortes e faltas ao trabalho evitadas, bem como melhoria da produtividade.

A partir de dezembro de 1995, as despesas do setor Saneamento passaram a ser encargo da Secretaria de Saúde, sem um aumento de receitas e sem cortes de serviços prestados à população, acarretando um déficit ainda maior dos recursos.

A insuficiência do teto orçamentário, provavelmente, representa um dos grandes entraves na administração dos recursos. A possibilidade de realizar investimentos torna-se bastante limitada devido ao fato de que a parte mais significativa do orçamento é destinada ao pagamento de pessoal e uma quota menor para custeio, de forma que os investimentos feitos no período tiveram recursos oriundos de projetos e convênios como os do PSF, Projeto SMALP com a UNICEF, Projeto Nordeste para a Saúde Bucal e convênio das gestões, Semiplena e Plena de Atenção à Saúde. Só a compra de uma Kombi para o Setor de Apoio aos Pacientes e de uma Ambulância foram efetuadas com recursos do FMS. No ano de 1997, estes perfizeram um total de R\$ 10.429,89 para obras e R\$ 23.568,48, para equipamentos. Ainda nesse ano, a Secretaria de Saúde conseguiu através da Secretaria de Desenvolvimento, Turismo e Meio Ambiente de Icapuí, uma parceria com a Fundação Banco do Brasil, vinculada ao "Projeto Homem do Campo", que financiou as seguintes obras: conserto da fiação elétrica do Hospital Municipal de Icapuí (HMI); construção da lavanderia do HMI e outras Reformas; construção da estação de tratamento da fossa do HMI; reforma e ampliação dos Postos de Saúde de Redonda e Morro Pintado e aquisição de equipamentos para o HMI e Unidades Básicas de Saúde. Estes recursos foram liberados em 1998.

6 Os Gastos do Sistema Municipal de Saúde no Modo de Gestão Semiplena

Após a estruturação das ações básicas de saúde, o Sistema Municipal de Saúde de Icapuí, assumiu como demanda uma maior organização e resolutividade no nível secundário de assistência, investindo em equipamentos, pessoal especializado e estrutura física do hospital. Estas afirmações podem ser confirmadas ao analisar os gastos com transporte e marcação de consultas referenciadas para municípios de maior porte, custeados pelo teto do município (incluindo transporte de pacientes, pessoal para marcação das consultas, e o teto referenciado), e a relação dos principais diagnósticos destas referências, a partir dos quais se evidencia, por exemplo, que dois terços dos partos de Icapuí ocorrem em Aracati e Mossoró devido à inexistência de centro cirúrgico no município.

Desta forma enquanto a maioria dos municípios brasileiros necessita estruturar seu nível básico e, portanto, as ações de prevenção e promoção da saúde para cumprirem as atuais diretrizes do SUS, Icapuí necessita passar a investir no nível secundário hospitalar, ou seja, nas ações ditas curativas.

Mesmo assim os gastos entre as ações curativas e preventivas não se diferenciaram muito antes e após os recursos na gestão Semi-Plena e Plena de Atenção à Saúde.

O anexo 6 apresenta um quadro demonstrativo dos principais investimentos para realização de ações curativas e preventivas os quais podem ser confirmados pela análise da execução dos recursos financeiros da Secretaria.

No que diz respeito ao custeio de programas, não existem informações que viabilizem uma especificação dos gastos com as unidades, programas e hospital. O anexo 7 mostra um demonstrativo da média de gastos da Secretaria em 1997, por unidade de saúde levando em conta os seguintes critérios: teto financeiro em programação no SIA/SUS; base populacional de abrangência e complexidade da unidade.

O grande avanço obtido com o modo de gestão Semi-Plena foi a possibilidade de radicalizar a inversão do modelo assistencial, tendo em vista a desvinculação do teto financeiro da ótica da produtividade, onde só podiam ser contabilizados os atos curativos, permitindo ao SILOS desenvolver atividades de prevenção e promoção à saúde, como preconiza o SUS e os princípios organizativos do Sistema Municipal de Saúde de Icapuí, sem detrimento do teto financeiro.

7 Conclusão

Esta descrição/estudo permite concluir que o SILOS de Icapuí, apesar de contar com um processo de orçamentação externamente incipiente, apresenta estreita coerência entre os Planos Municipais de Saúde, os princípios do SUS e os gastos e execução orçamentária, revelando seriedade na fiscalização destes gastos. Pode-se perceber neste município de pequeno porte, uma gerência pública eficiente e que apesar da insuficiência de recursos financeiros, consegue garantir a universalidade do direito a saúde

como preconiza a lei, mesmo entendendo isto como processual, dialético e mutante

8 Referências

CARVALHO, G. **Análise conjuntural do financiamento em saúde** - Nov. 98. Nota técnica preparada para o XIV Congresso de Secretários Municipais de Saúde, 1998.

COELHO, V.M.C. **Política e gastos em saúde: O caso do Ceará no período 1987/1994.** (UECE – Dissertação de Mestrado, 1997)

ELIAS, P.E.; COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.

ICAPUÍ. Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento - **Plano municipal de saúde 1994/1992.**

_____. - **Documentos do setor de custos 1994/1992.**

MEDICI, A.C. - **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1 - RELAÇÃO DE DESPESAS DA SMSS DE ICAPUÍ POR PERCENTUAIS - ANO 1995

Discriminação	Mar	Abr	Maio	Jul.	Ago.	Out.	Nov.	Dez.
Pessoal	67,4	19,6	45,9	71,0	50,6	75,1	59,6	65,2
Serviço de terceiro	17,1	7,1*	26,9	10,6	12,8	10,6	13,1	14,4
Mat. Consumo	3,6	72,8	20,8	12,7	7,5	4,1	12,8	11,1
Manut. de Veíc.	8,6	-	6,5	3,9	3,7	5,5	5,8	5,1
Mat. Permanente	-	0,5	-	-	24,8	-	5,4	0,1
Saneamento	3,3	-	-	1,7	1,2	3,7	16,7	4,0

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí

* No mat. consumo esta incluído o leite do convênio 53.437,50.

ANEXO 2 - GASTOS PERCENTUAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ICAPUÍ POR PERCENTUAIS - ANO 1996

Discriminação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Pessoal	56,81	71,26	63,03	66,86	52,64	65,41	50,80	46,23	41,26	62,44	52,12
Mat. De Consumo	5,37	4,25	15,13	10,67	19,87	18,92	19,90	1,46	7,17	1,88	4,66
Serv. Terceiros	6,06	6,72	13,12	9,74	4,98	2,46	8,44	9,37	19,24	9,77	8,03
Manut. de Veículo	3,49	7,09	4,27	5,93	3,21	7,75	6,53	3,48	6,23	7,28	10,25
Material permanente	-	-	0,94	0,96	10,91	0,26	7,05	22,65	12,04,	5,50	18,85
Serviço Saneamento	9,43	9,54	2,81	5,84	7,99	3,77	4,00	5,91	6,02	0,93	1,27
Oficina Saneamento	-		-	-	0,40	0,65	1,56	1,07	0,99	2,56	0,44

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí.

**ANEXO 3 - MEDIA DE DESPESAS FIXAS DO FMS DE
ICAPUÍ EM 1997**

DISCRIMINAÇÃO	MEDIA MENSAL DAS DESPESAS
Pessoal	55.973,83
Custeio	13.701,46
Manutenção Carros	496,95
Combustível	3.222,26
Peças	1.496,45
Aluguel de Veículo	1.801,39
Manutenção Chafarizes	4.081,88
Disp. Oficinas de Saneamento	229,38
Ampliação do Sist. Água e Esgoto	141,82
Manut. Equipamentos	280,51
Manut.Prédios	368,61
Transporte de Pacientes	1.126,97
Disp. Água/Luz/Fone	1.885,32
Obras	866,80
Média de despesas mensal	84.173,63

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de
Saúde de Icapuí.

ANEXO 4 - RELAÇÃO DOS INVESTIMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ICAPUÍ – 1995

CLASS	DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	UNID.	VALOR Total
1120	Estante de aço c/ 09 bandejas	03	estante	157,50
1120	Pinça mosquito c/ 12 cm	06	pinça	51,32
1120	Pinça mosquito R 12 cm	02	pinça	47,60
1120	Pinça mosquito R 12 cm	04	pinça	34,48
1120	Pinça dissecação 14 cm c/ serrilha	10	pinça	96,00
1120	Porta agulha mayo 17	05	porta Ag	64,25
	Cabo de bisturi NR3	05	cabo Bst	24,50
1120	Veículo Lada mod. Laika 16, ano 95 cor azul	01	veículo	9.850,00
1120	Veiculo Kombi Standerd 1.6	01	veículo	13.500,00
1120	Motor bomba 1/3 cv inape	01	motor	147,00
1120	Motor bomba monofásica 1cv	01	motor	215,77
	Total dos bens móveis adquiridos em 1995			24.188,82
1120	Veículo Lada ano 1995	01	veículo	4.000,00
	Total dos bens móveis alienados em 1995			4.000,00
	Total de bens móveis desincorporados, 95			654,24
4120	TV a cores com controle Semp	01	Tv	498,31
4120	Vídeo cassete o4 cabeças c/ controle semp	01	vídeo	498,01
4120	Microcomputador AT 486 Dx2 66 4mb Rm 420 hd, SV GA 28, Draive 1.2/1/1. 40, Placa FAX modem 9600 e mause.	03	micro	5.517,99
4120	Impressora Lx 1170 Epsom	03	Impres.	2.700,00
4120	Estabilizador 220/110 1 KVA microsol	03	estabil.	204,00
	Total de bens Móveis incorporado em 1995			9.418,31
	Posição dos bens móveis em: 31/ 12/95			52.103,27

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí.

**ANEXO 5 - RELAÇÃO DE INVESTIMENTOS DA
SECRETARIA DE SAÚDE DE ICAPUÍ 1996**

01	Ambulância Ipanema 1.8
50	Poltronas de plástico
01	Caçarola n. 45
01	Caçarola n. 40
01	Concha
01	Escumadeira
50	Pratos
01	Fogão SEMA 3 bocas
01	Cuscuzeira
02	Ferro para passar roupas
01	Micro Sistem LS-90
01	Placa Mãe DXA e Pente de Memória
07	Régua Antropométrica
02	Manômetro
06	Cama de madeira
04	Ar Condicionados
01	Motor Bomba
01	Veiculo Gol 1.0
10	Pinça Crille Curva
10	Pinça Crille Reta
10	Pinça Mosquito Curva
05	Pinça Mosquito Reta
05	Cabo para bisturi
10	Pinça Kelli Curva
10	Pinça Kelli Reta
10	Pinça Dente de rato
05	Pinça Dissecção grande
05	Pinça Dissecção pequena
05	Pinça Dissecção media
05	Pinça anatômica
05	Pinça Allis
05	Porta agulha
13	Tesoura Metsembal curva

10	Tesoura Metsembal reta
05	Tesoura Mayo curva
03	Tesoura Mayo Reta
05	Pinça Kocher curva
05	Pinça Kocher reta
05	Cuba de rim
05	Cuba Redonda
02	Tesoura de Retirada de Ponto
04	Aparelho de Aerosol
01	Mesa para exame clinico
02	Mesa Ginecológica
02	Estufa
19	Ventiladores de Teto
01	Cilindro de oxigênio
01	Cilindro de oxigênio pequeno
01	Carreta para lixo
01	Aparelho de Raio X 90 Kvp e componentes
02	Mesa para computador
03	Mesa para impressora
01	Calculadora
03	Otoscopio completo
01	Válvula de Doyem 45x60
01	Chave de Graff
01	Caneta Rool p/ odontologia
04	Carro maca
01	Eletro Cardiograma
06	Foco pequeno para pequenas cirurgia
03	Balança pequena
06	Otoscopio de Pinar
06	Pinça grande curva p/ retirada de corpo estranho
03	Especulo n. 02
02	Cuba redonda para assepsia
06	Tentacanula
07	Pinça para prevenção
05	Pera de borracha
01	Nebulizador grande c/ 04 saidas
06	Estetoscópio

02	Caixa Metálica grande
04	Biro
01	Arquivo de aço
02	Estante de aço
01	Mesa apara reunião
02	Armário Vitrine
02	Armário de aço c/ 02 portas
01	Retropojetor
01	Escada
01	Cama Fauler
01	Contador de Célula
01	Homogenizador de sangue
01	Maquina de lavar roupas
01	Geladeira
T O T A L	R\$ 82.153,66

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí.

ANEXO 6 DEMONSTRATIVO DOS INVESTIMENTOS PARA AÇÕES PREVENTIVAS E CURATIVAS NOS DIFERENTES MODOS DE GESTÃO EM ICAPUÍ

	AÇÃO PREVENTIVA		AÇÃO CURATIVA	
	INCIPIENTE	SEMIPLENA	INCIPIENTE	SEMIPLENA
• Contratação de pessoal	3 médicos e 2 enfermeiros para o PSF	Contratação de 01 funcionário para o núcleo de IEC	02 plantonistas e um médico obstetra	
• Compra de equipamentos para as unidades de saúde	Estante de aço c/ bandejas material médico-cirúrgico, veículo para o PSF	Estante de aço Material médico de sutura Bureau, material de prevenção de câncer ginecológico, otoscópios, estetoscópios, tensiômetros, balança portátil, macas, ar condicionado etc.	Veículo Kombi para transporte de pacientes	Ar condicionado, ventiladores, aparelho de raio X, eletrocardiógrafo, material médico cirúrgico, ambulância.
• Reformas de Unidades		Todos os postos de saúde		o ambulatório do hospital
• Gastos com saneamento	compra de motores para os chafarizes	Oficina de saneamento: 37 kits sanitários em 4 meses além de outras melhorias domiciliares.		
• Gastos com treinamento e capacitação de pessoal	oficinas de planejamento da saúde bucal; 9 cursos e treinamentos (vide relação) nas ações básicas de saúde; compra de aparelho de TV e vídeo para o IEC	02 cursos na área hospitalar	15 cursos ou treinamentos nas ações básicas de saúde; compra de um micro Sistem para o IEC e recuperação de uma rádio difusora.	03 cursos na área de cura

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí.

ANEXO 7 - CUSTO MÉDIO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE ICAPUÍ, ANO 97

Discriminação	Peixe Gordo	M. Pintado	Mutamba	Redonda	Belém	Barreiras
Famílias Adscritas	254	407	600	598	224	459
Descrição	P. Saúde	P. Saúde	C. Saúde	P. Saúde	P. Saúde	P. Saúde
Despesas com Pessoal	1.638,48	4.241,32	6.757,12	3.177,51	1.605,02	2.343,36
Água/Luz/Telefone	917,00	61,26	137,54	14,55	35,76	22,98
Medicamentos	314,31	564,43	682,74	743,44	333,39	383,22
Material de Enfermagem	61,14	48,06	97,04	95,97	40,35	72,12
Alimentação	64,50	50,40	-	205,00	-	54,00
Transporte de pacientes	-	457,00	-	420,00	490,00	-
Total	1.786,28	5.422,46	8.454,22	4.656,47	2.130,78	2.875,68

Fonte: Departamento de Apoio Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de Icapuí.

PARTE III

ANÁLISE DE CUSTOS EM SAÚDE

8 Análise dos Custos do Programa Saúde da Família: o Caso de Crateús – CE

*Maria Helena Lima Sousa
Francisco Horácio da Silva Frota*

1 Introdução

O presente texto analisa os custos e receitas do Programa Saúde da Família – PSF, em quatro equipes (Monte Nebo, Ibiapaba, Queimadas e Santo Antônio), localizadas na zona rural do Município de Crateús-CE, no período de junho de 1997 a dezembro de 1999.

Este estudo de caso serviu para mostrar a importância do acompanhamento periódico de custos e receitas dessa estratégia de atendimento da atenção básica, no gerenciamento dos recursos públicos de saúde. Dessa forma, a utilização de um sistema de custos permite: um gerenciamento mais eficiente dos recursos, facilitando a tomada de decisão no uso e aplicação destes; otimiza gastos; favorece a disponibilidade de dados confiáveis para o controle social e possibilita uma avaliação econômica dos dados.

Implantado oficialmente em 1994 em 14 municípios do país, o Ceará foi palco das primeiras experiências dessa política de atenção básica, inicialmente nos municípios de Quixadá e Beberibe. Atualmente encontra-se organizado em 166 dos 184 municípios cearenses, num total de 747 equipes em funcionamento (dados de novembro/1999), cobrindo aproximadamente 474 mil famílias.

Por se tratar de uma política recente de saúde pública, o atual estágio privilegia: a organização dos serviços em cada município; o aumento da cobertura e do tipo de assistência; a capacitação de pessoal; a redefinição da política de financiamento e a definição de indicadores de acompanhamento. Entretanto, até o momento, as iniciativas que permitam oferecer uma melhoria na eficiência do setor público, e, em especial, do PSF, são tímidas. Nada se tem de concreto sobre estudos que avaliem custos e resultados, ou o impacto que a cobertura assistencial e preventiva do PSF possa provocar nos

níveis de atenção secundário e terciário. Além disso, as Secretarias Municipais de Saúde não possuem pessoal qualificado para desenvolver um trabalho na esfera econômica. Portanto, esta experiência serviu também, para identificar entraves que permeiam a eficiência do PSF de Crateús, sendo as decisões tomadas sem o respaldo de um estudo técnico-científico consistente. O nível do pessoal administrativo é limitado e não há investimento no sentido de melhorá-lo.

No estágio em que se encontra a descentralização da saúde no Brasil – com os municípios assumindo o gerenciamento das ações básicas no setor – é de fundamental importância que os gestores, nos níveis de competência federal, estadual e municipal, comecem a desenvolver mecanismos gerenciais de monitoramento e avaliação dos recursos disponíveis, que possibilitem incorporar uma cultura de eficácia, eficiência e efetividade, em oposição ao espontaneísmo com que esta organizada a estrutura administrativa da maioria dos municípios cearenses.

2 O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família – PSF surgiu como alternativa ao modelo tradicional, baseado na doença, com atuação exclusiva sobre a demanda espontânea.

Baseado em experiências internacionais do médico de família em Cuba e da medicina familiar do Canadá, esse novo paradigma da atenção primária trabalha o processo saúde-doença a partir de fatores não só biológicos mas também ambientais, sociais, econômicos e culturais; prioriza a proteção à saúde e a multiprofissionalidade; baseia-se num sistema hierarquizado de referência e contra-referência; atua de forma intersetorial (educação, habitação, trabalho, lazer etc); age de maneira holística, prioriza a ação generalista e coletiva tendo como base a família dentro de uma lógica de demanda organizada.

[...] caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

A partir desta reorganização, foram se desenvolvendo os princípios que definiram a construção deste novo modelo assistencial que são: “descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde que são parte integrante e indissociável na consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde - SUS, nos seus aspectos de equidade, eficácia, eficiência, qualidade e satisfação dos cidadãos (BRASIL, 1996).

Como diretriz operacional, a estratégia Saúde da Família parte de uma adscrição da clientela, de modo que, cada equipe se responsabiliza por uma área geográfica onde habita cerca de 600 a 1.200 famílias, devidamente cadastradas. Cada equipe básica é composta por um(a) médico(a) generalista, um(a) enfermeiro(a), auxiliares e agentes comunitários de saúde, na base de um(a) para cada 100 famílias. No caso de Crateús, a equipe possui também um profissional de odontologia, embora nesta ocasião ainda não seja uma recomendação do Ministério da Saúde.

3 O Município de Crateús

Crateús está localizado no sudeste cearense, a 365 km da capital do Estado do Ceará e possui uma população de 65.229 habitantes, de acordo com o Censo/1991.

A atividade econômica predominante nos municípios é a pecuária, desenvolvida nos moldes tradicionais e de baixa rentabilidade, numa estrutura fundiária que concentra terra nas mãos de poucos, de acordo com dados do Plano Municipal de Saúde (1997-2000).

A distribuição de renda da população é concentradora, a exemplo do Estado do Ceará conforme diversos estudos, podendo-se observar que 38% dos chefes de família ganham até um salário mínimo, existindo 15,3% sem rendimento, ou seja, significa que 53,3%, ou seja, mais da metade das famílias estão numa situação miserável de vida, dado este que compromete a qualidade de vida e a cidadania desse contingente populacional.

O nível de escolaridade é baixo, mas, contraditoriamente, Crateús possui uma organização comunitária que remeta a história do movimento popular do início dos anos 60, com a criação da diocese

em 1964 e a chegada do primeiro bispo, D. Antônio Batista Fragoso. Com ele veio a luta em favor dos oprimidos, bandeira esta levantada pelo movimento progressista da Igreja Católica.

Hoje, Crateús está organizado dentro dos princípios de Municípios Saudáveis, tentando a integração dos diversos setores numa perspectiva de melhorar a qualidade de vida de seus habitantes.

A organização do Sistema de Saúde de Crateús está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, dando prioridade a atenção básica através da estratégia Saúde da Família. Sua política é voltada para a ação preventiva, de proteção e recuperação da saúde, possuindo atualmente uma cobertura de 100% da população rural e urbana. É habilitada como Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo sede Microrregional de saúde e polo microrregional para atenção secundária.

4 Metodologia

Para se analisar a eficiência de um programa de saúde é necessário apurar custos e medir os resultados através de indicadores de saúde.

Em 1981, a Organização Mundial de Saúde – OMS publicou um trabalho da série “Saúde para todos”, denominado Avaliação de Programas de Saúde, onde salienta que a avaliação deve fazer parte de um processo gerencial mais amplo, visando a melhoria da saúde de forma global. É considerado também um instrumento essencial para orientar a tomada de decisão, tanto no nível operacional quanto na definição de políticas sociais.

Se planejar é introduzir organização e racionalidade na ação para consecução de determinadas metas e objetivos, a avaliação é um modo de verificar essa racionalidade, medindo o cumprimento dos objetivos e metas previamente estabelecidos e a capacidade para alcançá-los (ANDER-EGG, 1984, citado por COHEN & FRANCO, 1998:20).

“A base de uma avaliação econômica esta em divulgar uma estrutura para comparar os recursos

(custos) usados em uma intervenção particular com os efeitos esperados (benefícios) dele resultantes” (GREEN, 1992).

O método utilizado para apurar os custos neste estudo foi o “custeio por absorção” que, para MÉDICI & MARQUES (1996).

Procuram identificar, no interior de cada hospital ou serviço de saúde, centros de custos, os quais correspondem a unidades interdependentes de produção. Cada centro de custo pode produzir bens intermediários e de consumo final, recebendo para tal insumos oriundos de fornecedores externos (fora do hospital ou serviço de saúde) ... o que é considerado como base, para o estabelecimento de outros sistemas de levantamento de custos (MÉDICI; MARQUES, 1996, p.54).

Os custos, dentro de uma visão contábil, podem ser classificados em *diretos*, aqueles que produzem diretamente o serviço de saúde, e *indiretos*, os que necessitam de uma base de rateio para apropriar o gasto ao centro de custo que, neste caso, significa cada equipe instalada de PSF.

Para apuração dos custos, foi desenvolvido um manual operativo, e, posteriormente, dado um treinamento ao pessoal responsável pelas informações na Secretaria Municipal de Saúde do Município, para facilitar a compreensão dos principais conceitos utilizados e familiarizar os treinandos com as planilhas para evitar possíveis equívocos na coleta de dados.

Na ocasião do treinamento, cada profissional descreveu a organização do seu setor e os controles existentes. Foi necessário o reordenamento desses controles para permitir uma informação mais consistente para os objetivos do trabalho, o que foi acatado pelo Secretário de Saúde.

Durante a fase de coleta de dados, foi utilizado um diário de campo e observação participante, para registro das dificuldades encontradas ou observadas pelos diversos profissionais, para facilitar a compreensão da organização existente e facilitar a análise.

Foi dedicado um tempo para conhecer todas as áreas estudadas, para reconhecimento do seu funcionamento.

A análise documental permitiu o diagnóstico situacional do Município, dando uma compreensão da organização do sistema de saúde, seu perfil epidemiológico e a estrutura econômica, social e cultural.

Para operacionalização dos dados, utilizou-se um sistema de planilhas em *excel*, baseada num método desenvolvido pelo Ministério da Saúde e adaptado à realidade do Município.

O trabalho foi dividido em duas etapas: a primeira consistia no resgate das informações desde a implantação do PSF, em junho de 1997 a junho de 1998. Na segunda, partiria já com uma lógica diferente, corrigindo as distorções para adequar melhor o nível de organização local às necessidades informativas do sistema de custos na fase posterior, ou seja, de julho de 1998 a dezembro de 1999.

A análise dos dados buscou mostrar o grau de organização e eficiência do PSF, a configuração dos seus custos e receitas comparando-os entre as equipes estudadas, dentro de um contexto das políticas públicas e da conjuntura econômica e social, apontando alternativas para melhorar o seu grau de eficiência.

5 Resultados

5.1 Organização Administrativa

Na fase de implantação do sistema de custos do Município de Crateús, foi detectado que os controles administrativos são frágeis, necessitando de um reordenamento para melhorar o nível da informação a serem coletadas para efeito do sistema de custos. Este resultado foi possível através do relato de pessoas-chave que forneciam as informações. Detectou-se que na Farmácia, a dispensação de medicamentos doados não eram controlados e os esses não registravam o preço do produto. Isso também acontecia com o controle de material de consumo e outros materiais da farmácia. Não havia controle de pessoal por equipe nem a mobilidade de profissionais entre equipes. Inexistia qualquer controle sobre os exames laboratoriais solicitados por equipe. Os arquivos de

pessoal eram bastante precários, o mesmo acontecendo com relação aos dados de produção das equipes.

As recomendações para possibilitar a apuração dos custos permitiram uma compreensão maior sobre a importância de controles mais rígidos sobre os gastos, sendo, a partir daí, desenvolvido um sistema informatizado de pessoal, almoxarifado e farmácia.

Na análise dos custos das equipes estudadas detectou-se que mais de 95% são diretos, ou seja, podem ser apropriados com facilidade a cada centro de custo (equipe), sem a necessidade do artifício do rateio, que sempre traz alguma distorção. Isto mostra que facilmente poderá ser implementado um sistema de custos no PSF, desde que se trabalhe a organização dos dados e treine o pessoal em cada município. O resultado poderá promover uma análise do comportamento dos custos entre equipes do mesmo município ou, de maneira macro, da atenção básica entre municípios, regiões, estados e mesmo do país.

O principal gasto relativo do PSF de Crateús, em todas as equipes estudadas, é com pessoal terceirizado, seguido de material de consumo, em especial de medicamentos.

As equipes de Queimadas e Ibiapaba encontram-se dentro dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) e mantêm os mesmos profissionais na equipe por todo o período do estudo. A equipe de Santo Antônio foi implantada sem a presença do médico, funcionando desta forma durante sete meses, passando a ser reconhecida pelo MS a partir de janeiro de 1998. Monte Nebo, que iniciou com uma equipe dentro dos padrões legais, ficou funcionando de forma incompleta durante oito meses no ano de 1999.

As alterações detectados provocam uma distorção na análise comparativa dos custos relativos, devido a representatividade que tem o preço do profissional médico dentro dos custos da equipe.

5.2 Custos de Pessoal

Os custos com pessoal ocupam posição de destaque entre os custos relativos de pessoal do PSF de Crateús, nas quatro equipes estudadas. Estes foram de 81% em 1997, 79% em 1998 e 66% em 1999, mostrando uma tendência decrescente.

A condição contratual de trabalho privilegia a terceirização dos profissionais de saúde, entretanto, o universo de profissionais que trabalham no PSF de Crateús é composto pelas mais diferentes formas jurídicas. Existem profissionais que têm vínculo empregatício com o Município e outros com o Estado, estando à disposição do Município.

Esta multiplicidade de formas contratuais dificulta uma política de recursos humanos e, mais precisamente, de uma política salarial. Isto é facilmente comprovado pela diversidade de salários dentro de uma mesma função, embora a equipe básica (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), nas quatro áreas estudadas, não se tenha observado diversidade nas remunerações mensais.

A equipe básica do PSF de Crateús é 100% composta por pessoal que não possui qualquer vínculo de trabalho formal com a Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais médico(a), dentista, enfermeiro(a) e auxiliar de enfermagem são pagos pelo Município, enquanto os agentes comunitários de saúde são pagos pelo Governo do Estado do Ceará.

A forma de pagamento, pelo Município, dos profissionais da equipe básica, no primeiro ano de implementação do programa, até fevereiro/1999, foi feita através de serviço prestado como pessoa física. Posteriormente, os profissionais do PSF se organizaram em cooperativa e passaram a receber seus vencimentos através desta. Isto mostra uma preocupação desses profissionais em estabelecer uma vinculação mínima negociada entre as partes interessadas, tendo em vista a realização das atividades básicas de saúde destinadas a essas localidades. Esse comportamento, a exemplo de outros municípios cearenses, vem acompanhando uma tendência mundial, fruto das reformas que vêm acontecendo na economia globalizada e que têm se refletido diretamente no mundo do trabalho, mostrando, assim, uma contradição entre a política de saúde, que quer criar vínculos entre a equipe de saúde e a população adscrita, enquanto os profissionais não possuem qualquer vínculo empregatício com o município, podendo ser dispensado sem qualquer aviso ou garantias trabalhistas.

Essa tendência dentro do PSF brasileiro, e, em especial, no Ceará, tem levado a que o profissional médico, pouco compromissado com o valor do seu trabalho social, fique à disposição do *mercado* motivado principalmente pelo valor pago pela hora de trabalho e pelas condições de vida que lhe são oferecidas pelo município, por sua proximidade com a capital do estado ou por oportunidades secundárias que se apresentam dentro do município ou em localidades próximas, como, por exemplo, plantões hospitalares.

5.3 Custos de Material

Os itens que compõem o elemento de despesa Material são os seguintes: material de consumo geral; alimentos; material de expediente e outros materiais de farmácia; combustíveis e lubrificantes e peças para manutenção de veículos.

Tabela 1 - Comportamento dos gastos totais de material de consumo, seu percentual e variação, nas equipes de Monte Nebo, Ibiapaba, Queimadas, Santo Antônio, no período de 1997/99

Valores em Reais						
Equipe / ano item de despesa	M.Nebo	Ibiapaba	Queimadas	Sto. Antônio	Total	%
1997						
Material de Consumo	373,28	56,94	33,00	220,05	685,27	11,21
Alimentos	171,26	-	159,94	140,03	471,23	7,71
Mat. de experiente	197,63	176,13	176,37	166,05	716,18	11,71
Medicamentos	1.096,69	858,86	839,86	520,17	3.315,58	54,22
Outros mat. farmácia	292,89	306,85	1132,86	212,69	926,29	15,15
Combustíveis	-	-	-	-	-	-
Peças p/manutenção	-	-	-	-	-	-
Total	2.131,76	1.400,78	1.323,04	1.258,99	6.114,55	100,00
1998						
Material de Consumo	335,21	148,86	120,78	123,72	728,57	8,25
Alimentos	111,48	-	117,46	123,30	352,24	3,99
Mat. de experiente	204,21	217,29	127,49	98,66	647,65	7,34
Medicamentos	1.450,21	822,32	826,45	1.066,00	4.164,98	47,18
Outros mat. farmácia	209,06	253,04	225,63	211,74	899,47	10,19
Combustíveis	467,00	522,24	330,69	321,10	1.641,03	18,59
Peças p/manutenção	137,68	61,51	78,57	116,80	394,56	4,47
Total	2.914,85	72.025,26	1.827,08	2.061,32	8.828,50	100,00
1999						
Material de Consumo	124,01	177,39	64,82	45,76	411,98	2,39
Alimentos	51,40	-	-	-	51,4	0,30
Mat. de experiente	125,48	113,45	97,83	45,03	381,79	2,21
Medicamentos	4.482,05	2.360,11	2.823,22	2.283,82	11.949,2	69,19
Outros mat. farmácia	908,09	531,57	252,83	279,54	1.972,03	11,42
Combustíveis	616,74	359,58	233,79	270,01	1.480,12	8,57
Peças p/manutenção	440,74	305,85	153,54	122,84	1.022,97	5,92
Total	6.748,51	3.847,95	3.626,01	3.046,99	17.269,46	100,0
Variação % (99/97)	216,6	174,7	174,1	142,0	182,4	

Valores a preços de dezembro de 1999 – IBP-M/FGV – Base: Dezembro/1999=1

Os custos de material representam o segundo maior percentual de gastos nas equipes observadas, apresentando uma tendência crescente em todas elas.

Analisando-se a tabela 1, observa-se que houve um aumento real nos gastos totais com material de consumo em todas as equipes, no período de 1997 a 1999. Este aumento varia entre 36,7% em Monte Nebo para 63,7% em Santo Antônio. Ao considerar-se o período estudado, verifica-se que a variação encontra-se no intervalo entre 142% em Santo Antônio para um máximo de 216,6% em Monte Nebo. Como se pode observar, o aumento dos materiais é bastante significativo nos gastos totais das equipes estudadas.

O grande responsável por este comportamento são os preços dos medicamentos e outros materiais de farmácia que representaram 69,37% em 1997; 57,37% em 1998; e 80,61% em 1999.

As causas dessa variação nos preços dos medicamentos devem-se, principalmente, às seguintes razões:

- mudança na lógica do financiamento que passa a ser tripartite em janeiro de 1999, portanto com recursos adicionais para medicamentos;
- o número de itens que compõem a padronização dos medicamentos passa de 32 para 59 itens em janeiro de 1999, representando um aumento real para aquisição de medicamentos no elenco da nova padronização;
- ao aumento real dos preços dos medicamentos, no período de junho de 1997 para dezembro de 1999. Como exemplos verifica-se que o vidro de amoxicilina suspensão subiu 506%; a amoxicilina comprimidos 214%; a fenobarbital comprimidos 165%; a Pen G Benzatina 600.000 subiu 194%; a dipirona injetável subiu 138%, para citar apenas alguns itens mais utilizados. Vale salientar que não existe explicação plausível para esse aumento abusivo no preço dos medicamentos, haja vista que na composição desses medicamentos não existem basicamente componentes de importação, portanto o aumento do câmbio não justificaria esses aumentos no mercado internacional regulado pelo dólar americano.

A diminuição relativa no preço dos combustíveis deve-se à terceirização de veículos para transporte das equipes nas visitas domiciliares em cada área.

5.4 Análise da Eficiência

A análise da eficiência das equipes estudadas tem como base a observância dos indicadores de produto que são: o custo médio por família assistida e o custo médio do atendimento, tendo como cenário cada ano de estudo, dado às características peculiares da apuração dos custos em cada um destes. Como indicador de resultado, trabalha-se com a taxa de mortalidade infantil, visto que este indicador é um dos mais representativos numa avaliação da atenção primária. Vale salientar que a meta da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, para este indicador é atingir a taxa de 40/1.000 nascidos vivos, até dezembro de 1999.

De acordo com o tabela 2, verifica-se que, no ano de 1997, as equipes mais eficientes segundo os indicadores de produto foram as de Monte Nebo, que obtiveram um custo médio por família assistida de R\$ 13,21, e a equipe de Queimados, cujo custo médio de atendimento foi de R\$ 3,33. Entretanto, observando-se a taxa de mortalidade infantil da área de Monte Nebo, verifica-se que essa obteve um resultado acima da meta estabelecida para o Estado, que é de 40/1.000, enquanto que Queimadas teve um resultado de 48,7/1000. Observa-se também que apenas a equipe de Monte Nebo conseguiu superar a meta prevista, embora o custo do atendimento tenha ficado acima das demais equipes estudadas. Um fato curioso é que a equipe de Santo Antônio, mesmo sem médico, conseguiu um resultado de 43,3/1.000, em termos de mortalidade infantil, resultado este superior ao das equipes de Ibiapina (47,6/1.000) e Queimadas (48,7/1.000).

Em 1998, ano em que as quatro equipes tiveram um funcionamento regular durante todo o ano, verifica-se que o melhor resultado apresentado foi o da equipe de Ibiapaba, que obteve o menor custo médio por família assistida (R\$ 12,98) bem como o menor custo médio do atendimento (R\$ 4,48). Além disso, conseguiu o melhor resultado em termos de efeito ao obter uma taxa de mortalidade infantil nula, ou seja, passar o ano sem nenhuma criança

chegar a óbito. Isto significa que a equipe, além de ter atingido um bom nível de eficiência, gastando menos que as demais equipes, conseguiu um efeito sobre a saúde da população infantil muito superior a meta estimada para o Estado. Em termos de resultados, as equipes de Queimadas e Santo Antônio, embora com um custo acima da equipe de Ibiapaba, conseguiram um resultado dentro das metas estabelecidas para o Estado, que foi de 16,0/1.000 e 40,8/1.000, respectivamente. Vale salientar que a equipe de Monte Nebo teve o pior desempenho, tanto em termos de eficiência como de resultado (tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores de produto e resultado das equipes de Monte Nebo, Ibiapaba, Queimadas e Santo Antônio, no período de 1997/99.

Ano	Indicadores	Monte Nebo	Ibiapaba	Queimadas	Sto. Antônio
1997	Custo Me por Família (R\$)	13,21	15,79	19,01	16,25
	Custo Me do Atend. (R\$)	3,98	3,35	3,33	2,78
	Tx de Mortalidade Infantil	16,6	47,6	48,7	43,3
1998	Custo Me por Família (R\$)	16,03	12,98	18,97	18,56
	Custo Me do Atend. (R\$)	5,31	4,48	5,17	4,9
	Tx de Mortalidade Infantil	49,3	0,0	16,0	40,8
1999	Custo Me por Família (R\$)	13,50	18,45	21,36	18,77
	Custo Me do Atend. (R\$)	6,37	7,57	6,95	6,87
	Tx de Mortalidade Infantil	58,0	47,6	0,0	68,0

Fonte: Sistema de Custos do PSF de Crateús

Em 1999, as equipes que apresentaram um melhor eficiência, minimizando seus custos, foram a de Ibiapaba, com um custo médio por família assistida de R\$ 18,45 e a de Santo Antônio, com um custo médio do atendimento de R\$ 6,87. Entretanto, seus resultados em termos de mortalidade infantil foram ineficaz, tendo em vista que o primeiro teve uma taxa de mortalidade infantil de 47,6/1.000 e o seguinte de 68/1.000, valores esses superiores a meta estabelecida pelo Estado para o período. Queimadas, embora tenha tido um grau de eficiência baixo, atingindo um dos maiores custos por equipe,

tanto em termos de famílias como de atendimento, conseguiu um resultado muito bom em termos de mortalidade infantil, já que nenhuma criança chegou a óbito nesta região. Monte Nebo, que esteve sem médico na equipe por oito meses, teve custos mais baixos que as demais equipes, entretanto atingiu uma taxa de mortalidade infantil elevada (58/1.000), além de ter gasto com medicamentos 59% a mais do que a equipe de Queimados, que conseguiu o melhor resultado em termos de saúde.

É importante salientar que a análise sistemática desses dados, e posteriormente acrescentando outros indicadores também representativos para avaliação, pode traduzir uma eficiência maior na utilização dos recursos disponíveis, minimizando gastos e obtendo resultados positivos em termos de efeitos para a saúde da população, contribuindo assim para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

5.5 Composição e Análise da Receita

A composição da Receita do PSF de Crateús é proveniente: de transferências federais recebidas diretamente fundo a fundo; de recursos do tesouro estadual, responsável pelo pagamento dos agentes comunitários de saúde e de alguns servidores estaduais cedidos ao Município; e de recursos próprios do Município, que são calculados, para fins deste trabalho, pela diferença entre o custo total de cada equipe, deduzidas as transferências federais e as despesas efetuadas com recursos do Tesouro do Estado do Ceará.

Tabela 3 - Composição das receitas do Programa Saúde da Família em Cratéis, no período de junho/1997 a dezembro/1999

ANO	Tipo de Receita	Sistema	Período
1997	Transferências Federais	Procedimento (SIA/SUS)	jun a dez/97
	Recursos Estaduais	Pgtº direto ao ACS	jun a dez/97
	Recursos Municipais	Pagtº direto	jun a dez/97
1998	Transferências Federais	Procedimento (SIA/SUS)	jan e fev/98
		PAB-fixo	mar a dez/98
		PAB-variável PSF	mar a dez/98
		PAB-variável PACS	mar a dez/98
	Recursos Estaduais	Pgto. Direto ao ACS	jan a dez/98
Recursos Municipais	Pagto. direto	jan a dez/98	
1999	Transferências Federais	PAB-fixo	jan a dez/99
		PAB-variável PSF	jan a dez/99
		PAB-variável PACS	jan a dez/99
		Assistência farmacêutica	jan a dez/99
	Recursos Estaduais	Pgto. Direto ao ACS	jan a dez/99
		Assistência Farmacêutica	jan a dez/99
	Recursos Municipais	Pato. Direto	jan a dez/99
		Assistência Farmacêutica	jan a dez/99

As transferências federais eram feitas em 1997 até fevereiro de 1998, baseadas nos procedimentos realizados, de acordo com a NOB-SUS-91, pelo Sistema SIA/SUS. A partir de março de 1998 e durante todo este ano, as transferências são realizadas tendo como base a NOB-SUS/96, sendo os pagamentos para o PSF realizados através do PAB (Piso de Atenção Básica), através do PAB Fixo, do PAB variável PSF e PACS. Em 1999, foi modificada a forma de transferência, acrescentando no nível federal recursos para assistência farmacêutica, com a contrapartida do Estado e do Município. Dessa forma, a receita do PSF está dividida de acordo com a tabela 3.

A partir desta compreensão, os recursos disponíveis para os gastos com as quatro equipes estudadas estão apresentadas no gráfico 1, que mostra o peso que cada esfera de governo tem para garantir o

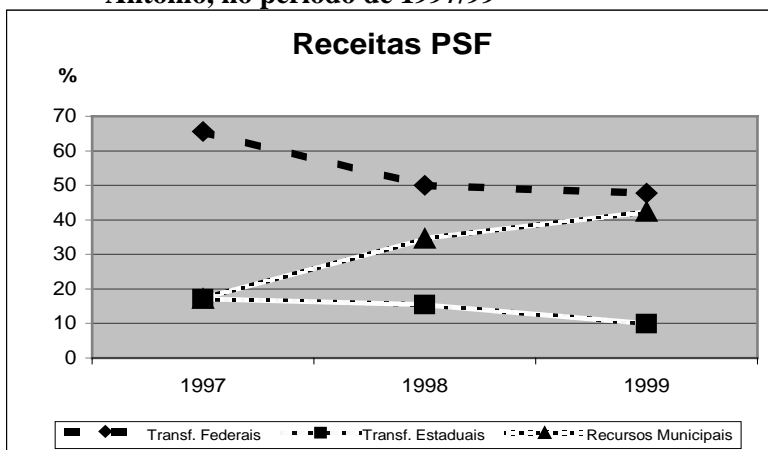
funcionamento da estratégia saúde da família, responsável pela atenção primária no município de Crateús.

Na observação desses dados, verifica-se que, em 1997, primeiro ano de implantação do PSF de Crateús, 65,6% dos gastos das quatro equipes estudadas eram provenientes do Ministério da Saúde, através do sistema SIA/SUS. O Estado, com o pagamento dos agentes comunitários de saúde se responsabilizava por 17,2% e o Município complementava com 17,2%, em média, os gastos para garantir o pleno funcionamento das equipes do PSF.

O que se observa nos anos subsequentes, ou seja, 1998 e 1999, é que a responsabilidade com a manutenção do PSF de Crateús, apresenta uma tendência decrescente pela relação aos recursos do Governo Federal e do Governo Estadual, ao passo que o município começa a assumir cada vez mais o encargo financeiro para manter em pleno funcionamento essa estratégia.

As transferências federais que, em 1997 representavam 65,6%, passam a significar 50% em 1998, caindo para 47,7% em 1999, o mesmo acontecendo com os recursos do Tesouro do Estado do Ceará, que em 1997 era de 17,2%, diminuindo para 15,4% em 1998 e depois para 9,9% em 1999.

Gráfico 1 - Composição da Receita Total do PSF de Crateús, das equipes de Monte Nebo, Queimadas, Ibiapaba e Santo Antônio, no período de 1997/99



Mesmo a implementação da NOB-SUS-96, e com a institucionalização do Piso de Atenção Básica – PAB, em março de 1998, trouxe retorno financeiro dos recursos do governo federal para a manutenção das equipes do PSF de Crateús, nos níveis em que se encontrava antes da modificação da forma de financiamento. O que se pode observar é que a queda se acentuou menos no último ano, sem no entanto modificar a tendência decrescentes dos investimentos federais, que nesses três anos representam 17,9%.

