



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**HÉLIO PAULO DE MATOS JÚNIOR**

**ANÁLISE DA EQÜIDADE NO ACESSO  
AO TRATAMENTO GRATUITO DA HEPATITE C  
CRÔNICA NO ESTADO DA BAHIA**

Salvador  
2007

**HÉLIO PAULO DE MATOS JÚNIOR**

**ANÁLISE DA EQÜIDADE NO ACESSO  
AO TRATAMENTO GRATUITO DA HEPATITE C  
CRÔNICA NO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata

Salvador  
2007

---

M433a

Matos Júnior, Hélio Paulo de

Análise da equidade no acesso ao tratamento gratuito da hepatite C crônica no estado da Bahia./ Hélio Paulo de Matos Júnior.—Salvador: H. P. Matos Júnior, 2007.

115 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata

Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração.  
Universidade Federal da Bahia

1. Hepatite viral C. 2. Hepatite crônica - Economia I. Universidade Federal da Bahia. II Mata, Henrique Tomé da Costa. II Título

CDU : 616.36-002

---

## FOLHA DE APROVAÇÃO

HÉLIO PAULO DE MATOS JÚNIOR

### ANÁLISE DA EQUIDADE NO ACESSO AO TRATAMENTO GRATUITO DA HEPATITE C CRÔNICA NO ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, aprovada pela seguinte banca examinadora:

Salvador, 16 de julho 2007

---

***Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata***

Doutor em Economia Aplicada, Universidade Federal de Viçosa – UFV  
Universidade Federal da Bahia

---

***Prof. Dr. Salvador Dal Pozzo Trevizan***

Doutor em Sociologia, University of Wisconsin – Madison/USA  
Secretaria de Educação do Estado da Bahia

---

***Prof. Dr. José Célio Silveira Andrade***

Doutor em Administração, Universidade Federal da Bahia – UFBA  
Universidade Federal da Bahia

***A Hélio, Lourdes, Júlia e Neto***

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Prof. Dr. Henrique Tomé da Costa Mata, por sua clareza e sinceridade nas orientações seguras e precisas, ajudando a construir este trabalho;*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes, que propiciou o início desta caminhada e ajudou na escolha da trilha a ser percorrida;*

*À Dra. Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio, por ter ajudado na realização de um sonho, pela confiança, apoio e estímulo constante para o meu desenvolvimento profissional;*

*Ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA (NPGA) pelo apoio dos seus professores e funcionários;*

*A Juliane Passos Avena, Rosemeire Dourado Costa Fernandes, Raquel Guanaes Aguiar e todos os colegas da Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino pela dedicação, prestatividade e ajuda;*

*Aos meus sobrinhos, Vitor de Matos Carvalho e Marcelo de Matos Carvalho, pelo apoio estratégico e tecnológico;*

*Ao Prof. Jayme da Costa Barros pela ajuda incansável nas infindáveis correções;*

*Ao Prof. Denis Gerald Maclay, primeiro, professor, depois, amigo de longos anos, por sua colaboração inestimável.*

*O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

Fernando Pessoa

*O que mais me encanta na humanidade é a perfeição.*

Machado de Assis

## RESUMO

A universalidade, integralidade e a equidade da atenção à saúde são os norteadores principais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses princípios fundamentais estão expressos na Constituição de 1988 e regulamentados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Este estudo objetiva avaliar a equidade no acesso ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C e a relevância dos fatores socioeconômicos, no que diz respeito a este acesso. Para este fim investiga-se quais os fatores socioeconômicos que interferiram no acesso ao tratamento gratuito através da avaliação dos dados socioeconômicos e de tratamento de 117 pacientes portadores do HCV, tratados no Estado da Bahia, em 2005, recebendo, gratuitamente, as medicações na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino em Salvador-Bahia; e se esta interferência estaria provocando distorção entre a concepção teórica e a realidade do acesso ao tratamento da hepatite C com conseqüente desacordo com os princípios fundamentais do SUS, a universalidade, integralidade e equidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis, e da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Estabelece-se o perfil socioeconômico dos pacientes tratados, estima-se os custos totais para o setor público com os medicamentos e analisa-se a estrutura dos custos, por origem dos pacientes tratados e por classe de renda. Na análise da influência do grau de escolaridade no acesso constatou-se que o grupo de pacientes com o ensino médio completo ou mais corresponde a mais de 63% e os pacientes sem escolaridade a, apenas 0,85%. Na avaliação do rendimento familiar mensal, a classe de renda que apresentou o maior número de pacientes foi a de mais de 5 a 10 salários mínimos com 26,50%, seguida da classe de mais de 3 a 5 salários mínimos com 22,22% dos pacientes tratados. Na cobertura de saúde, ocorreu a predominância daqueles pacientes cobertos por planos de saúde com 60% por cento em relação aos que não possuíam plano com 40%. Na análise dos gastos públicos com o tratamento da hepatite C, os pacientes com rendimento de mais de 5 a 10 salários mínimos foram os que tiveram os maiores gastos, correspondendo a 23,45%, seguidos dos pacientes com renda de mais de 3 a 5 salários mínimos, com 23,00%, longe dos 8,95% gastos com os pacientes que ganham até 1 salário mínimo e dos 15,98% gastos com os pacientes que ganham mais de 1 a 2 salários mínimos. A conclusão do estudo mostra que os fatores socioeconômicos interferiram e determinaram iniquidade no acesso dos pacientes ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C, o que se refletiu na distribuição dos gastos públicos relativos a este tratamento.

**Palavras-chave;** Hepatite C; *Equidade; Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação Socioeconômica em Saúde; Gastos Públicos em Saúde; Sistema de Saúde.*



## ABSTRACT

Universality, integrality and the equity of attention to health care are the main guidelines of the *Unified Health Care System (SUS)*. These principles fundamentals are expressed in the 1988 Constitution and regulated by the law 8080/1990. Access to the free treatment of chronic hepatitis caused by virus C and the relevance of socioeconomic factors were evaluated in the study. The initial assumption was that a higher socioeconomic level tends to favor access to free treatment which is in disagreement with the fundamental principles of universality of access services at all levels and the equality of health attendance without prejudices or privileges of any type. Socioeconomic data and the treatment of 117 patients attended in the state of Bahia 2005 receiving free medication from the pharmacy of high cost at the Manoel Victorino Hospital were evaluated. The economic profile of patients who received treatment, an estimate of total costs for the public sector with medication, the analysis of the structure of cost and origin of treated patients and the level of income were also established. In the analysis, the level of schooling showed that the group of patients who had at least finished high school corresponded to more than 63% and those without schooling corresponded to only 0.85%. In the evaluation of monthly family income the income class that presented the highest number of patients was the class that received between 5 and 10 minimum salaries corresponding to 26.50%, next the class that received between 3 and 5 minimum salaries with 22.22% of those patients treated. In health cover, there was a predominance of patients with health plans, 60% in relation to those without plans 40%. In the analysis of public expenses with the treatment of hepatitis C the patients whose income was between 5 and 10 minimum salaries were those who received the highest spending corresponding to 23.45% followed by patients who received between 3 and 5 minimum salaries with 23.00% far from the 8.95% spent on patients who earn up to 1 minimum salary and the 15.98% spent on patients who earn between 1 and 2 minimum salaries. The conclusion of the study shows that iniquity in the access to the treatment of chronic hepatitis virus C reflects in public spending on this treatment.

**Keywords:** Hepatitis C; Equity; Health Care Utilization; Socioeconomic Evaluation in Health; Public Expenditure on Health; Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Pirâmide etária da População Brasil – 1980, 1991 e 2000 .....	23
Figura 2	– Pirâmide etária da População Bahia – 1980 .....	24
Figura 3	– Pirâmide etária da População Bahia – 2000 .....	24
Figura 4	– Pirâmide etária da População Brasil – 2020 .....	26
Figura 5	– Pirâmide etária da População Bahia – 2020 .....	26
Figura 6	– Quadro demonstrativo de custos por tipo de tratamento para hepatite crônica pelo vírus C – Bahia – 2004 .....	41
Figura 7	– Distribuição dos pacientes, segundo grupo etário e sexo – Salvador-Bahia – 2005 .....	72
Figura 8	– Curva de Lorenz relativa ao rendimento mensal familiar dos pacientes – Salvador-Bahia – 2005 .....	84
Figura 9	– Distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo a cobertura de saúde – Salvador-Bahia – 2005 .....	86
Figura 10	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo a cobertura de saúde – Salvador-Bahia – 2005 .....	105

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo estado civil – Salvador- Bahia – 2005 .....	73
Tabela 2	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o local de residência – Salvador-Bahia – 2005 .....	75
Tabela 3	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o grau de escolaridade – Salvador-Bahia – 2005 .....	79
Tabela 4	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo a ocupação – Salvador-Bahia – 2005 .....	80
Tabela 5	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo ocupação e sexo – Salvador-Bahia – 2005 .....	81
Tabela 6	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo classes de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005 .....	82
Tabela 7	– Percentual de distribuição do rendimento mensal familiar dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, por Decil de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005 .....	84
Tabela 8	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo grupos de idade, sexo e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005 .....	87
Tabela 9	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo as classes de rendimento mensal familiar e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005 .....	88
Tabela 10	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o desfecho do tratamento e sexo – Salvador-Bahia – 2005 .....	90

Tabela 11	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo classes de rendimento mensal familiar e desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005 .....	90
Tabela 12	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo Decil de rendimento mensal familiar e desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005 .....	91
Tabela 13	– Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo desfecho do tratamento e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005 .....	92
Tabela 14	– Percentual da população residente por declaração de doença crônica, segundo classes de rendimento mensal familiar – Bahia – 2003 .....	96
Tabela 15	– Número e percentual da população residente, por cobertura de plano de saúde, segundo sexo e grupos de idade – Bahia – 2003 .....	98
Tabela 16	– Número e percentual da população residente, por cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal familiar – Bahia – 2003 .....	99
Tabela 17	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo grupos de idade – Salvador-Bahia – 2005	102
Tabela 18	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o grau de escolaridade – Salvador-Bahia – 2005 .....	102
Tabela 19	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005 .....	102
Tabela 20	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo as classes de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005 .....	104
Tabela 21	– Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo o Decil de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005 .....	104
Tabela 22	– Valores de Qui-quadrado, V de Cramer e Grau de liberdade relativo aos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina – Salvador-Bahia – 2005 .....	106

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	– <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CEAF	– Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica
CEME	– Central de Medicamentos
CF	– Constituição Federal
FAEC	– Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
HC	– Hepatite Crônica
HCV	– <i>Hepatitis C virus</i>
HIV	– <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da imunodeficiência humana)
HMV	– Hospital Manoel Vitorino
IAP	– Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	– Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	– Ministério da Saúde
NO	– Norma Operacional
NOAS	– Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB	– Normas Operacionais Básicas
PCR	– <i>Polymerase Chain Reaction</i> ; Reação em Cadeia da Polimerase
PEG	– Polietilenoglicol
PIB	– Produto Interno Bruto
PNM	– Política Nacional de Medicamentos
PMAC	– Programa de Medicação de Alto Custo
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	– Política Nacional de Saúde
PNSN	– Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPV	– Pesquisa de Padrão de Vida
RENAME	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMS	– Região Metropolitana de Salvador
RNA	– <i>Ribonucleic acid</i>
SAEB	– Secretaria de Administração do Estado da Bahia

- SAMDU – Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
- SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
- SES – Secretarias Estaduais de Saúde
- SESAB – Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia
- SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SIMPAS – Sistema Integrado de Materiais, Patrimônio e Serviços
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
1.1	PREMISSAS E PRESSUPOSTOS	18
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	GERAL	19
1.2.2	ESPECÍFICOS	19
<b>2</b>	<b>TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E HEPATITE PELO VÍRUS C</b>	21
2.1	HEPATITES VIRAIS: ASPECTOS GERAIS	27
2.2	HEPATITE PELO VÍRUS C: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	27
2.2.1	DIAGNÓSTICO	29
2.2.2	TRATAMENTO	30
2.2.3	BRASIL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	31
2.2.3.1	Tratamento pelo Sistema Único de Saúde	32
<b>3</b>	<b>COMPORTAMENTO DOS GASTOS E AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE</b>	35
3.1	AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE	36
3.2	COMPORTAMENTO DOS GASTOS E HEPATITE C	40
<b>4</b>	<b>SISTEMA DE SAÚDE E EQÜIDADE</b>	43
4.1	EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E A BUSCA DA EQÜIDADE	45
4.1.1	CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS	45
4.2	CONCEITOS DE EQÜIDADE E IGUALDADE	52
4.3	EQÜIDADE E IGUALDADE NA SAÚDE	54
4.3.1	EQÜIDADE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE	58
4.3.2	EQÜIDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	63
<b>5</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	66
5.1	TIPO DE PESQUISA	66
5.2	DELIMITAÇÕES	67
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	68
5.3.1	INFORMAÇÕES COLETADAS	69

<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	71
6.1	<b>CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA AMOSTRA</b>	71
6.1.1	VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	71
6.1.2	VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	77
6.1.3	VARIÁVEIS DE TRATAMENTO	89
6.2	<b>ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS DE IMPACTO RELEVANTE NO ACESSO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO</b>	92
6.3	<b>ESTIMATIVA E ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS CUSTOS TOTAIS DOS MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO</b>	100
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	107
	<b>REFERÊNCIAS</b>	110



## 1 INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo se deu a partir dos questionamentos sobre a estruturação e o funcionamento do sistema de saúde do Brasil e sobre as distorções entre a concepção teórica e a realidade que é vivenciada no cotidiano dos serviços de saúde.

A formatação legal, por meio de leis, normas, portarias e diretrizes construiu um arcabouço teórico acerca do Sistema de Saúde Brasileiro, bastante elaborado e coerente com os objetivos que foram perseguidos ao longo dos anos e que atingiram o ponto de maior relevância em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF/88). Essa Constituição foi apelidada de Constituição Cidadã, por ter incorporado à legislação ganhos sociais relevantes para a sociedade. Como exemplo, o seu artigo 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A prática diária, vivenciada nos serviços de saúde, reforçada quando da atuação diretamente relacionada com as hepatites virais, mais especificamente, a hepatite C, trouxe inquietações quanto ao acesso aos serviços de saúde, como por exemplo, fila de espera de meses dos pacientes para se submeter a biopsia hepática, exame imprescindível para se habilitar a receber a medicação, lista de pacientes aguardando a compra das medicações para iniciar o tratamento. Junta-se a isto as desigualdades de acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, exames e medicamentos de alto custo, migração dos doentes de regiões distantes e com baixo recurso econômico e tecnológico para centros maiores, em busca de atendimento adequado, o acompanhamento das dificuldades dos pacientes portadores do vírus C da hepatite em conviver com a doença, inclusive com relatos de sofrerem com o estigma social e os entraves administrativos para realizar os

exames no sistema público de saúde e, assim, cumprir o protocolo para se habilitar a receber os medicamentos, gratuitamente, do Estado, tudo isto nos deu a percepção de haver um gradiente socioeconômico de acesso às ações de saúde, em especial, àquelas de maior custo e complexidade.

A hepatite pelo vírus C é uma doença crônica que pode apresentar uma evolução rápida. A evolução lenta (mais de vinte anos), contudo, é a forma mais comum de apresentação. Com isso, o maior número de pessoas que apresentam os sintomas da doença está acima dos quarenta anos, portanto, em sua idade produtiva.

Mundialmente, o número de pessoas infectadas pelo vírus C da hepatite é estimado em 170 milhões, o que corresponde a 3% da população mundial, traduzindo-se por uma pandemia.

Estima-se que cerca de 3,9 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus C da hepatite, nos Estados Unidos, cerca de quatro vezes o número de pessoas infectadas pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Destas, 2,7 milhões ainda não foram diagnosticadas. Entre 8.000 a 10.000 mortes anuais, nos Estados Unidos, estão associadas à infecção crônica pelo vírus C. Os gastos anuais com a doença ultrapassam os 600 milhões de dólares por ano.

No Brasil, poucos dados relacionados à prevalência do vírus C estão disponíveis e os dados existentes estão fragmentados. O Ministério da Saúde estima que a prevalência do vírus C, no Brasil, seja de 1,5%.

A identificação do agente causador da hepatite C é recente. Mas, mesmo antes da sua descoberta, em 1989, algumas características desta infecção já eram conhecidas, como a predominância da via de transmissão por transfusão sanguínea e a alta capacidade de levar a doença crônica do fígado, sendo a causa mais comum da cirrose e a principal indicação para transplante de fígado, nos Estados Unidos, Austrália e Europa, correspondendo a trinta por cento dos transplantes anuais.