A tendência decrescente dos recursos do Tesouro do Estado do Governo Cearense, deve-se à perda real do poder de compra do salário mínimo, referencial de pagamento dos agentes comunitários de saúde e que, com sua perda real nos últimos três anos, fez com que a queda dos recursos estaduais tenha caído 7,3%.

Isto significa que, para garantir a descentralização das ações básicas de saúde, através da estratégia saúde da família, no município de Crateús, e dar continuidade à implementação do PSF local, o Município assume gradativamente os gastos com atenção básica. Somente nesses período de estudo que vai de junho de 1997 até dezembro de 1999, o município assumiu em média 25% a mais dos encargos financeiros com o PSF, além da responsabilidade pela organização do sistema, que também tem um custo, embora não esteja embutido nesse estudo. Além disso, não houve nenhuma modificação na arrecadação municipal que garanta um volume maior de recursos para investimento no setor saúde.

Tabela 4 - Participação de cada esfera de governo nos investimentos por família assistida, no PSF de Crateús, no período de 1997/99.

Valores em Reais

Ano	Mês do custo por família	Investimento		
		Federal	Estadual	Municipal
1997	16,01	10,50	2,75	2,76
1998	16,64	8,32	2,57	5,75
1999	18,02	8,59	1,79	7,64

Fonte: Sistema de custos do PSF de Crateús, 1997/98/99.

A partir da participação percentual da receita, no período estudado, mostrando o peso que cada esfera governamental tem na condução da política de atenção primária no Município de Crateús, e do custo médio por família assistida, obtém-se a composição do investimento em cada nível de governo (tabela 4).

De acordo com a tabela 4, observa-se que, mesmo com a edição da NOB-SUS/96, em março de 1998, o Governo Federal conseguiu recuperar o seu investimento inicial no PSF de Crateús, por família assistida. O Governo Estadual, responsável pelo pagamento dos agentes comunitários de saúde, também diminuiu sua participação na composição desses custos, que em 1997 era de R\$ 2,75 passando para R\$ 1,79 em 1999, enquanto o Município aumentou em 176,9% seus investimentos.

6 Considerações Finais

A política de saúde no Brasil tem avançado significativamente com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição cidadã de 1988, em termos da definição dos papéis que cabem a cada esfera de governo; da reorganização da assistência à saúde; da mobilização e representação da população organizada; e na definição de recursos para a saúde, através das Normas Operacionais Básicas, que têm se aprimorado no tempo. Entretanto, a reforma sanitária brasileira ainda tem um caminho longo a percorrer, no que se refere ao aprimoramento da eficácia, eficiência e efetividade das ações.

Este trabalho tenta mostrar a importância do sistema de custos como instrumento organizativo da gestão em saúde, como um dos fatores primordiais para consolidar a política de saúde direcionada à atenção primária em nosso País, a partir da estratégia Saúde da Família.

A apuração dos custos no PSF em Crateús permitiu, primeiramente, conhecer o comportamento de algumas variáveis fundamentais para a consolidação da descentralização da saúde, como, por exemplo, o sistema de controle administrativo da Secretaria Municipal de Saúde e suas limitações. Com a aplicação desse sistema, os controles foram sendo aprimorados e

informatizados, permitindo um conhecimento mais efetivo dos gastos do PSF por centro de custos, no caso cada equipe estudada. Entretanto, como o sistema foi sendo moldado, na medida em que se avançava no trabalho, não foi possível disponibilizar os dados de custos para fins de gerenciamento dos recursos por parte da Secretaria Municipal de Saúde, nem para fins de acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde.

Mesmo com essa limitação, foram importantes as orientações fornecidas no sentido de alimentar o sistema de custos porque, a partir dessas foi possível, para a SMS aprimorar os sistemas de controles administrativos, podendo, a partir desse trabalho, desenvolver sistematicamente seu sistema de custos, monitorar seus gastos de maneira eficiente e melhorar o nível da informação econômica aos canais competentes, tais como, a Secretaria Estadual de Saúde e aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, dentre outros, facilitando assim o controle público.

No que se refere à manutenção das equipes, aquelas que funcionam sem o profissional médico trazem prejuízo não só à população, que deixa de ser assistida e acompanhada devidamente, mas também significa um custo elevado sem o retorno devido, além de representar diminuição de recursos do PAB variável. Isto porque o Governo Federal só libera os recursos do PAB variável PSF às equipes que efetivamente possuem o profissional médico. Em Crateús, depois da implementação da NOB/SUS-96, o Município deixou de receber recursos do PAB variável na equipe de Monte Nebo, durante o período que ficou sem o profissional (8 meses). Isto significa manter uma equipe com um custo alto para o Município, sem trazer os benefícios necessários à comunidade em termos de assistência médica.

Um outro fator que merece atenção diz respeito à modificação no comportamento do atendimento do PSF em todas as equipes estudadas. Enquanto diminuíram a média de atendimentos básicos em 50%, as consultas médicas em 59% e os procedimentos odontológicos em 18%, passou-se a utilizar um volume maior de recursos laboratoriais e ultrassonografias para auxiliar no diagnóstico. Em termos de atendimento total, a redução foi de 44%. Esta modificação no perfil do atendimento tem elevado os custos

com exames laboratoriais e ultrassonografias, merecendo um acompanhamento mais cuidadoso na utilização deste recurso, para evitar seu uso indiscriminado.

Com relação aos gastos relativos do PSF, constatou-se que o item de pessoal ocupou lugar de destaque em todas as equipes estudadas. Este percentual na verdade está bem acima de 60%, embora com tendência decrescente no tempo estudado. Tomou-se esse teto como parâmetro, considerando que a Constituição Federal estabelece esse nível para os gastos com pessoal em cada esfera de governo. Entretanto, embora seja uma situação delicada, porque monopoliza uma quantidade elevada de recursos somente para um item de despesa, esse não é considerado o fato mais grave. O que na verdade preocupa é que a equipe básica, bem como a maioria do pessoal de apoio, encontram-se sem um vínculo contratual do trabalho. Isto significa dizer que esses profissionais não têm garantias trabalhistas que os protejam numa adversidade como doença, demissões injustificadas, aposentadoria etc. Em decorrência desta situação, muitos profissionais são dispensados do PSF sem aviso prévio, o que já é comum no início de novas administrações municipais, ocasião que existe um verdadeiro “desmonte” das equipes, o que representa também uma descontinuidade da assistência. Além disso, contribui para o agravamento da situação, a inexistência de uma política salarial e de carreira para o setor saúde. Este quadro pode trazer distorções graves que dificultam a obtenção da eficiência, eficácia e efetividade da estratégia Saúde da Família, bem como da política de saúde brasileira, agravando ainda mais as condições de vida de seus habitantes.

É importante ressaltar que, embora a situação estudada seja o Município de Crateús, o perfil do PSF aqui apresentado retrata o cenário dessa política de atenção básica em todos os municípios cearenses, o que pode retardar o seu desenvolvimento e comprometer seus resultados, tanto em termos de eficiência quanto de sua efetividade.

Na verdade, a situação do pessoal reflete a política econômica implantada no País, a partir do Consenso de Washington e monitorada pelo FMI, que tem progressivamente contribuído para a

desregulamentação da forma contratual do emprego, que é uma tônica que rege todos os países do mundo globalizado.

A responsabilidade dessa situação encontra-se nas três esferas do governo. Na federal, que responde pela definição da política econômica, e é o carro-chefe das políticas sociais no País; na estadual, onde existe todo um *marketing* sobre os investimentos no programa de agentes comunitários de saúde, mas que, na verdade, ainda não regulamentou o contrato desses profissionais; e na esfera municipal, que também não possui uma política de pessoal para os trabalhadores da saúde, a exemplo de outras categorias de servidores públicos.

As iniciativas desenvolvidas através das políticas governamentais, até o momento, não têm expresso uma disponibilidade para mudar o quadro social do País, pois este está inserido em um sistema globalizado que não possui autonomia para transformar seu perfil social e de saúde. Esta dicotomia poderá comprometer seriamente os resultados dos investimentos que estão sendo carreados para este fim, podendo dificultar ainda mais a vida da população assistida, que, como foi visto na análise situacional do Município, é composta por pessoas abaixo da linha de pobreza, portanto, numa situação miserável de vida.

É importante lembrar que, segundo WHO (1996),

[...] existe uma reciprocidade entre saúde e economia. Uma população sã pode contribuir ativamente na produção da riqueza de um país. Por outro lado, a riqueza de um país depende do nível geral de saúde da sua população.

Os gastos com material representam o segundo maior gasto das equipes do PSF. Os medicamentos, dentro deste item, ocupam maior destaque. O percentual de participação dos gastos gerais praticamente dobrou de 1997 para 1999, puxado justamente pelos medicamentos. A variação percentual dos gastos de 1997 para 1999 foi de 182,4%, sendo os medicamentos responsáveis por uma variação de 260,4% e os combustíveis de 112,9%. Isto mostra a inexistência do controle nos preços dos medicamentos e combustíveis.

No caso dos medicamentos, o aumento abusivo nos seus preços tem onerado substancialmente o custo da atenção à saúde, mesmo nos medicamentos que não utilizam, na sua composição química, componentes de importação, como é o caso da lista de medicamentos da atenção básica. Portanto, a desvalorização do real frente ao aumento do dólar não justificaria esse descontrole desses preços. O que acontece é que "o mercado de medicamentos praticamente vem duplicando – ou mais – o seu volume econômico a cada dez anos. Isto é, no ano de 1975, foi de 45 bilhões de dólares; no ano de 1985 foi de 100 bilhões de dólares; e no ano de 1994, de 267 bilhões de dólares" (GARCIA, 1995).

Os municípios cearenses têm tentado minimizar estes custos através da compra consorciada de medicamentos, com a assessoria da Assistência Farmacêutica do Estado. Esta estratégia, juntamente com a compra de genéricos, tem contribuído para diminuir os gastos deste item, embora haja necessidade de o governo intervir mais energicamente no aumento exorbitante dos medicamentos, através do monitoramento de suas planilhas de custos dos fabricantes. Vale salientar as dificuldades de utilização desse método, dada à ausência de padronização das planilhas, o que dificulta sua análise e universalização, da facilidade de *maquiagem* (intencionais ou não) dos resultados, distorções advindas das médias, dentre outras.

Os custos totais do Programa têm aumentado no tempo estudado, entretanto, com o aprimoramento dos controles, estes custos tendem a ficar em torno do apresentado em 1999, ou seja, em média, R\$ 16.500,00. Nesse caso, o custo por família deve ficar em torno de R\$ 19,00 e o custo do atendimento em R\$ 7,00.

Acredita-se que, com uma política de pessoal mais conseqüente, uma intervenção do governo no preço dos medicamentos e com o Município tendo um controle maior nos gastos por item de despesa, é possível diminuir ainda mais estes custos, o que significa, maior volume de recursos disponíveis para serem aplicados em outros níveis de atenção à saúde.

Outro item que merece um monitoramento constante diz respeito às receitas disponíveis para a atenção primária. É importante que o Município possa acompanhar a política de financiamento do governo federal para verificar se os recursos destinados ao PSF, tanto

fixo como variável, são suficientes para custear as despesas necessárias ao funcionamento do PSF. O estudo mostra que o município vem assumindo progressivamente o custo da atenção primária, e, conseqüentemente, os governos federal e estadual têm diminuído progressivamente sua participação nesses investimentos.

Com a destinação obrigatória de recursos orçamentários para a saúde, de acordo com a Emenda Constitucional 29/2000, nos planos federal, estadual e municipal, a partir do ano 2000, a expectativa é que haja uma mudança no perfil da receita e gastos no setor saúde, ficando o município co-participe do atendimento primário de maneira mais equânime.

Constitui-se como o primeiro grande desafio da política de saúde no Brasil, equilibrar a organização do Sistema Único de Saúde, dentro de princípios universais e equânimes, com uma política econômica que restringe a ação do Estado, diminui gastos sociais e concentra renda nas mãos de poucos.

Se, por um lado, o Estado brasileiro aperfeiçoa a organização do SUS, desenvolvendo estruturalmente a saúde na lógica da promoção à saúde, definindo papéis, treinando pessoal, assegurando recursos orçamentários crescentes, por outro, desenvolve uma política de concentração de renda que exclui progressivamente segmentos populacionais do mercado de trabalho. Este fenômeno aumentará as taxas de desemprego; afetando, conseqüentemente, as finanças públicas que dependem da arrecadação de recursos tributários. As demandas, por outro lado tenderão a aumentar pois a população tenderá a recorrer, cada vez mais, à prestação de serviços sociais públicos, sobretudo no setor saúde (CONASS, 1999). Além disso, o baixo nível de nutrição da população, associado a problemas de moradia e educação, contribuem para a desestruturação do indivíduo e da família, aumentando a violência e, conseqüentemente a demanda por serviços de saúde.

É importante ressaltar que, como não foi dimensionado um parâmetro sobre os custos do PSF por parte do definidor da política de saúde (que é o Ministério da Saúde), não foi possível, neste trabalho, realizar uma análise comparativa desses custos com uma situação ideal, dentro da realidade regional. Entretanto, o fato de se ter uma referência estadual desses custos, no Município de Crateús,

obedecendo a uma metodologia confiável, e com todos os cuidados na apuração deles e na atualização monetária segundo critérios oficiais, é bem possível que estes sirvam como referencial a ser obedecido (ou questionado), e que também possam ser aprimorados e adaptados para outros municípios e/ou regiões/estados.

Outro desafio posto diz respeito à socialização e à conscientização, entre gestores municipais, estaduais e federais, da importância e dos resultados que se poderá obter com um sistema de custos bem montado.

Este é um fator que poderá favorecer uma avaliação econômica sistemática da estratégia Saúde da Família, nos planos local, microrregional, estadual, regional e nacional. Além disso, a partir desses dados, é possível avaliar o impacto que a política de atenção primária repercute nos outros níveis de atenção à saúde, especialmente na hospitalização. A expectativa é de que os investimentos no setor primário provoquem uma redução nos gastos do setor terciário (o de maior custo), contribuindo assim, para a minimização dos custos em saúde e elevação da qualidade de saúde e de vida da população.

7 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde – **Saúde da família**: uma estratégia para a reordenação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____. - **Carta de Ottawa**, 1996. (mimeo.).

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação em projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. A saúde na atual conjuntura econômica. **O Papel do ministério da saúde e das secretarias estaduais de saúde na organização dos serviços básicos para a promoção da saúde**. Brasília: Câmaras Técnicas, 1999.

CRATEÚS. Prefeitura Municipal - **Plano municipal de saúde 1997-2000**. Crateús, CE: 2000.

CRATEÚS. Prefeitura Municipal - **Plano participativo Municipal de Crateús**: PROARES. Crateús, CE: 1998.

GARCIA, G.G. Avaliação Econômica dos Medicamentos. In: ABrES. **Seminário internacional – tópicos conceituais e metodológicos da economia da saúde**. Rio de Janeiro, Anais, 1996. p.127-133.

GREEN, A. **An introduction to health planning in developing countries**. In: GREEN, A. (Chap. 10 – Option appraisal and evaluation). Oxford: Oxford University Press, 1992. (Mimeogr.).

MÉDICI, A.C.; MARQUES, R.M. Sistema de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP, Qualidade em Saúde**, Nº 19, jan/abril/1996.

WORLD HEALTH ORGANISATION – **The World Health Report, 1995**. Bridging the Gap. WHO, Geneva, 1996.

9 Custos da Asma Brônquica em um Hospital Público Infantil

*Araci Diógenes Braga
Paulo César de Almeida
Suzane Helena Farias Santiago Araújo*

1 Introdução

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, uma das mais comuns da infância. Seu estudo é muito importante por se tratar de uma das principais causas de morbidade na infância e, conseqüentemente, por representar uma grande elevação dos custos dos serviços de saúde, uma vez que é responsável pelas crescentes taxas de procura dos serviços de emergência e das hospitalizações propriamente ditas (HETZEL, 1998 e SOLÉ, 1998). Pelo seu caráter recorrente, a asma determina custos elevados e faz dessa patologia um importante problema de saúde pública (FIREMAN, 1998).

Alguns inquéritos apontam uma ocorrência de asma em torno de 10% da população, sendo responsável por cerca de 5% das consultas ambulatoriais e até 16% de atendimentos em pronto socorro (II CONSENSO, 1999). É uma doença com altas taxas de morbi-mortalidade na quase totalidade do território mundial, independente da localização e grau de desenvolvimento. Tem sido observado um aumento desta prevalência nos últimos anos, principalmente em crianças e pode-se atribuir o fato, sobretudo, ao aumento da exposição dos pequenos pacientes aos agentes e poluentes ambientais, bem como ao mau controle da doença, tão comum em doenças crônicas.

Apesar de ser uma das doenças crônicas mais comuns, nem sempre é fácil defini-la, devido às suas várias formas de expressão clínica, desde aquelas que apresentam apenas sibilâncias ocasionais até aquelas com sintomas diários e vários níveis de gravidade.

No Brasil, os estudos epidemiológicos referentes à asma são poucos, o que impede a configuração da real dimensão da doença nas diferentes regiões do país. Isto dificulta bastante o planejamento e a

execução de programas voltados para a prevenção desta doença. Com relação à incidência da asma ainda não se tem muitos estudos, mas há o registro de que em unidades assistenciais de Santo André (SP) no período de 1975 a 1995, ao se verificar a incidência mensal de crises de asma e de hospitalizações por asma em crianças, observou-se elevação significativa. Houve aumento de 35,57/10.000 crianças atendidas em 1975 para 43,38/10.000 em 1994 e uma queda para 33,67/10.000 em 1995. Com relação às taxas de hospitalização, percebeu-se que a média anual de 0,95/10.000 crianças hospitalizadas em 1975 aumentou 5 vezes em 1991 e 2 vezes em 1995 (II CONSENSO, 1999).

A asma é a única doença crônica tratável que, no Ocidente, aumenta em prevalência e em número de internações, sendo a mais freqüente na infância (TELLES FILHO, Asma Brônquica). Aumento este que ocorre em todas as classes sociais. O que varia, no entanto, é a forma de acesso ao tratamento adequado. De um lado, estão os pacientes oriundos de classes sociais mais abastadas que têm acesso a atendimento médico de boa qualidade e que dispõem de recursos para implementar os cuidados preventivos e terapêuticos recomendados. De outro lado, está a grande maioria dos pacientes pertencentes às classes sociais menos favorecidas economicamente e que não têm acesso ao tratamento adequado, uma vez que a renda familiar deste grupo mal lhe assegura o alimento, o que determina uma alta freqüência de asma agravada pela indisponibilidade de tratamento e de controle ambiental. É justamente com este segundo grupo que se vai desenvolver este trabalho por se considerar que é preciso aprender algumas estratégias que possibilitem o melhor manejo da doença, bem como favoreçam reivindicações para o acesso ao tratamento adequado, sobretudo ao medicamento adequado. Cerca de 80% das crianças asmáticas iniciam seu sintomas durante os primeiros anos de vida.

De acordo com o II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma (1999),

asma é uma doença crônica das vias aéreas, caracterizada por: 1) obstrução ao fluxo aéreo reversível (embora não completamente em alguns pacientes) espontaneamente ou com tratamento. 2)

inflamação na qual muitas células têm um papel importante, em particular mastócitos e eosinófilos. 3) aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos – hiperresponsividade brônquica (HRB). 4) episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar.

Nessa definição está implícito o mecanismo básico da asma que é a hiperreatividade brônquica e o processo inflamatório que tem papel central na gênese da asma. É também reconhecida como uma condição multifatorial, necessitando da interação dos fatores genéticos e ambientais para sua exteriorização.

Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para o desenvolvimento de inflamação e hiperresponsividade das vias aéreas e asma clínica. Os alérgenos inalantes são os fatores mais comuns. A grande maioria das crianças asmáticas é sensível aos pólenes, fungos, ácaros domésticos ou epitélio de animais. A exposição aos alérgenos leva ao desenvolvimento de inflamação das vias aéreas que se tornam hiperreativas, levando ao desenvolvimento de sintomas. Os sintomas comuns de asma – sibilos e dispnéia – também podem ser desencadeados por níveis subliminares de exposição a irritantes ambientais não-específicos, como fumaça de cigarro.

Segundo PIZZICHINI (1999),

"a asma requer quatro medidas essenciais: 1) ações específicas de controle ambiental; 2) introdução precoce de tratamento com drogas antiinflamatórias, das quais as mais importantes são os corticosteróides inalatórios; 3) educação dos asmáticos sobre a doença, controle ambiental, tratamento e reconhecimento precoce das crises e de exacerbações; e 4) supervisão regular".

“A identificação e o controle dos fatores desencadeantes que induzem inflamação das vias aéreas (indutores) e as que precipitam obstruções agudas (incitantes) são importantes no manejo da asma” (FIREMAN, 1998). Através da redução dos fatores de risco e do

controle ambiental pode-se, à longo prazo, diminuir a inflamação das vias aéreas e a hiperreatividade.

Com relação à poluição ambiental, definida como “acúmulo atmosférico de substâncias em um grau que se torna prejudicial a humanos, animais e plantas” (FIREMAN, 1998), embora o seu controle não dependa diretamente da ação do profissional de saúde e dos familiares, a redução da exposição do paciente asmático durante os episódios de poluição do ar pode ser recomendada para diminuir a amplitude do problema.

A educação em asma e o desenvolvimento de uma parceria entre o paciente, sua família e os profissionais de saúde são de crucial importância no controle da doença (FIREMAN, 1998). Acredita-se que a educação do paciente pelo profissional de saúde é uma arma poderosa que o ajuda a ganhar motivação e habilidade para controlar sua doença. Este processo de educação deve incluir os seguintes tópicos: definição e fisiopatologia da asma, seus fatores desencadeantes e medidas de controle ambiental, reconhecimento dos sinais e sintomas da crise, tratamento (incluindo a definição do papel dos diferentes tipos de medicação - antiinflamatórios e broncodilatadores) e a desmistificação dos temores do paciente em relação aos medicamentos.

O agravamento progressivo da tosse, dispnéia, sibilos e opressão torácica é acompanhado por reduções nos níveis de fluxo expiratório. A contração do músculo liso brônquico é um dos fatores primários que contribuem para a obstrução das vias aéreas. Outros fatores incluem edema da mucosa e tampões de muco que resultam em aprisionamento de ar e hiperinsuflação (FIREMAN, 1998). As alterações fisiológicas progridem à medida que o processo agudo se agrava, criando conflitos interpessoais, uso inadequado do serviço de saúde e prejuízo na qualidade de vida. Em consequência disso, grande impacto econômico é observado tanto para a família do paciente asmático como para o sistema de saúde, seja ele público ou privado, gerando para ambos os casos um custo adicional perfeitamente evitável. Em particular, no caso da criança asmática, esse impacto econômico também é sentido na queda do rendimento escolar provocado pela falta às aulas e faltas dos pais ao trabalho.

A adesão ao tratamento da asma é fortemente influenciada pela comunicação efetiva entre o paciente e o profissional, principalmente pela desmistificação de crenças e preocupações acerca da doença. Os fatores mais relacionados com a adesão à medicação na asma referem-se ao próprio paciente, à interação profissional/paciente, às características da medicação e à natureza da asma. Quanto ao paciente, podem se constituir num obstáculo à adesão a incapacidade de obter a medicação, a falta de medicação quando necessário, o uso de doses incorretas, a recusa de tomar como indicado, o estigma social percebido ao usar medicamentos, a apatia, a falta de suporte social e as contingências de reforço, as falhas de memória, as experiências passadas, as crenças e as expectativas, a adolescência e a percepção errônea da gravidade da asma ou da crise. Em relação à interação profissional/paciente, podem ocorrer interações incompletas ou inadequadas, má comunicação, não explicação de efeitos colaterais, falta de análise do comportamento do paciente em relação às medicações, falta de seguimento ou monitorização dos pacientes, remédio ou dose incorreta e percepção equivocada da gravidade da asma pelos profissionais. Quanto às características da medicação, são entraves: o gosto, o custo, o esquema, os efeitos colaterais e as medicações de manutenção. Finalmente, em relação a natureza da asma, sua condição intermitente, variável e reversível dificultam a adesão ao seu tratamento (II CONSENSO, 1999).

O presente trabalho se propõe a estudar as repercussões econômicas do atendimento ao paciente asmático no Programa de Atenção Integrada à Saúde da Criança Asmática - PROAICA - desenvolvido no Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima, um hospital público municipal de Fortaleza em relação ao atendimento a crianças asmáticas no setor de emergência desta mesma unidade de saúde, nos meses de junho a agosto de 2000.

O CAC Dra. Lúcia de Fátima que pertence a Secretaria Executiva Regional IV - Prefeitura Municipal de Fortaleza está localizado à rua Guilherme Perdigão, 299, no bairro da Parangaba. A área de abrangência deste hospital engloba vários bairros, dentre eles: Parangaba, João XXIII, Bom Jardim, Parque São José, Parque Santa Rosa, Parque Santo Amaro, Henrique Jorge, Granja Portugal e

Serrinha. Trata-se de um hospital infantil de pequeno porte, com atendimento diário médio de 300 crianças.

O PROAICA, um programa de prevenção, controle e assistência para a asma, foi idealizado por médicos cearenses que reconhecem a asma como um importante problema de saúde pública, principalmente por ser uma das principais causas de morbidade na infância e ter efeitos emocionais adversos sobre a criança e a família. Tem como objetivos melhorar a qualidade de atenção à saúde da criança com asma em Fortaleza e organizar, em base distrital, a partir da rede básica um sistema de atenção integrada a saúde desta criança (PROAICA, 1996). Das 1.338 crianças inscritas no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima até 30 de novembro do corrente ano, 141 foram desligadas por reavaliação de diagnóstico para alta ou encaminhamento para ambulatório de alergologia, 465 abandonaram o programa, restando, portanto, atualmente 732 crianças. O critério de alta foi a persistência do diagnóstico de asma leve por, no mínimo, três consultas consecutivas e ausência de exacerbações nos últimos seis meses. O abandono foi considerado como não comparecimento do paciente por período igual ou superior a um ano, a partir da última consulta agendada.

A população estudada foi de 2.402 crianças, sendo 1.958 do setor de emergência e 444 do PROAICA, com baixo poder aquisitivo, pertencentes, portanto, às camadas sociais menos favorecidas economicamente.

A Organização Mundial da Saúde - OMS, preocupada com a importância das repercussões econômicas das limitações financeiras que se constituem em um obstáculo à prestação ou obtenção de assistência de saúde adequada, bem como à avaliação dos benefícios oriundos desta assistência, tanto em termos monetários com em relação a outros critérios, patrocinou a publicação "Economia Aplicada a la Sanidade" - Genebra, 1976, que continha os aspectos fundamentais desse novo campo da Saúde Pública, Economia da Saúde (SILVA, 1999). A economia da saúde abrange todos os aspectos formais da atividade econômica do setor saúde.

A sociedade dispõe de dois tipos de ativo: o capital físico ou riqueza e o capital humano. O capital físico é composto por equipamentos, edifícios, matérias

primas e por produtos manufaturados que existem em um momento determinado e têm a capacidade de gerar serviços, tanto para atividades produtivas como para o consumo. O conceito de capital humano é mais difícil de definir; refere-se à capacidade produtiva, que é em parte inata de um indivíduo, porém que pode ser aumentada mediante o consumo de serviços educativos e sanitários que podem ser considerados uma inversão em capital humano (SILVA apud BADIA; ROVIRA, 1994).

Nesse contexto, deve-se considerar que gastos com saúde e educação não são despesas de consumo, e sim, formas de investimento voltadas ao capital humano. Considerando que "a saúde não tem preço, mas tem custo" (SILVA, 1999), o atendimento a todas as necessidades e anseios de uma população é impossibilitado tanto em países ricos como em pobres pela limitação de recursos que vai incorrer em gastos suplementares que se elevarão à medida que os recursos forem mais escassos.

Para elaboração deste trabalho, considerou-se custo como "o valor de todos os recursos utilizados na produção e distribuição de bens e serviços" (SILVA, 1999). O cálculo dos custos em relação à doença, mais particularmente em relação à asma, deve englobar diversos setores, não somente o custo direto com a assistência, mas também os custos indiretos que são todos os custos relacionados ao tratamento dos pacientes asmáticos.

Os custos diretos com este tratamento, representados pelos gastos do SUS, revelam o grande impacto econômico da doença, que em 1996 ocupou o terceiro lugar em valor gasto em todo o país com uma única doença (TELLES FILHO, Asma Brônquica). Neste mesmo ano, registrou-se um gasto de aproximadamente 76 milhões de reais com as internações por asma, o que corresponde a 2,8% do gasto total. Da asma, por suas peculiaridades, decorrem também custos indiretos, representados pelo absentismo escolar, pela perda de produtividade, pelos sofrimentos causados ao paciente e aos seus familiares e pela morte precoce. Os custos indiretos são, muitas vezes, bem maiores que os diretos, mas como ficam fora das

estatísticas são, geralmente, relegados à segundo plano ou até mesmo desconsiderados (HETZEL, 1998).

2 Material e Métodos

2.1 Fonte dos Dados

As informações referentes aos pacientes colhidas e utilizadas para o referido estudo foram obtidas de duas fontes secundárias do CAC Dra. Lúcia de Fátima: a) prontuários do PROAICA e b) prontuários de observação do setor de emergência com diagnóstico de asma brônquica. Por outro lado, as informações dos cálculos dos custos do atendimento a uma criança em cada um dos setores supracitados foram obtidas através de relatórios da Hospitadados - empresa prestadora de serviços responsável pelo cálculo de custos de serviços de saúde na rede municipal de Fortaleza.

2.2 Métodos

A população-alvo deste trabalho foi composta de crianças na faixa etária de um a 14 anos, com diagnóstico de asma brônquica, atendidas no CAC Dra. Lúcia de Fátima, nos meses de junho a agosto de 2000. Optou-se por esta faixa etária por ser a mesma abrangida pelo PROAICA. Foram coletados de cada um dos prontuários do PROAICA os dados referentes a sexo, idade e número de vezes que a criança havia permanecido no setor de emergência e internação por asma, anteriores e posteriores ao ingresso no referido programa. Para este estudo foram considerados apenas os prontuários de crianças com tempo de seguimento no programa igual ou superior a um ano. Dos prontuários do setor de emergência, coletaram-se dados de sexo, idade e tempo de permanência. Para esse grupo, computaram-se somente os prontuários com tempo médio de permanência em torno de 12 horas.

Os dados apresentados nas tabelas 6 e 7 seguem os seguintes cálculos. Partindo-se do princípio de que, por cada consulta do ambulatório de asma (PROAICA), o SUS paga R\$ 2,55, procedeu-se o cálculo dos custos totais despendidos pelo hospital, nos meses em

análise. O valor de cada atendimento no setor de emergência é, em média, de R\$ 10,62, de acordo com a tabela SIA/SUS detalhada.

Nas tabelas 8 e 9, o cálculo dos custos foi baseado nos dados fornecidos pela Hospitadados CSS Ltda e pelas informações extraídas dos prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima. Os custos do setor de emergência apresentados na tabela 8 incluíram os valores de: consulta de emergência/urgência, sala de observação, medicamentos (aminofilina, atrovent, berotec e hidrocortisona) em doses proporcionais ao peso e materiais (soro fisiológico e glico-fisiológico, solução de glicose a 5%, água destilada, seringas, agulhas, equipos, scalps esparadrapo, algodão e álcool a 70%). Com relação a esses itens, os valores encontrados para cada faixa etária foram: 1 e 2 anos, R\$ 78,15; 3 e 4 anos, R\$ 93,17; 5 a 9 anos, R\$ 108,18; e, 10 a 14 anos, R\$ 122,60. A esses fatores foi multiplicado o número de atendimentos por faixa etária. A tabela 9, ao apresentar os custos do PROAICA, levou em conta a consulta ambulatorial, a prednisona e o salbutamol, chegando aos seguintes valores: na faixa de 1 e 2 anos, R\$37,89; na de 3 e 4 anos, R\$ 39,08; na de 5 a 9 anos, R\$ 40,06 e na de 10 a 14 anos, R\$ 41,12. Os valores variaram em função das doses da medicação.

3 Resultados

De posse dos dados, passou-se a analisá-los através de um estudo comparativo que servirá de base para a discussão e considerações finais desse trabalho.

Observou-se que nos três meses estudados, tanto no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima como no PROAICA, houve uma predominância do sexo masculino (60%, em média) sobre o feminino, quanto ao atendimento. Quanto ao primeiro, o número de crianças atendidas em agosto foi 2,3 vezes maior que o de junho e 2,6 vezes do que o de julho. No PROAICA, esses valores foram 1,3 e 1,4 vezes, respectivamente (tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Distribuição das crianças atendidas no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo sexo, nos meses de junho a agosto de 2000

Período \ Sexo	JUNHO		JULHO		AGOSTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masc.	275	60	244	56,4	637	59,7	1156	59
Fem.	183	40	189	43,6	430	40,3	802	41
Total	458	100	433	100	1067	100	1958	100

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

Tabela 2 - Distribuição das crianças atendidas no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo sexo, nos meses de junho a agosto de 2000

Período \ Sexo	JUNHO		JULHO		AGOSTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masc.	83	63,8	80	58	112	63,6	275	61,9
Fem.	47	36,2	58	42	64	36,4	169	38,1
Total	130	100	138	100	176	100	444	100

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

Nas tabelas 3 e 4 abaixo, verificou-se que a idade pré-escolar (crianças de 1 a 4 anos) foi a mais atingida pela asma brônquica nos dois setores estudados (em torno de 60%). Por outro lado, a faixa etária referente às crianças maiores de 10 anos foi a menos acometida (menos de 10%).

Tabela 3 - Distribuição das crianças atendidas no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária (Anos)	JUNHO		JULHO		AGOSTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2	217	47,4	209	48,3	360	30,2	748	38,2
3 a 4	118	25,7	95	21,9	322	33,7	573	29,3
5 a 9	102	22,3	106	24,5	272	25,5	480	24,5
10 a 14	21	4,6	23	5,3	113	10,6	157	8
Total	458	100	433	100	1067	100	1958	100

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

Tabela 4 - Distribuição das crianças atendidas no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária (anos)	JUNHO		JULHO		AGOSTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2	42	32,3	44	31,9	28	15,9	114	25,7
3 a 4	45	34,6	50	36,2	52	29,6	147	33,1
5 a 9	36	27,7	32	23,2	71	40,3	139	31,3
10 a 14	7	5,4	12	8,7	25	14,2	44	9,9
Total	130	100	138	100	176	100	444	100

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

A tabela 5, em seguida, apresenta o cálculo médio do consolidado nos meses de junho, julho e agosto de 2000. Os dados indicam que antes de ingressarem no PROAICA apenas 5,4% das crianças não compareceram ao setor de emergência nos seis meses que antecederam seu ingresso no programa da asma, enquanto 42% delas foram atendidas no referido setor entre uma e duas vezes, nos meses de junho, julho e agosto do corrente ano. Quanto ao internamento, percebe-se que antes de pertencerem ao programa

59,5% das crianças nunca haviam se internado e 31,8% haviam sido internadas uma ou duas vezes.

Tabela 5 - Distribuição das crianças atendidas no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo nº de atendimentos nos setores de emergência e internação antes e depois do ingresso ao programa, nos meses de junho a agosto de 2000

Local Período Nº de Vezez	EMERGÊNCIA				INTERNAÇÃO			
	Antes		Depois		Antes		Depois	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	8	5,4	46	31,1	88	59,5	123	83,1
1 e 2	62	42	60	40,5	47	31,8	23	15,5
3 e 4	38	25,6	20	13,5	10	6,7	1	0,7
5 e mais	40	27	22	14,9	3	2	1	0,7
Total	148	100	148	100	148	100	148	100

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

Por outro lado, quando se analisa a situação das crianças após seu ingresso no PROAICA, verifica-se que houve um aumento no número de crianças (31,1%) que não mais precisaram procurar os setores de emergência dos serviços de saúde. Em se tratando de internações, constatou-se uma redução de 81% no número de internamentos por asma após o ingresso no programa: enquanto 31,8% das crianças haviam sido internadas uma ou duas vezes antes de fazerem parte do PROAICA, esse percentual foi reduzido para 15,5% após o ingresso no programa.

Com relação à fatura dos atendimentos (tabela 6) às crianças no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima, o mês de agosto apresentou um crescimento na quantidade de atendimentos de 1,5 vezes em relação a junho e julho (na faixa de 1 a 2 anos); para a faixa de 3 a 4 anos, esse valor aumentou de 3,4 vezes; para a de 5 a 9 anos o aumento foi de 2,5 vezes; e, para a última faixa etária (10 a 14 anos) esse valor alcançou 5,2 vezes.

Tabela 6 - Fatura (em R\$) dos atendimentos às crianças no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária (Anos)	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
1 a 2	2.304,54	2.219,58	3.419,64	7.943,76
3 a 4	1.253,16	1.008,90	3.823,20	6.085,26
5 a 9	1.083,24	1.125,72	2.888,64	5.097,60
10 a 14	223,02	244,26	1.200,06	1.667,34
Total	4.863,96	4.598,46	11.331,54	20.793,96

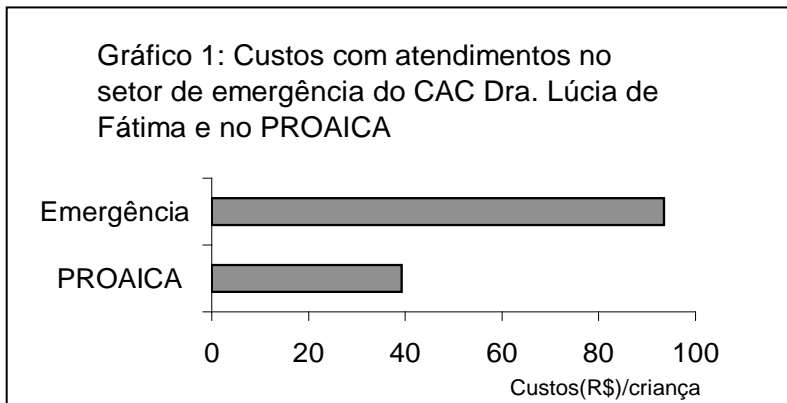
Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará

Os valores da fatura dos atendimentos às crianças do PROAICA no CAC Dra. Lúcia de Fátima apresentou decréscimo na faixa de 1 a 2 anos, pois o mês de agosto foi menor em 1,5 vezes do que os meses de junho e julho. Enquanto isso, houve aumento nesse período na segunda faixa (3 a 4 anos) de 1,5 vezes; na terceira (5 a 9 anos) e na última faixa (10 a 14 anos) de duas vezes (tabela 7).

Tabela 7 - Fatura (em R\$) dos atendimentos às crianças no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária (Anos)	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
1 a 2	107,10	112,20	71,40	290,70
3 a 4	114,75	127,50	132,60	374,85
5 a 9	91,80	81,60	181,05	354,45
10 a 14	17,85	30,6	63,75	112,20
Total	331,50	351,90	448,80	1.132,20

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima - Fortaleza/Ceará



Os custos dos atendimentos às crianças asmáticas no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima de junho a agosto de 2000 foi, em média, R\$ 93,47 por criança, enquanto que para os atendimentos às crianças asmáticas no PROAICA, desta mesma unidade de saúde, esses custos baixaram para apenas R\$ 39,28, uma redução, pois, de quase 60% (gráfico 1).

Ademais, na emergência os custos aumentaram de acordo com o aumento da faixa etária. Assim é que, se na primeira o custo por criança foi de R\$ 78,15, esse valor mudou par R\$ 93,17 na segunda, R\$ 108,18 na terceira e R\$ 122,60 na última faixa, conforme tabela 8 e gráfico 2.

Gráfico 2: Custos dos atendimentos na emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima

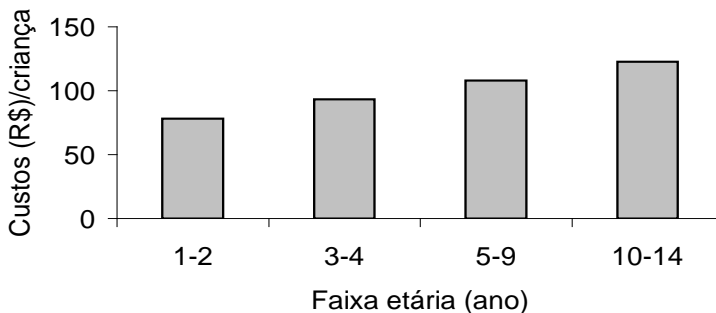


Tabela 8 - Custos (em R\$) dos atendimentos às crianças asmáticas no setor de emergência do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária (Anos)	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
1 a 2	16.958,55	16.333,35	25.164,30	58.456,20
3 a 4	10.994,06	8.851,15	33.541,20	53.386,41
5 a 9	11.034,36	11.467,08	29.424,96	51.926,40
10 a 14	2.574,60	2.819,80	13.853,80	19.248,20
Total	41.561,57	39.471,38	101.984,26	183.017,21

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima e Planilha de Custos / Hospitadoss CSS Ltda - Fortaleza/Ceará

Por outro lado, os custos dos atendimentos no PROAICA mantiveram-se constantes em torno de R\$ 40,00, isso para todas as faixas etárias (tabela 9).

Tabela 9 - Custos (em R\$) dos atendimentos às crianças asmáticas no PROAICA do CAC Dra. Lúcia de Fátima, segundo faixa etária, nos meses de junho a agosto de 2000

Período Faixa Etária Anos)	JUNHO	JULHO	AGOSTO	TOTAL
1 a 2	1.591,38	1.667,16	1.060,92	4.319,46
3 a 4	1.758,60	1.954,00	2.032,16	5.744,76
5 a 9	1.442,16	1.281,92	2.844,26	5.568,34
10 a 14	287,84	493,44	1.028,00	1.809,28
Total	5.079,98	5.396,52	6.965,34	17.441,84

Fonte: Prontuários do CAC Dra. Lúcia de Fátima e Planilha de Custos / Hospitadoss CSS Ltda - Fortaleza/Ceará

4 Discussão

Apesar dos avanços nos conhecimentos sobre a fisiopatologia e terapêutica da asma, fatores contribuintes para um melhor controle da doença e qualidade de vida do paciente asmático, ocorridos nos últimos anos, os custos financeiros da medicação são muito elevados e inacessíveis à grande maioria da população, por isso observa-se uma tendência da utilização dos serviços de emergência como única alternativa de tratamento mostrando o desconhecimento, por parte de algumas famílias, da necessidade do acompanhamento contínuo ao paciente asmático, sobretudo no tocante ao controle dos fatores de risco.

Os meses em estudo - junho, julho e agosto de 2000 - apresentam uma disparidade com relação ao número de atendimentos realizados no setor de emergência, pois enquanto os meses de junho e julho mantêm um mesmo patamar, o mês de agosto dispara neste número. Acredita-se que este fato, provavelmente, decorre da sazonalidade, uma vez que nessa época há uma exacerbação do clima quente e seco característico da região atrelado ao início do período de floração dos cajueiros que liberam grande quantidade de alérgenos provenientes do pólen.

Conforme relato de MARTINEZ *et al.* que realizaram estudo de uma coorte de crianças recém-nascidas até seis anos de idade, ser do sexo masculino é um fator de risco para a asma (II CONSENSO, 1999). A observação dos dados contidos nas tabelas 1 e 2 confirma esta afirmativa, pois há um predomínio de crianças asmáticas do sexo masculino, nos meses estudados, tanto nos atendimentos do setor de emergência como nos do PROAICA.

Ao se analisar os dados obtidos nas tabelas 3 e 4, percebe-se que houve uma predominância da asma em crianças na idade pré-escolar (em torno de 50%), nos dois setores de atendimento em estudo. Este fator se deve, provavelmente, à exposição precoce aos ácaros domésticos, fungos, alérgenos derivados de animais, dentre outros (II CONSENSO, 1999).