O diagnóstico e o tratamento da hepatite crônica pelo vírus C têm um custo bastante elevado, principalmente, no que diz respeito àqueles pacientes que necessitam fazer uso do *Interferon peguilado*, ou seja, a maior parte dos pacientes tratados no Estado da Bahia. Este tratamento é oferecido, gratuitamente, aos pacientes, conforme protocolo clínico estabelecido em portaria federal e financiado pelo Governo Federal e Estadual.

Sob este aspecto, o melhor conhecimento dos usuários do sistema de saúde infectados pelo vírus C da hepatite ajuda no enfrentamento das demandas atuais de diagnóstico e de tratamento e no planejamento, em longo prazo, com a perspectiva de aumento do número de pacientes diagnosticados e dos elevados custos financeiros e sociais, o que obriga Estado e sociedade a estarem preparados para atender a essas demandas futuras.

## 1.1 PREMISSAS E PRESSUPOSTOS

A base do problema da pesquisa reside no seguinte questionamento: *Quais os fatores socioeconômicos que interferiram no acesso dos pacientes ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C, oferecido pelo Estado da Bahia, durante o ano de 2005?*

Seguindo a linha deste problema, uma importante hipótese da presente pesquisa consiste na idéia de que o nível socioeconômico mais elevado tende a favorecer o acesso ao tratamento gratuito da hepatite C, de forma que os pacientes de maior poder socioeconômico teriam ampliadas as suas possibilidades de acesso aos serviços de saúde, a exames e procedimentos mais complexos, pois, a princípio, não estariam limitados, exclusivamente, ao sistema público de saúde.

Esse leque ampliado de opções, disponível para os pacientes com status econômico mais elevado, favoreceria a realização completa dos exames necessários para atender ao protocolo clínico obrigatório para o recebimento gratuito das medicações utilizadas no tratamento da hepatite pelo vírus C. O mesmo não acontece com os pacientes com menor poder econômico, os quais não dispõem de outra alternativa a não ser o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a integralidade da atenção à saúde dos usuários exclusivos do SUS está restringida pela iniquidade do acesso aos serviços de saúde pública e, principalmente, aos exames e procedimentos de complexidade elevada.

Desta forma, percebe-se que os pacientes que são usuários exclusivos do SUS e com características sociais inferiores têm o acesso dificultado aos serviços de saúde e, em especial, aos exames e procedimentos de maior complexidade, se comparados, em relação a esses mesmos procedimentos, aos pacientes detentores de plano de assistência médica fora do SUS e de níveis socioeconômicos mais elevados.

Estas características levam-nos a concluir, *a priori*, que todos esses fatores tendem a tornar menos equânime o acesso ao tratamento gratuito da hepatite pelo vírus C.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 GERAL**

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar e discutir os fatores socioeconômicos de maior relevância no acesso ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C, tendo como base pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino, no Estado da Bahia, em 2005

### **1.2.2 ESPECÍFICOS**

Especificamente, pode-se desdobrar o objetivo geral da pesquisa nos seguintes itens:

- a) Identificar o perfil socioeconômico dos pacientes;
- b) Identificar os fatores socioeconômicos que possam ter interferido no acesso ao tratamento;
- c) Estimar os custos totais com medicamentos, para o setor público, nesse tratamento; e
- d) Analisar a estrutura dos custos, por origem e por classe de renda dos pacientes.

Esta dissertação está composta de seis capítulos, incluindo esta introdução.

O capítulo dois trata das modificações ocorridas, ao longo dos anos, no perfil da população brasileira, em especial, a baiana, da repercussão destas alterações no perfil epidemiológico das doenças e o impacto na saúde pública. Apresenta-se, também, as hepatites virais, dentro de um aspecto geral, e as especificidades do diagnóstico e tratamento da hepatite pelo vírus C.

No capítulo três, discute-se a importância da avaliação econômica no setor saúde e o comportamento dos gastos na saúde, como um todo, e daqueles relacionados com a hepatite C.

O capítulo seguinte apresenta uma revisão histórica da evolução do sistema de saúde brasileiro, buscando correlacionar essa evolução com os aspectos da economia brasileira e a busca da maior equidade na saúde. Também são apresentados os conceitos de equidade, tanto de forma ampla, quanto no que tange à saúde.

No capítulo cinco, são discriminadas as etapas metodológicas da pesquisa: suas características, as delimitações, os procedimentos realizados e as informações coletadas.

O capítulo seis apresenta e discute os resultados encontrados. A partir do delineamento do perfil socioeconômico dos pacientes tratados determina-se os fatores socioeconômicos mais relevantes no acesso desses pacientes ao tratamento. Os custos com os medicamentos para o tratamento da hepatite C no estado da Bahia também são analisados neste capítulo.

Ao final são apresentadas as conclusões desta pesquisa e, ainda, sugestões para possíveis avaliações futuras.

## 2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E HEPATITE PELO VÍRUS C

O somatório dos fatores ambientais que limitavam o crescimento das populações humanas, até 100 a 150 anos atrás – altas taxas de mortalidade infantil e baixa expectativa de vida ao nascer, que não ultrapassava os 35 a 40 anos de idade – impôs uma estrutura populacional caracterizada por idade média jovem. A representação em forma de pirâmide desta estrutura etária tinha base larga (muitos indivíduos jovens) e ápice estreito (poucos velhos). Com essa estrutura populacional, as doenças de curso longo e que tinham a idade adulta como provável época de contato com agente agressor, como a hepatite pelo vírus C, não mostravam sua relevância.

Com a evolução, nos últimos 150 anos, das ações de prevenção e de saúde pública, o desenvolvimento e aplicação das vacinas e, mais tarde, o advento do tratamento específico dos agentes infecciosos pela introdução do antibiótico, houve uma reversão do quadro, então, vigente no tocante ao papel das infecções e seu controle, o que veio a repercutir no crescimento da população.

Por conta disso, o declínio da mortalidade por infecções – em particular da mortalidade infantil – resultante dos avanços tecnológicos nas áreas da medicina e da saúde pública, somado à melhoria da educação, da urbanização, da industrialização, da renda e das condições de vida, teve grande efeito na estrutura demográfica da população humana, inicialmente, nos países desenvolvidos, com a redução do número médio de filhos e o aumento da expectativa de vida média.

A estrutura populacional apresentou, então, mudanças significativas, em consequência de uma maior expectativa de vida ao nascer e da queda da fertilidade com o consequente aumento da proporção de indivíduos mais velhos, o que, na pirâmide etária, se evidencia pela redução da base e alargamento do cume. Este processo de envelhecimento da população, denominado *transição demográfica*, tem importante repercussão no perfil das doenças na população.

Doenças antes desconhecidas e que, hoje, são caracterizadas como doenças da meia idade e da velhice predominam, em países que já passaram por esse processo da transição demográfica. Dentre essas doenças denominadas *crônicas* estão incluídas doenças cardiovasculares, neoplasias, degenerações ósteo-esqueléticas, do sistema nervoso central e a hepatite pelo vírus C, com suas duas principais conseqüências, a cirrose hepática e o câncer do fígado. Assim, a *transição epidemiológica*, caracterizada pela mudança do perfil de morbidade da população, é uma das resultantes do processo de transição demográfica.

Alguns países em desenvolvimento, seguindo os passos dos países desenvolvidos, no que diz respeito à melhoria dos índices de mortalidade infantil, ao controle das doenças infecciosas, à ampliação do uso de vacinas e aos avanços tecnológicos em medicina, vêm sofrendo, também, a transição demográfica e a transição epidemiológica dela decorrente.

Contudo o que se tem observado é que, ao longo da história econômica desses países, houve uma grande concentração de renda e um aumento brutal das desigualdades associados a mudanças importantes de comportamento, trazendo como conseqüência o agravamento de quadros epidemiológicos, já tradicionais nos países em desenvolvimento, como a malária e a tuberculose, que mostraram crescimento ao longo dos últimos anos. A tuberculose, principalmente, se tem mostrado um indicador de piora do quadro socioeconômico.

Esse agravamento das infecções já conhecidas, associado à re-emergência de antigas doenças, vem somar-se a uma série de doenças de natureza transmissível, desconhecidas até passado recente, as chamadas *doenças emergentes*, como a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), em português – doença de Lyme<sup>1</sup>, encefalites virais, febres hemorrágicas, enfim, doenças novas, com taxas de letalidade altas, e que trazem como conseqüência, um impacto demográfico.

O Brasil está inserido neste contexto e, ao longo dos anos, vem apresentando melhoria dos indicadores de mortalidade infantil e uma mudança no perfil das doenças, em conseqüência de vários fatores, dentre os quais, os avanços da medicina e, em especial, da saúde pública, a maior urbanização da população, em conseqüência do forte êxodo rural verificado nos últimos anos, a industrialização

---

<sup>1</sup> A *doença de Lyme* é causada por bactérias (*Borrelia burgdorferi*) transmitidas por carrapatos minúsculos que infectam veados.

e a melhoria das condições de vida, que tiveram grande efeito na estrutura demográfica da população, com queda nas taxas de fecundidade e mortalidade. Como não poderia deixar de ser, a estrutura etária da população do país acompanhou essas mudanças, ao longo dos anos.

Essa progressiva alteração teve início em meados dos anos sessenta e se intensificou nas duas décadas seguintes, como se pode ver na Figura 1, que mostra a evolução da população brasileira no período de 1980 a 2000.

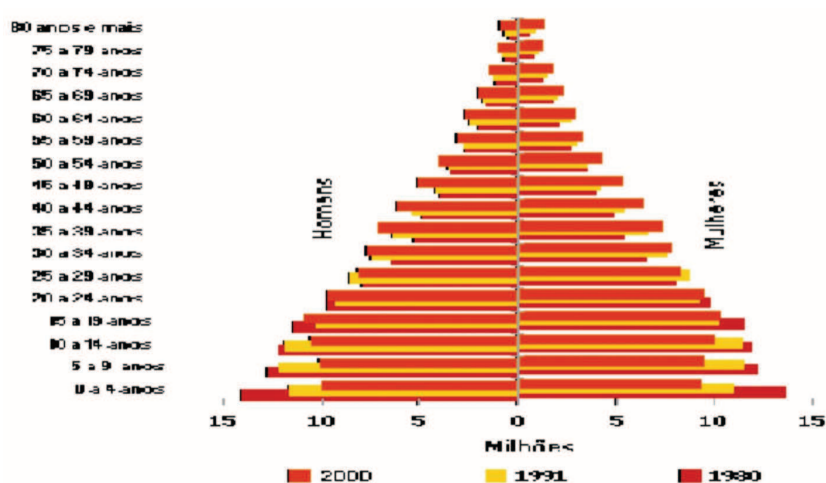


Figura 1 – Pirâmide etária da população – Brasil – 1980, 1991 e 2000  
Fonte: IBGE

Através da Figura 1 pode-se observar que:

a) em 1980, no Brasil, o grupo etário predominante era o *de 0 a 4 anos* de idade enquanto que, em 1991, era o *de 10 a 14 anos* e, em 2000, o *de 15 a 19 anos*, em uma clara evidência do envelhecimento da população.

b) no outro extremo, a população brasileira de *60 anos ou mais* de idade continuou crescendo, gradativamente, de forma que, se, em 1980, representava 6,4% da população, em 1993, subiu para 8,0%, chegando a 9,6%, em 2000. Em números absolutos, isto significa que, dos quase 174 milhões de pessoas, 16,7 milhões tinham, no mínimo, 60 anos de idade, em 2000.

Essa mesma tendência de deslocamento da predominância de pessoas por grupo etário, com estreitamento gradual da base da pirâmide e alargamento do cume, foi observada no Estado da Bahia como um todo.



O envelhecimento da população que vem ocorrendo no Estado da Bahia pode ser melhor observado através da comparação dos dados retratados nas Figuras 2 e 3, através das quais se pode ver que, em 2000, concentrava-se, no grupo etário *de 15 a 19 anos*, o maior número de pessoas, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, com ligeiro predomínio, porém, das mulheres, (Figuras 2 e 3), enquanto, em 1980, a predominância era do grupo etário *de 0 a 4 anos*.

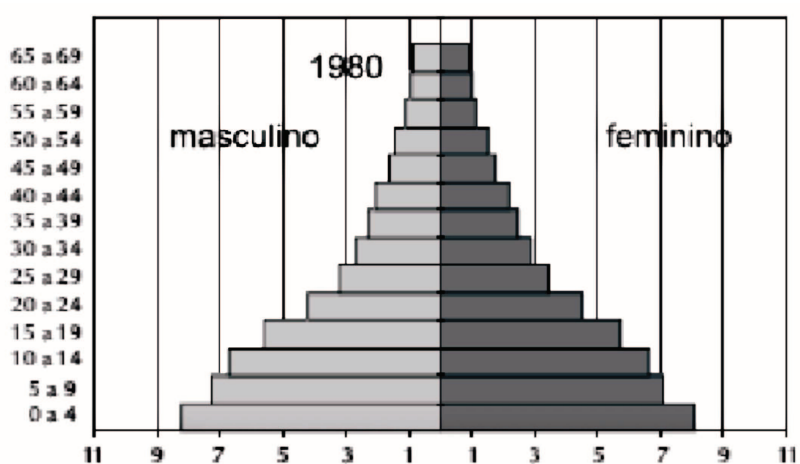


Figura 2 – Pirâmide etária da população – Bahia – 1980

Fonte: IBGE

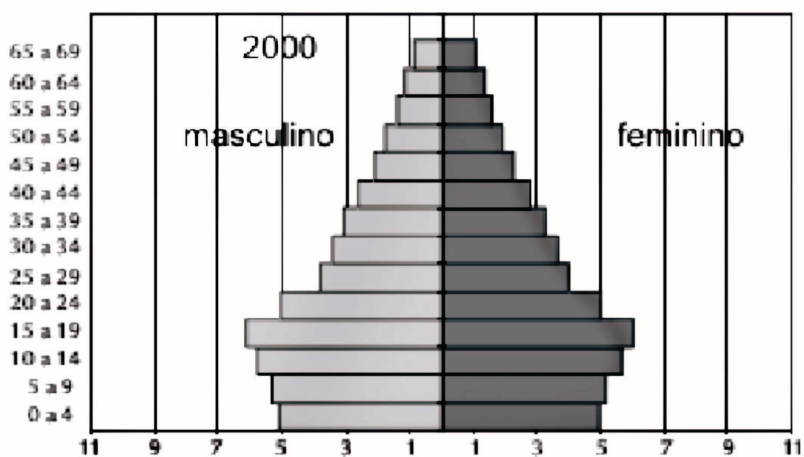


Figura 3 – Pirâmide etária da população – Bahia – 2000

Fonte: IBGE

Parece-nos claro, portanto, que o Brasil assiste ao contínuo processo de envelhecimento de sua população, decorrente, principalmente, como já explicitado, da redução da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida. No entanto, este processo, que traz benefícios inegáveis à população, traz, também, conseqüências desastrosas para as próximas gerações, caso não sejam enfrentadas desde já, e com firmeza.

A sociedade deve estar preparada para esse aumento da longevidade da população que introduz questões e desafios de ordem prática, da maior relevância, já que interferem tanto no volume total da demanda por serviços públicos nas diversas áreas – saúde, educação, previdência, lazer, transporte e emprego –, quanto na caracterização e na estrutura dessas demandas, introduzindo, ademais, descontinuidades, em termos de sua evolução, ou seja, em termos de tendências.

E é aqui que se coloca a questão do planejamento: para que se possa atender a essas futuras demandas e para que a sociedade esteja preparada para dar respostas adequadas, na área da saúde pública, principalmente, no combate às doenças emergentes, re-emergentes e recrudescentes.

Nesse contexto, está inserida a hepatite pelo vírus C, uma doença crônica, logo, com conseqüências danosas, a longo prazo, ao indivíduo – cirrose hepática, câncer de fígado e morte – e à sociedade, tanto nos custos diretos com a doença – tratamento medicamentoso extremamente oneroso, internação e transplante de fígado – quanto nos custos indiretos provenientes da incapacidade laborativa e da conseqüente perda produtiva e de rendimentos da pessoa acometida da doença.

Daí, fica, também, evidente que a tendência de envelhecimento da população e as importantes mudanças ocorridas no perfil epidemiológico, nos últimos anos, repercutem no aumento da demanda por medicamentos de uso continuado e de maior custo.