Os dados apresentados na tabela 5 mostram uma redução na utilização dos serviços de saúde após o acompanhamento das crianças asmáticas no PROAICA. Tem-se que através da redução dos

fatores de risco e do controle ambiental pode-se, à longo prazo, diminuir a inflamação das vias aéreas e a hiperreatividade (FIREMAN, 1998). Desta forma, confirma-se no CAC Dra. Lúcia de Fátima o que já havia sido afirmado pela literatura.

De acordo com dados fornecidos pelo SAME do CAC Dra. Lúcia de Fátima, com base na tabela do SIA/SUS, o valor pago pelo SUS para atendimento no ambulatório de asma (PROAICA) é de R\$ 2,55, enquanto o valor pago referente à permanência no setor de emergência é de R\$ 10,62 (sendo R\$ 3,15 pela consulta de emergência/urgência e R\$ 7,47 por 24 horas em observação). Baseado nestes valores obteve-se a fatura total média relativa aos meses de junho, julho e agosto do CAC Lúcia de Fátima com crianças asmáticas de R\$ 20.793,96 para 1958 crianças atendidas no setor de emergência, enquanto para o PROAICA, a fatura total média nos referidos meses foi de 1.132,20 para 444 crianças atendidas, conforme os dados das tabelas 6 e 7.

Ao se comparar os dados apresentados nas tabelas 8 e 9 com os das tabelas 6 e 7 percebe-se uma acentuada disparidade entre os custos e as faturas resultantes dos atendimentos no setor de emergência e no Programa de Atenção à Saúde da Criança Asmática.

5 Conclusões

Baseado na amostra estudada de apenas três meses (junho, julho e agosto/2000) conclui-se que, enquanto no setor de emergência foram gastos R\$ 183.017,21, no atendimento do PROAICA esse valor foi de apenas R\$ 17.441,84.

Quando se consideraram esses por criança atendida, também o atendimento do PROAICA apresentou grande economia sobre a emergência, uma vez que aquele teve custos de apenas R\$ 39,28, contra R\$ 93,47 da emergência, isto é, uma redução de 2,4 vezes.

A avaliação dos custos da asma apresentada aqui apresentada constitui apenas uma estimativa do total existente. Em se analisando de uma maneira mais completa e com maior profundidade quando também os custos indiretos deverão estar incluídos, é certo que os resultados servirão como instrumento para uma política de saúde pública mais eficaz, no que diz respeito à asma.

Citando HETZEL (1998),deve-se considerar que

A asma, como problema de saúde pública, determina custos financeiros, sociais e humanos. O impacto social está relacionado com o comprometimento da qualidade de vida dos pacientes em decorrência da limitação funcional respiratória. Essa interferência pode ter conseqüências pessoais com distúrbios psicológicos e na vida familiar, social e profissional.

Esses resultados demonstram, por conseguinte, que medidas urgentes se fazem necessárias para incluir nas atividades de saúde pública o desenvolvimento de programas voltados para o atendimento do paciente asmático, buscando a melhoria da qualidade de vida, sobretudo, de uma parcela da população economicamente carente.

6 Referências

AMARAL, J.J.F. **Epidemiologia da asma infantil**. Epidemiologia Infantil, n. 3. S. 1.: s.n., 1996.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. Trad. Luiz Roberto de Oliveira *et al.* São Paulo: UNESP-HUCITEC, 1991.

CHATKIN, J.M.; BARRETO, S.M. **Asma** – liberdade para respirar – guia de orientação para pais e pacientes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1996. (Série Biomédica)

I CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA – 1994. Sociedade Brasileira de Alergia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, BG Cultural, 1994.

II CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo: Redprint, n.4, v.24, p. 171-276, jul./ago. 1999.

EMERSON, F., TEBYRIÇA, J. N. Asma e educação. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, n.6, v.21, nov./dez. 1998.

FERNANDES, A.L.G., CABRAL, A.L.B., FARESin, S.M. **Asma**: controle e prevenção. USP: Escola Paulista de Medicina. Disponível na internet: <http://www.geocities.com/HotSprings/4702/asma.htm>.

FIREMAN, P. **Asma e imunologia das doenças alérgicas**. Londres: Mosby-Wolfe Medical Communications, 1998.

HARRISON, T. R., BRAUNWALD, E., ISSELBACHER, K. J. *et al.* **Medicina Interna**. Trad. Nueva Editorial Interamericana. 13. ed. México: McGraw-Hill. v. 2, 1995.

HETZEL, J.L., SILVA, L.C.C. (orgs.). **Asma brônquica**: manejo clínico. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

HOSPIDADOS Consultoria de Sistemas e Serviços /IJF – Unidade Infantil/ faturamento Hospitalar SIA/SUS, jun./ago. 2000.

JARDIM, J. R.; OLIVEIRA, J. A.; PINHEIRO, B. V. **Asma brônquica**. Disponível na internet: <http://www.pneumoatual.com.br/>.

KORNIS, G. **Sobre o trabalho de Arrighi**: o longo século XX em foco. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1996. (Estudos em Saúde Coletiva).

MAGALHÃES, U. **Demanda de saúde no Brasil**: dois estudos de caso. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1979.

MARQUES, E., PEREIRA, C.A.C., NASPITZ, C. *et al.* **Asma times**. v.1, n.2, jun. 1997. Disponível na internet: <http://www.asmaBrasil.com.br/>.

PIZZICHINI, E.; PIZZICHINI, M.M.M. **Controle da asma e qualidade de vida** – Conselho Federal, v.14, n.104, p.19, abr. 1999.

PROAICA – Universidade Federal do Ceará – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – Secretaria municipal de Desenvolvimento Social. **Programa de Atenção à Saúde da Criança com Asma**, 1996. Disponível na internet: <http://www.med.ufc.br/proaica/>.

RIZZO, M.C. Higiene do ambiente físico nas doenças alérgicas. **Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. Disponível na internet: <http://www.sbai.org.br/higiene.htm>.

SILVA, M.G.C. Economia da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. - **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. de. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. **Ensaio de Economia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. n.2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ASMÁTICOS / perguntas mais freqüentes. Disponível na internet: <<http://www.asmaticos.org.br/faq.html>>.

SOLÉ, D., NASPITZ, C.K. Epidemiologia da asma: estudo ISAAC (International study of asthma and allergies in childhood). **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, n.2, v.21, mar./abr. 1998.

TELLES FILHO, P.A. **Asma brônquica**. Disponível na internet: <<http://www.asmabronquica.com.br/pierre/>>.

VENTURA, R.N. *et al.* Avaliação do programa de atenção a crianças asmáticas acompanhadas nas unidades de saúde do município do Embu, São Paulo, no período de 1988 a 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, n.1, v. 14, jan./mar. 1998.

10 Custos de Procedimentos de Enfermagem em Cirurgia Geral em um Hospital da Rede Municipal

*Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

1 Introdução

Poucos estudiosos têm, no entanto, cuidado o fenômeno CUSTO, aplicado às práticas de saúde; daí a insuficiência de literatura específica para servir de aporte às relações sobre a matéria.

... ESTEVES (1992, p. 13) expressa que: “De todas as empresas modernas nenhuma é mais complexa que o hospital”.

De fato, a multiplicidade de profissionais e de serviços que envolvem uma instituição hospitalar implica, na adoção de sistemas administrativos que desenvolvam políticas capazes de estimular pessoas a planejarem, analisarem e executarem ações que cumpram metas quantitativas e qualitativas responsáveis pela redução de custos e pelo aumento da qualidade do serviço oferecido.

Administrar serviços hospitalares, requer hoje, uma dinâmica complexa entre conjugar recursos, meios e processos para se atingir a grande missão do hospital que é a restauração da saúde.

... MÉDICI (1987: p.23) afirma que

Os mecanismos financeiros que sustentam as ações de saúde no Brasil não sofreram grandes modificações nos últimos anos o que nos permite avaliar sua atuação, sua constituição, seu apogeu e sua crise.

É digno de nota o fato de que todos os recursos públicos destinados à saúde encontram-se hoje centralizados no Fundo Nacional de Saúde, em âmbito federal e no Fundo Municipal de Saúde, no âmbito municipal, dispondo este dos recursos necessários para cumprir as atribuições constitucionais e legais definidas na Lei Orgânica da Saúde

Para que o município assumira o processamento, controle e a avaliação dos recursos de saúde, foi necessário o desenvolvimento de sistemas próprios capazes de auxiliar na operacionalização adequada dos recursos. Torna-se, portanto, cada vez mais clara e urgente a necessidade de se empreender esforços no sentido de promover novas formas de administrar, identificando e “priorizando” estratégias necessárias para o estabelecimento de sistemas, que viabilizem uma utilização mais racional dos recursos financeiros

No contexto da administração hospitalar pública, o componente CUSTO, adquire especial relevância, na medida em que enfoca o repasse de verbas com base nas AIH (Autorização de Internações Hospitalares).

Os repasses realizados com base nas AIH, que se norteiam segundo o diagnóstico do paciente, levaram a discussão de fatores determinantes e causais, em busca de meios que garantissem prestar uma assistência adequada sem aumento de gastos.

Na literatura especializada os fatores responsáveis pelo aumento das despesas na área de saúde são, dentre outros, a extensão e melhoria da cobertura, maior consciência do usuário, exigindo melhores serviços, envelhecimento da população, diversidade de produtos, aumento de preços de bens e serviços, desenvolvimento de técnicas mais sofisticadas e utilização de equipamentos médicos de última geração.

SMITH (1997, p.83) afirma: “Ser questão de extrema importância a modificação das estruturas de pagamento dos serviços de saúde prestados”.

O mesmo autor alerta para o uso indiscriminado de drogas e de tecnologias que encarecem tratamentos de patologias e que para estas patologias poderiam ser utilizados tratamentos menos onerosos. Certamente, o desconhecimento e o não-envolvimento dos profissionais de saúde, sobre custos hospitalares é um dos componentes da utilização de tratamentos e cuidados caros.

Racionalizar custos na assistência à saúde é um desafio preponderantemente técnico, mas que também significa assegurar a manutenção de um padrão para todas as ações, para que se atinja simultaneamente a relação otimizada entre recursos financeiros,

tecnológicos e resultados, o que não deixa de ser uma questão política.

Os dados a respeito de receitas, despesas, custos e investimentos nas instituições hospitalares não são, na grande maioria, disponíveis, levando a administração ao não conhecimento dos cálculos sobre retornos dos investimentos.

BITTAR (1996, p. 137) informa:

[...] que o retorno dos investimentos na área hospitalar gira em torno de 10% a 15% ao ano, desde que a receita seja baseada sobre pagamento de pacientes particulares, cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de autogestão e administração.

Efetivamente, a área de custos passa a ser uma compiladora de informações fornecidas e/ou utilizadas por seu maior especialista, o usuário. Ao gestor de custo, caberá o papel de disseminador da cultura de custos por toda a organização.

Comprometidos com a melhoria de qualidade dos serviços ofertados nos Hospitais da rede de saúde pública municipal, o estudo procurou calcular o custo real dos procedimentos de enfermagem envolvidos na assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias gerais que é de extrema importância para o controle de qualidade desta, como também serve de modelo para se calcular qualquer outros, tentando focalizar as causas dos custos elevados das internações cirúrgicas, propiciando assim bases científicas para tomadas de decisões no que se refere a planejamento, organização, controle e avaliação dos processos ocorridos nestas unidades.

2 Objetivos

2.1 Geral

Analisar os custos dos procedimentos de enfermagem, realizados no pós-operatório de cirurgia geral, com base no método ABC.

2.2 Específicos

1. Identificar as atividades de enfermagem envolvidas no processo de assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias gerais.
2. Verificar os testes dos ciclos dos processos de trabalho de enfermagem no processo de assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias gerais.
3. Calcular os custos diretos das atividades envolvidas na assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos.

3 Metodologia

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa exploratória descritiva, que tem como finalidade identificar, registrar e avaliar os fenômenos levantados sem a interferência do pesquisador, tendo como referencial teórico a contabilidade de custos, por se enquadrar muito bem dentro da realidade do estudo que se quer retratar.

Segundo RUDIO (1979, p.56): “a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descreve-los, classifica-los e interpretá-los”.

Segundo LEONE (1989), contabilidade de custos é o ramo da função financeira que coleta, acumula, organiza, analisa, interpreta e informa os custos dos produtos, dos serviços, dos estoques, dos componentes operacionais e administrativos, dos planos operacionais, dos programas, das atividades especiais e dos segmentos de distribuição para determinar a rentabilidade e avaliar o patrimônio da empresa para controlar os próprios custos e as operações, e para auxiliar no processo de planejamento e tomada de decisões.

A escolha do método ABC, para utilização do cálculo dos custos dos procedimentos de enfermagem, deve-se ao fato de que ele permite melhor cálculo dos custos dos produtos, servindo de base aos esforços de redução de custos atrelados à qualidade, dando ênfase à importância do usuário. Além disso, apóia os esforços de aperfeiçoamento dos processos do negócio, e prepara a empresa para

novas formas de negociação, ao exemplo do “Capitation” e o “Managed Care”.

O método ABC determina como as atividades consomem recursos e como os produtos ou serviços consomem atividades.

Seu início se dá com determinação dos custos das atividades, o CUSTEIO DO PROCESSO para depois alocar os custos das atividades aos produtos/serviços, o CUSTEIO DOS PRODUTOS.

O universo do estudo é composto por procedimentos realizados por enfermeiras assistenciais, pertencentes ao quadro funcional da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), em pacientes internados em uma unidade hospitalar de emergência da rede municipal, distrital, de atendimento secundário, com capacidade de 50 leitos. O hospital em referência encontra-se localizado em uma região de extrema pobreza, sem infra-estrutura sanitária adequada, com uma população analfabeta, sem qualificação de mão de obra, em grande parte oriundas de migração contínua do interior, quadro este mais acentuado em 1998, em da seca que castiga o Estado. Vale frisar que os atendimentos realizados nesta unidade são procedimentos gerais de cirurgia, clínica médica e pediatria, sem atendimentos de outras especialidades.

O local de pesquisa eleito foi a unidade de internação por ser o centro de custo onde a enfermeira mais executa procedimentos especializados de enfermagem.

3.1 Amostra

Foram determinados alguns critérios para facilitar o processo da seleção da amostra dos sujeitos compreendidos no estudo e da seleção dos procedimentos que serviram de base para o custeio, considerando os procedimentos do estudo foram ele: curativo de incisão aberta, aparecendo no estudo apenas como incisão aberta (1) curativo de incisão fechada com pontos subtotais ou totais, identificado como incisão fechada (2) manutenção do sistema de drenagem de tórax, denominado em tabelas e figuras como drenagem de tórax (3), sondagem vesical (4), sondagem nasogástrica (5), lavagem gástrica (6) e lavagem pela colostomia (7), perfazendo um total de 368 procedimentos.

Estes procedimentos foram mensurados em internados no período da coleta. Para minimizar as variáveis intermitentes, houve necessidade de selecionar os pacientes através do diagnóstico, conforme tabela a seguir. Vale salientar que o repasse do órgão financiador para pagamento da assistência prestada é feito através do sistema de apuração de custos, com base em diagnóstico, utilizando códigos existentes da Classificação Internacional de Doenças (CID). De tal forma, uma doença é associada a um conjunto de procedimentos (diagnóstico, clínicos, cirúrgicos) necessários a seu tratamento, conforme (MÉDICI; MARQUES, 1996). De princípio, o órgão financiador repassa os recursos para o Fundo Municipal de Saúde e só depois estes são repassados aos hospitais.

Foram classificados pacientes com os seguintes diagnósticos:

Tabela 1 - Número de pacientes assistidos por enfermeiros distribuídos por diagnóstico em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnósticos	Meses				Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	
Apendicectomia	7	5	9	8	29
Laparotomia exploradora	20	8	14	13	59
Toracotomia + drenagem fechada	3	2	2	7	20
Limpeza cirúrgica	12	16	14	14	56
Herniorrafia	8	9	17	9	44
Obstrução intestinal	2	6	4	4	39
Total	60	46	60	55	247

Fonte: SAME

A amostragem selecionada foi utilizada com o intuito de medir com mais precisão, o objeto do estudo, englobando os custos dos procedimentos de enfermagem.

3.2 Coleta de Dados

A restrição da coleta de dados ocorridas aos meses de janeiro, fevereiro, março e abril se deveu ao fato de que para cálculo dos custos dos procedimentos de enfermagem é necessária a utilização dos custos gerais já calculados pela unidade hospitalar em

estudo; os meses subsequentes, não foram consideradas, posto não ter o setor de finanças ainda compilado os dados exigidos. Além disso, os meses eleitos representam um terço do ano, sendo dois meses tidos como normais (março e abril) e dois meses atípicos (janeiro e fevereiro) por conta de férias, carnaval e outras intercorrências.

Entraram no estudo os procedimentos realizados em pacientes admitidos no período de 02 de janeiro a 30 de abril de 1998. Os pacientes que permaneceram após esta data tiveram acompanhamento até sua alta e também entraram no estudo. Salienta-se, por oportuno, que os pacientes que ainda se encontravam internados, mas com admissão anterior ao período do estudo foram excluídos.

“A priori”, foi elaborado um instrumento capaz de quantificar os gastos dos procedimentos de enfermagem através do registro de utilização de materiais de consumo, equipamento e tempo despendido em cada procedimento. Dito formulário foi anexado ao prontuário do paciente, sendo preenchido por enfermeiros que executaram os procedimentos.

Após a alta do paciente, os dados registrados, relativos aos procedimentos executados, foram organizados em planilha própria.

Para complementação dos dados coletados e compilados na planilha, foram investigados e analisados os registros feitos no prontuário por enfermeiras, em relação às atividades que são de interesse do estudo.

3.3 Análise dos Dados

A análise foi realizada de forma descritiva. Para facilitar a leitura e compreensão do estudo, os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e figuras, segundo os quais foram feitas as análises estatísticas.

Para análise e cálculo dos custos foi utilizado, como base do estudo, o CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES (ABC), apurando e controlando custos reais do procedimento, procurando relacionar recursos consumidos com atividades executadas. Em

virtude da não existência de um método, com enfoque hospitalar, procurou-se criar um processo que contemplasse o objeto do estudo.

O processo ocorreu em duas fases: na primeira, foram determinadas a classificação e a identificação das atividades de cada procedimento e, na segunda fase, foram feitas as medições das atividades executadas.

Na primeira fase, após identificadas as tarefas e seqüências das atividades de cada procedimento, foram os dados processados através de “driver” aqui denominados de descritivos. Com base nos descritivos foram encontradas e analisadas as fases da execução dos procedimentos que são: preparo, execução e término. Os descritivos auxiliaram na identificação dos geradores de custos.

Em todas as fases foram identificados, como geradores de custo, o tempo despendido em cada procedimento e o material de consumo utilizado; como custos indiretos, foram identificadas as atividades de apoio necessárias para a execução do procedimento (área física, energia elétrica, esterilização de material, manutenção de equipamentos).

Na segunda fase do processo, após identificação dos geradores de custo, foi realizada a identificação dos custos de cada procedimento, levando em conta os recursos (o que foi gasto), os procedimentos (onde foi gasto) e os objetos de custo (para que foi o gasto).

Foi identificado o tempo consumido em cada procedimento e calculado seu respectivo valor, com base nos salários recebidos pela enfermeira, para sua execução. Para se chegar ao valor do minuto pago à enfermeira, foram estabelecidos os seguintes critérios:

1. salários das enfermeiras que desempenham suas funções na Unidade de Internação levantados, através da folha de pagamento, o salário bruto pago a esta profissional, mensalmente, incluindo a proporcionalidade do décimo terceiro salário e o valor dos encargos previdenciários.
2. Materiais de consumo utilizados na execução como valor unitário, em moeda corrente.
3. O gasto com energia, com base na proporcionalidade da área física, em metros quadrados.

4. Outros gastos repassados para os custos indiretos oriundo da Central de Material.
5. Com a utilização de equipamentos nos procedimentos.

4 Resultados

A partir das análises e observações feitas através dos descritivos, foi evidenciado o elemento tempo consumido na realização dos procedimentos (tabela 3), como gerador de custo, portanto de grande relevância no valor final do custo de cada procedimento.

Tabela 2 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem segundo tempo (menor, maior, média e mediana) em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Procedimentos	Total	Menor tempo (min)	Maior tempo (min)	Média	Mediana
Incisão aberta	144	15	20	18,2	17
Incisão fechada	126	10	17,5	14,52	13
Drenagem de tórax	76	11	19	16,6	17
Sondagem Vesical	32	15	23	21,7	20
Sond. Nasogástrica	47	15	22	19,4	18,5
Lavagem Gástrica	53	17	23	21,0	20
Lav. Colostomia	26	22	26	23,0	24

As variações ocorridas com o elemento tempo no processo de custo, no procedimento Curativo de Incisão Fechada com pontos totais ou subtotais, numericamente diferente do procedimento Curativo de Incisão Aberta, são devidas ao consumo deste na fase de preparo. A fase de execução do procedimento incisão fechada é simples por não haver limpeza mais profunda e nem rompimento da solução de continuidade da pele ou mucosa, ou de o resultado final do tempo consumido ser praticamente o mesmo.

Observa-se, no entanto, na tabela 3 que valores correspondentes a cada procedimento não se diferenciam significativamente apesar de tecnicamente terem diferenças importantes no que diz respeito ao aprofundamento do conhecimento científico e técnico.

Tabela 3 - Valor médio do tempo despendido nos procedimentos de enfermagem com base no salário do enfermeiro em um hospital de Fortaleza em janeiro/abril, 1998.

Procedimento	Tempo Gasto (min)	Jan. (R\$)	Fev. (R\$)	Mar. (R\$)	Abr. (R\$)
Incisão aberta	17	2,33	2,48	2,64	2,33
Incisão fechada	13	5,43	5,43	5,43	3,87
Drenag de tórax	17	4,65	4,65	4,65	4,65
Sondag Vesical	20	6,05	5,89	6,2	5,58
Sond. Nasogást	18,5	5,58	5,74	6,2	6,2
Lavag Gástrica	20	5,74	6,67	5,73	7,13
Lav. Colostomia	24	6,97	7,75	7,75	8,22

Os cálculos dos custos de cada procedimento analisado tiveram como elementos os gastos feitos com pessoal, material e os custos indiretos, gastos estes, que foram feitos indiretamente para a ocorrência do procedimento em outros centros de custos e os valores reais repassados.

Para se alcançar o valor dos gastos realizados com material em cada procedimento, foram identificados no formulário do estudo o tipo e o quantitativo de material utilizado. Feita esta identificação, foi solicitado do setor de compras o valor mensal de cada material, realizada a soma e constatado o valor dos gastos com material mensalmente.

O processo de compras de materiais médico-hospitalar é feito mensalmente através de abertura de licitação, com a participação de dezesseis distribuidoras em média. Como já reportado, o hospital tem como parâmetro de preço para negociação, junto a cada distribuidor que apresentar o menor preço, o Brasíndice, índice nacional de preços de alguns materiais médico-hospitalares. Este índice apresenta o preço máximo que poderá ser repassado ao consumidor. Todos os produtos comprados apresentam registros junto ao Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que este estudo foi realizado na época em que havia estabilidade da moeda, não havendo, portanto, mudanças significativas nos preços dos materiais utilizados nos procedimentos de enfermagem. Percebe-se através da tabela a seguir apresentada

que estas modificações no decorrer dos meses repercutem nos valores finais dos custos calculados.

A tabela, apresentada na próxima página, norteou o valor dos gastos encontrados em cada procedimento.

Tabela 4 - Valores em reais dos materiais médico-hospitalares utilizados nos procedimentos de enfermagem, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Material	Un.	Jan	Fev	Mar	Abr
Sonda de Foley	un	1,48	1,62	1,62	1,62
Sonda Nasogástrica	un	1,08	1,28	1,32	1,32
Soro fisiológico	un	0,54	0,56	0,54	0,54
Gaze hidrófila 7,5 x 7,5	pct.	0,52	0,50	0,74	0,72
Atadura de crepon 10 cm	un	0,28	0,56	0,43	0,70
Esparadrapo	cm	0,14	0,14	0,20	0,19
Máscara	un	0,07	0,08	0,10	0,09
Luva estéril	un	0,43	0,43	0,50	0,56
Seringa 10 ml	un	0,18	0,18	0,18	0,15
PVPI tópico	l	0,92	0,96	0,96	1,08
PVPI degermante	l	1,00	1,02	1,04	1,04
Éter	l	0,92	0,96	0,96	1,08
Lâmina de bisturi	un	1,16	1,58	1,75	1,80
Coletor de urina sist. Fech.	un	2,60	2,90	2,90	2,90
Bolsa de colostomia	un	0,24	0,23	0,24	0,24
Sist. De drenagem de tórax	un	13,00	12,00	12,60	12,60
Coletor de dreno de tórax	un	2,60	2,90	2,90	2,90
Total	-	29,81	27,48	29,95	30,61

Fonte: Setor de Compras do Hospital.

Já em relação aos custos indiretos foram considerados os gastos com energia elétrica, levando em conta a proporcionalidade do espaço físico em metros quadrados relacionado com o tempo gasto em cada procedimento, o gasto de cada esterilização e sua proporção ao material utilizado, como também limpeza e manutenção conforme tabela 5 abaixo discriminada.

Tabela 5 - Apropriação dos gastos em reais feitos nos custos indiretos em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Componentes	Jan	Fev	Mar	Abr
Energia elétrica	5.658,53	5281,12	5566,57	6000,13
Central de material	2.400,05	2226,62	2112,44	2263,41
Manutenção	451,60	563,28	924,10	657,70
Limpeza	728,30	2156,61	2788,34	2412,00
Total	9.238,48	10.227,63	11.391,45	11.333,24

Os valores parciais relativos ao Centro de Custo Internação foram calculados com base em FERNANDES (1993, p. 75) que faz aferição mensal com base no valor do metro quadrado por minuto utilizado.

Observando os gastos feitos relativos ao mês de março percebe-se um aumento de 82% nos gastos ocorridos com manutenção. Observa-se também que no mês de fevereiro houve uma redução com os gastos ocorridos na central de material.

Com os valores dos gastos encontrados na tabela 6, os gastos com custos indiretos se apresentaram assim:

Tabela 6 - Apropriação dos custos indiretos proporcionais ao centro de custo internação relativos aos procedimentos de enfermagem em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Componentes	Jan	Fev	Mar	Abr
Energia elétrica	0,11	0,10	0,10	0,12
Central de material	1,57	1,54	1,54	1,55
Manutenção	1,14	0,97	1,06	0,70
Limpeza	2,88	2,88	4,17	1,87
Total	5,70	5,49	6,87	4,24

Os valores encontrados na tabela 6 são percentuais do total geral dos gastos ocorridos com energia elétrica, manutenção, limpeza e na central de material.

Os valores referendados têm variações para cada procedimento de acordo com o tipo de material esterilizado no hospital e aí utilizado, bem assim como o tempo consumido na execução de cada um deles. O valor da energia elétrica é dados em

minutos e o relativo à limpeza e manutenção tem como base de cálculo o espaço físico, em metros quadrados.

Produção dos custos dos procedimentos de enfermagem

A análise, a seguir, diz respeito à produção dos custos dos procedimentos de enfermagem, identificados com base no conhecimento dos “drivers”.

Tabela 7 - Custo médio dos procedimentos de enfermagem: valores gastos em reais em um Hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Procedimentos	Pessoal	Materiais	Custos indiretos	Total
Incisão aberta	2,44	7,57	6,30	16,31
Incisão fechada	5,04	5,27	6,28	16,60
Drenag. de tórax	6,94	12,05	6,85	25,84
Sondag. Vesical	4,65	9,31	7,35	21,31
Sond. Nasogást.	5,93	2,66	5,18	13,77
Lavag. Gástrica	6,24	4,17	7,12	17,53
Lav. Colostomia	7,67	8,50	7,12	23,29

Os dados visualizados na tabela 7 estão sendo apresentados, valores relativos à discriminação das despesas correntes realizadas na execução dos procedimentos de enfermagem estudados, que por si só já espelham a realidade e a informação necessária para se concluir a apropriação dos custos destes procedimentos.

Analisando ainda a tabela 7 observa-se um aumento mensal gradativo no custo final do procedimento, mas sem o aparecimento de picos significativos. Ao verificar o custo despendido com pessoal, percebe-se que este não acompanha a ascensão dos outros elementos. A queda apresentada no decorrer dos meses de março e abril deve-se à diminuição do tempo consumido para a execução do procedimento.

Comparativos dos custos dos procedimentos de enfermagem

Concluída a análise do conjunto dos procedimentos desempenhados pelas enfermeiras e dos seus respectivos valores, o passo seguinte do estudo se encaminha para as repercussões destes valores ao repasse do órgão financiador, mantenedor da unidade

hospitalar no qual o mesmo foi realizado. Ao se inserir a enfermagem em um hospital burocrático conhecendo os custos dos procedimentos, parece útil procurar a concretização destes dados através da relação com a realidade da instituição onde foi realizado o estudo, que seria a repercussão dos custos dos procedimentos de enfermagem como referendou o repasse do SUS (órgão financiador).

Tabela 8 - Valor em reais da diária do paciente de acordo com o diagnóstico em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnóstico	Valor do repasse	Total de diárias	Valor diária
Apendicectomia	120,83	3	49,27
Laparotomia	70,01	5	34,01
Hemor. Digestiva	82,77	3	27,59
Toracotomia	200,73	5	40,14
Limpeza Cirúrgica	193,57	6	32,26
Herniorrafia	130,11	2	65,05

Fonte: SIA/SUS

Tabela 9 - Frequência dos procedimentos de enfermagem em pacientes com diagnósticos determinados, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnóstico	Procedimentos								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Apendicectomia	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Laparotomia	-	3	-	-	-	1	1	1	1
Limpeza Cirúrgica	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Herniorrafia	-	-	2	-	-	-	-	-	-
Toracotomia	-	-	2	-	-	1	-	-	1
Hemorragia Digestiva	-	-	-	-	-	-	1	1	1

Verifica-se na tabela 9 a frequência dos procedimentos de enfermagem nos pacientes que receberam os diagnósticos determinados pelo estudo e já citados anteriormente.

A escolha destes diagnósticos foi feita com o intuito de limitar o estudo. Percebe-se que os pacientes com diagnóstico de laparotomia exploradora possuem uma frequência maior de

procedimentos de enfermagem executados, seguidos de pacientes com diagnóstico de toracotomia, herniorrafia, limpeza cirúrgica.

Tabela 10 - Relação do quantitativo dos procedimentos de enfermagem com valor da diária (em R\$) paga pelo órgão financiador, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnóstico	Quantidade de Procedimento	Valor total dos Procedimentos	Valor Diárias	Valor Total
Apendicectomia	3	49,11	40,27	121,95
Limpeza Cirúrgica	2	49,80	32,26	146,42
Laparotomia Explo.	7	37,07	34,01	108,99
Hemorragia Digest.	2	27,08	27,59	98,15
Toracotomia	4	42,44	40,14	105,72
Herniorrafia	2	33,20	65,05	51,03

Ao se analisar a tabela 10 convém salientar que os pacientes submetidos à laparotomia exploradora e que apresentam um quadro de abdome agudo, recebem cuidados específicos do enfermeiro pelo grau de comprometimento de sua saúde. Um outro aspecto que chama atenção e que pode ser verificado na tabela, diz respeito aos procedimentos 2 e 3: logicamente, quando um é utilizado o outro não o é; convém lembrar que o hospital em estudo tem como porta de entrada o serviço de emergência, donde a maioria de seus pacientes será de politraumatizados.

A continuidade do estudo se encaminha para a repercussão do valor total dos procedimentos correlacionados ao pagamento da diária do paciente internado.

Através da tabela 11 pode-se inferir a repercussão do valor total dos procedimentos de enfermagem sobre as diárias pagas pelo órgão financiador. O valor total dos procedimentos foi calculado pela média dos quatro meses de coleta. Ressalta-se que o valor da diária não possui alteração nenhuma no decorrer destes mesmos meses. Observa-se que em nove dos quatorze diagnósticos predeterminados, os procedimentos de enfermagem ultrapassam o valor da diária paga. Chama-se aqui a atenção para os valores percentuais encontrados.

Especificamente, os dados encontrados devem ser considerados para avaliação dos elementos utilizados na produção dos custos dos procedimentos, principalmente na aquisição de

material médico-hospitalar, no controle de desperdício, no número de profissionais, sem mencionar valor do repasse feito pelo órgão financiador da saúde, média de permanência do paciente internado, e rentabilidade (lucro líquido do internamento).

Demonstrada a amplitude da repercussão do valor diário dos procedimentos de enfermagem, em relação à diária paga pelo órgão financiador, reconhece-se a existência de um descompasso entre o valor pago com a assistência prestada ao paciente, já que neste estudo ficam excluídos os gastos com medicações, com a nutrição e a fisioterapia; os custos de todos os procedimentos relativos à equipe não-médica são pagos com o valor do repasse da diária. Pacientes com diagnóstico de limpeza cirúrgica, apendicectomia, laparotomia exploradora, toracotomia, se forem assistidos adequadamente trazem prejuízos à instituição de saúde. Procedimentos como herniorrafia, não trazem prejuízos. Nenhum paciente acompanhado no estudo gerou “superávit” para o hospital.

Tabela 11 - Comparação dos valores (em R\$) dos procedimentos de enfermagem na diária do paciente segundo diagnóstico, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Procedimento	Valor real (1)	Valor da diária (2)	% ((1)/(2))x100
Curativo aberto	16,31	34,01	47,95
Incisão fechada	16,6	65,05	25,51
Drenagem de tórax	25,84	40,14	64,37
Sondagem vesical	21,31	38,34	55,29
Sondagem nasogástrica	14,93	16,99	87,87
Lavagem gástrica	17,47	16,99	102,8
Lavagem pela colostomia	23,31	34,01	68,53

Fonte: tabelas 3 e 6

A tabela 11 mostra a repercussão do valor individual de cada procedimento na diária paga pelo sistema de financiamento. Observa-se que este comprometimento varia de 25,51 a 102,8% do valor da diária.

O procedimento drenagem de tórax, apesar de arcar com 64,37% do valor total da diária paga (valor do primeiro procedimento executado), tem nas diárias subsequentes esse valor

reduzido em 21%, face à desnecessidade do uso do sistema de drenagem de tórax e sim apenas a troca do coletor.

5 Conclusão

O custo final dos procedimentos de enfermagem foi resultado da soma das despesas com pessoal, material de consumo e outras despesas classificadas como custos indiretos dos procedimentos.

Conclui-se que o hospital chega a ter um prejuízo de mais de 100% do valor do repasse das diárias de pacientes que necessitam da realização do procedimento lavagem gástrica. Também apresenta prejuízo nos repasses referentes a drenagem de tórax, laparotomia exploradora, hemorragia digestiva, apendicectomia. Os únicos procedimentos que não trazem prejuízo ao hospital são as herniorrafias. Percebe-se o porque da não aceitação de pacientes que necessitam de assistência de enfermagem com procedimentos de lavagem gástrica, sondagem gástrica, entre outros.

O procedimento metodológico utilizado permitiu que fosse ampliada a visão do processo, possibilitando identificar a sua significância quantitativa aliada a aspectos administrativos e contábeis, dentro do contexto local do estudo. A observação dos detalhes, através da criação dos descritivos, deu vez a fosse percebido que a padronização dos procedimentos de enfermagem levou à simplificação das tarefas que envolvem cada procedimento, pelo que, conseqüentemente, se chegou à redução do desperdício e à contenção e controle dos custos.

É de se salientar que a realização deste estudo esclareceu, de modo mais consistente, como realmente funcionam as coisas na prática, contribuindo da produção de transformações concretas.

Diante dos resultados obtidos ao se constatar a repercussão dos custos dos procedimentos de enfermagem, com base no repasse relativo ao pagamento da internação hospitalar, através do órgão financiador, conclui-se ser de importância tanto a sua identificação quanto o seu controle.

Vale ser dito que foram ainda levantados alguns questionamentos dos valores de procedimentos de enfermagem,

dentro os quais o que afasta o profissional da área de saúde de ter interesse em conhecer o valor real do seu trabalho e qual o motivo da não incorporação ao valor do pagamento da A.I.H. (Autorização de Internação Hospitalar) das atividades executadas por todos os profissionais.

Gerenciar um sistema de custos hospitalares implica reconhecer a complexidade crescente da instituição, sua burocratização, a incorporação de novas tecnologias, novas técnicas no assistir, o surgimento de novas categorias que não cuidam propriamente do assistir, mas da produção intermediária, a existência de conflitos decorrentes desta complexidade, e, logicamente, da forma de financiamento do sistema de saúde.

O sistema de prestação de serviços de saúde do país é um complexo heterogêneo que tem incorporado à sua prática serviços gratuitos, hoje pagos pelo Governo Federal responsável pelo repasse aos Estados e Municípios de quantias irrisórias que, em termos econômicos, não representam o valor de pagamento do mercado. Essa transação fora das leis de mercado, isto é, gerando atendimento de uma demanda sem suporte financeiro, tem levado as instituições de saúde ao fechamento de suas portas.

6 Referências

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1996.

DUARTE DE ARAÚJO, J. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. **Rev. Adm. Pública**, 9: 229 - 38, Rio de Janeiro, 1977.

ESTEVES, M.J.V. **A utilização dos custos hospitalares em hospitais paulistas: um estudo preliminar**. São Paulo, 1992, Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

LEONE, G.S.G. **Custos: planejamento, implantação e controle**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

MÉDICI, A.C. Financiamento das políticas de saúde do Brasil. **Boletim Panamericano de Saúde**, 103 (6): 43, 1987.

MÉDICI, A.C. Financiamento e a contenção de custos nas políticas saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Rev. Planejamento e Políticas Públicas**, n.4, 1990.

MÉDICI, A.C.; MARQUES, R.M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo: (5) 66, 1996.

RUDIO, F.V. **Pesquisa descritiva e pesquisa experimental**. in: Introdução ao projeto de pesquisa científica. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1979, cap.5, p. 55 – 69.

SMITH, D. Organizational theory and the hospital **J. Nurse Adm.**, n.4:103, 1997.

11 Custos de Procedimentos de Enfermagem em Cirurgia Traumatológica em um Hospital da Rede Municipal

*Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

1 Introdução

Comprometidos com as funções básicas de todo o hospital, cada vez mais foi sentida a necessidade do desenvolvimento e aplicação de novas teorias administrativas, que proporcionassem melhores controles, minimizassem os custos, sem perder a qualidade na assistência prestada ao paciente.

Os aspectos econômicos do sistema de atenção de saúde se convertem em problema de grande relevância. Estes problemas têm por base o descontrole dos custos.

No contexto da administração hospitalar pública, o componente CUSTO, adquire especial relevância, na medida em que enfoca o repasse de verbas com base nas AIH (Autorização de Internações Hospitalares).

MÉDICI (1987, p.23) afirma que os mecanismos financeiros que sustentam as ações de saúde no Brasil não sofreram grandes modificações nos últimos anos o que nos permite avaliar sua atuação, sua constituição, seu apogeu e sua crise.

As despesas produzidas na assistência médico-hospitalar em Unidades de Internação superam os repasses realizados pelo órgão financiador da saúde. A averiguação dos custos torna-se imprescindível para servir como parâmetro de negociação e utilização racional dos recursos repassados

Alguns estudiosos das ciências econômicas enfatizam que o setor saúde tem se afastado de qualquer modelo econômico viável, principalmente devido a algumas características, como por exemplo, a inexistência de um modelo de informação adequada, a distinção entre agente pagador e usuário, a multiplicidade de produtos, que dificultam a determinação do custo unitário de cada serviço.

A respeito da questão, as tendências mais modernas da administração têm desenvolvido suas bases estratégias de mercado de trabalho, aperfeiçoando os sistemas de informatização, os princípios administrativos moldados em melhoria contínua de qualidade de organização e método, colocando assim, em evidência, o profissional administrador e o conhecimento e controle do componente custo.

Conforme RODRIGUES (1983: p.74): “os gastos de medicina curativa estão alcançando cifras elevadíssimas nos últimos anos”. Não obstante, deixou de ocorrer aumento de investimentos. RODRIGUES (1983) leva em consideração, para tanto, o desenvolvimento tecnológico, a sofisticação dos materiais médico-hospitalares, a falta de controles eficazes e, conseqüentemente, a falta de qualidade dos serviços. Daí, a citação de JOHNSON (1979: p.83):

As preocupações com os custos crescentes da área da saúde e particularmente de hospitais, suscitam a adoção de estratégias de controle cada vez maiores, no sentido de garantir a maior viabilidade destas instituições, assegurando conseqüentemente o direito à toda população de atendimento de saúde num contexto de eficiência e eficácia.

Torna-se, portanto, cada vez mais clara e urgente a necessidade de se empreender esforços no sentido de promover novas formas de administrar, identificando e “priorizando” estratégias necessárias para o estabelecimento de sistemas que viabilizem uma utilização mais racional dos recursos financeiros.

Em inúmeros estudos, torna-se evidente a falta de detalhamento referente aos procedimentos, visto que o órgão financiador faz repasses de custeio à rede de saúde, através do custeio de internações hospitalares, pago através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), emitida pelo Ministério da Saúde, sob controle dos Estados, que deveriam repassar 80% destas autorizações para a gestão dos Municípios, juntamente com os repasses dos custeios ambulatoriais, pagos através da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), variável para cada região, de acordo, unicamente, com o quantitativo da população. Embora seja percebido

que a análise do repasse não se faz dentro da perspectiva de uma ordem epidemiológica, talvez demográfica, torna-se difícil não incitar críticas, onde DUARTE DE ARAÚJO (1977, p. 229), entende:

A epidemiologia, como um instrumento técnico capaz de estabelecer diagnósticos e desenvolver um diálogo lógico entre saber científicos, saber social, com a determinação de gerar políticas que levem ao bem-estar social.

As despesas produzidas na assistência médico-hospitalar em Unidades de Internação superam os repasses realizados pelo órgão financiador da saúde. A averiguação dos custos torna-se imprescindível para servir como parâmetro de negociação e utilização racional dos recursos repassados.

Por ter a enfermagem o maior contingente de recursos humanos dentro da instituição hospitalar e ser a equipe que mais realiza ações junto ao paciente, faz-se necessário desenvolver o estudo sobre os custos dos procedimentos de enfermagem, dada a sua importância para áreas administrativo-financeiras, bem assim técnica, servindo esta como pré-requisito para tantas outras metodologias, a exemplo de estudo de padronização de técnicas, processos e análises dos custos de manutenção de uma unidade de internação.

Os dados a respeito de receitas, despesas, custos e investimentos nas instituições hospitalares não são, na grande maioria, disponíveis, levando a administração ao não conhecimento dos cálculos sobre retornos dos investimentos. BITTAR (1996, p. 137) informa:

[...] que o retorno dos investimentos na área hospitalar gira em torno de 10% a 15% ao ano, desde que a receita seja baseada sobre pagamento de pacientes particulares, cooperativas médicas, medicina de grupo, planos de autogestão e administração.

Efetivamente, a área de custos passa a ser uma compiladora de informações fornecidas e/ou utilizadas por seu maior especialista,

o usuário. Ao gestor de custo, caberá o papel de disseminador da cultura de custos por toda a organização.

As decisões que as informações de custos subsidiam podem significar o verdadeiro sentido do sucesso de uma organização. O grande desafio da gestão de custos será a mudança de foco: ao invés de relatar fatos ocorridos, deverá monitorar as ações necessárias para alcance de metas futuras.

GANTZEL & ALLORA (1996, p.13) citam que:

A ferramenta custo está intimamente relacionada ao preço dos produtos e serviços da empresa, daí a necessidade de visão de mercado, onde esta terá cada vez mais importância dentro das empresas. [...] um sistema de custos poderá ser plenamente utilizado enquanto ferramenta se atender às necessidades de conhecimentos das atividades – fins de uma empresa.