A hepatite C tem uma característica peculiar: estimativas conservadoras apontam que, para cada pessoa identificada como portadora do vírus C existem dez cujo diagnóstico ainda não foi feito, o que quer dizer que o número de pessoas com diagnóstico da doença, tratadas e em tratamento que se tem, atualmente, é apenas a “ponta do *iceberg*”. Assim, o aumento da longevidade da população e a detecção de novos casos poderão levar os custos com diagnóstico e tratamento, que, hoje,

estão na ordem de milhões de reais por ano, no Brasil, e bilhões de dólares por ano, nos Estados Unidos, a apresentarem um crescimento exponencial.

É por esse motivo que, para efeitos do estabelecimento e balizamento das políticas públicas envolvendo grupos-alvo de população, é muito importante munir-se da compreensão dos movimentos e tendências demográficos – em termos de causa e direção – e dos seus desdobramentos, quantitativos e qualitativos, dentro de uma ótica prospectiva, dada a perspectiva de detecção de novos indivíduos portadores.

Pela observação das Figuras 4 e 5, pode-se deduzir a tendência de envelhecimento da população.

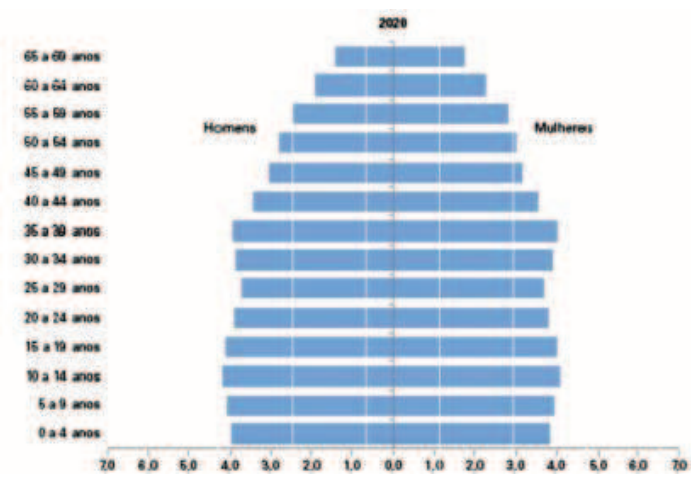


Figura 4 – Pirâmide etária da população – Brasil – 2020  
Fonte: IBGE

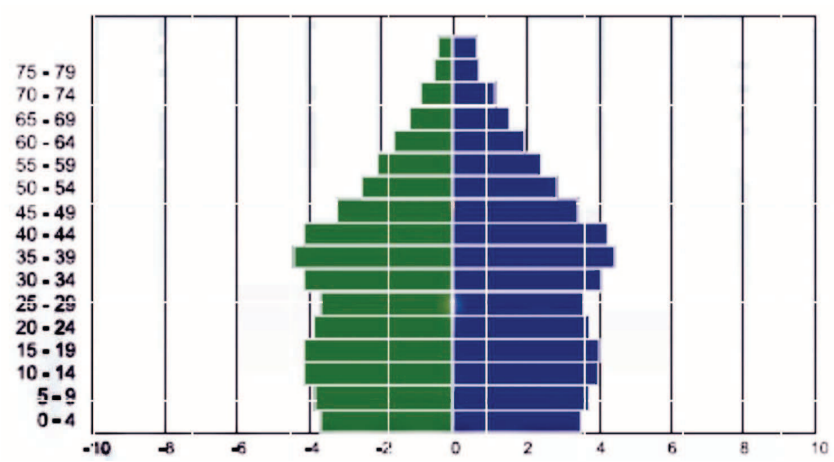


Figura 5 – Pirâmide etária da população – Bahia – 2020  
Fonte: IBGE/SEI, 1999.

Diante desse cenário, justifica-se a necessidade de intervenções do setor público para garantir o acesso da população brasileira a medicamentos, de forma universal e com equidade, conforme os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

## **2.1 HEPATITES VIRAIS: ASPECTOS GERAIS**

Hepatite, termo que significa inflamação do fígado, designa uma doença que pode ser causada por agentes infecciosos (vírus, bactérias, parasitas), tóxicos (álcool, medicamentos, etc.) e, ainda, por ação do sistema imunológico do próprio indivíduo agredindo o fígado (hepatite auto-imune).

Dentre as várias formas de hepatite, aquela ocasionada por vírus (hepatites virais) é a mais comum. Os agentes virais que mais freqüentemente a provocam são os que têm ação preferencial pela agressão ao fígado: o vírus da hepatite A, da hepatite B, da hepatite C, da hepatite D e o vírus da hepatite E.

Até a década de oitenta, eram conhecidos, como agentes causadores das hepatites virais, o vírus A e o vírus B. As outras hepatites, nas quais esses dois agentes etiológicos não eram identificados, eram reunidas em um grupo único denominado “hepatite não A e não B”.

## **2.2 HEPATITE PELO VÍRUS C: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

A evolução do crescimento populacional, durante os séculos, está, intimamente, relacionada a fatores ambientais, ao controle ou não de doenças infecciosas e ao surgimento de novas doenças causadas por agentes, até então, desconhecidos. A hepatite pelo vírus C acompanha o homem e a mudança do quadro nosológico, há muitos anos.

Em 1989, foi identificado o vírus que a provoca e que responde por quase 90% das hepatites até então denominadas “não A não B” – o vírus da hepatite C. Estudos posteriores da sua composição genética possibilitaram a análise filogenética das seqüências genômicas permitindo a caracterização de seis genótipos (1 a 6). (SIMMONDS, 1993). Essa variabilidade na seqüência genômica do vírus da hepatite C também se mostra diferente na distribuição geográfica além de apresentar diferentes respostas ao tratamento.

Na África são os genótipos 1, 4 e 5 os mais prevalentes; na Europa, genótipos 1 e 3; na América do Norte, genótipo 1; e, na Ásia, genótipos 1 e 6. (BONKOVSKY; MEHTA, 2001).

No Brasil, como também no Estado da Bahia, os genótipos 1, 2 e 3 são os mais freqüentes. Dentre esses, o genótipo 1 é o de maior prevalência na Bahia. (PARANÁ et al., 2000).

A hepatite pelo vírus C pode apresentar-se na forma aguda ou crônica. A esmagadora maioria dos casos diagnosticados de hepatite C está na sua forma crônica, que é caracterizada pela permanência do vírus, no hospedeiro, por mais de seis meses. A evolução para a forma crônica ocorre em cerca de 75 a 80% dos casos e sua evolução clínica costuma ser assintomática, ou apresentar poucos sintomas, até as fases mais avançadas da doença hepática, sendo necessária a definição de sua maior ou menor gravidade quando do diagnóstico, ou seja, o conhecimento da sua história natural.

Apesar de um número expressivo de pacientes infectados pelo vírus C estar diagnosticado, um número ainda maior de portadores do vírus permanece sem ser detectado, contribuindo para isto o fato da maioria dos portadores estar assintomática ou pouco sintomática. (SHERMAN et al., 2004).

As principais complicações potenciais da infecção crônica pelo vírus C, em longo prazo, são a cirrose hepática (degeneração difusa, progressiva e crônica do fígado com destruição das suas células e com regeneração e formação de um tecido cicatricial fibroso), a insuficiência hepática terminal e o câncer de fígado (carcinoma hepatocelular). (LAUER; WALKER, 2001).

Os mecanismos responsáveis pela persistência da infecção pelo vírus da hepatite C não foram, ainda, totalmente esclarecidos. Além da variação genômica, a grande capacidade de mutação do vírus propicia sua fuga constante da resposta imunológica perpetrada pelo portador.

Vários fatores foram identificados como relevantes na progressão da doença:

- › *a idade e o sexo do paciente* – as mulheres com idade inferior a 40 anos apresentam uma evolução mais favorável que os adultos masculinos com mais de 40 anos;

- › *o tipo, o subtipo e a carga viral* – os indivíduos infectados com vírus genótipo 1 e alta carga viral parecem ter um pior prognóstico; e

‣ a ingestão de bebida alcoólica – também, associada à evolução mais desfavorável. (LAUER; WALKER, 2001).