Para assegurar o funcionamento adequado desta instituição hospitalar complexa faz-se necessário a busca do aperfeiçoamento dos métodos dos processos de trabalho, determinando assim a substituição de métodos empíricos e cientistas mesmos nas menores tarefas. Com a preocupação de estabelecer processos uniformes, criou-se a padronização destes, com estudos de tempo e movimentos nas realizações de técnicas e ações, a definição de funções, a hierarquização, observando as igualdades de condições, com uma perspectiva formal e técnica, levando sempre à racionalidade. O estudo procurou calcular o custo real dos procedimentos de enfermagem envolvidos na assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias traumatológicas que é de extrema importância para o controle de qualidade desta, como também serve de modelo para se calcular qualquer outros, tentando focalizar as causas dos custos elevados das internações cirúrgicas, propiciando assim bases científicas para tomadas de decisões no que se refere a planejamento, organização, controle e avaliação dos processos ocorridos nestas unidades.

2 Objetivos

2.1 Geral

Analisar os custos dos procedimentos de enfermagem, realizados no pós-operatório de cirurgia traumatológica, com base no método ABC.

2.2 Específicos

1. Identificar as atividades de enfermagem envolvidas no processo de assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias traumatológicas
2. Verificar os testes dos ciclos dos processos de trabalho de enfermagem no processo de assistência à saúde de pacientes internados e que se submeteram a cirurgias traumatológicas
3. Calcular os custos diretos das atividades envolvidas na assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos traumatológicos

3 Metodologia

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa exploratória descritiva, que tem como finalidade identificar, registrar e avaliar os fenômenos levantados sem a interferência do pesquisador, tendo como referencial teórico a contabilidade de custos, por se enquadrar muito bem dentro da realidade do estudo que se quer retratar.

Segundo RUDIO (1979: p.56): “a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descreve-los, classifica-los e interpretá-los”.

Segundo LEONE (1989), contabilidade de custos é o ramo da função financeira que coleta, acumula, organiza, analisa, interpreta e informa os custos dos produtos, dos serviços, dos estoques, dos componentes operacionais e administrativos, dos planos operacionais, dos programas, das atividades especiais e dos segmentos de distribuição para determinar a rentabilidade e avaliar o patrimônio da empresa para controlar os próprios custos e as operações, e para auxiliar no processo de planejamento e tomada de decisões.

A escolha do método ABC, para utilização do cálculo dos custos dos procedimentos de enfermagem, deve-se ao fato de que ele permite melhor cálculo dos custos dos produtos, servindo de base aos esforços de redução de custos atrelados à qualidade, dando ênfase à importância do usuário. Além disso, apóia os esforços de aperfeiçoamento dos processos do negócio, e prepara a empresa para novas formas de negociação, ao exemplo do “Capitation” e o “Managed Care”.

O método ABC determina como as atividades consomem recursos e como os produtos ou serviços consomem atividades.

Seu início se dá com determinação dos custos das atividades, o CUSTEIO DO PROCESSO para depois alocar os custos das atividades aos produtos/serviços, o CUSTEIO DOS PRODUTOS.

O universo do estudo é composto por procedimentos realizados por enfermeiras assistenciais, pertencentes ao quadro funcional da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), em pacientes internados em uma unidade hospitalar de emergência da rede municipal, distrital, de atendimento secundário, com capacidade de 50 leitos. O hospital em referência encontra-se localizado em uma região de extrema pobreza, sem infra-estrutura sanitária adequada, com uma população analfabeta, sem qualificação de mão de obra, em grande parte oriundas de migração contínua do interior, quadro este mais acentuado em 98, em da seca que castiga o Estado. Vale frisar que os atendimentos realizados nesta unidade são procedimentos gerais de cirurgia, clínica médica e pediatria, sem atendimentos de outras especialidades.

O local de pesquisa eleito foi a unidade de internação por ser o centro de custo onde a enfermeira mais executa procedimentos especializados de enfermagem.

3.1 Amostra

Foram determinados alguns critérios para facilitar o processo da seleção da amostra dos sujeitos compreendidos no estudo e da seleção dos procedimentos que serviram de base para o custeio, considerando os procedimentos do estudo foram eles: incisão aberta

(1), incisão fechada (2), sondagem vesical (3), curativo traumatológico (4), perfazendo um total de 68 procedimentos.

Estes procedimentos foram mensurados em internados no período da coleta. Para minimizar as variáveis intermitentes, houve necessidade de selecionar os pacientes através do diagnóstico, conforme tabela a seguir. Vale salientar que o repasse do órgão financiador para pagamento da assistência prestada é feito através do sistema de apuração de custos, com base em diagnóstico, utilizando códigos existentes da Classificação Internacional de Doenças (CID). De tal forma, uma doença é associada a um conjunto de procedimentos (diagnóstico, clínicos, cirúrgicos) necessários a seu tratamento, conforme (MÉDICI 1996). De princípio, o órgão financiador repassa os recursos para o Fundo Municipal de Saúde e só depois estes são repassados aos hospitais.

Foram classificados pacientes com os seguintes diagnósticos:

Tabela 1 - Número de pacientes assistidos por Enfermeiros distribuídos por diagnóstico em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnósticos	Meses				Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	
Limpeza cirúrgica	12	16	14	14	56
Tratamento cirúrgico de osteomielite	3	4	3	6	16
Redução cirúrgica de fratura de tíbia	8	10	12	9	39
Amputação a nível de pé	2	3	2	2	9
Total	25	33	31	31	130

Fonte: SAME

A amostragem selecionada foi utilizada com o intuito de medir com mais precisão, o objeto do estudo, englobando os custos dos procedimentos de enfermagem.

3.2 Coleta de Dados

A restrição da coleta de dados ocorridos nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril se deveu ao fato de que para cálculo dos custos dos procedimentos de enfermagem é necessária a utilização dos custos gerais já calculados pela unidade hospitalar em

estudo; os meses subsequentes, não foram consideradas, posto não ter o setor de finanças ainda compilado os dados exigidos. Além disso, os meses eleitos representam um terço do ano, sendo dois meses tidos como normais (março e abril) e dois meses atípicos (janeiro e fevereiro) por conta de férias, carnaval e outras intercorrências.

Entraram no estudo os procedimentos realizados em pacientes admitidos no período de 02 de janeiro a 30 de abril de 1998. Os pacientes que permaneceram após esta data tiveram acompanhamento até sua alta e também entraram no estudo. Salienta-se, por oportuno, que os pacientes que ainda se encontravam internados, mas com admissão anterior ao período do estudo foram excluídos.

“A priori”, foi elaborado um instrumento capaz de quantificar os gastos dos procedimentos de enfermagem através do registro de utilização de materiais de consumo, equipamento e tempo despendido em cada procedimento. Dito formulário foi anexado ao prontuário do paciente, sendo preenchido por enfermeiros que executaram os procedimentos.

Após a alta do paciente, os dados registrados, relativos aos procedimentos executados, foram organizados em planilha. Para complementação dos dados coletados e compilados na planilha, foram investigados e analisados os registros feitos no prontuário por enfermeiras, em relação às atividades que são de interesse do estudo.

3.3 Análise dos Dados

A análise foi realizada de forma descritiva. Para facilitar a leitura e compreensão do estudo, os dados foram agrupados e apresentados em tabelas e figuras, segundo os quais foram feitas as análises estatísticas.

Para análise e cálculo dos custos foi utilizado, como base do estudo, o CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADES (ABC), apurando e controlando custos reais do procedimento, procurando relacionar recursos consumidos com atividades executadas. Em virtude da inexistência de um método, com enfoque hospitalar, procurou-se criar um processo que contemplasse o objeto do estudo.

O processo ocorreu em duas fases: na primeira, foram determinadas a classificação e a identificação das atividades de cada procedimento e, na segunda fase, foram feitas as medições das atividades executadas.

Na primeira fase, após identificadas as tarefas e seqüências das atividades de cada procedimento, foram os dados processados através de “driver” aqui denominados de descritivos. Com base nos descritivos foram encontradas e analisadas as fases da execução dos procedimentos que são: preparo, execução e término. Os descritivos auxiliaram na identificação dos geradores de custos.

Em todas as fases foram identificados, como geradores de custo, o tempo despendido em cada procedimento e o material de consumo utilizado; como custos indiretos, foram identificadas as atividades de apoio necessárias para a execução do procedimento (área física, energia elétrica, esterilização de material, manutenção de equipamentos).

Na segunda fase do processo, após identificação dos geradores de custo, foi realizada a identificação dos custos de cada procedimento, levando em conta os recursos (o que foi gasto), os procedimentos (onde foi gasto) e os objetos de custo (para que foi o gasto).

Foi identificado o tempo consumido em cada procedimento e calculado seu respectivo valor, com base nos salários recebidos pela enfermeira, para sua execução. Para se chegar ao valor do minuto pago à enfermeira, foram estabelecidos os seguintes critérios:

4 Resultados

A partir das análises e observações feitas através dos descritivos, foi evidenciado o elemento tempo consumido na realização dos procedimentos (tabela 3), como gerador de custo, portanto de grande relevância no valor final do custo de cada procedimento.

Tabela 2 - Distribuição dos procedimentos de enfermagem segundo tempo (menor, maior, média e mediana), em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Procedimentos	Total	Menor	Maior tempo	Média	Mediana
---------------	-------	-------	-------------	-------	---------

		tempo (min)	(min)		
Incisão aberta	44	15	20	18,2	17
Incisão fechada	26	10	17,5	14,52	13
Curat. Traumatológico	28	12	19	16,45	18
Sondagem Vesical	17	15	23	21,7	20
Total	115	---	---	---	---

As variações ocorridas com o elemento tempo no processo de custo, no procedimento Curativo de incisão fechada com pontos totais ou subtotais, numericamente diferente do procedimento Curativo de Incisão aberta, são devidas ao consumo deste na fase de preparo. A fase de execução do procedimento incisão fechada é simples por não haver limpeza mais profunda e nem rompimento da solução de continuidade da pele ou mucosa, ou de o resultado final do tempo consumido ser praticamente o mesmo.

Observa-se, no entanto, na tabela 3 que valores correspondentes a cada procedimento não se diferenciam significativamente apesar de tecnicamente terem diferenças importantes no que diz respeito ao aprofundamento do conhecimento científico e técnico.

Tabela 3 - Valor médio do tempo despendido nos procedimentos de enfermagem com base no salário do enfermeiro, em um hospital de Fortaleza em Janeiro/Abril, 1998.

Procedimento	Tempo Gasto (min)	Jan (R\$)	Fev (R\$)	Mar (R\$)	Abr (R\$)
Incisão aberta	17	2,33	2,48	2,64	2,33
Incisão fechada	13	5,43	5,43	5,43	3,87
Cur. Traumato.	18	4,39	4,18	4,88	4,18
Sondag Vesical	20	6,05	5,89	6,2	5,58

Os cálculos dos custos de cada procedimento analisado tiveram como elementos os gastos feitos com pessoal, material e os custos indiretos, gastos estes, que foram feitos indiretamente para a ocorrência do procedimento em outros centros de custos e os valores reais repassados.

Para se alcançar o valor dos gastos realizados com material em cada procedimento, foram identificados no formulário do estudo o tipo e o quantitativo de material utilizado. Feita esta identificação,

foi solicitado do setor de compras o valor mensal de cada material, realizada a soma e constatado o valor dos gastos com material mensalmente.

O processo de compras de materiais médico-hospitalar é feito mensalmente através de abertura de licitação, com a participação de dezesseis distribuidoras em média. Como já reportado, o hospital tem como parâmetro de preço para negociação, junto a cada distribuidor que apresentar o menor preço, o Brasíndice, índice nacional de preços de alguns materiais médico-hospitalares. Este índice apresenta o preço máximo que poderá ser repassado ao consumidor. Todos os produtos comprados apresentam registros junto ao Ministério da Saúde. Vale ressaltar que este estudo foi realizado na época em que havia estabilidade da moeda, não havendo, portanto, mudanças significativas nos preços dos materiais utilizados nos procedimentos de enfermagem. Percebe-se através da tabela a seguir apresentada que estas modificações no decorrer dos meses repercute nos valores finais dos custos calculados.

A tabela seguinte norteou o valor dos gastos encontrados em cada procedimento.

Tabela 4 - Valores em reais dos materiais médico-hospitalares utilizados nos procedimentos de enfermagem, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Material	Un	Jan	Fev	Mar	Abr
Sonda de Foley	un	1,48	1,62	1,62	1,62
Sonda Nasogástrica	un	1,08	1,28	1,32	1,32
Soro fisiológico	un	0,54	0,56	0,54	0,54
Gaze hidrófila 7,5 x 7,5	pct.	0,52	0,50	0,74	0,72
Atadura de crepon 10 cm	un	0,28	0,56	0,43	0,70
Esparadrapo	cm	0,14	0,14	0,20	0,19
Máscara	un	0,07	0,08	0,10	0,09
Luva estéril	un	0,43	0,43	0,50	0,56
Seringa 10 ml	un	0,18	0,18	0,18	0,15
PVPI tópico	l	0,92	0,96	0,96	1,08
PVPI degermante	l	1,00	1,02	1,04	1,04
Éter	l	0,92	0,96	0,96	1,08
Lâmina de bisturi	un	1,16	1,58	1,75	1,80
Coletor de urina sist. Fecha.	un	2,60	2,90	2,90	2,90
Bolsa de colostomia	un	0,24	0,23	0,24	0,24
Sist. De drenagem de tórax	un	13,00	12,00	12,60	12,60
Coletor de dreno de tórax	un	2,60	2,90	2,90	2,90
Total	-	29,81	27,48	29,95	30,61

Fonte: Setor de Compras do Hospital.

Já em relação aos custos indiretos foram considerados os gastos com energia elétrica, levando em conta a proporcionalidade do espaço físico em metros quadrados relacionado com o tempo gasto em cada procedimento, o gasto de cada esterilização e sua proporção ao material utilizado, como também limpeza e manutenção conforme tabela 5 abaixo discriminada.

Tabela 5 - Apropriação dos gastos em reais feitos nos custos indiretos em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Componentes	Jan	Fev	Mar	Abr
Energia elétrica	5.658,53	5281,12	5566,57	6000,13
Central de material	2.400,05	2226,62	2112,44	2263,41
Manutenção	451,60	563,28	924,10	657,70
Limpeza	728,30	2156,61	2788,34	2412,00
Total	9.238,48	10.227,63	11.391,45	11.333,24

Os valores parciais relativos ao Centro de Custo Internação foram calculados com base em (FERNANDES, 1993: p.75) que faz aferição mensal com base no valor do metro quadrado por minuto utilizado.

Observando os gastos feitos relativos ao mês de março percebe-se um aumento de 82% nos gastos ocorridos com manutenção. Observa-se também que no mês de fevereiro houve uma redução com os gastos ocorridos na central de material.

Com os valores dos gastos encontrados na tabela 6 os gastos com custos indiretos se apresentaram assim:

Tabela 6 - Apropriação dos custos indiretos proporcionais ao centro de custo internação relativos aos procedimentos de enfermagem, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Componentes	Jan	Fev	Mar	Abr
Energia elétrica	0,11	0,10	0,10	0,12
Central de material	1,57	1,54	1,54	1,55
Manutenção	1,14	0,97	1,06	0,70
Limpeza	2,88	2,88	4,17	1,87
Total	5,70	5,49	6,87	4,24

Os valores encontrados na tabela 6 são percentuais do total geral dos gastos ocorridos com energia elétrica, manutenção, limpeza e com a central de material.

Os valores referendados têm variações para cada procedimento de acordo com o tipo de material esterilizado no hospital e aí utilizado, bem assim como o tempo consumido na execução de cada um deles. O valor da energia elétrica é dados em minutos e o relativo à limpeza e manutenção tem como base de cálculo o espaço físico, em metros quadrados.

Produção dos custos dos procedimentos de enfermagem

A análise, a seguir, diz respeito à produção dos custos dos procedimentos de enfermagem, identificados com base no conhecimento dos “drivers”.

Tabela 7 - Custo em reais do procedimento curativo traumatológico, em um hospital de Fortaleza - Ceará, 1998.

Elementos \ Meses	Jan		Fev		Mar		Abr		V. Médio
	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	
Material	6,38	38,73	7,65	43,63	7,82	41,64	8,48	42,57	7,58
Pessoal	4,39	26,65	4,39	25,04	4,18	22,25	4,18	20,98	4,28
Custos Ind.	5,70	34,62	5,49	31,33	6,78	36,11	7,26	36,45	5,55
Total	16,47	100	17,53	100	18,78	100	19,92	100	17,41

Os dados visualizados na tabela 7 como nas demais tabelas a seguir apresentadas, relativas à discriminação das despesas correntes realizadas na execução dos procedimentos de enfermagem estudados, por si só já espelham a realidade e a informação necessária para se concluir a apropriação dos custos destes procedimentos.

Analisando ainda a tabela 7 observa-se um aumento mensal gradativo no custo final do procedimento, mas sem o aparecimento de picos significativos. Ao verificar o custo despendido com pessoal, percebe-se que este não acompanha a ascensão dos outros elementos. A queda apresentada no decorrer dos meses de março e abril deve-se à diminuição do tempo consumido para a execução do procedimento.

Tabela 8 - Custos em reais do procedimento curativo incisão aberta, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Elementos \ Meses	Jan		Fev		Mar		Abr		Média
	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	
Material	6,64	45,26	7,41	48,18	7,9	45,61	8,33	46,48	7,57
Pessoal	2,33	15,88	2,48	16,12	2,64	15,24	2,33	14,27	2,44
Custos Ind.	5,70	38,86	5,49	35,7	6,78	39,15	7,26	39,25	6,30
Total	14,67	100	15,38	100	17,32	100	17,92	100	16,31

Ainda em relação às informações da tabela 9, é interessante destacar que a redução dos custos ocorridos com pessoal está proporcionalmente justificável pela redução do tempo despendido na execução do procedimento.

Com respeito, mais uma vez, à tabela 9, convém ser dito, que ao comparar o custo final no decorrer dos quatros meses do estudo a relação entre material, pessoal e custos indiretos percentualmente permanece a mesma.

Tabela 10 - Custos em reais do procedimento curativo de incisão fechada com pontos totais ou subtotais, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Meses Elementos	Jan		Fev		Mar		Abr		Média
	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	
Material	4,00	26,43	5,27	32,55	5,72	32,74	6,12	34,73	5,27
Pessoal	5,43	35,88	5,43	33,54	5,43	31,08	3,87	21,96	5,04
Custos Ind.	5,70	37,69	5,49	33,91	6,32	36,18	7,63	43,31	6,28
Total	15,13	100	16,19	100	17,47	100	17,62	100	16,60

Diante dos resultados encontrados na tabela 10, vale questionar a queda de aproximadamente 30% dos custos com pessoal. Analisando os prontuários dos pacientes que receberam o procedimento, observa-se que todos foram submetidos a cirurgia denominada de laparotomia exploradora, a diferença fica por conta do diagnóstico de entrada destes pacientes, uma vez que no decorrer dos meses de janeiro, fevereiro e março, 72% dos pacientes que entraram no estudo, foram acometidos de acidentes automobilísticos, tendo assim como primeiro diagnóstico politraumatismo. Já no correr do mês de abril foram achados 63% dos pacientes com diagnóstico de entrada denominado de abdômen agudo.

Tabela 11 - Custo em reais do procedimento sondagem vesical, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Meses Elementos	Jan		Fev		Mar		Abr		V. Médio
	Jan	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	
Material	8,61	43,14	9,21	42,26	9,58	43,13	9,81	43,17	9,31
Pessoal	4,65	23,30	4,65	22,85	4,65	20,93	4,65	20,47	4,65
Custos Ind.	6,70	33,56	6,49	31,89	7,98	35,93	8,26	36,36	7,35
Total	19,96	100	20,35	100	22,21	100	22,72	100	21,31

Na tabela 11 sobressai o elevado percentual dos gastos ocorridos com material. A princípio, este dado parece natural, se for levado em conta o tipo de material utilizado na realização do procedimento.

Um outro dado que chama atenção na tabela 11 e que parece preocupante, é o baixo valor encontrado nos gastos relativos a pessoal; percentualmente este gasto se dispõe em torno de 21,82% do valor médio do procedimento sondagem vesical. Esperava-se que o gasto ocorrido com pessoal fosse mais elevado nos procedimentos que a rigor requerem um maior conhecimento e técnica do profissional que o executa

Comparativos dos custos dos procedimentos de enfermagem

Concluída a análise do conjunto dos procedimentos desempenhados pelas enfermeiras e dos seus respectivos valores, o passo seguinte do estudo se encaminha para as repercussões destes valores ao repasse do órgão financiador, mantenedor da unidade hospitalar no qual o mesmo foi realizado. Ao se inserir a enfermagem em um hospital burocrático conhecendo os custos dos procedimentos, parece útil procurar a concretização destes dados através da relação com a realidade da instituição onde foi realizado o estudo, que seria a repercussão dos custos dos procedimentos de enfermagem como referendou o repasse do SUS (órgão financiador).

Tabela 12 - Valor em reais da diária do paciente de acordo com o diagnóstico, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnóstico	Valor do repasse	Total de diárias	Valor diária
Red. Cir. Frat. Tíbia	268,43	7	38,34
Amp. A Nível do Pé	99,67	2	49,83
Limpeza Cirúrgica	193,57	6	32,26
Trat. Cir. Osteomielite	268,43	7	38,34

Fonte: SIA/SUS

Tabela 13 - Frequência diária dos procedimentos de enfermagem em pacientes com diagnósticos determinados, em um hospital de Fortaleza - Ceará 1998

Diagnostico	Procedimento			
	1	2	3	4

Trat. Cir. Osteomielite	2	1	1-	-
Limpeza Cirúrgica	-	3	-	-
Red. Cir. Fratura Tibia	1	-	-	-1
Amp. a Nível do Pé		1	-	2-

Verifica-se na tabela 13 a frequência dos procedimentos de enfermagem nos pacientes que receberam os diagnósticos determinados pelo estudo e já citados anteriormente.

A escolha destes diagnósticos foi feita com o intuito de limitar o estudo. Percebe-se que os pacientes com diagnóstico de tratamento cirúrgico de osteomielite possuem uma frequência maior de procedimentos de enfermagem executados, seguidos de pacientes com diagnóstico de limpeza cirúrgica.

Tabela 14 - Relação do quantitativo dos procedimentos de enfermagem com valor da diária (em R\$) paga pelo órgão financiador, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Diagnóstico	Quant. de Proced.	Valor Total dos Proced.	Valor Diária	Valor Total
Trat. Cir. Osteomielite	3	34,82	38,34	90,81
Red. Cir. Frat. Tíbia	2	34,82	38,34	90,81
Amp. a Nível do Pé	2	34,82	49,83	69,87
Limpeza Cirúrgica	2	49,80	32,26	146,42

Ao se analisar a tabela 10 convém salientar que os pacientes submetidos à laparotomia exploradora e que apresentam um quadro de abdome agudo, recebem cuidados específicos do enfermeiro pelo grau de comprometimento de sua saúde. Um outro aspecto que chama atenção e que pode ser verificado na tabela, diz respeito aos procedimentos 2 e 3: logicamente, quando um é utilizado o outro não o é; convém lembrar que o hospital em estudo tem como porta de entrada o serviço de emergência, donde a maioria de seus pacientes será de politraumatizados.

A continuidade do estudo se encaminha para a repercussão do valor total dos procedimentos correlacionados ao pagamento da diária do paciente internado.

Através da tabela 11 pode-se inferir a repercussão do valor total dos procedimentos de enfermagem sobre as diárias pagas pelo

órgão financiador. O valor total dos procedimentos foi calculado pela média dos quatro meses de coleta. Ressalta-se que o valor da diária não possui alteração nenhuma no decorrer destes mesmos meses. Observa-se que em nove dos quatorze diagnósticos predeterminados, os procedimentos de enfermagem ultrapassam o valor da diária paga. Chama-se aqui a atenção para os valores percentuais encontrados.

Especificamente, os dados encontrados devem ser considerados para avaliação dos elementos utilizados na produção dos custos dos procedimentos, principalmente na aquisição de material médico-hospitalar, no controle de desperdício, no número de profissionais, sem mencionar valor do repasse feito pelo órgão financiador da saúde, média de permanência do paciente internado, e rentabilidade (lucro líquido do internamento).

Demonstrada a amplitude da repercussão do valor diário dos procedimentos de enfermagem, em relação à diária paga pelo órgão financiador, reconhece-se a existência de um descompasso entre o valor pago com a assistência prestada ao paciente, já que neste estudo ficam excluídos os gastos com medicações, com a nutrição e a fisioterapia; os custos de todos os procedimentos relativos à equipe não-médica são pagos com o valor do repasse da diária. Pacientes com diagnóstico de limpeza cirúrgica, apendicectomia, laparotomia exploradora, toracotomia, se forem assistidos adequadamente trazem prejuízos à instituição de saúde. Procedimentos como herniorrafia, não trazem prejuízos. Nenhum paciente acompanhado no estudo gerou “superávit” para o hospital.

Tabela 15 - Comparação dos valores (em R\$) dos procedimentos de enfermagem na diária do paciente segundo diagnóstico, em um hospital de Fortaleza – Ceará, 1998.

Procedimento	Valor Real (1)	Valor da diária (2)	% ((1)/(2))x100
Curativo aberto	16,31	34,01	47,95
Incisão fechada	16,6	65,05	25,51
Curativo traumatológico	17,41	38,34	45,4
Sondagem vesical	21,31	38,34	55,29

Fonte: tabelas 3 e 6

A tabela 12 mostra a repercussão do valor individual de cada procedimento na diária paga pelo sistema de financiamento. Observa-se que este comprometimento varia de 25,51 a 102,8% do valor da diária.

O procedimento drenagem de tórax, apesar de arcar com 64,37% do valor total da diária paga (valor do primeiro procedimento executado), tem nas diárias subseqüentes esse valor reduzido em 21%, face à desnecessidade do uso do sistema de drenagem de tórax e sim apenas a troca do coletor.

5 Conclusão

O custo final dos procedimentos de enfermagem foi resultado da soma das despesas com pessoal, material de consumo e outras despesas classificadas como custos indiretos dos procedimentos.

Conclui-se que o hospital chega a ter um prejuízo de monta frente ao valor do repasse das diárias de pacientes que necessitam da realização de alguns procedimentos.

O procedimento metodológico utilizado permitiu que fosse ampliada a visão do processo, possibilitando identificar a sua significância quantitativa aliada a aspectos administrativos e contábeis, dentro do contexto local do estudo. A observação dos detalhes, através da criação dos descritivos, deu vez a fosse percebido que a padronização dos procedimentos de enfermagem levou à simplificação das tarefas que envolvem cada procedimento, pelo que, conseqüentemente, se chegou à redução do desperdício e à contenção e controle dos custos.

É de se ressaltar que a realização deste estudo esclareceu, de modo mais consistente, como realmente funcionam as coisas na prática, contribuindo da produção de transformações concretas.

Diante dos resultados obtidos ao se constatar a repercussão dos custos dos procedimentos de enfermagem, com base no repasse relativo ao pagamento da internação hospitalar, através do órgão financiador, conclui-se ser de relevância tanto a sua identificação quanto o seu controle.

Vale ser dito que foram ainda levantados alguns questionamentos dos valores de procedimentos de enfermagem, dentro os quais o que afasta o profissional da área de saúde de ter interesse em conhecer o valor real do seu trabalho e qual o motivo da não incorporação ao valor do pagamento da A.I.H. (Autorização de Internação Hospitalar) das atividades executadas por todos os profissionais.

Coordenar um sistema de custos hospitalares significa reconhecer a complexidade crescente da instituição, sua burocratização, a incorporação de novas tecnologias, novas técnicas no assistir, o surgimento de novas categorias que não cuidam propriamente do assistir, mas da produção intermediária, a existência de conflitos decorrentes desta complexidade, e, logicamente, da forma de financiamento do sistema de saúde.

O sistema de prestação de serviços de saúde do Brasil é um complexo heterogêneo que tem incorporado à sua prática serviços gratuitos, hoje pagos pelo Governo Federal, responsável pelo repasse aos Estados e Municípios de quantias irrisórias, que, em termos econômicos, não representam o valor de pagamento do mercado. Essa transação fora das leis de mercado, isto é, gerando atendimento de uma demanda sem suporte financeiro, tem levado as instituições de saúde ao fechamento de suas portas.

6 Referências

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1996.

DUARTE DE ARAÚJO, J. As peculiaridades do mercado de serviço de saúde. **Rev. Adm. Pública**, 9: 229 - 38, Rio de Janeiro, 1977.

FERNANDES, L.O. **Custo hospitalar**, vol. 1/2 São Paulo: L Impressos Padronizados, 1993.

GANTZEL, G.; ALLORA, V. **Revolução dos custos**. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

JOHNSON, A.C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais**. Trad. Carlos Malferrari et al. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1991.

LEONE, G.S.G. **Custos: planejamento, implantação e controle.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

MÉDICI, A.C.; MARQUES, R.M. Sistemas de Custos como Instrumento de Eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo: (5) 66, 1996.

NOVO DICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 4.ed. Rio de Janeiro, 1990.

RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes: custos de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 4: 74, 1993.

RUDIO, F.V. Pesquisa descritiva e pesquisa experimental. In: **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1979, cap.5, p. 55–69.

12 Avaliação Sistêmica de um Programa de Atendimento Domiciliar: enfoque metodológico no processo saúde-doença

*José Roberto Alves da Costa
Dione Bezerra de Barros
Josefa Vieira de Lima*

1 Introdução

Avaliar significa julgar. Avaliação em saúde é comparar objetivos propostos com resultados obtidos (SILVA; FOMIGLI, 1994). O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passa a desempenhar ações nas áreas da educação, da saúde, do emprego. O Estado, interferindo no mercado, passa a ter necessidade de encontrar meios para assegurar a eficácia dos recursos. Os economistas foram os pioneiros na utilização de métodos para avaliação de custos em programas de saúde. Essas abordagens, com metodologia baseada em variáveis econômicas, mostraram-se insuficientes quando aplicada à saúde. É possível entender que, provavelmente, a complexidade dos condicionantes do processo saúde-doença exigiu outros métodos e técnicas, além da avaliação de resultados baseados no lado econômico. Na tentativa de solução dessa questão, tem-se desenvolvido, a partir dos anos 60, modelos para avaliação sistematizada em saúde, baseados nas ciências econômicas, originados da economia da saúde e nela introduzidos, através de estudos econômicos do setor saúde e seus componentes (DUARTE DE ARAÚJO, 1975).

A partir dos anos 70, a avaliação em saúde, no Brasil, passou a ser adotada de acordo com métodos e critérios científicos específicos à área da saúde. O custo/benefício passou a ser relacionado com as intervenções terapêuticas, enquanto a qualidade foi inicialmente entendida como melhor balanço entre benefício/risco na utilização de um novo modelo para aferição da qualidade associada com o risco, benefício e custo do cuidado; essa qualidade

foi vista, pois, como um fenômeno complexo associado com os atributos de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, e equidade (DONABEDIAN *et al.*, 1994; DONABEDIAN, 1992). Hoje, na maioria dos países desenvolvidos, há organismos encarregados de fazer avaliação na área sanitária (CHAMPAGNE, 1992).

Com a crise econômica enfrentada por muitos países, resultando em diminuição dos investimentos em políticas públicas, o Estado sente a necessidade do controle dos custos e a racionalização dos sistemas de saúde. No Brasil, na segunda metade dos anos 70, junto à ocorrência do aumento da dívida externa, da crise do petróleo, do fim do milagre econômico e da ditadura militar, do início da abertura política, do começo da nova república, do movimento para eleições diretas, veio a falência total do modelo da saúde. Foram então iniciados os movimentos mais importantes, na década de 80, para a área da saúde: a reforma sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição de 1988. A partir desses movimentos, o Brasil vem experimentando grandes transformações nas práticas e serviços de saúde. Hoje, no Brasil, após a Constituição de 1988, considerando a definição de um conceito ampliado de saúde e a busca para a efetivação da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a avaliação em saúde tornou-se uma necessidade na organização dos serviços de saúde, em todas as esferas de governo. É consenso, entre os estudiosos e técnicos, que os métodos de avaliação no Brasil são pouco utilizados.

As formas de abordagem para fazer essa avaliação apresentam dificuldades metodológicas. Como método para definição de políticas públicas e planejamento, na área da saúde, a avaliação é pouco utilizada. A questão dos métodos de avaliação é tema complexo. A preocupação com a sistematização da avaliação em saúde, no Brasil, tem avançado a partir das estratégias de implantação do novo sistema de saúde. O processo de implantação do SUS tem possibilitado a discussão de objetivos, de prioridades, metas, e de planejamento das diversas práticas e serviços de saúde. Hoje, temas como a qualidade, a humanização e a participação da sociedade, são enfocados na agenda das reuniões dos gestores dos serviços de saúde. A avaliação em saúde possibilita melhor

apreciação das ações nos programas e as necessidades de serviços de saúde. O desenvolvimento dessas novas práticas caminha “pari passu” com a necessidade de organização dos diversos programas de saúde, para o atendimento à população.

A promulgação da Constituição de 88 garantiu a saúde, como um direito de todos e um dever do Estado. Essas transformações políticas, administrativas e legislativas, têm possibilitado mudanças na estrutura sanitária brasileira, permitindo que se modifique a natureza dos planejamentos e das execuções nos programas de saúde. A saúde-doença passou a ser encarada vista como um processo, residindo aí a possibilidade de se trabalhar com um novo modelo de assistência à saúde. Este novo modelo desloca os processos de decisão do centralismo autoritário para o descentralismo democrático, e a questão da assistência à doença passa para o campo da promoção da saúde. O acesso classista evolui para o universal e equânime. É nesse contexto histórico que surgem e tomam impulso os estudos e os tipos de abordagem para a sistematização da avaliação dos serviços de saúde no Brasil. Para SILVA & FOMIGLI (1994), a avaliação em saúde, no Brasil, como componente indispensável no processo de planejamento, é muito lembrada, mas pouco utilizada para definição de tomada de decisões, em se tratando de políticas públicas. Percebe-se que a preocupação dessas autoras é com a complexidade do objeto focado na concepção de saúde, na necessidade dos serviços e ações práticas de saúde.

2 Justificativa

Associados às dificuldades metodológicas e operacionais estão os recursos econômicos e o próprio financiamento. Como gastar o mínimo com eficiência? A economia da saúde é um campo de estudo que avalia todos os custos envolvidos nos serviços de saúde e todos os benefícios atingidos pelas diferentes intervenções terapêuticas. A análise custo-efetividade determina qual ação terapêutica tem menor custo para o mesmo resultado clínico, e se o tratamento mais barato é menos eficaz, em situação em que o incremento de custo não justifica o benefício atingido (ARAÚJO, 1975). Dessa forma o tratamento mais caro propicia um benefício adicional que justifica o incremento de custo? Essa questão torna-se

polêmica e complexa, quando se trata de saúde-doença como um processo. Nesse contexto, pode-se avaliar: custo-benefício, eficiência, eficiência econômica, eficiência técnica, eficiência de gestão, custo-eficácia.

Para a avaliação de custo e benefício, são incluídos os custos diretos, visíveis e invisíveis, os indiretos visíveis, e às vezes, os indiretos invisíveis, por considerar uma maior amplitude de custos e efeitos. Os custos diretos incluem custos hospitalares, custos com a estrutura orgânica funcional (equipe de saúde), custos com medicamentos, testes laboratoriais e exames de diagnósticos. Os custos indiretos, geralmente, incluem os custos com alimentação, estadia e despesas de condução. A análise custo-benefício é de máxima utilidade para avaliar programas de saúde que têm importantes efeitos no desenvolvimento econômico; custo-opportunidade é a avaliação do sacrifício que supõe, em termos de possível solução de outros problemas, a alocação de recursos à atividade escolhida. A eficiência, em geral, é a relação entre os recursos obtidos em uma atividade e os recursos utilizados. A eficiência econômica engloba considerações de oferta e demanda, sendo a produção, ao menor custo social dos bens e serviços, a que mais valoriza a sociedade e a distribuição dos mesmos, de uma forma socialmente ótima. A eficiência técnica é a obtenção de um produto determinado, minimizando os fatores de produção. A eficiência de gestão é a consecução de um produto, minimizando os custos (ARAÚJO, 1975). O conceito de eficiência é diversificado, e quando empregado à saúde, é necessário sua delimitação. Para KNOX (1987), eficiência é a medida da relação entre qualidade e quantidade dos serviços proporcionados e o custo.

Todas essas definições envolvem variáveis econômicas. Na verdade, saúde não tem preço. Há diferenças no conceito de saúde e problemas de interpretação na sua tradução econômica. Na avaliação em saúde, a variável econômica, embora necessária, é apenas um dos componentes da complexa trama de fatores condicionantes e determinantes quando se pretende fazer uma avaliação sistêmica e se considera, para isso, os indicadores da saúde-doença, como um processo. Esse é o enfoque sistematizado na síntese da tríade: estrutura, processo e resultado. Na avaliação das ofertas de serviços,

na área da saúde as práticas e as necessidades dos serviços entram em contradição, quando o resultado que se busca é o enfoque das intervenções, não na doença, mas na saúde-doença, como um processo sistemático de ações.

Para se efetivar a avaliação dos serviços de saúde, no Brasil, o aspecto econômico torna-se relevante, se não prioritário. Assim, mais que um desafio, a tendência a avaliar passa a ser uma imposição, além de necessidade. Ressalta-se que o Brasil, um país com graves problemas de saúde pública e com limitados recursos para atender as necessidades de saúde da população. A OMS recomenda que devem ser gastos 500 dólares por pessoa/ano em saúde, ou 5% do PIB. Do crescente aumento da dívida pública interna e externa, o Brasil gasta 1,27% do PIB (US\$150), quatro vezes menos do valor recomendado pela OMS, ou seja 150 dólares. Na avaliação da OMS/ONU, no ano 2000 foram gastos com saúde no Brasil, US\$210 por habitante/ano. A Austrália gastou US\$1,230 por habitante/ano; a França US\$1,820; e os EUA, gastaram US\$3,310 por habitante/ano¹. Diante desses dados, a discussão quantitativa não basta. Não menos importante, é a avaliação quantitativa e qualitativa e da qualidade da gestão, em todos os níveis. A racionalização, sem critérios técnicos, a incompetência técnica, a incorporação crescente de novas tecnologias, a corrupção, precisam ser considerados, em todos os seus efeitos, e a ineficiência na aplicação de recursos financeiros na área da saúde. Fala-se, para resolução desses problemas, em reformas política, fiscal, do legislativo e do judiciário. No campo da saúde, parece, também, que reformar é preciso.

3 O Contexto da Pesquisa

O modelo hospitalar ainda vigente não tem respondido às necessidades do contexto. Atualmente, é uma realidade, no mundo todo, a mudança na filosofia de tratamento de doenças, tendo como base o tratamento hospitalocêntrico. Desospitalização, humanização no tratamento, internação domiciliar, programa de atendimento domiciliar, “home care”, programa de saúde da família, são temáticas atuais que estão na agenda de discussões do novo milênio. A

¹BETING, J. Economia da saúde. *Jornal o Povo*, 4 nov 2000

avaliação de um programa de saúde, além de uma necessidade, torna-se uma imposição, como já foi dito, e um instrumento importante para a análise de custo-efetividade e para o planejamento de novas ações práticas de intervenção. Atualmente, é consenso, entre especialistas, a preocupação com a avaliação na organização de sistemas e serviços de saúde; essa entretanto, é pouco utilizada em nossas intervenções práticas. A mudança desse modelo passa pela caracterização dos serviços de saúde que envolve o macro e micro-estrutural, enquanto práticas e necessidades de serviços são definidos por limites associados com aspectos éticos, sociais, políticos, econômicos e culturais. O problema está, pois caracterizado em um amplo contexto, pelo que avaliação de um programa qualquer deve ser sistematizada dentro dessa perspectiva. Para isso, foram constituídos os seguintes objetivos: caracterizar o PAD, no contexto do SUS, e avaliar, de forma sistêmica, o PAD.

O Hospital de Messejana (H.M.) é parte integrante e inserida no contexto das intervenções e práticas para o atendimento às das necessidades de saúde da população. O HM está localizado na região metropolitana de Fortaleza-CE, Brasil, conhecido como o Hospital do Coração. O Hospital é gerenciado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), classificado como de grande porte, sendo considerado modelo no tratamento e recuperação de doenças do sistema cardiopulmonar. Todo o processo de tratamento e recuperação no HM é universal e gratuito, realizado através de uma equipe de profissionais especializados. Apesar de ser caracterizado como Hospital de grande porte, a sua capacidade de infra-estrutura de leito hospitalar disponível não consegue atender à demanda, tendo em vista que o atendimento universal e gratuito extrapola o limite territorial de pacientes de outros Estados, e até de outros países. É comum, no dia-a-dia, a superlotação de pacientes nas unidades, o mesmo acontecendo em relação à espera pela disponibilidade de leitos.

Depois da identificação e avaliação dessa problemática de saúde, o HM iniciou em maio de 1996, a implantação do PAD, de forma pioneira, no Estado do Ceará. Após uma análise dos resultados do PAD, junto à SESA, ficou caracterizado que muitas das internações hospitalares poderiam ser abreviadas, desde que para isso

os pacientes contassem com uma infra-estrutura mínima de atendimento no próprio domicílio. Para tentar resolver essa problemática, o HM planejou a execução do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD). Após a implantação definitiva do mesmo no HM, foi procedida uma avaliação dos resultados obtidos à sua conta, tendo, a SESA sugerido a implantação do PAD em outras unidades que passaram, então a adotar esse programa. Atualmente, o PAD já está funcionando nas principais unidades gerenciadas pelo governo do Estado do Ceará. Na SESA, não foram encontrados registros sobre avaliação em saúde de forma sistêmica, baseada em uma teoria. Inserido nesse contexto, o HM tem justificada a prioridade de sua escolha, servindo de parâmetros de objeto, para essa avaliação, os aspectos referentes à estrutura, o processo e o resultado, focalizados no PAD (DONABEDIAN, 1994).

O PAD é um programa que basicamente dá continuidade ao tratamento no domicílio, com o acompanhamento periódico de uma equipe multiprofissional de saúde, composta de médico, enfermeira, assistente social e motorista. Os pacientes que participam do programa residem em Fortaleza e apresentam um quadro clínico estável. Periodicamente, é feita uma avaliação de controle, através da Coordenadoria da Vigilância Sanitária da SESA, através de auditorias. A organização burocrática do PAD dispõe de uma secretária, da coordenação de um médico, de uma direção técnica e de uma assistente social. Todos os componentes da equipe participam das visitas semanais. As reuniões para o planejamento e avaliação das intervenções são periódicas. A discussão nas reuniões é de forma coletiva e democrática entre os componentes da equipe. Os casos clínicos são discutidos, objetivando a solução dos problemas, com o exercício de decisões consensuais e baseadas em princípios legais da ética. As estratégias de intervenção e a operacionalização de cuidados são registradas nos prontuários, segundo as competências técnicas de cada uma das especificidades. São registrados recursos materiais, critérios para alta, etc.. O perfil do paciente é definido segundo as patologias: miocardiopatia dilatada, insuficiência coronariana, deficiência pulmonar obstrutiva crônica, lesões pulmonares residuais, cifoescoliose e patologia de interstício. Periodicamente, é realizada uma reunião com o diretor do HM, para

avaliação do PAD e possíveis tomadas de novas decisões e estratégias de planejamento.

O objetivo geral do PAD é minimizar a superlotação; entretanto, especificamente este programa, como prática de serviço, promove a otimização de leitos e a racionalização dos gastos hospitalares diretos e indiretos; possibilita, ademais, um tratamento mais humanitário no próprio domicílio, diminui, indiretamente a probabilidade de risco de infecção hospitalar, e proporciona cooperação entre os serviços destinados a família e à comunidade.

A filosofia deste trabalho tem possibilitado a integração de saberes e de práticas. À equipe multiprofissional cabe decidir se o paciente enquadra-se no perfil do programa. Esse perfil, por sua vez, utiliza critérios bio-psico-socio-familiares do paciente. O atendimento domiciliar é realizado pela equipe de médicos, enfermeiras e assistentes sociais.

Segundo uma das enfermeiras que prestam assistência domiciliar, junto à equipe do PAD, “esta forma de atendimento possibilita uma visão mais humanizada e integral ao paciente; através de uma interação cordial e solícita, o paciente se sente bem com a nossa visita; nós levamos em conta aspectos culturais e sociais dos pacientes em sua própria casa”. Para essa enfermeira, uma das dificuldades do programa refere-se à distância entre o hospital e a residência do paciente, e ainda, à questão da alta para o desligamento dos pacientes do programa.

Nota-se que após a efetivação da alta, o paciente não é acompanhado, devidamente, pelo serviço de saúde; para ela, seria preciso então que após a alta o paciente tivesse um acompanhamento, ao nível de ambulatório ou de posto de saúde, evitando, dessa forma, novos internamentos.

Este último aspecto mostra a falta de contra-referência no setor de saúde em Fortaleza. Isso reflete a ineficácia do SUS sobre as ações integradas com o município, para atender à demanda de menor complexidade. A análise dessa questão por à mostra a dificuldade de integração das ações situadas nas propostas de municipalização do SUS. Essa questão aparece como um dos problemas a ser enfrentado na prática do PAD.

O contexto em que este programa está inserido, é um exemplo prático e real de que a integração das ações descentralizadas não foi efetivada, ainda, nos níveis estadual e municipal, servindo de exemplo o PAD, na cidade de Fortaleza. Esta forma de abordagem é um processo e não um simples tratamento de uma doença. São formalizados protocolos clínicos, com as normas e rotinas de funcionamento, de acordo com as especificidades técnicas, diagnóstico e as necessidades de cada paciente.

Os níveis de avaliação passam por questões objetivas e subjetivas, em relação aos aspectos qualitativos e quantitativos de qualquer organização de serviço de saúde. A análise econômica é uma variável capaz de permitir o acesso à qualificação e aferição de medidas quantitativas, para avaliação em saúde. As análises dos custos econômicos, em uma intervenção de saúde, são elementos utilizáveis no conjunto das variáveis envolvidas nas condicionantes para avaliação no contexto do processo saúde-doença. A avaliação das variáveis econômicas de um serviço de saúde possibilita a tomada de decisões, o aprimoramento de planejamento e a qualidade dos sistemas de saúde.

O aspecto econômico, na realidade brasileira, é um dos fatores mais reelevantes para a análise de prioridades e planejamento de ações. É, ainda, indispensável, considerando os poucos recursos do SUS, sendo, também um dos indicadores para tomada de decisão, com vistas à solução de alternativas. Para se proceder à análise de estratégia para a tomada de decisão e implantação de uma intervenção (programa), deve ser considerada a avaliação do contexto em que está inserido, ou em que se pretende inserir o programa.

Uma intervenção pode ser feita também a partir da análise de mercado, análise de necessidades, de métodos para determinação de prioridades dentre outras DENIS & CHAMPAGNE (1984). Na concepção de HARTZ (1997), uma intervenção é entendida como um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados em um contexto específico.

4 Material e Método

Por uma questão de rigor metodológico, para efetivar uma avaliação sistêmica do PAD, foi feita uma revisão da literatura dos principais teóricos sobre os métodos de avaliação em saúde. Definiu-se uma base teórica e utilizou-se, como fonte de dados, a estrutura, o processo e o resultado das intervenções práticas do PAD no HM, circunscrito no contexto do SUS. Serve de base para análise e síntese dos dados quantitativos e qualitativos, o entendimento de “intervenção”, a partir da definição teórica de HARTZ (1997): acontece com HM, em que um conjunto pertencente a uma realidade física e social, conforme a que está inserido o PAD. O referencial teórico escolhido para viabilizar a presente avaliação, foi baseado nas considerações do modelo teórico sintetizado por DONABEDIAN (1994).

Esta avaliação não é definitiva e não invalida as limitações feitas. A análise econômica dos custos, em uma unidade coronariana do HM, foi tomada como um dos parâmetros para a comparação na análise de custo-oportunidade: internação e custo das intervenções do PAD.

Os cálculos dos custos com a internação dos pacientes foram obtidos a partir da análise e da soma dos itens da estrutura básica de funcionamento da unidade de internação cardiológica do HM descritos nas tabelas e gráficos que a seguir apresentados. Os custos com a internação foram comparados aos custos proporcionais utilizados no estrutura de funcionamento do PAD, a partir da soma dos gastos dos itens constantes das tabelas e gráficos (1, 2 e 3).

Os custos totais das internações foram comparados com a tabela do SUS, recorrendo à lógica de pagamento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Esta análise foi realizada com o objetivo de demonstrar os custos operacionais, no período de um mês, como demonstrativo de um dos elementos de avaliação e justificativa econômica à implantação do PAD, junto à SESA. Uma população de 105 pacientes diagnosticados com insuficiência coronariana e miocardiopatias foi tomada como base para o cálculo demonstrativo do total dos custos operacionais, com a internação.

Para uma avaliação sistêmica em saúde, a análise do aspecto econômico é apenas um dos elementos do conjunto de fatores que determinam a composição de uma avaliação de dados sistematizados. Esta análise simplificada foi feita apenas para mostrar os custos operacionais de 105 pacientes internados no período de um mês, em uma unidade para recuperação de pacientes portadores de cardiopatias, tomando como receita o pagamento das diárias do SUS.

A análise econômica dos dados foi executada tomando como parâmetro de base, para os cálculos, a tabela de pagamento de dias de permanência pagos na AIH, pelo SUS, considerando-se o pagamento das diárias até o oitavo dia e do oitavo até o trigésimo dia de internação.

A diferença entre os custos operacionais e o faturamento hospitalar foi distribuída conforme as tabelas e os gráficos a seguir, apresentado que mostram as diferenças absolutas e relativas.

A tabela 1 aponta os custos diretos, por pacientes, no período de um mês de internação.

Tabela 1 - Planilha de custos gerais de 105 pacientes internados em uma unidade de cardiologia no HM, durante um mês de internação, em abril de 2000

Item	Custo (R\$)
Pessoal	20.855,32
Exames	46.066,85
Medicamento	2.225,12
Material de almoxarifado	1.591,58
Alimentação paciente/acompanhante	269,85
Energia elétrica	22,43
Água e esgoto	11,40
Telefone	35,11
Serviço terceirizado	737,04
Serviço de lavanderia	574,00
Material de higiene/limpeza	845,72
Total (R\$)	73.234,42
Custo/Paciente/Mês	697,47
Custo/Paciente/Dia	23,25

Analisando o Gráfico 1, oriundo da Tabela 1, verifica-se que 68% de todos os custos são gastos com: exames, pessoal e medicamentos. Destes, 68% R\$ 46.000,00 (67%) são gastos com exames; R\$ 21.000,00 (30%), com pessoal; e apenas R\$3.000,00 (3%), com medicamentos

Gráfico 1: Custos Gerais de 105 pacientes em unidade cardiológica, at

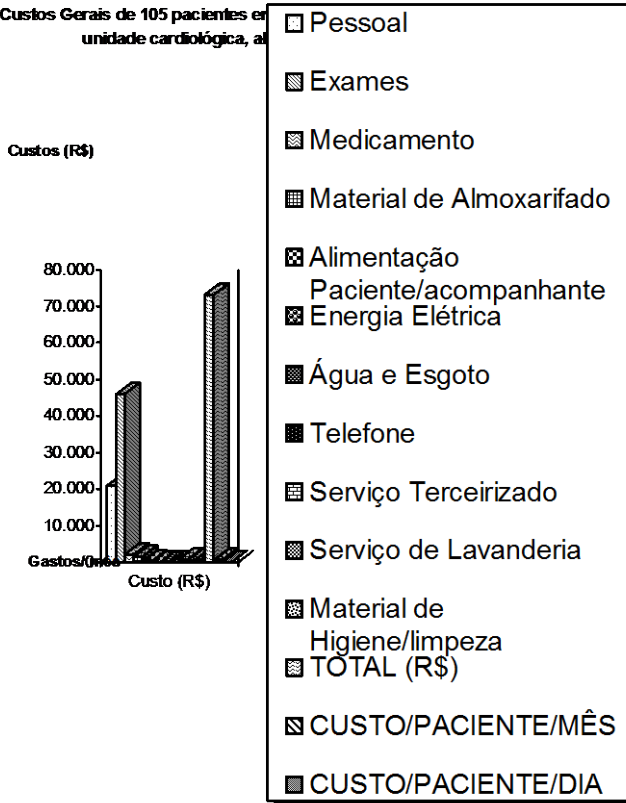


Tabela 2 - Distribuição da progressão dos custos (em R\$), do 1º ao 8º dia de internação

Dia	Custo	Receita	Saldo
1	23,25	103,98	80,73
2	46,50	103,98	57,48
3	69,75	103,98	34,23
4	93,00	103,98	10,98
5	116,25	103,98	-12,27
6	139,49	103,98	-35,51
7	162,74	103,98	-58,76
8	185,99	103,98	-82,01

A tabela 2, que dá origem ao gráfico 2, revela que a função linear (custo x receita) dos gastos aumenta de forma progressiva, do primeiro ao oitavo dia de internação, enquanto que a receita é constante, representada pela linha horizontal contínua. A linha inclinada assinala que os custos aumentam com o passar dos dias de permanência na internação.

Tabela 3 - Distribuição de custos, receita e prejuízo
(em R\$), do 9º ao 30º dia

Dia	Custo	Receita	Prejuízo
9	209,24	119,61	89,63
10	232,49	132,90	99,59
11	255,74	146,19	109,55
12	278,99	159,48	119,51
13	302,24	172,77	129,47
14	325,49	186,06	139,43
15	348,74	199,35	149,39
16	371,98	212,64	159,34
17	395,23	225,93	169,30
18	418,48	239,22	179,26
19	441,73	252,51	189,22
20	464,98	265,80	199,18
21	488,23	279,09	209,14
22	511,48	292,38	219,10
23	534,73	305,67	229,06
24	557,98	318,96	239,02
25	581,23	332,25	248,98
26	604,47	345,54	258,93
27	627,72	358,83	268,89
28	650,97	372,12	278,85
29	674,22	385,41	288,81
30	697,47	398,70	298,77

gráfico 3: distribuição de custo/receita, prejuízo do 9º ao 30º dia de internação, abril 2000

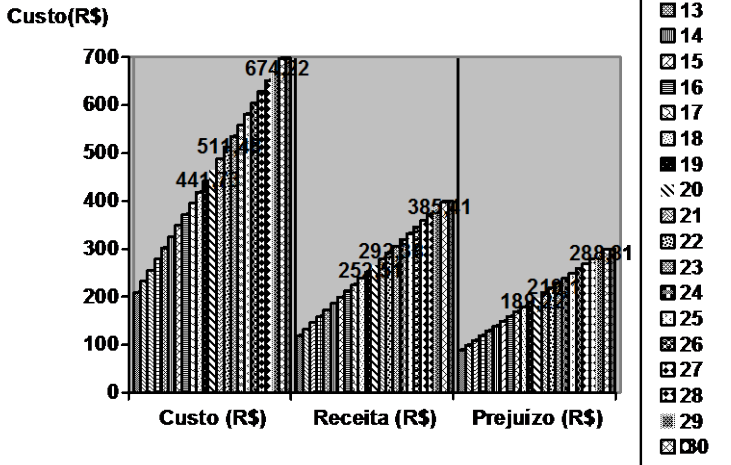
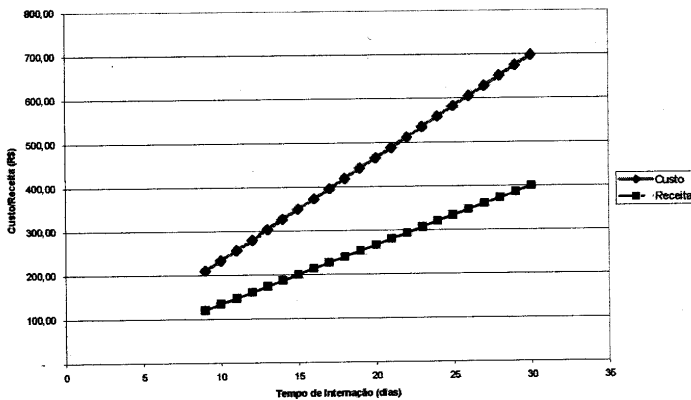


Gráfico 4 Avaliação dos Custos de internação na Unidade Coronariana, para um tempo de internação de 8 a 30 dias



Os gráficos 3 e 4 demonstram que, da diferença entre a receita e custo, do 9º ao 30º dia, os custos e o prejuízo aumentam à proporção que passam os dias da internação. Isso significa que, à

proporção que aumentam os dias de internamento, há um incremento do prejuízo nos custos hospitalares diretos.

Além da redução dos custos diretos, há os custos indiretos não visíveis; com o PAD, diminui a probabilidade do risco de infecção hospitalar, tornando possível a otimização de recursos o aumento da oferta de leitos.

As análises desses custos sugerem que, com essa redução nos gastos, há ganhos indiretos que não são imediatamente visíveis para a família e para os pacientes. Além da redução dos custos diretos, existem os ganhos indiretos não visíveis. Com as intervenções terapêuticas do PAD, ao nível de domicílio, efetivadas por médicos e enfermeiros, diminui a probabilidade do risco de infecção hospitalar, os recursos são a otimização e há aumento de oferta de leitos. As análises dos custos-efetividade e custo- oportunidade, comparados, proporcionalmente, entre os 30 dias de internação, em uma unidade de cardiologia, e os custos econômicos e sociais diretos e indiretos, com o PAD, apontam a possibilidade de uma redução econômica entre 30 e 40%. Na análise comparativa proporcional entre os custos de internação hospitalar dos pacientes internados e os custos dos pacientes em tratamento no PAD, verifica-se uma redução nos custos de até 40%.

5 Discussão do Enfoque Metodológico

A discussão sobre a complexidade da teoria e dos métodos de abordagem, é uma das preocupações mais pertinentes sobre a questão da avaliação na área da saúde, para a tomada de decisão de prioridades políticas públicas de saúde, planejamento de programas, enquanto intervenções práticas e necessidades de serviços de saúde. Ao abordar a questão da avaliação em saúde, verifica-se, através da literatura, as dificuldades metodológicas, e, às vezes, até confusas, para a sistematização desse conhecimento.

Para viabilizar um modelo sistematizado para avaliação de uma prática de saúde, é indispensável uma concepção teórico-metodológica. O referencial teórico escolhido para tornar variável a presente avaliação, é baseado nas considerações do modelo teórico sintetizado por DONABEDIAN (1994). Este modelo, como forma de

avaliação em saúde, é sintetizado na tríade: estrutura, processo e resultado, com enfoque sistematizado nas variáveis determinadas a partir do conjunto de elementos constituintes dessa tríade, em função dos objetivos do programa que se pretende avaliar. Para o autor, a questão da qualidade é um dos aspectos centrais para avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade. A estrutura diz respeito à organização administrativa, às instalações e aos recursos humanos, aos equipamentos e aos insumos, incluindo medicamentos e material de enfermagem. O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas entre profissionais e pacientes, diretamente relacionados com o cuidado, as atividades preventivas, a elaboração de instrumento para roteiro sistematizado de dados para anamnese, o diagnóstico, o tratamento e os procedimentos de reabilitação DONABEDIAN (1994). Os resultados são os efeitos ou impactos que se expressam no nível de saúde do indivíduo ou da comunidade. Para a construção de um sistema ou de um modelo de avaliação, é necessário o uso de processos metodológicos sistematizados, com a prévia definição dos objetivos e análise das variáveis. A gênese do atual conceito de saúde é determinada por um conjunto de fatores biológicos, econômicos, sociais, culturais e psicológicos (BREILH, 1991).

O processo saúde-doença e a análise dos condicionantes deste processo, são tidos como objetos para construir o caminho para a avaliação quantitativa e qualitativa das variáveis. Sobre este aspecto, SILVA & FOMIGLI (1994) referem que as necessidades de saúde possuem significados econômicos, políticos e ideológicos, como parte de uma realidade histórica, que determinam as ações práticas e a necessidade de saúde. A avaliação sistematizada em saúde possibilita a (re)orientação dos recursos e a (re)organização do planejamento de uma intervenção de um programa de saúde. Avaliar é fazer o julgamento dos resultados desejados e os obtidos em uma ação prática. A análise de uma intervenção (programa) consiste em estudar a relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Para a avaliação e análise de um programa, deve-se fazer um julgamento quanto à pertinência de uma intervenção, bem assim sobre estratégias de ação, considerando os objetivos específicos dessa intervenção. Tem-se, como exemplo de uma

intervenção prática, que se a proposta é avaliar a pertinência do programa de atendimento domiciliar dos pacientes portadores de doenças cardiovasculares, deve-se ter, como parâmetros, a identificação de prioridades, os problemas de saúde (e.g. cardiopatias), os recursos disponíveis, o objetivo específico, (nesse caso a modificação de fatores de risco nessa população alvo), as prioridades de escolha das intervenções, dentre as possíveis, e os métodos a serem utilizados. Dessa forma, é feita a avaliação da análise estratégica, através do qual pode-se perceber que estão implícitas, na mesma necessidade desse serviço, e suas práticas. A visão do todo e das partes deve ser, pois, considerada. Aparentemente, essa avaliação pode parecer simples e até reducionista; entretanto, nela estão presentes um contexto e um conjunto de variáveis contidas na tríade: estrutura, processo e resultado.

Os métodos para avaliar a eficácia de um programa podem ser de natureza quantitativa e qualitativa, experimental ou sintética (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1994). Nas análises de custo/benefício, são expressos, em termos monetários, todos os custos da intervenção e todas as suas vantagens. Nas análises de custo/efetividade e de custo- utilidade, os custos são expressos em termos monetários, mas as vantagens são expressas ou por índices reais de resultados (anos de vida ganhos, índices de satisfação, índices de qualidade, redução da dor.), ou pela utilidade que traz a intervenção para aqueles aos quais ela se destina (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1994). As análises de custo/benefício são as mais gerais e mais difíceis de condução na saúde, face ao valor monetário que lhe é atribuído. As análises de custo/ efetividade ou de custo/utilidade, são as mais utilizadas. Consistem em as mesmas comparar os custos de diversas intervenções com sua eficácia nos usuários, ou, ainda, com a utilidade que os usuários retiram da intervenção. CONTANDRIOPOULOS *et al.* (1987) propõem distinguir as avaliações que são baseadas nos métodos, das que são orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida, e os resultados obtidos.

A 11.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em novembro de 2000, incluiu na sua agenda oficial, “ temas alusivos a consolidação do SUS, controle social da assistência médico-farmacêutica-hospitalar, novos padrões de financiamento do setor e o processo de universalização do atendimento”. A análise desses indicadores permite avaliar a eficácia das políticas públicas, na construção do verdadeiro Sistema Único de Saúde, no Brasil.

Considerando a implantação do SUS, como um processo social que vem sendo construído a partir de um conceito ampliado de saúde, a avaliação sistematizada dos serviços é uma tendência atual e crescente. Essa tendência mostra que a avaliação das práticas e das necessidades dos serviços de saúde, é uma exigência para a definição de estratégias. É através dessa avaliação que as informações são sistematizadas e processadas as análises das variáveis relacionadas aos custos, efetividade, cobertura, impacto e eficiência das ações. É a partir dessa avaliação que são viabilizados os estudos técnico-científicos da equidade, do acesso e da satisfação do usuário, tendo em vista a tomada de decisões e a adequação estratégica entre os objetivos das intervenções e seus resultados. Os resultados das análises dessa avaliação ultrapassam a relação de causa e efeito, através de parâmetros condicionantes de variáveis determinísticas.

É preciso que o sujeito saiba que o conhecimento todo, não corresponde à totalidade; essa totalidade não é uma mera soma das partes, é algo genérico, mas também específico e fragmentado. A avaliação de ações e a comparação de resultados devem ser julgadas a partir de objetivos anteriormente propostos nas intervenções. A partir dos resultados obtidos, é possível (re)organizar, para melhor a qualidade e o planejamento de novas intervenções, no contexto em que se insere a necessidade do serviço. Essa forma de abordagem mostra-se difícil de ser abarcada, na sua totalidade. A avaliação em saúde, enquanto tal, deve ser pensada na sua abordagem, na possibilidade de ir além de uma descrição de significados, para, assim, dar sentido à sua interpretação. A definição dos níveis de abordagem implica a identificação das categorias pertencentes a uma estrutura organizacional, inserida em um macrossistema. É a partir das estruturas, de uma realidade física, social e orgânica, que os sistemas organizam as suas ações e necessidades dos serviços de

saúde para atender às necessidades reais da população, muito embora, nem sempre uma prática corresponda a uma necessidade.

Esse enfoque teórico, para tentativa de aproximação dessa realidade, tendo em vista o objeto saúde-doença, como um processo, é uma tentativa de busca de caminhos, para sistematizar modelos de avaliação de práticas e necessidades de serviços. Essa avaliação, ao ser enfocada a partir de várias determinações condicionais do processo, dentro de um contexto, tem, em si, uma dinâmica bastante complexa. Apesar dessas limitações de natureza técnica, operacional e epistemológica, a sistematização da avaliação em saúde, através da utilização de modelos sistematizados, é o caminho indispensável para as informações sobre o funcionamento, a eficácia o planejamento e o aprimoramento da qualidade das práticas, da necessidade, em fim, para entender os processos de organização dos serviços, no contexto do SUS.

6 Considerações Finais

A construção de modelos de avaliação, tendo como objeto o processo saúde-doença, considera a multiplicidade dos condicionantes, o contexto, a interdependência das variáveis, a relação do sujeito objeto e o meio. A avaliação em saúde, cujo objeto é a saúde-doença, como processo, é uma necessidade teórico-prática para decisão de práticas e de necessidades de saúde.

Como prática e necessidade de serviço, o PAD possibilita: a humanização do tratamento, com intervenções sistêmicas nos aspectos bio-psico-sociais; a integração interdisciplinar; a minimização de custos diretos e indiretos e a otimização de leitos hospitalares. As análises relacionadas a custo-efetividade e custo-oportunidade, tendo, como indicador a síntese teórica, com base na tríade: estrutura, processo e resultado, mostram a qualidade, a eficiência e a eficácia que se refletem nos benefícios sociais e econômicos diretos e indiretos, efetivados com as intervenções práticas realizadas pelos profissionais do PAD.

A desospitalização, a integração e a descentralização de intervenções terapêuticas, representam, uma tendência e um desafio a

serem enfrentados na construção do SUS; o PAD é um exemplo de que essa tendência pode ser efetivada na prática de saúde.

A avaliação em saúde das intervenções práticas e das necessidades dos serviços de saúde, quando toma, como objeto de análise, a multiplicidade dos condicionantes da saúde, é por demais complexa. A discussão das questões teóricas e metodológicas, sistematizadas na tríade: estrutura, processo e resultado, como modelo teórico, determina indicadores condicionados e determinados à gênese da saúde-doença, como processo. O resultado final dessa avaliação deve ser considerado provisório e circunstancial; na prática ele não é definitivo, tal como acontece com PAD no contexto do SUS.

7 Referências

BREILH, J. **Epidemiologia, política e saúde**. São Paulo: Unesp/Hucitec, 1991.

CHEN, T.H. **Theory-driven evaluations**. Beverly Hill: Sage, 1990.

CONTANDRIOUPOLOS, A. *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1987.

CONTANDRIOUPOLOS, A. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1994. 215 p.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. **Análise da Implantação**. Tradução da publicação dos mesmos autores-Analyse d'Implantation. Gris: Universidade de Montreal, 1990.

DONABEDIAN, A. *et al.* Quality, cost and health: an integrative model. **Medical Care**, 20:975-992, 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillar of quality. *Archives of Pathology Laboratory. Medicine*, 114: 1118, 1990. Citado por SILVA & FORMIGLI em Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, 1994.

DONABEDIAN, A. 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, 18: 356-360. Citado por SILVA&FORMIGLI(1994)

DUARTE DE ARAÚJO, J. Saúde e desenvolvimento econômica: atualização de um tema. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, 9:515-28, 1975.

HARTZ, Z.M. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

KNOX, E.S. **La Epidemiología en la planificación de la atención a la salud**. 2.ed. Mexico, D.F.: Siglo XXI, 1987.

SILVA & FORMIGLI, citando os estudos de BREILH., 1991. **Epidemiologia, política e saúde**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista/fundação para o desenvolvimento da Unesp/Hucitec.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, R.J, 10 (1) 80-91, 1994.

WEISS, C. H., Evaluation for decisions: Is anybody there? Does anybody care? **Evaluation Prática**, 9(1), 1988. Citado CONTANDRIOPOULOS *et al* 1992 em: A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos.

PARTE IV
PROJETOS EM ECONOMIA DA SAÚDE

13 Célula Economia da Saúde no Novo Modelo de Gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará: Organização e Perspectivas

*Maria Helena Lima Sousa
Juan Eduardo Tello*

1 Introdução

Depois da crise econômica no financiamento dos sistemas de saúde - como consequência das mudanças no perfil epidemiológico das populações; dos maiores investimentos no setor, devido aos avanços tecnológicos; e do alargamento da cobertura dos serviços às populações não cobertas - os países, industrializados ou não, reconheceram a necessidade de reduzir os custos do sistema até níveis controláveis, através da implementação de mecanismos de controle econômico que garantam e dê suporte na tomada de decisão, no âmbito da saúde.

A partir do início dos anos 90, as principais intervenções do setor saúde são acompanhadas de análises econômicas. De princípio, esses estudos se limitavam a análise de macroalocação de recursos (financiamento dos serviços de saúde, mecanismos de pagamento aos provedores de saúde, estudos da demanda dos serviços), ou seja, atuavam no nível estratégico. Progressivamente, a economia da saúde passou a fornecer instrumentos para a gestão dos serviços de saúde, buscando eficiência no uso dos recursos, mais precisamente no nível operativo.

Em geral, os usuários das informações da economia da saúde são: o Ministério da Saúde, quando aloca previamente os recursos do setor saúde, segundo as prioridades estabelecidas no plano federal de saúde; as Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a disponibilidade orçamentária e objetivos estratégicos dos planos nacional e estadual de saúde, e as Secretarias Municipais de Saúde, nos seus respectivas espaços de competência. A partir desta definição, decidem a alocação dos recursos na atenção primária, secundária ou terciária da rede pública ou se contrata serviços do

setor privado. Neste caso o sistema de pagamento recorre um fundamental rol no incentivar a concorrência entre os provedores e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do serviço envolvendo a população. Entretanto, a contribuição da economia da saúde, não se limita só a essas três instâncias. As universidades, as indústrias ligadas ao mundo da saúde (farmacêutica, tecnologia), as instituições de outros países que investem recursos na saúde nacional, enfim, todos aqueles atores envolvidos na produção e redistribuição da arrecadação dos recursos investidos na saúde pública.

A inserção e penetração da economia da saúde constitui-se um estímulo de renovação e ampliação das fronteiras científicas, em particular, aos problemas ligados a equidade das políticas sanitárias, as técnicas de avaliação econômica, a farmacoeconomia, a avaliação da tecnologia biomédica, são áreas que têm recebido um forte impulso nos últimos anos.

Dentro deste contexto, a Secretaria Estadual da Saúde do Ceará tem investido, no último ano, na estruturação de um espaço institucional destinado à economia da saúde, através de uma célula na sua estrutura administrativa, buscando instrumentalizar-se para alcançar um maior nível de eficiência e efetividade em suas ações.

2 O Que é Economia da Saúde

Antes de definir o que economia da saúde e a que se propõe, é necessário pensar ao binômio “economia-saúde”. Existe entre eles uma reciprocidade. De uma parte uma população sã pode contribuir ativamente na produção da riqueza de um país. De outro lado, a riqueza dum país depende do nível geral de saúde da sua população. Existem evidências que os determinantes da saúde representam um complexo de fatores econômicos, sociais, ambientais, biológicos e genéticos e os efeitos da pobreza no estado de saúde esta bem documentado” (WHO, 1995). Alguns estudos demonstram que os pacientes de estado sócio-econômico mais pobres consomem uma maior quantidade de recursos.

Em geral, segundo TESLER (1990), os principais objetivos de um sistema de saúde são os seguintes:

- a) o sistema deveria permitir o acesso de todos os cidadãos a eficazes serviços de saúde (equidade);
- b) preços competitivos que garantissem a eficiência e a melhor alocação dos recursos (eficiência);
- c) liberdade na eleição dos provedores dos serviços por parte dos usuários.

A economia da saúde se propõe, como ciência que canaliza esforços no âmbito da saúde, alcançar esses objetivos no nível máximo, num contexto onde os recursos são extremamente limitados.

3 Potencial e Limites Enquanto Célula

A Célula Economia da Saúde – CECONS deve ser entendida como um grupo de trabalho da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, capaz de mobilizar recursos (humanos e financeiros), com a finalidade de contribuir, seja no nível estratégico, na definição de políticas, programas e prioridades, quanto no nível operativo, na gestão dos serviços de saúde.

Os resultados para a SESA devem ser expressos através de estudos, pesquisas, avaliações econômicas, ou seja, no suporte econômico às políticas e a gestão dos serviços de saúde no Estado do Ceará.

Os conhecimentos da economia da saúde requerem uma preparação em especialidades muito técnicas. Por esse motivo a SESA, com o apoio da cooperação técnica de outros países, decidiu capacitar um grupo de pessoas com dimensão que extrapola os limites da Célula, já que esse conhecimento não pode se limitar ao espaço dos que trabalham na Célula, pelos seguintes motivos:

1. a complexidade da saúde requer que a solução dos problemas seja feita em maneira multidisciplinar. A saúde, como foi mencionado anteriormente, é o resultado da interação de distintos fatores. Cada fator necessita de competências específicas, que dificilmente podem ser concentradas numa única pessoa. Como resultado, as problemáticas do âmbito da saúde são afrontadas combinando distintas figuras profissionais;

2. a experiência da maioria dos países industrializados com sistemas de saúde similares ao sistema brasileiro, utiliza pequenas unidades de economia da saúde no nível central, composta principalmente de economistas, e uma rede de profissionais com background diverso, mas com formação em economia da saúde, que participam na identificação e difusão das competências da economia da saúde, nos respectivos espaços de elaboração.
3. Este tipo de organização permite conter os custos na formação de economistas da saúde “puros” e garante a não prevaricação das leis da economia no âmbito social. Contrariamente, assegura o trabalho inter e multidisciplinar num setor complexo como a saúde. O limite deste tipo de organização consiste fundamentalmente nos tempos de implementação e de alargamento da rede.

4 Novo Modelo de Gestão da SESA

O Programa de Modelagem de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará foi desenvolvido no período de julho de 1997 a setembro de 1998¹, por uma decisão governamental, com o objetivo de redesenhar o modelo organizacional do Sistema SESA, em vigência desde 1995, sendo implementado em fevereiro de 2000.

Segundo o Programa de Desenvolvimento e Modelagem da Gestão Estadual – Estrutura Organizacional – Relatório Final (1998), este processo iniciou-se com um Workshop de Auscultação, sendo mobilizados cerca de 1.200 participantes, com o emprego de um mix de técnicas de pesquisa-ação, utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, individuais e em grupo, com representação interna e de usuários do sistema. A finalidade consistia em atingir focos estratégicos que materializam uma visão comum de quais resultados a sociedade civil, o cliente/usuário e os agentes do contexto externo podem e devem esperar da “performance” do Sistema SESA e articulado com um novo modelo de atenção à saúde, que garanta um atendimento integral à família.

¹ A partir deste período até a fase de implantação da nova estrutura, o trabalho foi desenvolvido pela própria SESA.

Esse processo de Remodelagem contou com a colaboração da Equipe da Fundação Instituto de Administração (FIA) da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) da Universidade de São Paulo (USP), com o objetivo de atingir dois produtos (conforme o Relatório Final do Programa de Desenvolvimento e Modelagem da Gestão Estadual, set/1998), que são: 1) **processo de transformação organizacional**, operado com os Corpos Diretivo, Técnico e Gerencial da Secretaria, [...] contemplando os parâmetros da abrangência, integração e sustentação [...] e com finalidade do desenvolvimento da competitividade interna; 2) **descrição da estrutura organizacional** resultante do trabalho conjunto desta Equipe com os Grupos-Tarefa, composto por gestores da Secretaria e constituído durante o processo de transformação, atendendo à metodologia participativa [...] numa estrutura de gestão compartilhada, estrutura física redimensionada, responsabilidade gerencial e estrutura horizontalizada.

Os objetivos deste trabalho atingiram um alcance que permitiu a criação de um novo modelo de gestão utilizando o emprego extensivo de espaços coletivos e onde foram concebidos seis espaços organizacionais distintos chamados de **Coordenadorias** que abrigam as principais atividades da SESA, que são: Formulação e Monitoramento das Políticas de Saúde; 2) Desenvolvimento e Apoio à Saúde; 3) Controle e Avaliação; 4) Organização da Rede de Entidades de Saúde; 5) Coordenação das microrregiões; 6) Suportes técnico, administrativo e financeiro.

Dentro de cada coordenadoria atuam os **núcleos** que obedecem a uma dinâmica de trabalho a partir da qual se norteiam as ações de saúde, vindo em seguir as **células**, que se organizam através de grupos de trabalho em torno de temas específicos. Elas demandam a formação de técnicos altamente especializados, cujo domínio sobre assuntos específicos possa ser aproveitado em situações diversas, podendo ser transferidos de um célula para outra, de acordo com as necessidades da organização de enfatizar determinadas áreas ou políticas em diferentes momentos.

Para atingir o alcance desse novo modelo de gestão, a SESA está investindo com intensidade na formação dos recursos humanos, através estratégia de formação de curto, médio e longo prazo, tanto

no nível gerencial como técnico, para capacitá-los dentro da organização deste novo perfil.

5 Origem da Célula Economia da Saúde-CECONS

Dentro dessa nova concepção, foi criada a Célula Economia da Saúde, com o desafio maior de desenvolver estudos e pesquisas, que subsidiem o novo modelo de atenção a saúde que está sendo incrementado no Ceará, a partir da atenção primária, voltada para a estratégia saúde da família; a atenção secundária, que se organiza na lógica das microrregiões de saúde, num total de 21 (vinte e uma); e da atenção terciária, através da implementação de 3 (três) macrorregiões de saúde.

A idéia de destinar um espaço organizacional na Estrutura Administrativa da SESA para economia da saúde, surgiu a partir de dificuldades encontradas por esferas de decisão da SESA, ao se deparar com alternativas de uso e alocação de recursos sem um embasamento econômico confiável.

De acordo com o Relatório de Estruturação da Célula Economia da Saúde (abril, 2000), diferentes momentos foram se colocando, ao longo da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), com a promulgação da Constituição de 1988, que exigiam do poder público um conhecimento mais efetivo na esfera econômica que facilitasse essa tomada de decisão. Destacam-se:

- A descentralização das ações de saúde, com o repasse da rede de unidades de saúde estadual de abrangência local e cessão de recursos humanos vinculados ao Governo do Estado;
- A definição de critérios para alocação de recursos federais e estaduais de maneira compatível com a política de saúde e o exercício da função distributiva, dado a lógica de financiamento dos recursos federais (por produção de serviços) e de baixa oportunidade de captar recursos para investimento, permanecendo as desigualdades na distribuição dos recursos. Isto em decorrência da maior capacidade de oferta estar localizada nos municípios de maior porte. Soma-se a isso a omissão do Ministério da Saúde, órgão responsável

pela normatização do SUS, em elaborar orientação sobre o assunto.

- Em 1995, por força da normatização federal (Norma Operacional Básica: NOB-SUS-93), quando houve um fortalecimento da organização dos serviços de saúde no âmbito municipal. Paralelamente, se estrutura uma reforma da saúde na esfera governamental do Estado, garantindo a descentralização no âmbito do próprio governo, onde a institucionalização do Fundo Estadual da Saúde – FUNDES, ocupa um papel de destaque nesse processo, possibilitando às unidades hospitalares e ambulatoriais especializadas de referência estadual, autonomia administrativa e financeira (exceto contratação de pessoal). As dificuldades encontradas nesse momento se expressam de duas formas: 1) no estabelecimento de critérios para alocação de recursos, dado as estruturas orçamentárias e financeiras e da diversidade de perfil de oferta das unidades e; 2) na elaboração de contratos de compra de serviços, notadamente com as cooperativas médicas, oxigênio e medicamentos.
- Na redefinição da política de saúde do Estado do Ceará, onde se define estratégias de reorganização do nível primário através do Programa Saúde da Família – PSF; reordenamento do setor secundário e terciário, através das micro e macro regiões de saúde, na busca de equidade, rendimento de escala e resolutividade na formulação de indicadores de avaliação.

Diante deste cenário de dificuldades na tomada de decisão, emergiu a necessidade de destinar um espaço técnico especializado, com pessoal treinado e articulado com outras instâncias internas e externas, capaz de oferecer respostas aos diversos desafios que se colocam para a saúde pública no nível decisório da SESA, além de coordenar o processo orçamentário do sistema SESA.

6 Produtos Obtidos no Primeiro ano de Instalação

6.1 Estruturação da CECONS

A implementação da nova estrutura administrativa da SESA, e em particular da CECONS, foi efetivada em fevereiro de 2000, amparada no Projeto de Apoio a Reforma do Setor Saúde.

Em março de 2000, foi realizada uma Oficina de Trabalho, com a direção de um especialista na área, com duração de 80 horas, em tempo integral, com um grupo de 11 profissionais da Célula e de outras áreas afins, para estruturação da CECONS. A metodologia utilizada foi participativa, o que permitiu a absorção do acúmulo individual dos participantes, bem como a socialização desses conhecimentos entre os participantes, o que resultou numa absorção sólida das potencialidades da Célula.

Como resultado deste trabalho foram elaborados: o Plano Estratégico-PE e de Capacitação para os três anos subseqüentes e o Plano de Trabalho para o primeiro ano de funcionamento.

O Plano Estratégico-PE da CECONS é um instrumento de gestão operacional que permite estimar e individualizar as fontes e fluxos de recursos, de valores ex-ante, dos custos e benefícios das diferentes alternativas possíveis para desenvolver uma atividade a alcançar seus objetivos. Dessa forma, o PE individualiza os fatores externos e internos que favorecem ou dificultam o desenvolvimento das atividades de uma célula/instituição.

Tem por finalidade canalizar as atividades da Célula aos objetivos institucionais em direção à sua missão, como também nas definições das políticas de saúde estadual, em consonância com o Sistema Único de Saúde-SUS e outras esferas governamentais (federal e municipal). Tem como missão, apoiar na política de saúde, na formulação de alternativas no âmbito da Economia da Saúde, para a tomada de decisão.

O Plano de Trabalho para o primeiro ano objetivou avaliar a carga de trabalho para a célula e estabelecer prioridades, levando em consideração: o número de pessoal e sua qualificação para os desafios propostos; os recursos financeiros disponíveis; e os compromissos institucionais.

Foram definidos como objetivos específicos da CECONS:

- 1) Capacitar pessoal nas principais áreas da economia da saúde: alocação de recursos; financiamento e gastos; orçamento; análise de custos e avaliação econômica; gestão dos serviços de saúde; mercado e sistemas de saúde (tarifas, demanda, oferta e serviços).
- 2) Realizar estudos e pesquisas nas áreas de economia da saúde, segundo prioridades da SESA, principalmente nas áreas de identificação de captação de recursos, gastos estaduais e municipais de saúde; elaboração de critérios para alocação de recursos federais e estaduais e avaliação econômica no âmbito do SUS.
- 3) Desenvolver Experiências-Piloto.
- 4) Sensibilizar e difundir as atividades da CECONS.
- 5) Estruturar uma rede de estudos e pesquisas disponíveis no âmbito da Economia da Saúde no Estado do Ceará.
- 6) Elaborar um Plano Estratégico e Planos de Trabalho Anuais para a CECONS.
- 7) Coordenar o Processo Orçamentário da Saúde no Ceará.

A partir destes objetivos estratégicos foi desenvolvido o Plano Estratégico para o período de abril/2000 a março 2003, estabelecendo eixos programáticos, cujo percurso metodológico inclui: 1) definição da missão da Célula, segundo a política e estratégias da SESA, para os próximos três anos; 2) revisão das funções institucionais designadas à CECONS no Plano de reorganização da SESA (1998/99); definição dos objetivos estratégicos e específicos inerentes e coerentes com a missão; 4) identificação das atividades e recursos (humanos e materiais) necessários a alcançar os objetivos estratégicos e específicos; 5) identificação (as vezes cálculo, quando necessário), dos custos adicionais quando não são previstos pela SESA; 6) identificação da pessoa, pessoal ou célula responsável pela realização da(s) atividade(s); e 7) organização temporal das atividades (cronograma).

Durante a oficina de estruturação, os participantes trabalharam paralelamente em dois níveis: o dos conteúdos - onde foi possível definir suas competências; atribuídas funções; estabelecidas áreas que poderiam ter uma prioridade no espaço temporal dos três anos, segundo os recursos disponíveis; analisadas as relações com outras Células e/ou Coordenadorias da SESA, como também critérios mínimos para a comunicação com outras entidades no âmbito interno da SESA e fora dela - e os aspectos metodológicos.

Principais componentes estratégicos

1) Estudos, Pesquisas e Experiência-Piloto

Esta é considerada a área de atuação prioritária da CECONS. Foram identificadas as principais áreas para o desenvolvimento destas atividades com destaque para: captação de recursos para financiamento de programas e projetos de interesse estadual; gastos sociais e em especial em saúde; desenvolvimento de critérios para alocação de recursos federais, estaduais e municipais; análise dos custos e avaliação econômica de programas e projetos no nível estadual.

Para viabilizar o desenvolvimento destas atividades de forma articulada, foi pensada uma representação mais ampla, através de uma Comissão de Estudos e Pesquisas que contemple a participação institucional em parceria com as universidades locais na área de economia e saúde, e da Escola de Saúde Pública, com profissionais de reconhecida experiência acadêmica como pesquisador.

2) Capacitação

Um dos principais desafios para a CECONS é a criação de uma equipe técnica capaz de vencer os desafios que se impõem na implementação da nova política de saúde do Estado do Ceará, para atuar como economistas da saúde. Isso requer trabalhar no sentido de superar as deficiências acadêmicas no estudo das ciências econômicas, que não privilegia esta área na sua grade curricular ofertada nos cursos de graduação das universidades locais.

Por outro lado, existe um número limitado de profissionais do gênero no nível nacional, com poucos trabalhos publicados e onde

a literatura especializada disponível encontra-se principalmente em língua inglesa ou espanhola, de difícil acesso nas livrarias nacionais, e em especial no Ceará.

A partir desta constatação, identificou-se como necessário um investimento inicial na capacitação dos recursos humanos, como motor da Célula. Foi pensando inicialmente um período de dois anos para se trabalhar dois níveis pedagógicos: o do SABER e do SABER FAZER.

No primeiro nível do saber (conhecer), os profissionais estarão em contato com os elementos, ferramentas, instrumentos e métodos da economia da saúde, tendo possibilidade de optar por uma área específica da economia da saúde para posterior aprofundamento. O nível do saber fazer, se reporta a aplicação dos conhecimentos teóricos na realidade concreta. Neste segundo nível, os participantes “operacionalizam” os aspectos teóricos das áreas específicas através de estudos, pesquisas e experiências piloto no âmbito estratégico dos programas e serviços de atenção à saúde.

O custo total do Plano de Capacitação da CECONS foi orçado (em março/2000) em de 210 mil reais², com financiamento da SESA e demais entidades interessadas em investir na Célula.

Outros componentes estratégicos

1) Coordenação e acompanhamento do orçamento da SESA

A proposta orçamentária anual da SESA é elaborada com base em dois instrumentos legais de Planejamento Governamental, que são: 1) o Plano Plurianual (PPA), que define as diretrizes políticas de governo através de seus Programas e Ações prioritárias, para um espaço de quatro anos, contados a partir do primeiro ano de governo; e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que define as bases e recursos para elaboração dos Orçamentos anuais.

O orçamento da SAÚDE é composto de três orçamentos: 1) Da SESA enquanto Administração Direta, onde se encontram alocados recursos para pagamento de pessoal e encargos sociais, e dívidas contraídas; 2) da Escola de Saúde Pública - ESP, como

² Preços de março de 2000.

Autarquia Estadual, mas que é parte integrante do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES; e 3) Fundo Estadual da Saúde – FUNDES, como administração indireta vinculada a SESA. Nos dois últimos concentram-se todos os recursos destinados ao custeio e investimentos das atividades das instituições sob a responsabilidade do Estado do Ceará.