A via de contaminação parece influenciar na história natural da hepatite C. O número de pacientes infectados que evoluem para as formas crônicas seria maior naqueles infectados com produtos de sangue, por via parenteral, quando comparados a infecções comunitárias. Enquanto estudos em doadores de sangue e em portadores de hepatites pós-tranfusionais demonstram índices de cronificação de 74% a 85%, em outros tipos de contaminação, a evolução para formas crônicas pode ocorrer em porcentagens menores, ao redor de 55%. (FOCACIA, 2003).

A infecção crônica pelo vírus da hepatite C, além de evoluir lentamente, em anos ou décadas, costuma ter um amplo espectro clínico, desde formas assintomáticas até a hepatite crônica intensamente ativa, a cirrose e o câncer de fígado. As formas leves ou “benignas”, além da evolução lenta, em várias décadas, poderão nunca vir a desenvolver cirrose, podendo, também, regredir, ou seja, em raros casos, é observada a não-detecção do vírus. Assim, é possível a ocorrência de resolução natural da doença, mesmo após anos de infecção crônica. (FOCACIA, 2003).

Dos pacientes cronicamente infectados pelo vírus C da hepatite, vinte por cento evoluem para cirrose, passados vinte anos do contágio. Entretanto, pouco se sabe a respeito da evolução da infecção crônica pelo vírus C em períodos mais longos do que duas décadas. Instalada a cirrose, de 1% a 4% dos pacientes, por ano, desenvolvem carcinoma hepatocelular.

### 2.2.1 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da infecção pelo vírus C é feito por meio de exame sorológico e de biologia molecular, ambos por amostra de sangue. O exame de sorologia visa identificar a presença, no sangue, de anticorpos humanos contra o vírus C da hepatite – *Hepatitis C vírus* (HCV) –, denominado anti-HCV, que, quando positivo, indica que a pessoa possui anticorpos circulantes contra o vírus C e que, portanto, teve contato com o vírus, podendo tê-lo eliminado ou estar com a doença, na forma aguda ou crônica.

Para que seja confirmada a presença do vírus no indivíduo, é necessária a realização de um exame de biologia molecular, denominado “reação em cadeia da

polimerase” – *polymerase chain reaction* (PCR) – *ribonucleic acid* (RNA) qualitativo (PCR HCV qualitativo) – que, quando positivo, indica a presença do vírus circulante, confirmando-se, assim, o diagnóstico de infecção pelo vírus C. Quando presente por menos de seis meses, caracteriza a forma aguda da doença, nas suas variadas formas de apresentação, com espectro que varia de assintomática até a forma mais florida. (LAUER; WALKER, 2001).

Quando é feito o diagnóstico, a quase totalidade dos pacientes portadores do vírus já se encontra na forma crônica da doença, ou seja, com o vírus presente por mais de seis meses. Logo, o tratamento de pacientes na forma aguda da doença é uma excepcionalidade.

### 2.2.2 TRATAMENTO

Em 1957, o microbiologista suíço Jean Lindenmann nomeou de *interferon* uma classe de glicoproteínas de produção endógena de animais vertebrados e de alguns invertebrados que têm a propriedade de interferir na replicação viral, inibindo-a. Anos mais tarde, foi possível a reprodução sintética do *interferon* produzido naturalmente. Este produto foi denominado *alfa interferon* e possibilitou o tratamento de doenças virais, dentre as quais a hepatite pelo vírus C. (WEISSMANN, 1988).

O tratamento medicamentoso da hepatite C, inicialmente proposto, realizava-se, apenas, com o *alfa interferon*. A partir do “Consenso Internacional de Hepatite C”, realizado em Paris, em 1999, o tratamento padrão passou a ser a terapia combinada de *alfa interferon* e *ribavirina*, embasado nos trabalhos de Mchutchison (1998) e Poynard (1998) que mostraram melhor resposta da terapia combinada sobre a monoterapia realizada exclusivamente com o *alfa interferon*.

Em 2001, uma nova forma de *interferon* foi desenvolvida, denominada *Interferon peguilado* ou *Peginterferon* cuja concentração sangüínea permanece elevada por um maior tempo, por ser mais dificilmente metabolizado devido ao processo de peguilação<sup>2</sup>. Nesta forma, a atividade biológica do *Interferon* permanece qualitativamente inalterada, porém, a sua administração, ao invés de ocorrer três vezes por semana como acontece com o *Alfa Interferon*, passa a ser semanal. (BUTI, 2003).

---

2 O processo de peguilação consiste em unir uma molécula de polietilenoglicol (PEG) à molécula de *Alfa Interferon*, tornando-a maior.

### 2.2.3 BRASIL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Como já mencionado na introdução deste trabalho, no Brasil, os dados relacionados à prevalência do vírus C são incipientes: além de existirem poucos dados disponíveis, aqueles existentes se encontram dispersos.

O Ministério da Saúde estima que a prevalência do vírus C, no Brasil, seja de 1,5%, muito próximo ao encontrado no município de São Paulo, 1,42%. (FOCACCIA, 2003).

Em Salvador, Zarife et al. (2006) encontraram uma prevalência semelhante: 1,5%, com uma estimativa de 36.647 pessoas portadoras do vírus da hepatite C. Destas, 25.653 (70%) podem desenvolver hepatite crônica e 5.130 (20%), possivelmente, desenvolverão uma cirrose, dos quais 410 (8%) poderão apresentar carcinoma hepatocelular, após vinte anos de exposição ao vírus.

Em julho de 2000, o Brasil foi o primeiro país a estabelecer, em diretriz de caráter nacional, que pacientes com hepatite C crônica portadores de cirrose compensada poderiam ser tratados com a combinação de *Alfa Interferon* associado à *Ribavirina*. Esta diretriz, além de incluir os portadores de HIV/AIDS como candidatos ao tratamento, também incluiu, de forma inovadora, um escore de gravidade para a decisão da sua duração.

Na atualização desta Diretriz, em julho de 2002, foi, novamente, o Brasil o primeiro país a incluir o *Interferon peguilado*, em diretriz nacional, para pacientes com hepatite pelo vírus C do genótipo 1 e *alfa interferon* para genótipos 2 e 3, ambos em associação com a *Ribavirina*. (BRASIL, 2002).

O diagnóstico e o tratamento da hepatite crônica pelo vírus C têm um custo bastante elevado, principalmente, no caso de pacientes que necessitam fazer uso do *Interferon peguilado*, ou seja, a maior parte dos pacientes tratados no Estado da Bahia.

Vale salientar, aqui, além do tratamento oneroso para o Estado, a complexidade da assistência aos pacientes com hepatite pelo vírus C e o alto custo, também, dos meios diagnósticos (sorologia, biópsia hepática, exame anatomopatológico e exames de biologia molecular).



### 2.2.3.1 Tratamento pelo Sistema Único de Saúde

O tratamento da hepatite C, pelo SUS, está regulamentado pela já citada Portaria SAS/MS nº 863/2002, por intermédio do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – hepatite viral crônica C” e está disponível para todos os portadores, gratuitamente, pelo SUS, desde que atendidos os critérios de inclusão estabelecidos pelo protocolo clínico terapêutico e normatizados por esta mesma Portaria.

Os critérios gerais de inclusão estabelecidos são:

a) ser portador de vírus C, com detecção realizada por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (ARN) (teste qualitativo) positivo;

b) apresentar aminotransferases acima de uma vez e meia o limite superior de normalidade em, pelo menos, três determinações, com intervalo mínimo de um mês entre elas, sendo que, pelo menos, uma delas deverá ter sido realizada nos seis meses precedentes;

c) ter biópsia hepática realizada, nos 24 meses precedentes, em que tenha sido evidenciada atividade necro-inflamatória, de moderada a intensa (maior ou igual a A2 pela classificação Metavir); ou atividade portal ou peri-septal (grau 2 da classificação da Sociedade Brasileira de Patologia); e/ou presença de fibrose, de moderada a intensa (maior ou igual a F1 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia);

d) ter entre 12 e 70 anos; e

e) ter contagem de plaquetas acima de  $50.000/\text{mm}^3$  e de neutrófilos acima de  $1.500/\text{mm}^3$ .

Pela Portaria atual, o uso do *Interferon Peguilado* está restrito aos portadores de genótipo 1. Assim, para que o paciente possa receber, gratuitamente, o tratamento com esse medicamento, ele deverá estar enquadrado nos dois primeiros critérios gerais (a e b) já discriminados e ainda, nos seguintes critérios:

a) ser portador do vírus da hepatite C do genótipo 1, segundo exame de PCR com genotipagem;

b) ter biópsia hepática realizada nos 24 meses precedentes com fibrose septal (maior ou igual a F2 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia);

c) ter entre 18 e 70 anos de idade;

d) ter contagem de plaquetas acima de 75.000/mm<sup>3</sup>, para cirróticos, e de 90.000/mm<sup>3</sup> para não cirróticos; e de neutrófilos acima de 1.500/mm<sup>3</sup>.

Portanto, a Portaria estabelece que os pacientes com vírus C de genótipos 2 e 3, que se enquadrarem nos critérios estabelecidos, devem ser tratados com o *Alfa Interferon*, por 24 semanas, e os de genótipo 1, com o *Interferon Peguilado* por 48 semanas. Estabelece, ainda, critérios de exclusão de pacientes do tratamento com o *Alfa Interferon* ou com *Interferon Peguilado*, nos casos de:

- a) tratamento prévio com *Alfa Interferon* associado a *Ribavirina*;
- b) tratamento prévio com *Interferon Peguilado* (associado ou não à *Ribavirina*);
- c) tratamento prévio com *Alfa Interferon*, em monoterapia, sem resposta virológica ou bioquímica ao tratamento;
- d) consumo abusivo de álcool, nos últimos seis meses;
- e) consumo regular de drogas ilícitas – se o paciente estiver em tratamento para dependência química, com boa adesão, o tratamento para hepatite C poderá ser considerado;
- f) pacientes transplantados: o tratamento do HCV em pacientes transplantados hepáticos deve ser considerado experimental e só realizado no âmbito de protocolos de pesquisa;
- g) hepatopatia descompensada;
- h) cardiopatia grave;
- i) doença da tireóide descompensada;
- j) neoplasias;
- k) diabetes melito tipo 1, de difícil controle ou descompensada;
- l) convulsões não controladas;
- m) imunodeficiências primárias;
- n) homens e mulheres sem adequado controle contraceptivo;
- o) gravidez ( $\beta$ -HCG positivo);
- p) não concordância com os termos do Consentimento Informado.

Os medicamentos, atualmente, oferecidos pelo SUS são: *Interferon Alfa-2a e Alfa 2b*; *Interferon Peguilado Alfa-2a e Alfa 2b*; e a *Ribavirina*. Como já dito anteriormente, o uso do *interferon peguilado* pela Portaria atual, está restrito aos portadores de genótipo 1.

Para que o paciente tenha acesso ao tratamento da hepatite pelo vírus C, com o fornecimento gratuito dos medicamentos pelo Governo, é necessário que ele esteja em conformidade com os critérios clínicos e tenha realizado todos os exames requisitados. A necessidade do enquadramento dos pacientes neste protocolo baseia-se em princípios médico e administrativo.

O princípio médico fundamenta-se em que devem ser tratados apenas os pacientes que têm clara indicação médica, podendo, portanto, obter algum benefício com o tratamento, como a melhora da qualidade de vida, a negativação do PCR HCV RNA qualitativo, ao fim do tratamento, e uma resposta virológica sustentada, definida pelo PCR HCV RNA qualitativo negativo após 24 semanas do final do tratamento.

O princípio administrativo está baseado no fato de que o financiamento do tratamento se faz pelos governos federal e estadual cabendo, ao Governo Estadual, a compra e o fornecimento dos medicamentos e, ao Governo Federal, o repasse de parte do valor total do tratamento. Por conta disto, se faz necessário que os processos administrativos sejam devidamente cumpridos.

### **3 COMPORTAMENTOS DOS GASTOS E AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE**

Diante do já exposto, fica fácil entender porque os gastos do setor saúde vêm crescendo e adquirindo grande importância na discussão teórica, no âmbito da administração da saúde, tanto no setor público quanto no setor privado.

Esse aumento dos gastos em saúde se mostrou mais evidente, na maioria dos países desenvolvidos, no começo dos anos setenta, e correspondeu a um período de forte expansão econômica e de progresso social, em um contexto político no qual as reformas sociais caminhavam lado a lado com a concessão de benefícios aos trabalhadores, dentre os quais, o acesso aos serviços de saúde. (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000).

Existe porém, um questionamento constante, dentre os gestores de saúde, quanto à eficácia desses gastos crescentes, pois, mesmo com essa discussão em termos de política social, não se tem notado melhoria na situação de saúde da população. Isso se deve a alguns complicadores, tais como a incidência de novas doenças, como a hepatite pelo vírus C, o desenvolvimento de novas técnicas, como os transplantes de órgãos, o progresso tecnológico incorporado aos meios de diagnóstico e as terapêuticas medicamentosas, cada vez mais complexas, como a introdução do *Interferon Peguilado* no tratamento da hepatite pelo vírus C.

Apesar das medidas de controle dos gastos com saúde, nos últimos anos, estes vêm mantendo um crescimento superior ao da economia em geral. Este aumento tem criado, para o gestor público, uma preocupação constante com os fatores econômicos, que implicam tanto a prestação de serviços como o próprio nível de saúde da população, gerando inquietação dos poderes públicos em relação a este setor no qual as despesas crescem a um ritmo superior ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000).

Dentre as causas que têm sido trazidas à discussão para explicar o aumento dos gastos, algumas das mais comumente citadas são o crescimento demográfico – tanto graças à diminuição da mortalidade infantil quanto pela maior expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento das populações – e a melhoria dos meios de diagnóstico e tratamento resultante do progresso tecnológico. Esses fatores são de grande importância, porém, não explicam, completamente, o aumento dos gastos em saúde.

Tendo em vista o controle orçamentário rígido pelo qual o país vem passando, nas últimas décadas, torna-se imprescindível encontrar o balanço adequado entre os custos da saúde e as suas respectivas qualidade e efetividade.

As despesas na área da saúde e o seu controle dependem de aspectos importantes, como o aspecto normativo, que define em qual nível devem situar-se as despesas com a saúde e estabelece a taxa de crescimento dessas despesas; e o operacional, no qual se planeja, dentro de uma tecnologia disponível, qual o montante de recursos necessário para se obter um determinado volume de serviços a serem prestados.

A forma de organização do sistema de saúde e suas condições de acesso são aspectos tão importantes, na análise da formatação do sistema de saúde, quanto a magnitude do gasto (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000), daí, os estudos de análise econômica terem se tornado uma das prioridades da administração da saúde, neste setor, como elemento fornecedor de informação facilitadora da tomada de decisão.

### **3.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA NA SAÚDE**

A avaliação econômica dos custos no setor saúde pode ser feita tanto no plano micro como no macroeconômico.

A *análise microeconômica*, em que são abordadas as relações *custo-benefício*, *custo-eficácia* e *custo-utilidade*, permite a comparação do custo-benefício de diferentes políticas, a fim de que se estabeleça a melhor combinação de medidas e se possa identificar *onde* as despesas estão aumentando, *por que* estão aumentando e *quais as conseqüências* deste aumento. (PIOLA; VIANNA, 2002).

A *análise macroeconômica*, por sua vez, estuda as despesas totais, sua parte no PIB, sua composição principal e seus determinantes. Esse tipo de

abordagem dá origem a comparações dos gastos em saúde entre instituições, estados e países. Além disto, são estudadas séries históricas regionais ou por países, na tentativa de demonstrar a prioridade e a importância relativa da saúde como questão social.

O controle de custos pode ser uma das soluções para o sistema de saúde e um conceito chave que devemos absorver na tentativa de reduzir orçamentos e frear o crescimento da demanda desnecessária por serviços de saúde.

Também os profissionais da área da saúde se têm preocupado com a avaliação dos gastos que, de forma direta ou indireta, se relacionam com a racionalização da assistência à saúde. Em outras palavras, discute-se qual demanda deve ser atendida, qual retardada (entrando em lista de espera) ou não atendida. Contudo, a análise dos custos pode ajudar a entender como aumentar a oferta de assistência à saúde, com recursos finitos, e identificar qual ação é mais custo-efetiva, ou seja, qual abordagem pode, conseguindo seus objetivos específicos, custar menos. (ZUCCHI; NERO; MALIK, 2000).

Assim, diante da escassez de recursos, na impossibilidade de satisfazer, completamente, a todas as necessidades desejadas, a escolha se impõe e deve ser feita, em todos os campos da atividade humana.