Somam-se ao orçamento global da SESA , 46 unidades orçamentárias, que são: o Gabinete do Secretário; Coordenadorias; Gerencias microrregionais, Unidades Hospitalares e Ambulatoriais de referência estadual; Centros Especializados de Odontologia; Rede de Laboratórios de Saúde Pública; Rede de Hemocentros; e o Conselho Estadual de Saúde.

A elaboração do orçamento da SESA bem como seu monitoramento está sob a responsabilidade técnica da CECONS, num trabalho articulado com Núcleo de Planejamento, o Conselho Gestor, e demais unidades orçamentárias, através dos gerentes e responsáveis técnicos dos diversos projetos/atividades.

2) *Sensibilização e Divulgação*

A sensibilização e divulgação das atividades desenvolvidas pela CECONS será realizada em diversas instâncias internas e externas à SESA.

No âmbito interno os públicos alvos são: o Conselho Gestor; o corpo técnico; as microrregiões de saúde; as unidades ambulatoriais e hospitalares; e a rede de hemocentros e laboratórios de saúde públicas. No externo são: os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde; a Comissão Intergestoras Bipartite (CIB), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMES), as Universidades Federal e Estadual nos departamentos de saúde pública e economia, além do Ministério da Saúde. Além disso estão previstas ações em eventos da comunidade científica como Congressos, Seminários, Revistas especializadas e outros.

Uma ação planejada na direção de ampliar o leque de entendimento sobre economia da saúde se reveste de importância, na medida em que este é um nó crítico da saúde pública, não somente no nível estadual, mais também na esfera nacional. É necessário pois sensibilizar todos os segmentos profissionais sanitários para esta

questão, num país cujos recursos são excessivamente escassos e onde as prioridades governamentais nem sempre são voltadas para segmentos sociais.

Resultados esperados

O âmbito da economia da saúde é muito vasto e abarca distintos aspectos, alguns teóricos, outros mais práticos. É pouco provável que a CECONS cubra todos esses aspectos. Nesse sentido, identificam-se como principais resultados esperados:

- 1) sua posição chave (estratégica) de agente catalisador, seja das políticas de saúde, seja das demandas de serviços (hospitalares, unidades de atenção primária etc.) que favorecem o desenvolvimento de estudos, pesquisas, e experiências-piloto estritamente vinculadas a aspectos operativos das políticas e dos serviços;
- 2) possibilidade de transformar-se em agente mobilizador, ou seja, de promover ou participar de eventos e atividades em diferentes esferas (municipal, regional, nacional ou internacional), e com numerosos interlocutores na área de economia da saúde. A presença da comunidade internacional no Estado do Ceará é importante como também o interesse do Governo Federal atento em avaliar as conseqüências das mudanças na política sanitária dos estados e municípios. Nesse sentido, o processo de descentralização da saúde, com os municípios aumentando progressivamente sua competência e autonomia, requer um interlocutor ativo e sensível às suas necessidades, notadamente na esfera econômica.

A CECONS coloca-se pois na perspectiva operativa da SESA no âmbito da economia da saúde e de agente catalisador das necessidades dos serviços e instâncias institucionais do sistema de saúde.

Organização e funcionamento

A Célula Economia da Saúde está estruturada para funcional e com uma Gerência e um grupo técnico, integrado ao Núcleo de Planejamento (NUPLAN) juntamente com a Célula de Políticas e

Planejamento Estratégico (CEPPE) e a Célula de Acompanhamento de Planos, Programas e Projetos (CEPPRO), subordinados à Coordenadoria de Políticas de Saúde (COPOS).

Financiamento do plano estratégico

A viabilização do Plano Estratégico da CECONS depende em grande parte de recursos externos, tendo em vista que os recursos próprios do Estado são suficientes apenas para manter o seu funcionamento com pessoal, equipamentos e infraestrutura.

Para a realização de atividades como estudos, pesquisas, bibliografia, capacitação e RESEC, é necessário potencializar recursos da Cooperação Internacional (DFID, GTZ, JICA, BIRD, BIS, dentre outros). Acredita-se que no futuro seja possível pensar estratégias que permitam recuperar parcialmente os custos dos cursos e revertê-los em publicações, bibliografia etc. No momento, só existem recursos assegurados pelo DFID para atividades de capacitação e contratação de consultores para viabilização do plano piloto da Microrregião de Baturité.

6.2 Cursos Básicos de Economia da Saúde

A primeira iniciativa da CECONS para atender as funções preconizadas no seu Plano Estratégico, foi realizar um curso básico em economia da saúde.

O conteúdo programático do curso foi definido pela Comissão de Capacitação da CECONS, composto pela Gerência da CECONS e pelos representantes da Célula de Políticas e Planejamento Estratégicos, da Escola de Saúde Pública e do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Também foi de responsabilidade desta comissão a escolha dos facilitadores, onde buscou-se envolver também docentes da Faculdade de Economia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O curso foi direcionado para técnicos das células interessadas em desenvolver trabalhos nessa área e organizado em 40 horas/aulas. Nas duas turmas ofertadas, foram treinados 54 profissionais de diferentes áreas da SESA, dentre eles 16 economistas.

Teve como objetivo, nivelar um grupo de profissionais para conhecer (ou rever) os principais conceitos necessários para se desenvolver um trabalho em economia da saúde. Assim sendo, foram trabalhados dois grandes eixos:

- o primeiro, trabalhou os conceitos fundamentais para se desenvolver um estudo de economia da saúde. Nesta perspectiva foram focalizados temas básicos das ciências econômicas; noções sobre as políticas sociais e de saúde, em especial o Sistema Único de Saúde (SUS); os métodos e uso da estatística dentro da saúde e seus principais indicadores como instrumento de base de dados para a saúde pública; e noções de Planejamento em saúde, numa abordagem histórica, focalizando principalmente o enfoque estratégico.
- O segundo eixo abordou o real enfoque da economia da saúde. Neste ângulo, foram trabalhados inicialmente os conceitos de macro e microeconomia da saúde, contextualizando a saúde no desenvolvimento econômico e as peculiaridades do mercado de serviços de saúde. Posteriormente foram trabalhados os principais temas abordados pela economia da saúde, que são: Financiamento e Gastos em saúde; Alocação de recursos; Métodos de apuração de custos e Avaliação Econômica.

Também foi destinado um espaço para o desenvolvimento dos principais conceitos de orçamento público, tendo em vista que a programação orçamentária, bem como o monitoramento e acompanhamento deste, são de responsabilidade da CECONS.

Além dos objetivos para o qual foi concebido, o curso tem importância informativa, dado que pessoas de diferentes áreas do setor saúde tomaram ciência do nível de abrangência da economia da saúde, podendo despertá-las para um aprofundamento que facilite um trabalho articulado com a CECONS para o desenvolvimento de estudos e pesquisas nessa área.

6.3 Curso de Aprofundamento em Análise de Custos e Avaliação Econômica

Tendo em consideração os resultados das preferências indicadas pelos participantes dos cursos básicos de economia da

saúde, o primeiro curso de aprofundamento consistiu nos aspectos de análise de custos e avaliação econômica.

Os participantes do Curso foram provenientes de diferentes áreas: economia, administração hospitalar, farmácia, nutrição etc.), sendo a maior parte dos destes (62.5%), economistas.

O curso propõe-se a descrever as técnicas usadas na avaliação econômica, descrevendo as vantagens e desvantagens das técnicas, justificando a necessidade de integrar um estudo ou pesquisa com uma avaliação econômica e identificar a técnica de avaliação econômica mais apropriada para um determinado estudo ou pesquisa. Finalmente, o Curso concentrou-se na descrição e interpretação dos resultados de uma avaliação econômica. Os objetivos do Curso foram alcançados através do desenvolvimento dos conteúdos com o processo produtivo no âmbito da saúde, os tipos e características das técnicas de avaliação econômica, critérios para identificação e classificação dos recursos e custos, alocação dos custos, custo-efetividade, custo-benefício, custo-utilidade etc.

A metodologia utilizada promoveu o envolvimento ativo dos participantes em todas as etapas do processo formativo, estimulado através de exercícios individuais, de grupo, estudo de casos, solução de problemas e leitura crítica de artigos.

Durante três diversos momentos (primeiro e último dias de cada semana) os participantes expressaram suas expectativas, conhecimentos e satisfação. Mediante este processo procurou-se estabelecer um sistema de monitoramento e qualidade do processo formativo para assegurar o alcance dos resultados esperados pelas entidades financiadoras do Curso (SESA e DFID - Department for International Development).

Segundo a análise inicial das necessidades formativas, a maioria dos participantes não tinha experiência prévia no âmbito da avaliação econômica. Provavelmente, por esse motivo, a maioria dos participantes do curso básico de economia da saúde esperava somente “receber conhecimentos”. A falta de base mais sólida sobre a economia da saúde, especialmente sobre as técnicas de avaliação econômica, também refletiu na baixa pontuação auferida no “exame inicial” (20%), que os participantes obtiveram no primeiro dia do Curso.

O segundo exame foi ministrado no final da primeira semana. Esse foi composto por duas partes. A primeira consistia na análise dos conhecimentos, repetindo-se as mesmas perguntas formuladas no exame inicial das necessidades formativas. O nível geral de conhecimento aumentou a 33%. A segunda parte do teste consistia na análise do nível de satisfação dos participantes sobre os conteúdos, a metodologia de aprendizagem, o facilitador, o material didático, o tempo e a logística. O nível total de satisfação do Curso foi 75%. Não obstante o nível geral de satisfação ter sido alto, apenas com ressalva da baixa pontuação no material didático, o nível geral de conhecimentos foi baixo, necessitando adotar algumas medidas para alcançar os objetivos do Curso.

A avaliação final constituiu-se de uma série de etapas necessárias para reforçar os conceitos aprendidos durante o Curso, como: estudo individual, leitura do teste para verificar a compreensão das perguntas, solução das perguntas em maneira individual, correção dos exames por parte dos participantes, verificação de cada participante de sua pontuação. De maneira similar ao segundo exame, o questionário pretendia medir o nível de conhecimentos e a satisfação. Como resultado da avaliação final, o nível geral de conhecimentos aumentou para 83% e o nível geral de satisfação chegou a 90%.

A partir das prévias experiências formativas efetuadas pela SESA no âmbito da Economia da Saúde, é possível obter algumas úteis conclusões:

Critérios da Seleção dos Participantes: os critérios de seleção dos participantes de um curso estão muito relacionados com os seus objetivos. Um curso básico de economia da saúde geralmente propõe-se, de maneira explícita, a difundir os conceitos globais da economia, de sensibilizar os técnicos sobre os alcances dos conceitos que a matéria desenvolve. De maneira implícita, pode também propor trabalhar os técnicos que eventualmente possam colaborar com a CECONS. De alguma maneira se individualizam os pontos de uma rede de técnicos que falam uma mesma linguagem, que são capazes de identificar as necessidades de um suporte da economia da saúde no âmbito de seus próprios trabalhos e de ativar os canais apropriados para dar respostas concretas as questões. O canal natural,

segundo o modelo de gestão da SESA, é a CECONS. Se se aceitam que estes sejam os objetivos de um curso básico de economia da saúde, então os critérios de seleção dos participantes têm que ser flexíveis, ou seja, têm que permitir a multidisciplinaridade (admitindo economistas e não), têm que dar espaços a todos os níveis da atenção à saúde, têm que recrutar técnicos de todos os níveis hierárquicos (técnicos, gerentes etc).

A situação não pode ser a mesma quando se ativa um curso de aprofundamento. Os objetivos de aprendizagem deste último são fundamentalmente de aprender a fazer, de experimentar, de pôr em prática. Consequentemente, os critérios de seleção dos participantes têm que considerar outras variáveis, como por exemplo: possibilidade concreta dos participantes em poder aplicar os conhecimentos aprendidos; as experiências profissionais que o participante desenvolveu nos últimos anos (independentemente do grau acadêmico obtido), porque essa experiência permite uma relação direta entre os conceitos teóricos, a atividade prática do curso e o campo aplicativo concreto (a contextualização); a possibilidade dos participantes de ler em outros idiomas, especialmente o inglês, que é o denominador comum no nível científico. Não é menos importante a familiaridade que o participante tem com metodologias didáticas ativas, experiências de auto-avaliação etc.

Certificação dos Participantes: com o objetivo de estimular uma participação ativa nas atividades dos cursos e para melhorar a eficiência na alocação dos escassos recursos destinados à formação permanente do pessoal, alguns países adotaram a diferenciação entre a certificação de “participação” num curso e a certificação de “aprovação”. Para o primeiro, é suficiente que o participante cumpra alguns requisitos formais (número mínimo de presença em aula, por exemplo). Para a aprovação é necessário que o participante supere uma avaliação sobre os conteúdos do curso. Naturalmente, as pontuações em fase de concursos públicos, de avaliação de *curriculum vitae*, são diferentes. Este sistema facilita uma seleção natural dos técnicos que participam dos cursos e garante que os recursos destinados a formação do pessoal sejam preferencialmente

direcionados aos técnicos que têm efetivo estímulo de trabalhar no âmbito em que estudam.

6.4 Articulação Institucional

Como núcleo de planejamento

Embora o núcleo esteja dentro da nova estrutura para facilitar a articulação intra-células, ela ainda não foi incorporada como prática cotidiana pelos Gerentes que a compõem. Atribui-se a essa desarticulação, ao volume de trabalho para estruturação das Células, em sua maioria tendo que definir novas estratégias de trabalho, novos fluxos e redefinição de papéis.

Mesmo com essa dificuldade, foi articulada uma reavaliação do orçamento e plano operativo para 2001, com as três células que compõem o Núcleo de Planejamento - NUPAN, com a parceria de todas as células responsáveis por projetos finalísticos. Esse trabalho constituiu-se num primeiro passo para uma maior articulação como núcleo, direcionado para o monitoramento e acompanhamento orçamentário no ano 2001 e elaboração do orçamento do ano 2002.

Com instâncias de direção interna

A articulação com instâncias diretivas internas se dá, na medida em que se precisa desenvolver um trabalho em parceria. Ela é facilitada em face da não existência de burocracia que impeçam o relacionamento da célula e outros espaços diretivos, principalmente no que se refere ao orçamento, tanto para manutenção da SESA e suas unidades orçamentárias, quanto a projetos finalísticos.

A primeira experiência de estudo será realizada entre a CECONS/COPOS, em parceria com a CEOAST/CODAS (Célula de Apoio à Organização Nível de Atenção Secundária e Terciária/Coordenadoria Apoio ao desenvolvimento da Atenção à Saúde), e sob a orientação de um consultor financiado pelo DFID, com o objetivo de comparar o gasto atual de atendimento na microrregião de Baturité com estimativa de custo após reordenação proposta pela SESA. O cronograma para execução desta atividade está previsto para três meses (maio/julho/2001).

Essa experiência deverá capacitar tecnicamente uma equipe de economistas da CECONS, para posteriormente desenvolver o mesmo trabalho nas outras microrregiões do Estado.

O desenvolvimento de cursos também tem estreitado o relacionamento entre a CECONS e as demais Células e Unidades de Saúde, criando laços de confiança e alargando as perspectiva de parceria para trabalhos futuros na área de economia da saúde.

Uma outra articulação em curso e que envolve todas as Coordenadorias da SESA, é o trabalho de “Redesenho do Processo de Planejamento e Execução Orçamentária”, que está sendo desenvolvido por pessoas-chave de cada Célula envolvida, com a colaboração de uma equipe de consultores financiados pelo DFID. O “Redesenho” pretende resolver os principais problemas de fluxo de processos da SESA, clareando as responsabilidades de todas as áreas envolvidas, avaliando os instrumentos atualmente utilizados, definindo fluxos e metas de tempo para tramitação de processos, integrando planejamento e execução, automatizando / interligando informações, uniformizando conceitos / linguagens do processo, com objetivo maior de impactar no nível de eficiência das atividades desenvolvidas pela SESA. Esta é uma atividade pontual e que tem prazo de cinco meses para conclusão, devendo estar concluída em julho deste ano.

Com outras instituições

A busca de uma articulação com outras instituições locais, nacionais e internacionais, é uma constante dentro da CECONS. Atualmente, já se mantém articulação com algumas instituições de grande importância para a consolidação desta Célula como:

1) o Ministério da Saúde - MS, através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Esse sistema foi criado pelo MS e o Ministério Público da União (Procuradoria Federal dos Direitos do cidadão), por meio da Portaria Interministerial nº 529, de 1999, a partir de proposta originária do Conselho Nacional de Saúde.

O SIOPS tem como objetivo, desenvolver, implantar e manter, através de bases consistentes, um banco de dados, com

informações sobre receitas e despesas, das ações e serviços de Saúde sob a responsabilidade do Poder Público, nas três esferas de Governo: Município, Estado e União. Constitui-se num instrumento capaz de contribuir para aprimorar o planejamento, gestão e avaliação sobre gastos com saúde no Brasil, em cada nível de governo, além de contribuir para o fortalecimento do controle social sobre esses gastos.

A SESA, através da CECONS, faz parte, juntamente com o representante do Escritório local do Ministério da Saúde e de um representante do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), da comissão estadual que irá viabilizar o SIOPS em todos os municípios cearenses. Esse sistema é gerenciado pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/SIS, com apoio do DATASUS.

- 1) O DFID, que tem apoiado financeiramente as iniciativas que representam a capacitação técnica no âmbito da Economia da Saúde.
- 2) A Universidade Estadual do Ceará, através do Mestrado de Saúde Pública, que compõe a Comissão de Capacitação da CECONS.
- 3) A Escola de Saúde Pública, que também tem um representante na Comissão de Capacitação, ora cursando mestrado em Economia da Saúde na Espanha.
- 4) O Conselho Estadual de Saúde – CESAU, integrando a Junta Deliberativa do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES, de acordo com Lei nº 12.192 de 25/12/1993, juntamente com o Secretária de Saúde do Estado, que a preside; dois conselheiros do CESAU, um representante da Diretoria Administrativa-Financeira da SESA, um da Secretaria de Planejamento e Coordenação do Estado e um da Secretaria da Fazenda do Estado do Ceará.

Referida Junta reúne-se trimestralmente, de acordo com pauta previamente estabelecida, para: aprovar as diretrizes operacionais do Fundo; aprovar a programação financeira do Fundo, “ad referendum” do Conselho Estadual da Saúde; e, expedir normas e procedimentos destinados a adequar a operacionalização do Fundo

às exigências decorrentes da legislação aplicável ao Sistema Único de Saúde.

- 5) Pontualmente, iniciou-se uma aproximação com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, que facilitou a realização de um cadastro nacional de economistas da saúde, visando possíveis contratações de serviços de consultoria por parte da SESA, além de ser um canal importante na articulação de estudos nacionais na área e um maior conhecimento da situação de saúde no país.
- 6) Mais recentemente, iniciou-se uma articulação com a Universidade Nova de Lisboa (UNL), buscando uma articulação institucional (SESA/UECE/UECE/UNL) que viabilize a formação no nível de doutorado investigativo, para economistas em áreas estratégicas da economia da saúde.

7 Considerações Finais

A CECONS, no primeiro ano de funcionamento, tem desenvolvido esforços para colocar em prática seu Plano Estratégico, implementando atividades e avaliando rigorosamente cada passo dado, no sentido de corrigir e adaptar possíveis situações não previstas inicialmente.

Uma das conseqüências da avaliação realizada pela Comissão de Capacitação, dos cursos realizados até o momento, é a necessidade de se potencializarem esforços no sentido de: 1) ampliar o leque de conhecimentos básicos em economia da saúde por parte de técnicos da SESA, diretores microrregionais, diretores das unidades de saúde e Secretários Municipais de Saúde, para a importância desse instrumento técnico, capacitando-os para identificar possíveis estudos em suas áreas de atuação; e 2) criação de um curso de especialização em economia da saúde, direcionado para o pessoal que pretende trabalhar na área, tanto no âmbito da SESA quanto fora. Isso permitirá a ampliação do conhecimento nesta área específica, dotando a Instituição de uma reserva de profissionais capazes de atuar no Estado, sempre que necessário, uma vez que o contingente de servidores estaduais capazes de dedicar-se a essa área

é muito limitado, devido à falta de renovação de seus quadro há mais de vinte anos.

A tendência que se vislumbra diante desta realidade é de captar profissionais especialistas através desses cursos, que poderão ser realizados em parceria com a Universidade Estadual do Ceará e Escola de Saúde Pública, para atuar em estudos ou pesquisas de interesse da saúde no nível local, como parte integrante de um contexto nacional.

Na área de orçamento, pretende-se desenvolver um planejamento das atividades de maneira mais articulada com as demais Células do Núcleo e unidades orçamentárias, de forma a efetivar o planejamento estratégico das atividades de saúde em consonância com o Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei de Responsabilidade Fiscal e dos instrumentos de acompanhamento físico, financeiro e orçamentário.

Nesses dois próximos anos, os alicerces para o desenvolvimento desta nova concepção de trabalho devem se solidificar na SESA, criando condições concretas para o alcance dos objetivos propostos inicialmente, sempre numa perspectiva de colaborar para a otimização dos recursos disponíveis para a saúde pública e o Sistema Único de Saúde.

8 Referências

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde – **Programa de Desenvolvimento e Modelagem da Gestão Estadual:** estrutura organizacional – relatório final. Fortaleza: NUINF/Fundação Instituto de Administração, 1998.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Célula Economia da Saúde – **Relatório de Estruturação da Célula Economia da Saúde.** Fortaleza: SESA, 2000.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Célula Economia da Saúde. **Relatório do Curso Básico de Economia da Saúde.** Fortaleza: SESA, 2000.

HENSHALL, C.; DRUMMOND, M. - Economic appraisal in the British National Health Service: implications of recent developments. **Soc. Sci. Med.**,38: 1615-23, 1994.

NEWBRAMDER, W. ; CARRIN, G. ; LE TOUZE, D. - Developing countries'health expenditure information: what exits and what is needed? **Health Policy and Planning**, 9(4); 396-408, 1994.

TESLER, U. F. - **Health economics organization and management**. 1 st Seminar. Sicily. Italy: Congedo Editore, 1990.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **The World Health Report 1995: Bridging the Gap**. Geneva: WHO, 1996.

14 Sumário de Projeto de Captação de Recursos para Curso de Especialização em Economia da Saúde

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

1 Título do Projeto

I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE

2 Justificativas

A aplicação da economia à saúde ou economia da saúde tem por objetivo quantificar por períodos de tempo os recursos empregados na prestação de serviços de saúde, sua organização e financiamento, à eficiência com que se alocam e utilizam esses recursos para fins sanitários, e os efeitos dos serviços de saúde para a prevenção, a cura e a reabilitação na produtividade individual e nacional (DEL NERO, 1995; OMS, 1976).

Como área de conhecimento, a Economia da Saúde está fortemente consolidada na maioria dos países desenvolvidos, e, dada a sua importância para o Setor Saúde, a Organização Mundial da Saúde tem promovido o seu uso e estimulado a sua adoção para orientar as políticas de saúde nos países em desenvolvimento e naqueles ainda subdesenvolvidos (THE WORLD BANK, 1993).

A preocupação com o incremento dos custos em saúde e a má utilização de recursos, invariavelmente escassos, principalmente nos países menos desenvolvidos, são condicionantes da maior importância que justificam a formação de especialistas em Economia de Saúde para a implementação da maior racionalidade na aplicação dos recursos financeiros, materiais e humanos.

No Brasil, até os anos oitenta, esse campo de atuação brotou de forma focal em algumas instituições universitárias, como USP, ENSP, UFBA e UECE, contudo, na última década de noventa, com a criação da ABRES - Associação Brasileira de Economia da Saúde, foi

possível congregar os principais interessados no assunto e esforços têm sido consolidados no intuito de organizar eventos científicos e de promover a publicação de material especializado, significando grande impulso à divulgação de Economia da Saúde neste país.

No Estado do Ceará, a SESA está passando pela implementação de uma ampla reforma de sua estrutura administrativa que incluiu a criação e a implantação da Célula de Economia da Saúde – CECONS (CEARÁ, 1998). Processo este que tem recebido suporte técnico *Department for International Development - DFID*, que propiciou a realização de consultoria, da qual resultou planejamento estratégico, onde se contempla a qualificação técnica do pessoal responsável por condução da respectiva célula, razão do presente projeto tem a sua devida guarida (CEARÁ, 2000 a). Como desdobramento disso, a primeira iniciativa da CECONS para atender as funções preconizadas no seu Plano Estratégico, foi realizar um curso básico em economia da saúde, cuja demanda expressiva motivou a promoção de duas turmas (CEARÁ, 2000 b).

No Ceará, a UECE instituiu a disciplina de Economia da Saúde nos Cursos de Especialização em Planejamento em Saúde ofertados na década anterior, e implantou-a como disciplina obrigatória do seu curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Concentração em Políticas e Serviços de Saúde; na Universidade Federal do Ceará (UFC), a matéria existe como optativa para a graduação em Ciências Econômicas e também como disciplina optativa do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - Concentração em Epidemiologia.

A UECE criou o Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde, sendo um dos poucos existentes no Brasil que está devidamente registrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq – versão 4.0. É um grupo que tem por finalidade precípua integrar a equipe interdisciplinar no contexto da Economia da Saúde e propiciar condições para um desenvolvimento harmônico, entre pesquisadores, estudantes pós-graduação “*lato sensu*” e “*stricto sensu*” e outros profissionais de saúde, bem como desenvolver o senso crítico do alunado, a fim de atuar na prática dentro de uma visão abrangente (social, política e cultural) das inter-relações entre Economia e Saúde no processo saúde-doença.

A UECE, em colaboração com a Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE, e contando com o decidido apoio técnico da ABrES, tentará captar parte dos recursos financeiros junto ao Department for International Development - DFID, envidando os esforços necessários à materialização deste empreendimento da maior importância para o Planejamento em Saúde dos Estados da região Nordeste.

É oportuno ressaltar que a instalação do curso em Fortaleza oferecerá a oportunidade de formação local dado que curso similar existe apenas na região Sudeste do país, na FSP/USP, com expectativa de, a médio prazo, viabilizar a criação da área de concentração em Economia da Saúde em Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública ou de Mestrado Profissional em Economia de Saúde na UECE, que teria suprimento regular de clientela advinda dos cursos de especialização retro-mencionados.

3 Objetivos e Metas

3.1 Objetivo geral

Capacitar profissionais das áreas de saúde e técnico-administrativa para integrarem conhecimentos e instrumentos de economia à análise do setor saúde.

3.2. Objetivos específicos

- fornecer uma visão sobre economia, de forma a compreender a sua aplicação no setor saúde;
- fornecer elementos para avaliação econômica no âmbito macro e micro do setor saúde;
- analisar as políticas e práticas vigentes e formular propostas alternativas ao planejamento em saúde;
- fornecer elementos para compreensão e crítica das propostas de financiamento do setor saúde;

- conhecer e aplicar métodos e técnicas que permitam avaliar os serviços de saúde

Dentre as metas do curso, destacam-se: a) qualificação 2 professores ou técnicos da UECE; b) especialização de 14 técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; c) especialização de 2 técnicos da Escola de Saúde Pública do Ceará; e d) preparação de 2 técnicos de outras instituições públicas. O propósito do curso é o de especializar profissionais no campo da Economia da Saúde.

4 Projeto Metodológico

O curso é destinado a professores da área de saúde pública e a profissionais de saúde, com formação em saúde pública, e de ciências econômicas, administrativas e contábeis que atuem especificamente em planejamento do setor saúde, com experiência mínima de cinco anos de serviços.

O Curso será programado de forma a desenvolver suas atividades no período de 21/01/2002 a 30/12/2002, conforme a seguinte seqüência das disciplinas: 1. Introdução à Economia (21 a 29.01.02); 2. Introdução à Saúde Pública (21 a 29.01.02); 3. Política e Planejamento em Saúde (18 a 26.02.02); 4. Introdução à Economia da Saúde (18 a 26.02.02); 5. Mercado e Sistemas de Saúde (18 a 23.03.02); 6. Alocação de Recursos em Saúde (22 a 27.04.02); 7. Orçamento e Custos em Saúde (20 a 25.05.02); 8. Financiamento e Gastos em Saúde (24 a 29.06.02); 9. Avaliação Econômica da Saúde (22 a 27.07.02); e 10. Ensino e Pesquisa em Economia da Saúde (26 a 31.08.02)

As atividades serão desenvolvidas de 2ª a 6ª feira em tempo integral (8h00-12h00 e 14h00-18h00) e, ainda, aos sábados das 8h00 às 12h00. A essas disciplinas, segue-se um período de quatro meses destinado à elaboração e defesa da monografia.

O ensino constará de aulas teóricas e práticas, trabalhos de campo, seminários e exercícios, e estará a cargo de professores da UECE e de professores convidados de outras instituições nacionais, como Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Universidade Federal do Ceará, bem como estrangeiras: Escola Nacional de Saúde

Pública da Universidade Nova de Lisboa, de Portugal e Istituto Superiore di Sanità de Roma.

Durante o andamento do Curso, o aluno terá a obrigação de:

- assistir a um mínimo de 75% da carga horária (de aulas) de cada disciplina;
- participar da totalidade dos trabalhos de campo e seminários de cada uma das disciplinas;
- apresentar em tempo hábil os exercícios e outros trabalhos didáticos que lhe sejam confiados;
- submeter-se às provas de avaliação julgadas necessárias pela Coordenação do Curso.

A avaliação do aprendizado ou do rendimento acadêmico será feita através de prova, elaboração e apresentação de trabalhos, na perspectiva de cada disciplina. Serão consideradas as notas de 7,0 (sete) a 10,00 (dez) para efeito de aprovação.

A monografia será apresentada pelo aluno à Banca Examinadora, constituída de 3 (três) docentes, sendo presidida pelo orientador do trabalho, merecendo aprovação quando lograr conceito satisfatório dos membros Banca Examinadora.

O Certificado de Especialização será concedido ao candidato que satisfizer as seguintes condições: a) ter cursado todas as disciplinas, com conceito final, de pelo menos, 7,0 (sete) em cada; b) ter alcançado um percentual de comparecimento em cada disciplina, igual ou superior a 75%; c) ter concluído e apresentado a monografia escolhida, logrando aprovação pela Banca Examinadora. O Certificado conterà as especificações concernentes ao Curso de Especialização de acordo com a Resolução 03/99 do Conselho Nacional de Educação.

5 Plano de Trabalho

As atividades serão desenvolvidas durante 15 meses, sendo os dois primeiros relacionados ao Planejamento e Organização, doze para o Desenvolvimento do Curso (incluindo disciplinas, pesquisas de campo e feitura de monografias), e o último destinado à Elaboração de Relatório, de conformidade com o disposto no quadro a seguir.

Quadro 1 - Cronograma de atividades

Atividades	Meses														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Planejamento e Organização	x	x													
2. Divulg. do Curso		x	x												
3. Inscrição e Seleção de Candidatos			x												
4. Disciplinas			x	x	x	x	x	x	x						
5. Pesquisas de campo (monografias)											x	x	x	x	
6. Apresentação de Monografias														x	
7. Elab. de Relatório															x

6 Resultados Esperados

Ao término do curso, os participantes devem estar aptos a desenvolver as seguintes atividades:

- análise de eficiência das ações e serviços de saúde, na busca de uma melhor cobertura assistencial e equidade;
- definição de critérios para os investimentos públicos em saúde, tendo em vista a maximização do retorno social;
- escolha dos critérios que devem subsidiar o financiamento das ações e serviços de saúde;
- aplicação de conhecimentos e instrumentos de economia no processo de avaliação

Como produto final do aprendizado, a SESA contará com quadro de especialistas em Economia da Saúde, que dará suporte ao funcionamento da Célula de Economia da Saúde – CECONS, e qualificará igualmente funcionários de órgãos e/ou setores correlatos trazendo benefício de monta às atividades do SUS no Ceará. Além

disso, o direcionamento prioritário dos projetos de pesquisas, para fins de elaboração das monografias de conclusão, para temas de maior interesse da Saúde Pública cearense, a exemplo do sugerido no anexo 1, de pronto, dotará o Estado de estudos relevantes para a tomada de decisão dos gestores de saúde. Também deve ser considerada a divulgação de resultados de tais estudos e pesquisas, tanto em veículos científicos diversos como na “mídia”.

7. Referências

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde – **Programa de desenvolvimento e modelagem da gestão estadual: Estrutura Organizacional – Relatório Final**. Fortaleza: NUIFN/Fundação Instituto de Administração, 1998.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Célula Economia da Saúde – **Relatório de Estruturação da Célula Economia da Saúde**. Fortaleza: SESA, 2000.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Célula Economia da Saúde. **Relatório do curso básico de economia da saúde**. Fortaleza: SESA, 2000.

DEL NERO, C.R. - O que é economia da saúde. in: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Orgs.) - **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. 298p. p.5-21.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Economía aplicada a la sanidad**. Ginebra, 1976. 53p. (OMS-Cuadernos de Salud Publica, 64).

THE WORLD BANK - **World development report 1993**. Investing in Health. Oxford: Oxford University Press. 1993.

Anexo 1

UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE

SUGESTÃO DE PROJETOS DE MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO

1. Financiamento da saúde no Ceará – anos noventa
2. Financiamento da saúde em municípios selecionados pós-gestão plena no Ceará
3. Gasto social do Estado e da capital cearense
4. Desigualdades sociais e mortalidade no Ceará
5. Envelhecimento populacional e gastos em saúde no Ceará
6. Impacto da mortalidade nas tábuas de vida ativa de Fortaleza
7. Anos potenciais de vida perdidos por violências no Ceará
8. Mercado de serviços de saúde suplementar no Ceará
9. Análise de determinantes da fixação de profissionais de saúde no interior do Ceará
10. Oferta e demanda de leitos de UTI para adultos no Ceará
11. Oferta e demanda de leitos de UTI neonatal e pediátrica no Ceará
12. Sistema simplificado de apuração de custos para ambulatórios
13. Sistema simplificado de apuração de custos para hospitais de pequeno porte
14. Gestão de custos e resultados na Rede de Laboratórios de Saúde Pública da SESA
15. Gestão de custos e resultados na Rede de Hemocentros da SESA
16. Estudo de viabilidade da implantação de central de imagenologia de alta complexidade na SESA
17. Estudo de viabilidade da implantação de Rede de Radiologia Básica em Regiões de Saúde do Ceará
18. Avaliação do Programa de Medicamentos Especiais da SESA
19. Avaliação da qualidade de vida em pacientes sob diálise renal
20. Diálise renal x transplante renal: comparação econômica

21. Custos hospitalares x funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)
22. Avaliação econômica do PSF em municípios selecionados do Ceará
23. Avaliação econômica das estratégias de controle do dengue no Ceará
24. Análise de custo-efetividade de estratégias de controle da desnutrição infantil
25. Avaliação econômica de Programas de Atendimento Domiciliar da SESA
26. “Marketing” em saúde pública
27. Revisão Sistemática da Evidência aplicada em análise de custo-efetividade
28. Gestão sanitária baseada na evidência científica
29. Aspectos econômicos na definição de prioridades em saúde
30. Aspectos econômicos da tomada de decisão na prática médica

Anexo 2
UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CCS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ECONOMIA DA SAÚDE

A) ORÇAMENTO (VALORES EM REAIS)

1. DESPESAS DE CUSTEIO		
1.1. Pessoal		
1.1.1. Pessoal Administrativo		
1.1.1.1. Coordenação (2 pp x 10 mm x R\$ 500)		10.000
1.1.1.2. Secretaria 1 p x 12 mm x R\$ 250		3.000
1.1.1.3. Apoio Funcional (1 p x 12 mm x R\$ 150)		1.800
1.1.2. Corpo Docente		
1.1.2.1. Horas-aula (375 h/a x R\$ 50)		18.750
1.1.2.2. Orientação de Monografias (20 x R\$ 400)		<u>8.000</u>
	Subtotal 1	41.550
1.1.3. Encargos Sociais (20% do subtotal 1)		<u>8.310</u>
	Subtotal 2	49.860
1.2. Passagens Aéreas		
Lisboa/Fortaleza/Lisboa 1 x US\$ 1,300		3.250
Roma/Fortaleza/Roma 1 x US\$ 1,400		<u>3.500</u>
	Subtotal 3	6.750
1.3. Diárias de Professores Convidados (20 diárias x R\$ 150)		<u>3.000</u>
	Subtotal 4	3.000
1.4. Material		
1.4.1. De Expediente e Secretaria		1.290
1.4.2. Reprodução Bibliográfica 100 pág./aluno/disc. = 100 x 20 x 10 x R\$ 0,06		1.200
1.4.3. Apoio Didático (Transparência, canetas, slides etc.)		<u>2.490</u>
	Subtotal 5	4.890
	TOTAL 1	65.000
2. DESPESAS DE CAPITAL		
2.1. Aquisição de Equipamentos Didáticos (cedidos pela ESP-CE)		
2.2. Aquisição de Equipamentos de Informática (cedidos pela ESP-CE)		
	TOTAL 2	-
3. RESERVA TÉCNICA (5%)		3.250
4. TAXA DE ADMINISTRAÇÃO (10%)		6.500
	TOTAL GERAL	74.750
	CUSTO POR ALUNO	3.775,50

B) FONTES DE FINANCIAMENTO

1. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ		
1.1. DFID - <i>Department for International Development</i> (elementos 1.1.2, 1.2, 1.3, 3 e 4)		74.750
1.2. Recursos próprios - cessão de material (elemento 1.4)		<u>7.000</u>
	SUBTOTAL	7.000
2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ		
Recursos de matrículas* de 20 alunos x R\$ 50		<u>1.000</u>
	TOTAL	82.750

* Recolhidos para PRPGPq - UECE

15 Proposta de um Curso de Educação Nutricional em Diabetes: uma Análise Custo-Efetividade

*Christiane Piñeda Zanella
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

1 Introdução

Em nossos dias, a vida do homem caracteriza-se pela constante busca de informações. A cada momento novos conhecimentos agregam-se aos antigos, enriquecendo-os, aperfeiçoando-os ou mesmo alijando alguns em função de novas descobertas. O indivíduo precisa mais e mais estar consciente da necessidade de atualizar-se constantemente. Essa variada gama de informações flui através de inúmeras formas e canais, como a televisão, os jornais, o rádio, o cinema e outros meios que acrescentam de forma sutil, novas informações (ZAGURY, 1993).

Essa característica de nossos dias transforma-se cada vez mais num imperativo, numa necessidade pessoal de cada um. A própria sobrevivência e/ou sucesso estão interligados, de forma marcante, na absorção desse fator (ZAGURY, 1993).

Se as informações são válidas para indivíduos não portadores de problemas de saúde, tornam-se da máxima importância para o diabético, uma doença crônica degenerativa, ligada ao estado nutricional e hábito alimentar (ZAGURY, 1993).

Na educação nutricional, a troca de informações entre educador e aluno deve fornecer apoio emocional, assim como dados cognitivos (de conhecimento) para mudança de comportamento. Através de técnicas motivacionais criativas, o cliente pode alcançar resultado, que é a mudança de comportamento. Este enfoque da educação nutricional como promoção e proteção da saúde, e como prevenção de doenças e complicações, possui um papel reconhecidamente vital (MARTINS; ABREU, 1997).

O portador de *diabetes mellitus*, além das informações necessárias à sua vida cotidiana, precisa aplicar corretamente tais conhecimentos (ZAGURY, 1993).

Com a descoberta da insulina, o diabético teve sua perspectiva de vida muito aumentada. Em contrapartida surgiram condições para o desenvolvimento das lesões degenerativas, ou seja, o aumento da sobrevida permitiu que essas lesões viessem a manifestar-se, o que antes não acontecia em virtude da morte precoce do paciente (ZAGURY, 1993).

O diabético precisa entender que o bom controle da doença postergará ou impedirá o aparecimento de tais lesões. E este é apenas um dos muitos fatores pelos quais o diabético deve conhecer bem sua doença, aplicar de forma adequada os conhecimentos adquiridos e procurar manter-se sempre atualizado quanto às novidades e modificações eventuais surgidas (ZAGURY, 1993).

O indivíduo só se submeterá a certas rotinas como dieta, aplicação diária de insulina, exames de sangue e urina freqüentes, se entender perfeitamente o sentido de ajuda fundamental que tais procedimentos exercerão em sua vida presente e futura (ZAGURY, 1993).

Através do conhecimento que tem sobre a doença e seu tratamento, os diabéticos adquirem ensinamentos básicos que são indispensáveis para o seu manuseio no tratamento. Se o conhecimento adquirido é bem aplicado a doença pode ter um bom controle (FONTOURA *et al.*, 1992).

É importante ressaltar que não são poucos os informes de que o diabético precisa adquirir: na dieta, por exemplo, ele precisa conhecer o que pode ou não comer e, mais ainda, precisa saber dosar as quantidades e substituir adequadamente um alimento por outro; a administração de insulina requer uma habilidade especial (aplicar injeção), além de certo conhecimento aritmético, para evitar enganos na dosagem; os exames de urina, bastante freqüentes, requerem a correta interpretação dos resultados, onde cada diferente nível de açúcar na urina é indicado por determinada cor. Pode-se também citar a importância do paciente conhecer os sintomas da hipoglicemia e hiperglicemia (ou seja, a redução e elevação exagerada da taxa de

açúcar sanguíneo), pois isso pode em muitos casos contribuir para salvar a própria vida (ZAGURY, 1993).

Um outro aspecto que a aprendizagem sobre a doença deve abranger é o julgamento das informações recebidas. As fontes de informações são muitas, o diabético aprende com o médico, com enfermeiros, em conversas informais, em publicações de livros, jornais e revistas, em programas de televisão e pela internet, nem sempre sendo verdadeiras estas informações. O discernimento é, pois, fator de extrema importância no aprendizado sobre diabetes (ZAGURRY, 1993).

As relações de saúde e desenvolvimento econômico têm considerável importância. ARAÚJO (1975) comenta que, em 1962, FEIN apresentou, na primeira Conferência sobre a Economia nos Serviços de Saúde, trabalho sobre as relações entre programas de saúde e o desenvolvimento econômico, posteriormente comentado por GOODE, *apud* ARAÚJO (1975), que mostra que os programas de saúde podem aumentar a força efetiva de trabalho numa taxa mais alta que a do crescimento demográfico.

MUSHKIN (1962), segundo ARAÚJO (1975), abordou questão da saúde como investimento, defendendo o ponto de vista de serem os gastos em saúde uma forma de investimento e não uma despesa de consumo, a exemplo de que já vinha sendo reconhecido com a educação.

Estudando o problema da contribuição da saúde para o desenvolvimento, GRIFFITH & COLS. (1971), segundo ARAÚJO (1975), acharam que a questão envolve três aspectos fundamentais: primeiro, a demonstração do papel da saúde na promoção do crescimento econômico; em segundo lugar a demonstração dos efeitos negativos da doença sobre a produtividade e, finalmente a quantificação dos benefícios econômicos resultantes da melhoria no nível de saúde.

ARAÚJO (1975) cita a afirmação de GOUVEIA, em 1964: “saúde e desenvolvimento são condições que se acompanham e se completam”.

Refletindo as afirmações destes autores sobre a interdependência entre saúde e desenvolvimento nacional, podemos

transportar estas mesmas reflexões para um ambiente mais restrito, como o fabril por exemplo.

A proposta de um Curso de Educação Nutricional em Diabetes – Uma Análise de Custo-Efetividade surge como projeto-piloto, a ser aplicado em Indústria Têxtil e posteriormente em outras fábricas, já que hoje é inquestionável o valor das ações preventivas em saúde nas empresas com vistas à melhorar o perfil da mesma no trabalhador, bem como contribuir para redução do absenteísmo, licenças por motivos de doença e acidentes de trabalho.

Alguns diabéticos têm dificuldade em expor sua condição aos colegas de trabalho e à chefia, principalmente aqueles que se sentem desvalorizados e temem a discriminação ou mesmo a perda do emprego (LIMA, 1993).

Uma pessoa com o diabetes bem controlado terá maiores chances de melhor relacionamento no trabalho, competindo de igual para igual, ao passo que o diabético que negligencia seu tratamento terá, com certeza, dificuldades em manter seu emprego e até mesmo consegui-lo, e suas relações com colegas de trabalho podem ficar abaladas pelas faltas frequentes e licenças médicas, que provocam sobrecarga de serviço, caso seus companheiros de trabalho ignorem sua condição (LIMA, 1993).

2 Referencial Teórico dos Tópicos a Serem Trabalhados no Curso

Face à presente proposta selecionamos alguns textos de apoio a definição dos conteúdos a serem enfocados, os quais estão resumidos nos tópicos a seguir:

Importância da Nutrição em Diabetes:

Para se ter boa saúde, sejam diabéticos ou não, precisa-se receber, através dos alimentos, quantidades suficiente de calorias, proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais. A isto chamamos necessidades nutricionais (DAVIDOVICH, 1993).

As necessidades nutricionais das pessoas variam principalmente em função da idade, peso, altura, sexo e atividade

física, assim como com a gravidez e amamentação (DAVIDOVICH, 1993).

Sabe-se que a pessoa diabética e o não-diabético com a mesma idade, sexo, altura, peso e tipo de atividade física, têm as mesmas necessidades calóricas e nutricionais. No entanto, o diabético deve fazer dieta porque não dispõe de quantidade suficiente de insulina ou não possui disponibilidade desta e, para que possa aproveitar bem os elementos fornecidos pela alimentação, é importante que conheça quais alimentos deve utilizar, suas respectivas quantidades e horário das refeições.

A dieta para o diabético tem dois objetivos principais:

- 1) ajuda a manter a glicemia em nível normal;
- 2) diminuir o risco de doenças no coração e vasos sanguíneos (DAVIDOVICH, 1993).

Seguindo uma dieta adequada, o indivíduo diabético conseguirá evitar hipoglicemia e hiperglicemia, retardando ou prevenindo as conseqüências tardias do diabetes (FERREIRA, 1993).

Uso da Pirâmide Alimentar no Auto-Controle Dietético:

A pirâmide de alimentos foi adotada em 1992 nos Estados Unidos, para mostrar para população, através de uma representação gráfica uma dieta adequada nutricionalmente, com o consumo de vários alimentos em quantidade suficiente. No Brasil, adaptou-se a pirâmide, pois sua orientação como simples tradução não refletia a realidade da população. É uma ferramenta visual simples e modeladora da dieta, ela reflete conceitos alimentares importantes como variedade, proporção e moderação. Seus objetivos nutricionais - dieta adequada em proteínas, vitaminas, minerais e fibra alimentar, sem quantidade excessiva de calorias, gordura total, saturada, colesterol, sódio, açúcares adicionados e álcool. Permite flexibilidade, adaptando-se às preferências e estilo de vida do consumidor (MARTINS; ABREU, 1997).

Na base da pirâmide estão os alimentos do grupo um ou alimentos energéticos, como pães, aveia, arroz, macarrão. Para a maioria das pessoas é recomendada quantidade de seis a onze

porções diárias. Os grupos dois e três incluem os alimentos reguladores que correspondem às verduras, frutas e legumes. Verduras e legumes devem estar presentes nas duas principais refeições do dia, cruz e cozidos sua recomendação é de quatro a cinco porções diárias, enquanto a recomendação de frutas é de três a cinco porções diárias. O grupo quatro é do leite e seus derivados, fornecendo proteínas, cálcio e, sendo conhecido como grupo dos alimentos construtores. A quantidade recomendada diária varia entre dois e três porções. O grupo cinco, também construtor, é composto por carnes, aves, peixes, ovos e leguminosas que fornecem proteína, ferro, zinco, e têm considerável teor de gorduras. A recomendação é que sejam ingeridas duas a três porções diárias deste grupo. Finalmente, o grupo seis inclui as gorduras, os azeites e açúcares. São desnecessários, uma vez que os demais alimentos possuem estes nutrientes, para satisfazer nossas necessidades energéticas. Para diabéticos, em geral recomenda-se evitar alimentos do grupo seis, entretanto, pessoas cujo diabetes está bem controlado podem até usar pequenas quantidades de açúcares e doces, junto com refeições bem equilibradas (MOTTA, 1997).

Elaboração e Degustação de Preparações Adequadas para Diabéticos:

Para quem tem doença crônica, fazer dieta pode ser uma atividade prazerosa, quando orientada de forma positiva, para o duplo prazer de uma alimentação gostosa e que faz bem. Numa atividade educativa devem ser selecionadas receitas que respeitem os seguintes princípios: fornecer baixo teor de gorduras, ser isentas ou de baixo teor de colesterol e gorduras saturadas, ter baixo valor calórico, fornecer quantidades significativas de fibras alimentares, não utilizar sacarose, ter baixo custo, ser de fácil preparo (MOTTA, 1997).

3 Planejamento do Curso de Educação Nutricional em Diabetes

O curso está sendo proposto para ser ministrado em oito horas/aula, duas por semana ao final do turno de trabalho dos 15 funcionários diabéticos de fábrica, reunidos em uma única turma. As

aulas serão ministradas na sala de reuniões do setor médico da fábrica têxtil.

No decorrer do curso serão enfocados os seguintes tópicos:

1 - Diabetes x Saúde (2 horas/aula).

A metodologia utilizada será aula expositiva, utilizando como recurso áudio-visual material impresso com referências, onde será mostrada a importância de retardar ou prevenir as consequências tardias do diabetes; importância da manutenção da glicemia o mais próxima possível da normal; riscos das hipoglicemias e hiperglicemias; como controlar a glicemia.

O referencial teórico será apoiado em FERREIRA (1993).

2 - Importância da Nutrição em Diabetes (2 horas/aula).

A metodologia utilizada será demonstração e simulações, com recurso de material de auto aprendizagem, onde será mostrada a importância da dieta para a saúde; necessidades nutricionais de pessoas normais; necessidades nutricionais de diabéticos; a dieta dos diabéticos.

O referencial teórico será apoiado em DAVIDOVICH (1993); AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (2000) e SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2000).

3 - Uso da Pirâmide Alimentar no Auto-controle Dietético (2 horas/aula).

A metodologia utilizada será aula expositiva e exercícios feitos com material de auto-aprendizagem individualizada.

Pirâmide alimentar como tradutora das necessidades dos indivíduos; utilização da pirâmide alimentar no planejamento da alimentação diária.

O referencial teórico será apoiado em MARTINS & ABREU (1997).

Elaboração e Degustação de Preparações Adequadas para Diabéticos (2 horas/aula).

Elaboração e degustação de preparações com baixo teor de gordura, isentas ou de baixo teor de colesterol e gorduras saturadas, baixo valor calórico, quantidades significativas de fibras alimentares com substitutos de sacarose, baixo custo e fácil preparo.

Serão preparados: biscoitinhos de aveia, tortinhas de maçã, gelatina com iogurte, espuma de maracujá e creme de chocolate.

O referencial teórico será apoiado em MOTTA (1997).

4 Análise de Custo-Efetividade

Serão calculados os custos do curso (programação e execução):

Educador, material impresso, Posters da Pirâmide Alimentar, Plano Básico de Refeição Diária para Diabéticos, Magneto – Diário da Saúde, Lápis Preto, Copos descartáveis, Água mineral, Ingredientes para receitas a serem preparadas no curso.

Será analisada a aquisição de conhecimentos com o curso - serão aplicados testes para verificar o nível de conhecimento do diabético sobre alimentação adequada antes e ao final do curso.

Avaliação do impacto sobre comportamento alimentar – será realizada avaliação dietética antes da administração do curso e seis meses após o término do mesmo.

Avaliação do impacto na produtividade – serão verificadas as faltas ocasionadas por complicações da doença e a quantidade de licenças médicas dos funcionários diabéticos nos seis meses anteriores à administração do curso e nos seis meses após o término do mesmo.

Serão confrontados os gastos com a realização do curso, a aplicação dos conhecimentos adquiridos e a economia propiciada pela redução esperada no absenteísmo e licença médica.

A seguir, tem-se a relação de material a ser utilizado e seus respectivos custos, captados no mercado de Fortaleza, em outubro de 2000 e catálogo de materiais educativos (Nutroclínica) 1999-2000.

Quadro 1 - Custos de Educação Nutricional em Diabetes

Material	Valor R\$ / Unidade	Valor para o Grupo
Sala para Execução do Curso	100,00 por encontro.	400,00
Educador	111, 76 por encontro.	447,04
Material Impresso	0,50 por aluno.	7,50
Poster da Pirâmide de Alimentos	8,50	8,50
Plano Básico de Refeição Diária para Diabéticos	3,00	45,00
Magneto – Diário da Saúde	8,00	120,00
Lápis Preto	0,32	4,80
Copos Descartáveis	2,03 (50 unid)	8,12
Água Mineral	2,50	10,00
Receitas	31,94	31,94
Total	268,55	1082,90

5 Conclusão

Considerando os custos de um curso que pretende melhorar as condições de saúde de um grupo de funcionários de uma fábrica como investimento, está-se concordando com TINÔCO & CAMPOS (1984), *apud* SILVA (1999), que propuseram o ciclo da saúde e do bem-estar, onde mostram que saúde gera riqueza, que aumenta a energia e a capacidade produtiva, o que conduz à alta produção de bens e serviços e, como decorrência disso, aos salários altos, que patrocinam alimentação abundante, educação suficiente e habitação adequada, fatores que, por seu turno, propiciam a saúde.

A condição de maior nível de saúde está associada a grandes investimentos em saúde pública, medicina preventiva, proporcionando mais saúde, que leva à menor incapacidade e maior sobrevivência do indivíduo, que se consubstancia em produção alta. Saem ganhando os funcionários e a fábrica.

6 Referências

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes care**, v.23, supplement 1, p.S4-S19, 2000.
- ARAÚJO, J.D. Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, **9**: 515-28, 1975.

DAVIDOVICH, N.R. - A dieta do diabético. in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico–Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 105p.

FERREIRA, A.M. O controle domiciliar da diabetes. in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico–Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 105p.

FONTOURA, C.S.M. e cols. **Orientações gerais para pacientes com diabetes mellitus**. Porto Alegre: Serviços de Artes Gráficas do HCPA, 1992. 15p.

SILVA, M.G.C. - Economia da saúde. in: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia & saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 660p. p. 457-72.

LIMA, M.G. - O diabético na escola e no trabalho. in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico–Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 105p.

MARTINS, C.; ABREU, S.S. **Pirâmide de alimentos manual do educador**. Curitiba: IMPROART, 1997. 147p.

MOTTA, D.G. e cols. **Diabetes e alimentação – comer bem para melhor viver – Piracicaba**, 1997. 92 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Recomendações**. 2000. Disponível em www.diabetes.org.br/Diabetes/concenso/cons1.html, Acesso em 04/12/2000.

ZAGURY, L. - A importância de aprender; o que é diabetes. in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico–Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 105p.

16 Educação para o Controle Metabólico em Diabetes Mellitus

*Maruska Dias Soares
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

1 Introdução

Apresentaremos a seguir uma proposta de Educação e Controle Metabólico em Diabetes Mellitus (DM) como trabalho final da disciplina Economia da Saúde. Com esta proposta procuramos não só descrever os impactos da DM, mas uma maneira simples de detecção e controle desta patologia, em um projeto de extensão da Universidade para o bem-estar da população acometida por diabetes, com o intuito de participar na diminuição dos gastos com DM e, principalmente, servir de local para capacitação dos futuros profissionais de saúde que atuarão nessa área.

2 Diabetes Mellitus: o que é?

Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos (FRANZ, 1998; PAUL, 1998) e tem como consequência anormalidades no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios e o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas (SHERWIN, 1997). As complicações a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (FRANZ, 1998; PAUL, 1998).

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2000) traz uma nova classificação baseada na etiologia do DM e elimina os termos “DM insulino-dependente” e “não-insulino-dependente”, esclarecendo que:

- DM Tipo 1: resulta da destruição das células beta-pancreáticas, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina.

- DM Tipo 2: resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina.
- “Outros Tipos de DM”: engloba várias formas de DM decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou uso de fármacos diabetogênicos.
- DM Gestacional: diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação podendo, ou não, persistir após o parto.

Diabetes tipo 2 é a forma mais comum da doença sendo responsável por 90% do total de DM (ESCOTT-STUMP, 1999) e surge depois dos 40 anos (SHERWIN, 1997; FRANZ, 1998). Essa forma se associa frequentemente com outros fatores de risco cardiovascular como hipertensão arterial, obesidade, dislipidemias e com estilo de vida pouco saudáveis como sedentarismo e tabagismo (GAGLIARDINO, 1999). Embora os dois principais tipos de diabetes, tipo 1 e tipo 2, pareçam diferentes, as manifestações de hiperglicemia e seus efeitos potencialmente danificantes são similares (FRANZ, 1998).

Os sintomas clássicos são polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso, associados com dosagem elevada de glicose no sangue (COSTA, 1998). O diagnóstico é feito, geralmente, medindo-se a glicose plasmática de jejum, às vezes, combinada com um teste de tolerância à glicose oral ou uma glicose pós-prandial (FRANZ, 1998).

3 Importância

O DM é um importante problema de saúde pública na atualidade (BRASIL, 1996) uma vez que é freqüente e está associado a complicações que comprometem à produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e das suas complicações (SBD, 2000), acarretando um grande número de mortes prematuras, invalidez precoce, diminuição da expectativa de vida, sendo responsável por 30 a 50% das mortes em pessoas com mais de 40 anos de idade (BACCAN, 1995).

A sua distribuição é mundial e sua freqüência se localiza entre 1 a 2% da população (CARDOSO *et al*, 1995).

Aproximadamente 7% da população dos Estados Unidos têm diabetes (ANDERSON, 1994; FRANZ, 1998). No Brasil são 5 milhões de indivíduos com diabetes, sendo que metade desconhece o diagnóstico (BRASIL, 1996). De acordo com a SBD, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM e Associação para Educação e Controle em Diabetes – ACED (2000) o diabetes está sendo considerado como uma doença de proporções epidêmicas em todo o mundo, com um número crescente de novos casos diagnosticados a cada ano.

De acordo com o Censo Nacional de Diabetes, concluído em 1988 (BRASIL, 1996), a prevalência é semelhante para homens e mulheres e aumenta consideravelmente com a idade. Na população urbana brasileira de 30 a 69 anos a prevalência de DM é de 7,6%, sendo que, em Fortaleza, para a mesma faixa etária citada a prevalência é similar – 6,5% (BRASIL, 1996).

Trata-se da principal causa de cegueira, doença renal terminal e amputação de membros em pessoas com idade produtiva (SHERWIN, 1997). A progressão de doenças cardíacas é 2 a 3 vezes maior do que nos indivíduos que não têm diabetes e a expectativa de vida é apenas dois terços da população geral (FRANZ, 1998).

O DM mal controlado é responsável por várias complicações agudas e crônicas que nos levam a dados alarmantes como os citados abaixo (BRASIL, 1996; SBD, SBEM, ACED, 2000):

- O diabetes é a 4ª principal causa básica de morte no Brasil;
- É a principal causa de cegueira adquirida;
- Pessoas com diabetes têm chance duas vezes maior de desenvolver doença coronariana e sofrer derrames cerebrais que os que não têm diabetes e representam 30% dos pacientes que internam em Unidade Coronariana Intensiva;
- Têm 17 vezes mais chances de desenvolver doença renal, sendo que mais de 30% dos casos de insuficiência renal em programas de diálise são devido ao DM;
- Apresentam chance 40 vezes maior de sofrer amputações de membros inferiores.

Tais complicações são as responsáveis pela mortalidade prematura dos pacientes com diabetes (FIATES, 1998).

Medidas de prevenção do DM, assim como das complicações, são eficazes em reduzir o impacto desfavorável sobre a morbi-mortalidade desses pacientes (SBD, 2000).

4 Impacto sobre a Economia da Saúde

Diversos estudos mostram que os custos totais da DM aumentam significativamente quando aparecem as complicações crônicas da enfermidade (GAGLIARDINO, 1999). De acordo com esse mesmo autor, os custos diretos da DM (relacionados com a atenção ambulatorial e hospitalar) são elevados, tanto pelo caráter crônico da doença como por sua associação, especialmente no Tipo 2, com outros fatores de risco cardiovascular que requerem tratamento específico. Ainda segundo GAGLIARDINO (1999) em estudos de custos indiretos eles demonstram que pessoas portadoras de diabetes com complicações crônicas tiveram um elevado absenteísmo laboral (incapacidade permanente) e que a DM ocupava o terceiro lugar entre as causas de dispensas prematuras (incapacidade permanente) no setor público.

De acordo com ESCOTT-STUMP (1999) e PAUL (1998), os custos de tratamento médico para pacientes diabéticos são responsáveis por 15% dos custos totais dos serviços de saúde, ou seja, aproximadamente \$100 bilhões dólares anuais e, cerca de 3 milhões de americanos são hospitalizados anualmente com diabetes, a um custo de \$65 bilhões dólares. Segundo PAUL (1998), anualmente, são gastos com cuidados de saúde, per capita, quatro vezes mais com as pessoas já diagnosticadas diabéticas (\$ 11,157) do que com as que não têm diabetes (\$ 2,604).

A sistematização de um programa de atenção aos indivíduos com DM permite otimizar o acesso e o uso eficaz e eficiente dos recursos disponíveis, modificando o curso natural da doença e diminuindo os gastos sócio-econômicos (GAGLIARDINO, 1999). Um aspecto importante a ser considerado é a economia proporcionada pelo controle adequado do diabetes antes que apareçam as complicações crônicas, as quais exigem recursos médicos, hospitalares e financeiros de grande monta (POZZAN, 1994). Do ponto de vista da economia da saúde, cada dólar investido

em atividades preventivas de educação e controle metabólico do paciente com diabetes, resultará numa economia estimada de 6 dólares nos gastos gerais com atendimento curativo na rede de saúde, conforme dados do Centro Internacional de Diabetes de Minneapolis, nos EUA (SBD, SBEM, ACED, 2000).

A terapia de nutrição médica demonstra melhorias significativas nos resultados médicos e clínicos do DM, principalmente o tipo 2, sendo que essas intervenções podem resultar em uma economia de \$2,178 dólares/ano/paciente (PAUL, 1998).

5 Educação em Diabetes

Visando reduzir a morbi-mortalidade por diabetes, o Ministério da Saúde considera, dentre outros, como objetivos a educação em saúde, atendendo as necessidades específicas dos portadores de diabetes em relação a sua doença, assim como estender estas informações aos familiares e à comunidade (MOREIRA, 1995).

A abordagem clássica do DM com enfoque apenas curativo tem revelado elevada frequência de internações por complicações agudas e crônicas. A estratégia que vem sendo adotada nacional e internacionalmente é a implementação de programas educativos com a participação de equipes multiprofissionais (POZZAN, 1994).

Para a SBD, SBEM, ACED (2000) a qualidade do tratamento atual do DM está muito aquém do desejável (quase ¼ da população de portadores de DM não faz nenhum tratamento), o que indica necessidade urgente de adoção de medidas educativas, tanto para profissionais de saúde como para a comunidade. Além disso, a assistência médica adequada e o controle metabólico rigoroso podem prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes, através de medidas preventivas e curativas relativamente simples, implantando programas educativos que podem diminuir pela metade o número de hospitalizações por diabetes, finalizam essas entidades.

6 A Proposta

De acordo com SBD, SBEM e ACED (2000), é bastante preocupante o estado atual da assistência ao paciente com diabetes

no Brasil. Faltam informações sobre a doença e suas complicações; falta consciência sobre a importância do diabetes em Saúde Pública, falta qualidade adequada aos profissionais de saúde, falta recursos, falta medicamentos, enfim faltam mentalidade e vontade política para enfrentar o problema de forma eficaz.

Devido a todo o processo relatado anteriormente que envolve o DM em uma gama de questões, desde o dano individual causado pela doença, ao dano sócio-econômico, demonstrado através dos gastos com o diabetes nos serviços de saúde que se propõe a participação da Universidade, com a implantação de um programa, ou para não ficar com a imagem de “temporário”, de um projeto permanente de Educação e Controle Metabólico em DM.

É mister a referência que vários autores fazem com relação à presença de uma equipe multiprofissional no atendimento ao paciente com diabetes. E porque não aproveitar o espaço acadêmico, com essa pluralidade de profissionais e, ao mesmo tempo, efervescência de novos conhecimentos para desenvolver trabalhos voltados à prevenção e controle do DM. Através de atitudes como essa aproxima-se a Universidade da comunidade, permitindo a participação de todos, profissionais de saúde, professores, alunos e comunidade na busca do conhecimento, cumprindo assim, a Universidade, sua missão de formar o profissional para o benefício de todos.

7 O Projeto

7.1 Objetivos

1. Manter e/ou melhorar a qualidade de vida das pessoas com DM;
2. Promover a detecção e diagnóstico precoce do DM;
3. Prevenir as complicações crônicas do DM;
4. Promover atividades de educação continuada para pacientes e seus familiares;
5. Estimular e manter a investigação dedicada à prevenção e controle do DM;
6. Fornecer aos alunos práticas interdisciplinares;

7. Manter centro de estudo permanente sobre DM com levantamento de dados estatísticos.

7.2 metodologia

a) População

Indivíduos com DM que solicitarem voluntariamente a sua incorporação ao projeto e/ou que residam nas áreas adjacentes da Universidade e/ou se encontrem na presença de um ou mais dos seguintes fatores:

1. Idade acima de 30 anos;
2. Obesidade ou excesso de peso;
3. Presença de sinais/sintomas característicos do mau controle do DM;
4. Indivíduos com possíveis complicações de DM.

b) Recursos

Os recursos humanos para o seguimento do projeto devem ser constituídos de um grupo multiprofissional, como o proposto pela SBD (2000), que inclui:

- Médico endocrinologista e/ou clínico com experiência/capacitação em DM;
- Enfermeiro;
- Nutricionista;
- Assistente Social;
- Psicólogo;
- Dentista;
- Farmacêutico;
- Educador em diabetes (profissional de qualquer área, com capacitação em educação para pacientes com diabetes, podendo também ser desenvolvido por alunos com supervisão dos professores);
- Outros profissionais administrativos e de atividades de apoio.

Poderá não haver a disponibilidade de profissionais habilitados em todas as áreas inicialmente, sendo que uma equipe mínima ficará restrita a 1 médico, 1 enfermeiro e 1 nutricionista.

As responsabilidades específicas de cada profissional devem ser bem definidas tanto em relação ao atendimento do paciente como em relação à equipe multiprofissional.

Os recursos físicos são: três salas para promover o atendimento ambulatorial (no caso da equipe mínima), sendo que com relação à Universidade o próprio campus já dispõe de um posto de saúde dentro de suas instalações. Além disso serão necessários materiais de escritório, um equipamento de informática para cadastramento dos pacientes e armazenamento de informação sobre DM e material clínico específico como estetoscópio, tensiômetro de mercúrio, balança plataforma e glicosímetro.

c) Monitorização dos Fatores de Risco

No mínimo, uma monitorização dos fatores de risco devem incluir:

1. Medidas de glicose plasmática a cada consulta;
2. Verificação do peso corpóreo a cada visita;
3. Medida da altura anualmente;
4. Medida da pressão sangüínea a cada atendimento;
5. Avaliação da ingestão alimentar, atividade física e medicamentos em uso a cada retorno.

d) Verbas para Implementação e Custeio

Por ser uma doença crônica que exige tratamento para o resto da vida é preciso garantir recursos permanentes para essa atividade através de medidas orçamentárias específicas, como propõe a SBD (2000). Tanto as despesas de implementação como as de custeio devem estar previstas em legislação específica nas verbas orçamentárias destinadas ao posto de saúde localizado no campus; uma parceria entre Universidade Estadual do Ceará e Prefeitura de Fortaleza.

e) Acordos

As parcerias entre universidade, governos e iniciativa privada são um valioso recurso para implementação e desenvolvimento de propostas deste tipo (SBD, SBEM, ACED, 2000). Este projeto prevê a incorporação de parcerias com outras universidades, secretarias de saúde, sociedades médicas, iniciativa privada, centros de referência em DM, além dos postos de saúde que já prestam atendimento à essa patologia, com o intuito de promover uma rede de informações e serviços para o paciente com diabetes.

f) Avaliação do Projeto

É preciso avaliar continuamente o desempenho técnico dos profissionais envolvidos com o projeto, proporcionando-lhes oportunidade necessárias de reciclagem e atualização de conhecimentos de forma continuada. Além disso, no caso específico do projeto podem ser tomadas medidas simples como:

- Monitorização dos resultados laboratoriais de glicemia que refletem o controle metabólico;
- Monitorização da adesão ao projeto;
- Verificação da diminuição de internações por causa DM;
- Implantação de registro de queixas, reclamações e sugestões.

8 Referências

ANDERSON, J. W.; GEIL, P. B. Nutritional management of diabetes mellitus. In: SHILS, M. E.; OLSON, J.; SHIKE, M. **Modern Nutrition in Health and Disease**. 8. Ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1994. v. 2, cap. 70, p. 1259-86.

BACCAN, G. C.; BUCHARLES, D. G. E. Diabetes: análise global na Unidade Básica de Saúde Bandeirantes – Londrina/PR. **Semina**, Paraná, v. 16, ed. especial, p. 40-47, set. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, 94 p.

CARDOSO, C. B. M.; MANNARINO, J. C.; FREITAS, P. D. Diabetes mellitus. In: AUGUSTO, A.L.P.; ALVES, D.C.; MANNARINO, J. C.; GERUDE, N. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 1995. Cap. 24, p. 196-206.

COSTA, A. A. **Manual de Diabetes**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1998. 129 p.

ESCOTT-STUMP, S. Diabetes mellitus. In: ESCOTT-STUMP, S. **Nutrição Relacionada ao Diagnóstico e Tratamento**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999. Cap. 9, p. 351-71.

FIATES, G. M. R.; BATISTA, S. M. M. Controle do diabetes: o tratamento dietoterápico é eficaz? **Revista de Ciências da Saúde**, Santa Catarina, v. 18, n. 2, p. 30-37, jul./dez. 1998.

FRANZ, M. J. Cuidado nutricional no diabetes mellitus. In: MAHAN, K. L.; STUMP, S. E. **Krause, Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 9.ed. São Paulo: Roca, 1998. Cap. 31, p. 697-732.

GAGLIARDINO, J. J.; OLIVERA, E. M. Diseño y implementación de un programa de prevención, atención y tratamiento de personas com diabetes en una entidad financiadora de servicios de salud. **Medicina y Sociedad**, Argentina, v. 22, n. 1, p. 3-17, ene./mar. 1999.

MOREIRA, E. A. M.; BATISTA, S. M. M. experiência de um programa de educação nutricional continuada a pacientes diabéticos atendidos no Hospital Universitário UFSC. **Revista de Ciências da Saúde**, Santa Catarina, v. 14, n. 1 e 2, p. 69-84, 1995.

PAUL, E. Diabetes mellitus. In: AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, NATIONAL COUNCIL ON THE AGING. **Role of Nutrition Chronic Diseases**, p. 72-89, 1998. Disponível em: <<http://www.aafp.org/nsi/manual/chap06.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2001.

POZZAN, R.; CUNHA, E. F. Experiência com um programa de educação para pacientes diabéticos com baixo nível sócio-

econômico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 241-249, jul/set. 1994.

SHERWIN, R. S. Diabetes melito. In: CECIL, L. R. *et al.* **Tratado de Medicina Interna**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v. 2, cap. 16, p. 1317-36.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – **Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2000**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/Diabetes/consenso/cons1.html>>. Acesso em: 10 dez. 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, ASSOCIAÇÃO PARA EDUCAÇÃO E CONTROLE EM DIABETES. **Proposta Básica para Assistência ao Diabético no Município**. São Paulo, 2000, 8 p. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 10 dez. 2000.

PARTE V

FARMACOECONOMIA

17 Genéricos Sim Senhor! Por Que Não?

*Laína Maíza dos Santos Sobral
Maria Eneida Porto Fernandes*

1 Justificativa para a Adoção de uma Política de Genéricos

Um dos grandes problemas da saúde, no Brasil, é a ampliação dos seus gastos, principalmente pelo aumento da demanda em função da universalização da sua cobertura e da sua expansão vertical frente a maior oferta de serviços, conforme (MÉDICI, 1993). Paralelamente, os contínuos ajustes estruturais, em nome da estabilização e do crescimento econômico, provocam diminuição dos investimentos e dos gastos sociais, com prejuízos principalmente para a educação e saúde.

A problemática do financiamento da saúde, em consequência da crise econômica, não leva em consideração que o empobrecimento do Estado não é mais do que o empobrecimento da população que o compõe, afirmam (ANTEZANA, 1992; MÉDICI, 1993). A situação se agrava em função do alto índice de desemprego e do achatamento dos níveis salariais do povo brasileiro.

No Brasil, além da baixa magnitude no financiamento da saúde, convive-se também com a má utilização, gerenciamento e distribuição do gasto público, que contribui para a ineficiência, desperdícios de recursos e regressividade social na sua aplicação. Tal quadro acarreta a elevação dos custos dos serviços e insumos, fazendo com que os gastos das famílias com saúde aumentem em proporção maior que a inflação vigente.

No que se refere aos custos dos insumos, aí incluídos os medicamentos, destacam-se os interesses da indústria farmacêutica, que na busca de novos mercados, desperta necessidades em médicos e na população no sentido de aumentar o consumo e tornar mais complexos os serviços médico-sanitários. O consumo de medicamentos nos países centrais chega, de acordo com MÉDICI (1993), a 1,5% do PIB.

As despesas com saúde pesam cada vez mais para o povo brasileiro, onde o alto preço dos medicamentos inviabiliza a compra dos que são receitados pelos médicos. Existe uma verdadeira dicotomia entre as necessidades de saúde e a oferta de saúde, tanto em termos de atendimento quanto aos custos impostos pela indústria farmacêutica, conforme (FERNANDES, 1998; MÉDICI, 1993).

Existe uma alta prevalência do consumo de medicamentos no país, porém de maneira desigual. Conforme dados do Ministério da Saúde (1999), o mercado brasileiro de medicamentos está situado entre os cinco maiores do mundo. Beneficia, no entanto, os que têm maior poder de compra, onde 16% da população, com renda superior a 10 salários mínimos, consomem aproximadamente 50% da produção de medicamentos do país. Grande parte do nosso povo não tem acesso até mesmo aos medicamentos de uso contínuo, que para muitas pessoas significa a diferença entre a vida e a morte.

Conforme LINARES (2001), atualmente, um terço da população mundial não tem acesso aos benefícios que os medicamentos podem oferecer. Apenas 20% da população – a que vive em sua maioria nos países ricos – utilizam 80% da produção mundial de medicamentos. “Nos lugares mais pobres da África, Ásia e América Latina mais de 50% da população não têm acesso aos medicamentos essenciais; 17 milhões de mortes ao ano são consequência de enfermidades infecciosas e mais de 90% dessas mortes ocorrem nos países em vias de desenvolvimento, de acordo com dados da “Who Medicines Strategy Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2000 – 2003” da Organização Mundial de Saúde (2000) (*Apud* LINARES, 2001).

O grau de cobertura de um sistema de saúde é condicionado ao acesso a medicamentos. Atualmente, o Sistema Único de Saúde brasileiro exclui importantes segmentos da população, que não podem pagar os elevados preços dos serviços privados ou planos de saúde. Os recursos com que conta o Ministério da Saúde são escassos para cobrir a demanda da população sob sua responsabilidade, segundo FERNANDES (1998).

Os altos custos envolvidos na aquisição de medicamentos forcem os responsáveis pelo seu planejamento nos serviços de saúde, a restringir o seu gasto. LINARES (2001) afirma que nos países em

desenvolvimento, 24 a 65% do custo sanitário total está representado pelo gasto em medicamentos. Para o referido autor, as contradições se revelam quando se comprova que na maioria dos países ricos “mais de 70% das preparações farmacêuticas contam com financiamento público, enquanto que nos países em desenvolvimento, os próprios pacientes pagam 50 a 90% dos medicamentos”.

Os medicamentos cada vez mais ocupam importância tanto nas políticas sanitárias como nas políticas econômicas de todos os países. Assegurar a toda população a acessibilidade e o uso racional de produtos farmacêuticos que respondam as principais necessidades de saúde passou a ser meta que se impõe aos governos.

Nesse contexto, a I Conferência Latino-Americana sobre Aspectos Económicos y Financieros de los Medicamentos, realizada em Caracas, relatada por ANTEZANA (1992), recomendou a adoção de programas de medicamentos genéricos como “ponto crucial da estratégia de uma política de medicamentos essenciais”. A Conferência reconheceu que este tipo de programa permite maior concorrência no mercado e oferece alternativas ao consumidor. Reconheceu também que “a utilização do nome genérico do fármaco leva a uma maior racionalidade ao identificar apropriadamente o ingrediente ativo do produto”.

As diferenças no consumo de medicamentos entre os países desenvolvidos e aqueles em vias de desenvolvimento, bem como entre populações de melhor poder aquisitivo e as carentes, no interior dos países, obrigam aos governos a adotar programas que promova uma maior equidade na atenção farmacêutica. Por outro lado, os desequilíbrios entre oferta e procura, entre o superconsumo e o subconsumo de medicamentos têm levado governos a propor medidas para racionalizar sua utilização, de tal forma que o consumo seja direcionado para as necessidades de saúde e a prevenção e tratamento das enfermidades mais prevalentes e que possuam maiores conseqüências sociais, conforme VERNENGO (1993).

A busca pela racionalização do gasto e do consumo em medicamentos, assim como o controle nos custos da atenção em saúde, força governos a utilizar diversas alternativas em suas

políticas de medicamentos com o objetivo de estimular a concorrência por preços no mercado farmacêutico.

“Nas últimas décadas se tem produzido grandes modificações no mercado farmacêutico mundial com o incessante crescimento do setor genérico, a abertura comercial e o intercâmbio entre os países e as modificações da legislação sobre patentes farmacêuticas. Outras mudanças, como a aparição de subsidiárias genéricas das empresas transnacionais inovadoras e de investigação, a formação de “joint-ventures” e acordos comerciais entre empresas transnacionais e de capital nacional, o aumento dos medicamentos, o aparecimento dos medicamentos de venda livre, exclusiva em farmácias e o estabelecimento de procedimentos diferenciados para o registro sanitário de medicamentos inovadores e de medicamentos similares, entre outros, tem produzido alterações n mercado.” Vernengo (1993)

Uma política de medicamentos genéricos, de acordo com VERNENGO (1993) apresenta duas grandes linhas de ação não excludentes e paralelas em sua execução que devem ser observadas.

A primeira linha de ação está relacionada com o desenvolvimento de um mercado de produtos genéricos com diversas modalidades de comercialização que atenda:

- abastecer os serviços públicos de saúde para assegurar a entrega gratuita de medicamentos considerados essenciais;
- propiciar a generalização do uso de medicamentos genéricos no mercado aberto do país.

A segunda linha de ação está relacionada com o fomento da prescrição genérica e autorização da substituição farmacêutica na dispensação em farmácias, como uma forma de gerar uma maior racionalidade prescritiva e o adequado exercício profissional da farmácia.

Não se pode deixar de considerar que a alta proporção do gasto em saúde e seu aumento constante, em particular nos medicamentos, afetam governo, instituições públicas de saúde,

empresas privadas do setor e acima de tudo a população, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a uma situação crítica.

Uma política integral de medicamentos genéricos, sem dúvida pode contribuir para uma maior acessibilidade e equidade no fornecimento destes insumos. Torna-se necessário, no entanto, reconhecer que tais ações devem estar acompanhadas do uso correto desses produtos, uma vez que conduzem a uma melhor utilização dos recursos humanos, físicos e financeiros disponíveis para a atenção da saúde.

2 Histórico e Elementos Técnicos da Política de Genéricos

Os medicamentos genéricos são produtos farmacêuticos comercializados pelo nome do princípio ativo, de acordo com as Denominações Comuns Brasileiras, e que apresentam as mesmas características do medicamento de referência, em relação à disponibilidade, concentração, forma farmacêutica e indicação terapêutica.

A Lei brasileira No. 9787/99, referente aos medicamentos genéricos foi promulgada em 10 de fevereiro de 1999, teve como base o Projeto de Lei No. 2.022/91, do deputado federal Eduardo Jorge (PT-SP). Tal projeto de lei ficou tramitando na Câmara dos Deputados durante oito anos, sendo submetido a ementas por parte do governo e das indústrias farmacêuticas, além do atraso na sua aprovação, conforme BRANDÃO (1999).

Evidentemente a promulgação dessa lei foi prejudicada por interesses mercadológicos de multinacionais, que resistem à entrada desses medicamentos no País, tentando assim preservar suas marcas por meio dos seus 16,5 mil propagandistas, que visitam, mensalmente, os 240 mil médicos existentes no Brasil, de acordo com BRANDÃO (2001).

Embora só agora o Brasil venha a adotar uma política de medicamentos genéricos, sua idéia, no entanto, não é nova. Tal proposta surgiu em 1953, quando a OMS (Organização Mundial da Saúde) instituiu uma nomenclatura internacional de princípios ativos, segundo (SILVA 1999). O primeiro país a adotá-la, em 1984, foram os Estados Unidos onde, com a aprovação do “Drug Price

Competition and Patent Restoration”, deu-se início a “moderna era dos genéricos”, exigindo-se, inclusive, que as indústrias farmacêuticas apresentassem informações sobre a bioequivalência do medicamento fabricado, afirma o CRF-SP, (1999-C) (*Apud* SILVA, 1999).

A Lei No. 9787/99, aprovada no Brasil está em conformidade com as normas internacionais conforme VERNEUGO (1993), Ministério da Saúde (1998), SILVA (2000) e ROCCA (2000).

A Política Nacional de Medicamentos insere diretrizes gerais para a promoção do uso de medicamentos genéricos, por intermédio de instrumento legal específico, englobando a adoção de denominação comum e ações direcionadas à prescrição e uso destes produtos. A adoção de uma política de medicamentos genéricos envolve aspectos voltados para a produção, a garantia da qualidade, a comercialização, a prescrição e o uso racional de medicamentos no país.

A promoção do uso racional dos medicamentos, objetivando o uso correto dos produtos farmacêuticos, necessita da participação ativa e consciente dos profissionais responsáveis pela prescrição e dispensação de medicamentos (médicos, odontólogos e farmacêuticos) além da ampla disseminação, junto a população, de informações corretas, inclusive as conceituais, para a qual tem importância estratégica a participação de todos os profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 1998).

Além da racionalidade na utilização de medicamentos, a política de genéricos visa estimular a concorrência para que, consumidores individuais ou institucionais, tenham à sua disposição, produtos intercambiáveis de diferentes preços, respeitando a decisão de não intercambiabilidade do profissional prescritor.

Muitas dúvidas quanto à existência dos medicamentos de marca, os similares e agora os genéricos no mercado são encontradas por parte não só da população, como também dos prescritores. Os medicamentos de marca apresentam uma “marca comercial” que é explorada nas propagandas veiculadas na área médica e na mídia e, geralmente, os laboratórios farmacêuticos que o produzem, possuem a sua patente. Os similares são que apresentam a mesma forma farmacêutica, o mesmo princípio ativo e a mesma dosagem de um

medicamento de marca. Os genéricos são semelhantes aos similares, mas devem ter a mesma biodisponibilidade para comprovar a sua bioequivalência em relação ao medicamento de referência, afirma SILVA (2000). Em ambos os casos, eles devem ser registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS), apresentando os testes de controle de qualidade referente à forma farmacêutica e dosagem do princípio ativo.

Os medicamentos de referência são aqueles que tiveram o primeiro registro na Vigilância Sanitária, pois se baseiam no fato de que foram submetidos aos testes farmacológicos de toxicidade, biodisponibilidade e farmacovigilância. Vale salientar que alguns medicamentos que tiveram o primeiro registro na Vigilância Sanitária já eram cópias de medicamentos existentes. Dessa forma, pode-se verificar que esse critério “não é nada científico”, uma vez que a indústria farmacêutica pode alterar o modo de produção, o que afetaria a biodisponibilidade do produto, de acordo com o CRF-SP (1999) (Apud SILVA, 2000). A Farmacopéia, conforme SILVA (2000), é que deve ser a fonte mais idônea e verdadeira sobre medicamentos, tanto quanto as suas características físicas, químicas e biológicas quanto às análises a serem realizadas para o seu controle de qualidade.

Um medicamento genérico deve apresentar a mesma quantidade e velocidade de absorção, ou seja, deve ter a mesma biodisponibilidade do medicamento de referência. Diversos fatores, tais como as matérias-primas, a tecnologia de produção e aspectos inerentes ao paciente, podem interferir no processo de absorção do fármaco, o que exige a rígida elaboração dos protocolos de análise da biodisponibilidade.

Acompanham-se com freqüência, junto à imprensa leiga, informações quanto ao abusivo aumento de preços dos medicamentos e ao faturamento estrondoso, sem o seu aumento de consumo no Brasil. A indústria farmacêutica tenta justificar as medidas de reajuste, em função da alta do dólar e do alto custo da matéria-prima. Sabe-se, no entanto, que os elevados preços dos produtos farmacêuticos no país, associados à baixa renda “per capita”, são responsáveis pelo injusto acesso da população aos medicamentos que lhe são necessários.

Estudo realizado por FERNANDES (1998), na cidade de Fortaleza-CE, constatou que em torno de 30% da população não possuem acesso aos medicamentos receitados, tendo como principal motivo, o financeiro (87,8%). Apenas 24% dos indivíduos no grupo pesquisado tiveram os produtos que lhe foram receitados, dispensados gratuitamente nas unidades dos SUS. Esses dados confirmam que grande parte do nosso povo, limitado por fatores econômicos, não dispõe de recursos necessários para o tratamento da sua enfermidade, ficando na dependência de um sistema público de saúde que apresenta uma baixa cobertura de atendimento de suas necessidades em medicamentos.

Nesse contexto, a Lei dos Medicamentos Genéricos torna-se um dos elementos estratégicos no combate à redução de preços, uma vez que estimula a concorrência do setor, além de garantir que os produtos farmacêuticos cheguem ao consumidor com qualidade e preços inferiores aos produtos de marca existentes no mercado interno.

A acentuada diferença de preço, para mais, dos produtos de referência (marca) está basicamente apoiada no investimento sobre a pesquisa que foi efetuada e pelo investimento do “marketing” médico.

Conforme LINARES (2001), a indústria farmacêutica sustenta que os custos envolvidos na descoberta de um novo medicamento vão de 350 a 500 milhões de dólares, mesmo que estimativas independentes afirmem que o custo fique entre 30 a 160 milhões de dólares. “Sem dúvida o que se investe em investigação é recuperado rapidamente ao ter o descobridor, exclusividade na produção e comercialização. O que não é bem difundido, afirma LINARES (2001), “é o fato que as investigações e descobertas importantes e rentáveis logo para o setor privado, têm sido feitas com fundos públicos”. Para FERREIRA (2001), o investimento sobre a pesquisa que foi efetuada passa a ser embutido no preço dos produtos de marca ou de referência, e descontado durante o período necessário para a recuperação do mesmo. “Observa-se, no entanto, que a recuperação dos gastos com pesquisa, mesmo quando feita, não retira esses valores do preço final do produto” (FERREIRA, 2001).

Não basta apenas proporcionar à população o medicamento a baixo custo e com a garantia de qualidade. É necessário garantir sua prescrição racional de modo que garanta eficácia do tratamento e a segurança do paciente.

3 Considerações Finais

É pertinente discutir estratégias que promovam o acesso da população aos medicamentos, como se encontra na lei dos genéricos. Outros aspectos, da referida lei, também devem ser arrolados e discutidos, tais como as perspectivas do profissional farmacêutico quanto à assistência farmacêutica, a busca da qualidade do medicamento e a concretização da política nacional para o setor.

Para BRANDÃO (1999), o principal ponto de partida para justificar a lei dos genéricos está no custo final do medicamento, que poderia cair em torno de 40% “porcentagem está correspondente ao custo de propaganda”.

Conforme FERREIRA (2001), as “grandes áreas problemáticas” são as dificuldades de criar um conceito de credibilidade e confiança junto às classes médica, farmacêutica e à população.

Estima-se que, na atualidade, 93% do mercado brasileiro estejam em poder de marcas e que apenas 7% correspondem aos produtos genéricos e similares. Por outro lado, nos países do primeiro mundo, como nos Estados Unidos da América, 72% do total das receitas são prescritas pela substância genérica e não pelas marcas. Na Europa, esse índice atingiu 50%, enquanto que na América Latina esses índices são insignificantes, de acordo com FERREIRA (2001).

Nos países desenvolvidos, a estratégia utilizada para expressiva redução de custos é estimular a competitividade entre empresas que produzem e vendem os medicamentos, mas é regulada pelo próprio comprador, no que diz respeito à qualidade. Mas, no caso do Brasil, apesar de existir uma legislação que oferece meios para a regulamentação da oferta e dos processos de aquisição, depara-se da prática a grande dificuldade de uniformização das

exigências legais e técnicas e ainda a insuficiência de meios para sua operacionalização (LUIZA; CASTRO; NUNES, 1999).

A Lei dos Genéricos ainda tem limitações, principalmente porque suas determinações são restritas ao âmbito público. A saber, a legislação é destinada ao Sistema Único de Saúde – SUS, deixando sem critérios a maioria dos produtos que são fabricados pela iniciativa privada. Na verdade, a portaria do MS não dá ao país uma legislação global para o medicamento genérico, mas apenas regulamenta a utilização da denominação genérica. Na prática, isso significa que os prescritores, na iniciativa privada, poderão continuar receitando pelo nome de marca, ignorando a denominação genérica. A Lei dos Genéricos permanece amarrada à Lei das Patentes, uma vez que restringe a produção de medicamentos a similares já patenteados. A comprovação de bioequivalência exige a realização de testes, geralmente caros, o que cria dificuldades para a indústria nacional e para os estabelecimentos oficiais, privilegiando, mais uma vez, o capital internacional. Outra limitação é que a nova legislação, ainda dependente de normatização, proíbe a intercambialidade, exceto se expressamente autorizada pelo prescritor. Com estas restrições, fica claro que a mudança na lei não implica que serão viabilizadas as mudanças necessárias na lógica de prescrição e dispensação de medicamentos. As pressões da indústria farmacêutica levaram à supressão e à alteração de pontos cruciais contidos no projeto original (SINFARMA, julho/agosto, 1999)

Além disso, a política de medicamentos genéricos precisa superar os interesses econômicos que lhe contrariam, pois apesar de tais interesses valerem bilhões de dólares, os genéricos representam uma conquista da sociedade que também deve ter o seu valor. A sociedade já paga caro para ter o seu direito à saúde, algo que é inerente à vida. Mas se até para viver se paga! Assim, o homem caminha para sua autodestruição. A criação da política de genéricos fere a intimidade do poderoso império das multinacionais e a indústria farmacêutica que só cresce sua lucratividade, não faz prevalecer seu compromisso social e ético.

A despesa com a compra de remédios para hospitais públicos chega a R\$ 2 bilhões por ano. A previsão, com a adoção dos genéricos, é de que o SUS obtenha uma economia anual, à médio

prazo, de R\$ 800 milhões na compra de medicamentos. Se o sistema visa lucro e se a nova política em questão também traz lucro, qual o motivo de tanta recusa que os genéricos enfrentam? Será por que o lucro é para os cofres públicos? Tudo bem que sendo o Brasil um país capitalista dependente haja predomínio do capital estrangeiro, mas não é com o dinheiro dos cofres públicos que se paga ou pelo menos que se promete pagar a dívida externa (capital estrangeiro)?! Se é que ela existe, se é que ela não é apenas um “mecanismo de defesa” para o subdesenvolvimento brasileiro.

Outro problema enfrentado pela Lei dos Genéricos é a concentração da produção nas mãos de poucos laboratórios. Para se ter uma idéia, 75% do faturamento global refere-se a 25 laboratórios; 90% das vendas pertencem a 25 grandes distribuidores mundiais e 40% das vendas no varejo pertencem a 25 cadeias de farmácias. 44,25% das unidades produzidas no mundo são de responsabilidade de apenas 10 laboratórios estrangeiros. Tal concentração faz entender que as firmas relativamente grandes estão em condições de exercer poderosa influência sobre o mercado existente para sua produção, estabelecendo e mantendo acentuada diferença entre seus produtos e os de seus concorrentes.

Apesar das modificações ocorridas em detrimento dos interesses econômicos, outra preocupação em relação à referida Lei é a sua praticidade, pois a realidade no país de uma das mais completas Constituições, é que ela sempre morre no papel. Em abril de 2000, depois de mais de um ano que a Lei 9.787/99 foi sancionada, foi publicada uma matéria em jornal de grande circulação no sul do país, onde historicamente a cultura do povo é mais desenvolvida, denunciando que para cada dez medicamentos de marca comprados, no Rio Grande do Sul – RS, apenas um genérico respectivo é vendido. O cálculo é do Sindicato do Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos – SINPROFAR, que representa 4.199 farmácias e drogarias gaúchas. Segundo estimativas da SINPROFAR, metade das prescrições que chegam às farmácias do RS proíbe a substituição do medicamento de marca pelo genérico correspondente. (PHARMÁCIA Brasileira, 2000)

Em comparação com o quadro mundial, isso ainda está muito aquém, pois 72% do receituário americano são compostos por

medicamento genérico; na Inglaterra, a representação é de 56%; na Dinamarca, 53% e na Alemanha, 51%.

Mas o presidente do Conselho Federal de Farmácia, diz que ela traz um ar de esperança ao quadro desanimador da saúde no Brasil, atacando um dos pontos nevrálgicos do setor, que é a dificuldade de acesso da população aos medicamentos, mas, ao mesmo tempo, dá início a um processo de alinhamento da conjuntura, envolvendo médicos, odontólogos, farmacêuticos e sociedade. É um processo que passa pela purificação do segmento farmacêutico e por novas exigências aos prescritores, dispensadores e à sociedade.

À população, em virtude do disseminado baixo grau de instrução caracterizado pelo alto índice de analfabetismo no Brasil, não resta outra alternativa senão a adesão aos genéricos, pois ela não pode adquirir o medicamento nas farmácias privadas por falta de recursos, nem pode recebê-lo do SUS, pois este não consegue atender nem 40% das necessidades da população. A sociedade tem que aprender a lição de que a cura não vem da marca, mas do princípio ativo. Para ilustrar essa realidade socioeconômica e cultural dos brasileiros e sua relação com a política de genéricos, vale-se de pesquisa realizada sobre o perfil mercadológico dos medicamentos genéricos que tem como amostra a Região Nordeste: a população é de 44,76 milhões de consumidores potenciais; um rendimento anual de R\$ 1.896,00 significando 54,48% da média nacional (R\$ 3.480,00); 40,60% da população ocupa-se de atividades agrícolas, 15,20% desta população sem remuneração e 52,70% com apenas 3 anos de estudo. Isso favorece à Lei dos Genéricos, pois diante da fragilidade do poder de compra desta população, bem como a baixa formação escolar, dificulta qualquer tentativa na mudança de hábitos, principalmente pela cultura de automedicação ou mesmo a utilização de remédios caseiros. Então, se a necessidade de consumo de medicamentos continua e a população não dispõe do poder de compra, a aquisição do genérico fica facilitada pelo preço mais acessível.

Aos prescritores, a exigência é que eles reciclem seus conhecimentos de farmacologia para prescreverem o medicamento pelo nome do princípio ativo, além de terem que otimizar seu tempo

a fim de conhecer melhor a realidade social do Brasil e do seu paciente, mudando o foco do seu olhar da doença para o doente. E quanto aos dispensadores, a exigência se estende além da questão do aprofundamento dos seus conhecimentos, pois na farmácia, o ponto de venda e intercambialidade dos remédios, a autoridade máxima em assuntos de remédio é o farmacêutico e ele deve estar ciente dessas novas responsabilidades. A intercambialidade é exclusiva ao farmacêutico e não consiste apenas em ato mecânico, requer a assistência farmacêutica de dialogar com o usuário e orientá-lo quanto ao produto que ele está adquirindo. Sem contar que a presença do farmacêutico deve ser exigida pela sociedade em toda farmácia, para cumprir sua obrigatoriedade.

4 Referências

ANTEZANA, E. S. **Medicamentos esenciales y financiamiento**. Programa de Acción para los Medicamentos Esenciales. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupos de Relatórios das Oficinas de Trabalho. **Diretrizes para uma política de medicamentos genéricos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política operacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BARROS, J. A. Similares x Genéricos. **Jornal do Comércio**, Opinião, dez.1999.

BISANG, R. O. **Conferencia sobre aspectos económicos y financieros de los medicamentos**. Documento de Referencia PNSP/91-19. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

BRANDÃO, A. Genéricos, enfim! **Rev. Farmácia Brasileira**, n. 12, p.6-8, jan/fev. 1999-a.

FERNANDES, M.E.P. **A Participação dos medicamentos nas alternativas de assistência à saúde no município de Fortaleza**.

Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 1998, 143p. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)

MÉDICI, A. C.; BELTRÃO, K. L. As contribuições da economia à análise dos problemas enfrentados pelo setor saúde na América Latina. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ECONOMIA E FINANCIAMENTO DE LA SALUD, 1, 1993. México. **Anais...** México: Centro Interamericano de Estudos da Seguridade Social (CIESS), 1993, p. 98-123.

MUSGROVE, Ph. The economic crisis and impac on health care in Latin Americo and the Caribeano International. **Journal of Health Services**, v.17, n.3, p. 411-40, 1987.

LINARES, R. L. **La Lucha por el acceso a medicamentos**. Oficina de Coordinación de la Acción Internacional para la Salud. Lima, Peru. Jun,2001. Endereço eletrônico. <http://ekeko2.rep.net.pe/AIS-LAC/noticias/noti0009.htm>

LUIZA, V. L.; CASTRO, C.G.S.O.; NUNES, J.M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade-custo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (4):769-776, out-dez, 1999.

ROCCA, C.T.O. Garantia de qualidade dos medicamentos genéricos. **O Mundo da Saúde**. v.24, n.2, p.117-122, mar/abr, 2000.

SANTOS, J. de S. O que nos ensinam os genéricos. **Pharmácia Brasileira**, mar-abr, 2000.

SILVA,A.M. Medicamentos Genéricos: uma importante conquista. **O Mundo da Saúde**.v.24, n.2, p.110-116, mar/abr., 2000.

VERNEUGO, M. **Elementos técnicos de uma política de medicamentos genéricos**. Programa de Medicamentos Essenciales y Tecnología para la Atención de la Salud. Washington DC: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud., 1993.

GLOSSÁRIO

Medicamento Genérico: entende-se como medicamento genérico, na referência da OMS “produto farmacêutico intercambiável”. Um produto farmacêutico que pretende ser intercambiável como o produto inovador, geralmente produzido após a expiração da proteção patentária ou outros direitos de exclusividade, independente de autorização da companhia farmacêutica inovadora.

Produto Farmacêutico Intercambiável: um produto farmacêutico é intercambiável quando é equivalente terapêutico a um medicamento de referência.

Denominação Genérica: nome empregado para distinguir um princípio ativo que não está amparado por marca comercial. É usado comumente por diversos fabricantes e reconhecido pela autoridade competente para denominar produtos farmacêuticos que contenham o mesmo princípio ativo. O nome genérico geralmente corresponde ao da Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, complementarmente, da Denominação Comum Internacional (DCI), recomendada pela OMS.

Medicamento Inovador: em geral, é aquele com marca, autorizado em primeiro lugar para comercialização (normalmente como medicamento patenteado). Com base em documentação de eficácia, segurança e qualidade, reconhecidas da autoridade sanitária nacional. Quando um medicamento está disponível há muitos anos, pode não ser possível identificá-lo como produto farmacêutico inovador.

Medicamento de Referência: corresponde a um produto comercializado, com o qual outros produtos pretendem ser intercambiáveis na prática clínica, geralmente corresponde ao produto farmacêutico inovador ou, na ausência, ao líder de vendas no mercado, para qual se comprovam a eficácia, a segurança e a qualidade.

Medicamento Similar: é aquele que contém os mesmos princípios ativos. As mesmas concentrações. As mesmas formas farmacêuticas, a mesma via de administração, a mesma indicação

terapêutica, a mesma posologia e que é equivalente ao medicamento de referência, podendo diferir somente em características de tamanho, forma, prazo de validade, embalagem, rotulagem e excipientes.

Biodisponibilidade: é a taxa e o grau de absorção (velocidade e totalidade) de um princípio ativo proveniente de uma forma de dosificação, de acordo com o determinado por sua curva de concentração - tempo na circulação sistêmica ou pela sua excreção na urina.

Bioequivalência: dois produtos são bioequivalentes, se farmacologicamente equivalentes e se suas biodisponibilidades depois da administração da mesma dose molar, são similares em tal grau que seus efeitos sejam essencialmente os mesmos.

Equivalência Farmacêutica: dois produtos são farmacologicamente equivalentes, se contém a mesma quantidade da mesma substância ativa, na mesma forma farmacêutica, se tem padrões idênticos ou comparáveis e se estão indicados para administração pela mesma via. Entretanto, equivalência farmacêutica não necessariamente acarreta equivalência terapêutica, tendo em vista que as diferenças nos excipientes e/ou no processo de fabricação podem conduzir a diferenças no desempenho do produto.

Equivalência Terapêutica: dois produtos farmacêuticos são terapêuticamente equivalentes, se farmacologicamente equivalentes e se, depois de sua administração na mesma dose molar, seus efeitos com respeito à eficácia e à segurança são essencialmente os mesmos, determinados através de estudos apropriados (bioequivalência, farmacodinâmicos, clínicos ou provas *in vitro*).

18 A Oferta de Medicamentos no Estado do Ceará: Balanço e Perspectivas

*Daniel Marques Mota
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Vicente Ortún Rúbio*

1. Introdução

O mercado farmacêutico brasileiro caracteriza-se por uma competência oligopólica que concentra a oferta de medicamentos em um número reduzido de indústrias farmacêuticas principalmente entre as transnacionais, distribuidoras e redes de farmácias. No Ceará, dentre as empresas ofertantes que compõem a cadeia de suprimentos dos medicamentos, destaca-se o ramo varejista com mais de 1.500 farmácias. A tabela 1 apresenta um panorama geral sobre o mercado farmacêutico brasileiro e cearense. Vale salientar que para o funcionamento desses estabelecimentos é necessária a presença de um responsável técnico - o farmacêutico. Assim, a proporção de profissionais para atender a demanda do mercado de ofertantes cearenses fica em 1,33 farmacêutico/empresa.

Da tabela 1, observa-se, ainda, um número excessivamente grande de medicamentos vendidos no Brasil e se supõe seja a mesma quantidade que circula no mercado cearense. Para LOBO (1992), a presença de um imenso número de medicamentos comercializados aumenta significativamente as necessidades de mais informações, as quais podem dar lugar a confusões entre os profissionais durante o seu processo de seleção, a um possível aumento de reações adversas nos pacientes, além de maiores custos de distribuição e problemas para os órgãos fiscalizadores. Para os demandantes, por exemplo, o Núcleo de Assistência Farmacêutica do Ceará (NUASF) – órgão público ligado à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE), e o maior monopólio de medicamentos para o Sistema Único de Saúde (SUS) do estado, essa quantidade elevada de fármacos no mercado pode gerar deseconomia de escala, aumento dos custos de

transação e de armazenamento, promovendo do ponto de vista econômico uma irracionalidade na prestação farmacêutica.

Tabela 1 - Dados gerais sobre o mercado farmacêutico brasileiro e cearense

Discriminação	Quantidade	
	Brasil	Ceará
Laboratórios Farmacêuticos	417	11
Distribuidoras	600	48
Farmácias de Manipulação	3.500	17
Farmácias	55.756	1.501
Farmácias Hospitalares	3.961	181
Produtos (Marcas)	7.840	7.840
Medicamentos genéricos	225*	225
Apresentações	10.587	10.587
Formas farmacêuticas	15	15
Princípios ativos	1.400	1.400
Classes terapêuticas	264	264
- Sob prescrição médica	184	184
- Venda livre	80	80
Profissionais de saúde		
1. Médicos	243.759	5.886
2. Farmacêuticos	55.830	2.340
3. Odontólogos	168.037	3.179
Outros profissionais		
1. Representantes dos laboratórios	14.500	-
2. Balconistas	186.000	-

* Registrados na ANVISA e comercializados – valores atualizado em 24/07/2001.

Fonte: Grupemef/Abifarma; CFF, 1997 e CRF/CE, 2001; CFO e CFM; SINDQUÍMICA, 200_.

O SUS é responsável por 20% do consumo de medicamentos no mercado brasileiro, sendo que os gastos com aquisição de remédios para a rede pública chegam a R\$ 2 bilhões por ano (ANVISA, 2000). Estima-se que mais de 2/3 dos medicamentos comprados nos países de terceiro mundo são pagos pelos próprios pacientes ou responsáveis (GEREZ, 1993). No Brasil não existe reembolso dos gastos com medicamentos. Os indivíduos que são

atendidos fora do hospital público e os que não têm acesso aos medicamentos na rede pública pagam pelos medicamentos, o que contribui para o aumento da prática de livre mercado nesse setor da economia (PINHEIRO, 1999).

A partir dos dados da tabela 2 sobre indicadores econômicos do mercado consumidor de medicamentos no Brasil (PESSINI, 2000), observa-se que o efeito elasticidade-renda influencia positivamente o consumo de medicamentos pela população brasileira, pois a medida em que há um aumento da renda se gasta mais por pessoa/ano com medicamentos. Assim, a renda *per capita* é um dos fatores que promove o deslocamento da curva de demanda aumentando a quantidade consumida de medicamentos a um preço constante. O menor gasto com remédios verificado na população mais pobre (US\$ 19.95) talvez se deva também a que esta receba gratuitamente parte dos medicamentos nos serviços públicos de saúde, onde a maioria desse segmento é atendida.

Tabela 2 - Indicadores econômicos do mercado consumidor de medicamentos no Brasil

Renda*	População (%)	Participação no mercado de medicamentos (%)	Consumo médio anual <i>per capita</i> (US\$)
0 – 4	51	16	19.95
4 –10	34	36	64.15
> 10	15	48	193.40

* em salários mínimos

Fonte: Pessini, (2000)

Há três tipos de demanda dos medicamentos relacionados com a elasticidade-renda, a saber:

- 1) *Indivíduos com renda alta*: as despesas com medicamentos, geralmente, representam uma pequena parcela de sua renda – demanda inelástica ao preço;
- 2) *Indivíduos com renda intermediária*: os gastos com medicamentos, apesar de serem uma inversão ao capital humano, nessa camada social passam a comprometer parte de sua renda – a elasticidade-preço é significativa; e

- 3) *Indivíduos com renda baixa*: nesse segmento populacional a redução dos preços dos medicamentos muitas vezes não promove um efetivo acesso desses consumidores potenciais. Para isso, há duas alternativas sugeridas: acesso gratuito (o que acontece para alguns medicamentos) e/ou melhora da política de distribuição de renda do Estado do Ceará.

2. Cadeia da Oferta dos Medicamentos no Ceará

2.1. Fornecedor de matérias-primas

No Ceará, a oferta de medicamentos está representada principalmente pelos setores de comercialização do produto acabado. As empresas fornecedoras de matérias-primas que iniciam toda a cadeia de suprimentos de medicamentos concentram-se nos estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil. A produção de medicamentos no país é dependente das matérias-primas vindas do mercado exterior, do qual é adquirido cerca de $\frac{3}{4}$ dos princípios ativos necessários à elaboração das especialidades farmacêuticas. Para se ter uma idéia, as empresas nacionais, dentre elas Lobagem, Formil, Nortec e Microbiológica, contribuem com menos de 10% do valor da produção total, o que representa uma dependência externa desse tipo de indústria tecnológica (BERMUDEZ, 1995). O segmento da indústria de genéricos, instalada recentemente no Brasil, importa cerca de 40% dos insumos e princípios ativos destinados à fabricação destes produtos, além de enfrentar uma limitação de fornecedores independentes (ABIFARMA, 2001).

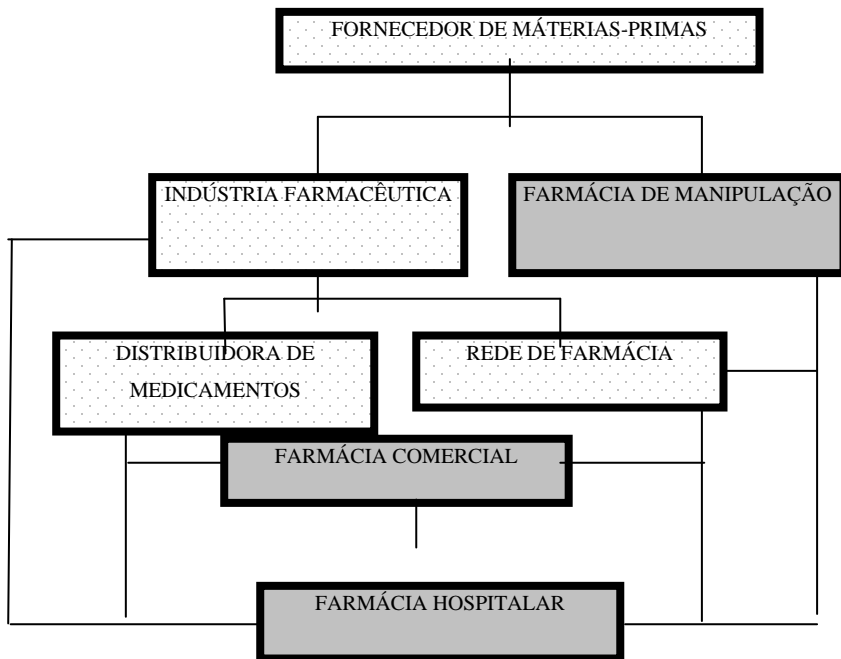
2.2. Indústria Farmacêutica

Ao longo dos tempos, a indústria farmacêutica tem sido grande aliada da saúde, pois é responsável pela provisão de medicamentos que auxiliam no tratamento de males que afligem a população em todo o mundo. Este ramo empresarial ocupa uma posição estratégica na cadeia de suprimentos de medicamentos (Figura 1), já que a produção desse bem social é muito complexa, visto que envolve áreas industriais, tecnológicas, científicas, econômicas e sanitárias de um país. Além disso, todo o trabalho

desenvolvido pela indústria farmacêutica para disponibilizar medicamentos à sociedade perpassa por diferentes estágios tecnológicos.

A indústria farmacêutica no Brasil vende os medicamentos diretamente a algumas redes de farmácias comerciais ou farmácias hospitalares e também às distribuidoras de medicamentos que, por sua vez, são os maiores canais de distribuição desses produtos ao comércio varejista cearense (Figura 1). Em 1996, os laboratórios farmacêuticos geraram 47.100 empregos diretos, com investimentos globais de US\$ 200 milhões no mesmo ano (PESSINI, 2000). Sua área de produção de medicamentos é formada por laboratórios nacionais públicos e privados, que detêm apenas de 15 a 25% do mercado, e por fabricantes de companhias transnacionais, dos quais 35% são representadas por indústrias norte-americanas e uma percentagem um pouco maior por empresas da União Européia (BERMUDEZ, 1995). Segundo dados da ABIFARMA, o faturamento mundial deste mercado em 1998 foi de US\$ 300 bilhões, sendo que desse montante, 10,3 bilhões de dólares (3,43%) foram obtidos no Brasil.

Figura 1 – Esquema da Cadeia de Suprimentos dos Medicamentos



Segundo vários especialistas, o mercado de medicamentos no Brasil é dominado pelas indústrias estrangeiras que alcançam todo o território nacional. Essa hegemonia se reflete em sua participação nesse mercado econômico, onde elas representam apenas 16% do total de empresas do setor, porém controlam entre 75 a 85% das vendas de medicamentos no país (Fernandes, 1998). Segundo “Melhores e Maiores 2000” da Revista Exame, a *Novartis Farma* foi apontada como a maior indústria farmacêutica do Brasil, com um faturamento de US\$ 380 milhões no ano de 1998. Neste mesmo ano, essa mesma empresa foi considerada a sétima companhia farmacêutica em vendas no mercado mundial.

O exercício desse oligopólio transnacional no Brasil é exemplificado pela produção dos medicamentos anti-retrovirais

(ARV) dos quais muitos estão patenteados. O preço desses medicamentos praticados por tais empresas tem dificultado o tratamento crônico de pacientes brasileiros acometidos por AIDS. Apesar disso, o Brasil é um dos poucos países do mundo que possui uma rede oficial de laboratórios farmacêuticos, cuja principal finalidade é prover medicamentos seguros, de qualidade e que apresentem uma melhor relação custo-efetividade ao Sistema Único de Saúde (SUS) do país.

Atualmente, a rede estatal de produção de medicamentos é formada por um conjunto de 15 laboratórios ligados aos governos estaduais, universidades, Ministério da Saúde (MS) e Forças Armadas (BERMUDEZ, 1997). Este conjunto de unidades farmacêuticas possui uma linha de produção formada por 107 princípios ativos apresentados em 156 formas farmacêuticas. A grande maioria desses laboratórios tem condições de elevar sua produção em, até 25 produtos diferentes, chegando a um total de 181 produtos, com base em 128 princípios ativos. Essa escala de produção em um primeiro momento seria suficientemente adequada para suprir a demanda de medicamentos de estados e municípios brasileiros, afirma PINHEIRO (1997).

No início da década de 80 (século passando), os primeiros casos de AIDS foram registrados no Brasil e concentravam-se nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Após o surgimento dessa pandemia, praticamente todas as unidades federativas notificaram casos desta doença e pelo menos um caso de AIDS foi diagnosticado em mais da metade dos 5.500 municípios brasileiros. No Ceará, segundo a SESA, haviam sido registrados 3.283 casos de AIDS até dezembro de 2000. Em 1999, foram notificados 419 casos no estado, sendo que a microrregião de Fortaleza apresentou 63,7% do total de pacientes portadores do HIV/AIDS. Esses pacientes necessitam fazer uso do chamado coquetel anti-AIDS distribuído gratuitamente pela rede pública de saúde, desde 1991. A garantia do acesso grátis desses insumos foi oficializada pela Lei federal nº 9.313 de 1996 e, atualmente, conta com uma relação de 12 remédios, em 25 apresentações farmacêuticas: 5 inibidores da transcriptase reversa análoga de nucleosídeo, 3 inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo e 4 inibidores de protease. Dentre estes

medicamentos, 10 dentre os 12 ARVs utilizados não estão sob regime de patente no país. Desta forma, podem ser produzidos como drogas genéricas sem o pagamento de *royalties* ou preços de monopólios das indústrias farmacêuticas (OXFARM, 200_).

No ano de 1997, alguns laboratórios nacionais de capital privado iniciaram a fabricação destes remédios ARV por um preço mais competitivo no mercado farmacêutico. Outro fator que passou também a facilitar o acesso destes medicamentos aos pacientes necessitados foi o processo de negociação mantido pelo Ministério da Saúde com as empresas farmacêuticas multinacionais, na tentativa de viabilizar a redução de preços destes produtos.

2.2.1. A Produção de Medicamentos e Fitoterápicos no Ceará

Atualmente, segundo o Conselho Regional de Farmácia do Ceará – CRF/CE (2001), o Estado do Ceará conta com onze indústrias farmacêuticas. Nenhuma dessas empresas fabrica medicamentos de marca ou genéricos para uso humano. Elas produzem apenas soluções parenterais de grandes volumes, medicamentos oficinais e fitoterápicos. Nesta última categoria, o Ceará é o terceiro maior produtor brasileiro. Em cada uma dessas indústrias trabalham, em média, 70 funcionários somando um total de mais de 600 empregos diretos (PALHARES, 2000).

A oferta de medicamentos pelo mercado farmacêutico cearense não atende a demanda real do estado. Atualmente, todos os medicamentos do SUS são comprados em outras unidades federativas, o que representa um gasto anual de R\$ 12 milhões para o governo do Ceará (PALHARES, 2000). A criação de uma indústria local para a produção de medicamentos teria como finalidades reduzir estes custos e suprir a grande demanda dos hospitais estaduais e municipais do sistema de saúde com medicamentos básicos e conseqüentemente, garantir um acesso mais efetivo à população cearense. De acordo com o Sindicato das Indústrias Químicas Farmacêuticas e da Destilação e Refinação de Petróleo no Estado do Ceará – SINDIQUÍMICA (2001) há um projeto de transformação da região cearense em um pólo de fabricação de produtos farmacêuticos no país com a construção, na região Metropolitana de Fortaleza, de um Distrito Industrial Farmacêutico.

Este fato de concentrar novos investimentos industriais em Fortaleza ou em municípios vizinhos (63,7%) vem dificultar o processo de tentativa do governo de industrialização do interior cearense.

De acordo com MARINHO (2001), provavelmente, o caminho mais factível das indústrias nacionais de capital privado seja o apoio às pesquisas das universidades brasileiras, incluindo neste processo o fortalecimento da fitoterapia. Para se ter uma idéia, o custo dos medicamentos oriundos de plantas (US\$ 35 milhões) chega a ser 14 vezes mais baratos que um investimento em pesquisas para a criação de um novo medicamento sintético. Isso pode favorecer as empresas farmacêuticas nacionais no desenvolvimento de alternativas terapêuticas a partir do aproveitamento da maior biodiversidade do mundo. Essa estratégia poderia aumentar o acesso da população aos remédios e diminuir a dependência brasileira às indústrias estrangeiras.

A área da fitoterapia no Brasil apresenta sérios problemas que a tem categorizado como uma medicina de segunda classe, marginalizada e excluída do SUS. O próprio governo federal não tem priorizado, em algumas das regulamentações do setor farmacêutico (Portaria nº 22/1967 do SNFMMF; Lei nº 6.360/1976), o desenvolvimento da fitoterapia como alternativa de tratamento, tão pouco estimulado a entrada dos fitoterápicos no mercado farmacêutico brasileiro. Atualmente, a Resolução nº 17, publicada no Diário Oficial da União, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 24 de fevereiro de 2000, regulamenta os fitoterápicos no país. Segundo este instrumento legal, os fitoterápicos são medicamentos que apenas podem ter plantas como substâncias ativas. Na composição do produto poderá constar solvente, corante ou adoçante, mas nunca misturas com princípios ativos sintéticos. Além disso, deve ser comprovado que seu efeito terapêutico é originado de uma planta.

Em virtude da necessidade de aumentar o acesso da população a outras alternativas de tratamentos de certas enfermidades, o Governo do Ceará oficializou (retirando da marginalidade) a fitoterapia no seu organograma ao criar a Célula de Desenvolvimento Tecnológico e Produção de Fitoterápicos (CEFIT) uma das três que compõem o NUASF. Com essa mudança, o

governo do estado busca reduzir os custos terapêuticos ofertando, ao sistema de saúde, mais uma opção de tratamento para algumas doenças, valorizar e resgatar a sabedoria popular, a partir da aplicação de tecnologias simples no alcançar um aumento na cobertura da Assistência Farmacêutica no Ceará.

Atualmente, o Programa Estadual de Fitoterapia desenvolvido pela CEFIT, conta com 20 plantas medicinais selecionadas por um comitê estadual, o qual utilizou-se de critérios científicos para a composição desse elenco de plantas. No ano de 1997, a SESA/CE aprovou as normas técnicas para o funcionamento da fitoterapia nos serviços públicos de saúde do Ceará. A produção de fitoterápicos e produtos oficinais realizada pelo Centro Estadual de Fitoterapia da CEFIT é destinada às unidades de saúde cadastradas no programa. Em 2000, foram produzidas 17.710 unidades, sendo que 95,27% foram de fitoterápicos. Entre os mais produzidos estão os sabonetes líquidos de alecrim pimenta (*Lippia sidoides* Cham.) com 4.668 unidades e o xarope de cumaru (*Amburana cearensis* – Fr. All.) com 2.848 unidades (CEFIT/NUASF).

A Farmácia-Escola da Universidade Federal do Ceará (UFC) é outro bom exemplo de solução alternativa para a produção de medicamentos destinados à rede pública de saúde cearense. Fundada há mais de 40 anos, é um órgão ligado à Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC. Os produtos produzidos pela Farmácia-Escola são vendidos aos hospitais públicos por um preço mínimo entre R\$ 3,00 a R\$ 9,00. Essa unidade é uma das sete existentes no Brasil credenciados pelo Ministério da Saúde (MS) para análise da qualidade de medicamentos e realização de testes de equivalência farmacêutica (PRODUÇÃO..., 2000). Recentemente, foi assinado um convênio com o MS que disponibilizará R\$ 388 mil em equipamentos para a produção de medicamentos essenciais destinados a atender a demanda da SESA/CE. Nesse primeiro momento serão fabricados basicamente: ácido acetil-salicílico (100 e 500 mg), mebendazol (comprimido e suspensão), metronidazol e paracetamol (FARMACIA-ESCOLA..., 2001).

2.3. Farmácia de Manipulação

O termo farmácia de manipulação é usado para identificar a farmácia que se especializou no preparo de medicamentos, embora todas as farmácias sejam obrigadas por lei a destinar um local, em suas instalações, para o desenvolvimento dessa prática farmacêutica (ZANCHET, 1997). A ANVISA do Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 33 em 19 de abril de 2000, onde estabelece regras para o funcionamento das farmácias de manipulação no Brasil; até esta data, esses estabelecimentos funcionavam sem nenhuma normatização própria. No Brasil existem cerca de 3.500 farmácias de manipulação das quais 17 (0,48%) funcionam no Ceará (CRF/CE, 2001) e têm como função principal o aviamento de receitas médicas. Nessas empresas processam a manipulação de medicamentos magistrais e oficinais, de cosméticos com indicação terapêutica, fitoterápicos e alguns correlatos prescritos por médicos. A maioria dos produtos aviados atende a demanda dos usuários com problemas dermatológicos, endocrinológicos, reumatológicos e ginecológicos. As matérias-primas destinadas para a manipulação dos medicamentos são praticamente adquiridas fora da região cearense, tendo como principal fornecedor o Estado de São Paulo. O mercado de manipulação concentra-se na cidade de Fortaleza e é pequeno comparado com outros centros do país.

2.4. Distribuidora de Medicamentos

O segmento de comercialização formado pelas distribuidoras de medicamentos (ramo atacadista) é o maior comprador da indústria farmacêutica, representando 79% das vendas desse setor industrial, seguidas das instituições públicas e privadas com 14%. As redes de farmácias/drogarias responderam com 4% de compras realizadas diretamente às indústrias de medicamentos (SINDQUÍMICA, 2001). No Brasil, estima-se que há 600 distribuidoras de medicamentos, das quais 48 (8%) encontram-se no Estado do Ceará (CRF/CE, 2001), correspondendo um estabelecimento para cada 31 farmácias comerciais.

2.5. (Rede) Farmácia Comercial

A Lei brasileira nº 5.991/1973 transformou as farmácias comunitárias em verdadeiras casas comerciais, onde se vende de tudo, até remédios. Ela também criou a figura da drogaria e abriu espaços para que pessoas leigas pudessem ser proprietárias desse importante recurso de saúde. Estas medidas, que de alguma maneira atenderam as expectativas da indústria farmacêutica, favoreceram também o surgimento de um número excessivo de farmácias, o que no Ceará chega a 1.501 estabelecimentos farmacêuticos (4.942 hab./farmácia) alcançando um faturamento potencialmente estimado de R\$ 37.658,04 (preço médico por unidade comercializada R\$ 7,62). Essa quantidade de farmácias não oferece uma cobertura geográfica efetiva, pois em muitos casos, sua localização visa critérios econômicos em vez de interesses sanitários, o que contribui para o aumento da demanda espontânea (automedicação) no estado.

O mercado varejista cearense, nos últimos dez anos, tem apresentado algumas características peculiares: adquire os medicamentos dos próprios laboratórios farmacêuticos (geralmente as redes de farmácias – surgidas durante esse período) e/ou das distribuidoras (pequenas farmácias) e pratica preços máximos de venda que assegura uma margem fixa de lucro em torno de 30% sobre o preço máximo de venda para o consumidor, ou 42,85% sobre o preço de fábrica (PADRÕES..., 200_).

Em relação às redes de farmácias, há uma predominância de um maior número de estabelecimentos em Fortaleza, capital do Ceará. Elas possuem algumas características que as diferenciam das farmácias independentes, como: atendimento 24 horas, iluminação perfeita, arranjo físico moderno, diversificação nas vendas de outros produtos e prestação de serviços comerciais e de informações sobre medicamentos. Na parte logística, a gestão de estoques é informatizada, operam com depósitos centrais, com estrutura racional e instalações adequadas, sistema de transporte para abastecimentos das farmácias e de tele-entrega ultra-rápida de medicamentos em domicílios familiares.

No Ceará, apenas uma rede de farmácia está filiada à Associação Brasileira de Farmácias (ABRAFARMA) e o

faturamento, por exemplo, de uma rede, com farmácias nos Estados de São Paulo e Minas Gerais totalizando 117 empresas foi de R\$ 202 milhões em 1995, com uma previsão do ano seguinte de R\$ 250 milhões. As estimativas do tamanho do mercado farmacêutico referente às vendas nesse setor comercial variam de US\$ 4,6 a 8,4 bilhões, sendo que para qualquer um destes valores o Brasil é considerado como um dos quinze maiores mercados do mundo nesse setor do comércio (MARQUES, 2000).

2.6. Farmácia Hospitalar

A Resolução 208, de 19 de junho de 1990, do Conselho Federal de Farmácia (CFF) estabeleceu as funções do farmacêutico hospitalar no Brasil e definiu a farmácia hospitalar como sendo uma unidade de assistência técnico-administrativa dirigida por profissional farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente às atividades hospitalares. Além disso, é considerado como um serviço clínico ligado à direção do hospital e ao serviço médico. Sua estrutura organizacional, segundo o MS (1994), depende do tipo de atendimento assistencial da instituição, do número de leitos, das atividades da farmácia e dos recursos financeiros e materiais, bem como das pessoas envolvidas com os serviços de farmácia hospitalar.

No Ceará, são 181 farmácias hospitalares distribuídas entre Fortaleza (concentra o maior número delas) e os outros 183 municípios cearenses, sendo que não é exigida uma formação específica para os farmacêuticos atuarem nesse campo de trabalho. A quantidade de farmácias hospitalares no estado demonstra que existem municípios que não contam com esse serviço de saúde. Na União Européia, 80% dos Estados-membro possuem especialistas em farmácia hospitalar. Em alguns países como Bélgica, Itália, Holanda e Espanha este título é obrigatório para exercer a farmácia hospitalar (CEREZO, 1999).

3. Comentários Finais

A partir do cenário demonstrado acima, se observa que o Estado do Ceará não apresenta um setor desenvolvido na área de indústrias químicas-farmacêuticas. Esse ramo econômico é

estratégico para qualquer política de saúde ao fabricar o principal insumo para o restabelecimento da saúde humana. A própria OMS (1978) tem salientado a necessidade de fortalecer o desenvolvimento da indústria local já que o medicamento constitui um componente vital para a assistência de saúde e uma fonte de ingressos fiscais e econômicos, bem como de estímulo à investigação nos campos da medicina, farmácia, biologia e química (LOBO, 1992).

O Ceará, nesse momento, apresenta vários fatores que potencialmente favorecem uma política farmacêutica industrial de produção, em média e grande escala, de medicamentos genéricos e fitoterápicos. Entre outros fatores, estão: conta com uma unidade experimental de Farmacologia Clínica da UFC, reconhecida pelo MS para realização de testes de bioequivalência, e que futuramente disponibilizará mestres nesta área de conhecimento, laboratórios de pesquisas na área de química, bioquímica e farmacologia de plantas, dois cursos de formação de farmacêuticos industriais, cursos nas áreas de química industrial e engenharia química, uma riqueza de biodiversidade tanto brasileira quanto cearense, que favorece o desenvolvimento de fitoterápicos, a tradição no uso de plantas medicinais pela população cearense e a presença no Ceará de uma demanda reprimida significativa e representada pela exclusão de indivíduos no mercado de medicamentos, um bem essencial que modifica o curso natural de uma enfermidade, previne doenças ou faz diagnóstico e cuja solução passa pela disponibilização de genéricos (SINDQUÍMICA, 2001) e fitomedicamentos neste processo.

4. Referências

ABIFARMA – Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica. **Grupo Pró-genéricos envia carta ao Ministro da Justiça.** Disponível em: <<http://www.abifarma.com.br>>. Acesso em: 29 set. 2001.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Genéricos: uma nova categoria de medicamentos.** Disponível em: <<http://anvisa1.saúde.gov.br/Noticias/generico>>. Acesso em: 24 mar. 2000.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 1995. 204 p.

BERMUDEZ, J. A. Z. Produção de medicamento no setor governamental e as necessidades do SUS. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Org.). **Construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 381 p. p. 72-80.

CEREZO, A. A. Farmácia hospitalar e o futuro. **OFIL**, v. 9, n. 4, p. 61-69, 1999.

FARMÁCIA-ESCOLA amplia produção para atender demanda pública. **Universidade Pública**. n. 5, ano 2, mar./abr., p.30-31, 2001.

FERNANDES, M. E. P. **A Participação dos medicamentos nas alternativas de assistência à saúde no município de Fortaleza**. 1998. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

GEREZ, J. C. Indústria farmacêutica: histórico, mercado e competição. **Ciência Hoje**, v. 15, n. 89, p. 21-30, 1993.

LOBO, F. **Medicamentos**. Política y economía. Masson S/A, 1992. 272 p.

MARINHO, A. O Brasil e a Indústria Farmacêutica. **Revista GRUPEMEF**, n. 59, ano 23, jan./fev. 2001.

MARQUES, M. B. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. **Hist. Ciênc. Saúde**, v. 7, n. 1 R5, p. 7-21, 2000.

OXFAM. Companhias Farmacêuticas x Brasil: uma ameaça à saúde pública. 20p., 200_ (mimeo).

PALHARES, M. Projetos abrem mercado para indústria farmacêutica do CE. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 14 maio 2000. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/diariodonordeste/2000/05/14>>. Acesso em: 18 set. 2001.

PESSINI, L. Dia Mundial da Saúde e Medicamentos (editorial). **O Mundo da Saúde**, n. 2, v.24, ano 24, mar./abr., p.91-92, 2000.

PINHEIRO, E. S. Laboratórios Farmacêuticos Governamentais e o SUS. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. (Org.). **Construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 381p. p.81-86.

PRODUÇÃO de remédios encontra apoio na Farmácia Escola. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 14 maio 2000. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/diariodonordeste/2000/05/14>>. Acesso em: 18 set. 2001.

SINDQUÍMICA - Sindicato das Indústrias Químicas Farmacêuticas e da Destilação e Refinação de Petróleo no Estado do Ceará. **Perfil Mercadológico dos Medicamentos Genéricos**, 2001. 52p.

ZANCHET, E. N. Manipulação de medicamentos em farmácia. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. (Org.). **Construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC, 1997. 381 p. p. 263-266.



ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ

Mesa Diretora 2001 – 2002

Dep. Wellington Landim
Presidente

Dep. Vasques Landim
1º Vice - Presidente

Dep. José Sarto
2º Vice - Presidente

Dep. Marcos Cals
1º Secretário

Dep. Giovanni Sampaio
2º Secretário

Dep. Eudoro Santana
3º Secretário

Dep. Domingos Filho
4º Secretário



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

Prof. Manassés Claudino Fonteles

Vice-reitor

Prof. Francisco de Assis Moura Araripe

Pró-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

José Jackson Coelho Sampaio

Pró-reitor de Graduação

Prof. Fábio Perdigão Vasconcelos

Pró-reitora de Planejamento

Profa. Maria do Socorro Ferreira Osterne

Pró-reitora de Assuntos Estudantis

Profa. Maria Hercília Mota Coelho

Pró-reitor de Extensão

Prof. Cândido Bezerra da Costa Neto



Editora da Universidade Estadual do Ceará
Editor: Prof. Alexandre de Almeida Barbalho

Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi
Fortaleza – Ceará – Brasil
CEP: 60740-000

**INSTITUTO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO CEARÁ
INESP**

Presidente
Alberto Teixeira

Montagem e Impressão: Gráfica do INESP
Av. Pontes Vieira 2391
Dionísio Torres Fortaleza Ceará.
E-mail: inesp@al.ce.gov.br
Fone: 277-2915
Fax: (0xx85) **277-2914**



home page: www.al.ce.gov.br
e-mail: epovo@al.ce.gov.br



home page: www.al.ce.gov.br/inesp
e-mail: inesp@al.ce.gov.br