A análise econômica se preocupa com escolhas e com os muitos critérios para que se possa fazê-las. Frequentemente, estes critérios estão bem claros, mas, em um bom número de situações, estes não estão definidos. A análise econômica vem auxiliar nesta escolha, buscando identificar e tornando claros os critérios que devem ser utilizados para a alocação dos recursos escassos. Em consonância com isso, é uma das ferramentas utilizadas para informar os políticos sobre os custos e efeitos de intervenções na área da saúde e auxiliar nas decisões da alocação ótima dos recursos escassos.

A avaliação econômica dos programas de saúde tem uma posição única, na pesquisa socioeconômica. A cada ano, centenas de artigos são publicados em jornais de medicina e em outros jornais da área da saúde, além de existirem vários bancos de dados eletrônicos disponíveis para os gestores. Estes estudos econômicos que têm sido realizados, nos últimos anos, avaliam procedimentos de alta complexidade, novos medicamentos e programas de saúde.

Em paralelo ao maciço aumento na produção dos estudos, relevantes avanços ocorreram no desenvolvimento dos métodos. Os mais importantes jornais

de economia da saúde, regularmente, publicam artigos sobre temas metodológicos, tais como custo de produtividade, descontos e análise de sensibilidade. Além disso, em muitos países, instituições governamentais estão, cada vez mais, utilizando-se da contribuição da avaliação econômica, porque elas, oficialmente, reconhecem seu papel potencial na tomada de decisão. (FATTORE; TORBICA, 2006).

Esta área de estudo vem oferecendo uma produção de conhecimento consistente, de acordo com as necessidades da sociedade, com contribuição para a avaliação dos sistemas de saúde, oferecendo as evidências econômicas das necessidades para o aumento da alocação dos escassos recursos.

Através do maior número de estudos de avaliação econômica da saúde, tornou-se claro, por, pelo menos, duas razões que, apenas, estabelecer uma relação de custo-efetividade não é suficiente para decidir a alocação ótima dos recursos nos programas de atenção à saúde.

A primeira delas é que se deve definir qual seria a alocação ótima e, para isso, é necessário que o gestor saiba, com precisão, o que ele assim considera ou seja, é preciso que o gestor estabeleça quais os critérios que devem ser utilizados para se definir o critério de *ótimo*, bem como todas as possíveis restrições que possam advir desta definição, colocando, também, os objetivos pretendidos, de forma clara. Esses objetivos podem conter características específicas para cada programa de atenção à saúde que podem não estar restritas, unicamente, à relação de custo-efetividade.

Já a segunda é que uma relação de custo-efetividade não oferece nenhuma informação sobre o tamanho de um programa, um critério importante na determinação do quantitativo dos recursos disponíveis para distribuição entre os diversos programas que executam variadas ações e que, sem perder a sua importância, se distinguem, tanto no aspecto qualitativo quanto no quantitativo.

Para a tomada de decisões, no que diz respeito à alocação dos recursos, deve ser considerado não só o total de recursos requerido por cada programa, como, também, a flexibilidade de escolha de critérios de indicação para a alocação. Critérios de indicação de alocação dos recursos pouco flexíveis podem restringir o orçamento necessário a um programa, enquanto critérios mais maleáveis podem destinar mais recursos a programas, em consequência de reordenação orçamentária, sem prejuízo para o orçamento global.

A preocupação com as restrições orçamentárias pode explicar por que o gestor se tem focado, principalmente, nos aspectos monetários dos novos programas de atenção à saúde. A análise do impacto financeiro pode ser uma ferramenta útil para informar ao gestor sobre os aspectos monetários relevantes, além da análise de custo-efetividade. (MAIWENN; FEENSTRA; BROUWER, 2004).

A avaliação de custo-efetividade pode não capturar toda a informação relevante para que haja uma compreensão mais ampla do cenário do setor saúde. A idéia de uma relação de expansão de custo e seus efeitos, comumente, não está refletida na decisão que se toma, na vida real, e por conseguinte, ações em saúde, aparentemente, com alto grau de custo-efetividade podem não ser implementadas, enquanto outras ações, menos custo-efetivas podem ter sucesso na sua implementação.

Às vezes, estas decisões divergentes são defendidas para mostrar que o objetivo principal do cuidado médico não é, simplesmente, a maximização da saúde, mas, também, a equidade. Em outras ocasiões, o impacto orçamentário é utilizado para defender qualquer inclusão ou exclusão de um programa, sendo, portanto, importante, o desenvolvimento da apresentação dos resultados da avaliação econômica, de tal modo que os políticos possam correlacionar melhor estes resultados e, com isso, obter maior conhecimento das diferentes dimensões de uma intervenção de atenção à saúde.

Provavelmente, os políticos possuem um conjunto de objetivos que eles precisam considerar, ao tomar decisões na alocação dos recursos escassos no setor da saúde. É útil para os analistas da economia da saúde conhecer este conjunto de objetivos para que se possa informar melhor ao político o impacto de uma intervenção dentro dos parâmetros estabelecidos.

Está claro, portanto, que, para avaliar dois aspectos importantes como a melhoria da saúde e a restrição do orçamento, o estabelecimento da relação custo-efetividade não oferece todos os elementos para uma análise completa. Na prática, outros aspectos têm papel importante, como, por exemplo, uma distribuição eqüitativa dos efeitos na saúde.

Estudos de economia da saúde têm mostrado que os recursos públicos não são alocados por um único órgão governamental, tais como ministério e/ou secretarias estaduais e municipais da saúde, interpretando o ponto de vista da sociedade. O consumo dos recursos governamentais é decidido, em diferentes



níveis, por políticos, gestores e profissionais, com vários graus de autonomia, e realizando diferentes atividades, muitas vezes, com um grau reduzido de coordenação entre eles.

Embora a atenção da avaliação da economia da saúde esteja focada, freqüentemente, nas decisões em nível macro, como, por exemplo, a inclusão de uma nova tecnologia no sistema de saúde como um todo, muitas decisões são tomadas no nível do hospital, do serviço de saúde ou, até mesmo, do médico individual. A estes níveis diferentes de decisão, provavelmente, se fazem corresponder exigências de informações diferentes, objetivos variados e responsabilidades orçamentárias diversificadas.

Assim, uma função objetiva universal para todos os gestores não existirá, assim como não existirá uma restrição do orçamento universal. E isso parece ser ignorado, freqüentemente, na literatura.

### **3.2 COMPORTAMENTO DOS GASTOS E HEPATITE C**

Estimativas conservadoras prevêm que os custos diretos com a hepatite C, nos Estados Unidos, no período de 2010 a 2019, serão de 10,7 bilhões de dólares; que a mortalidade por doença crônica do fígado relacionada ao vírus C será de 165 900 pessoas além de outras 27 200 pessoas com carcinoma hepatocelular associado ao vírus C da hepatite. Os custos, para a sociedade, em decorrência da mortalidade prematura de pessoas com menos de 65 anos, no mesmo período, serão de 54,2 bilhões de dólares e, ainda, os custos com a incapacidade laborativa devida a doença hepática grave e ao câncer de fígado associado ao vírus C estão previstos em 21,3 bilhões de dólares. (WONG, 2000).

No Brasil e no âmbito do SUS, não existem estudos de custos ou de avaliação econômica sobre as hepatites virais. Apesar dos altos gastos com o diagnóstico, acompanhamento e tratamento da hepatite pelo vírus C, ainda é pouco conhecido o real custo para o SUS e para a sociedade.

No orçamento do Ministério da Saúde (MS) foi destinado, no ano de 2004, para o *Programa de Incentivo para Assistência Farmacêutica Básica*, o valor de R\$ 268 500 000,00; para o *Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental*, R\$ 29 900 000,00; e para o *Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional*, R\$ 763 000 000,00.

No ano de 2003, o total dos recursos destinados à aquisição de medicações de alto custo, no Estado da Bahia, foi de R\$ 33 546 800,50, sendo que R\$ 16 731 953,79 foram provenientes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e R\$ 16 814 846,71, do Ministério da Saúde.

Do total dos recursos alocados para a compra de medicamentos, para a compra do *Interferon* convencional foram destinados R\$ 2 428 043,20 e para a compra do *Interferon Peguilado*, R\$ 4 110 929,20, que correspondem, a 7,2% e 12,25%, respectivamente,

O custo do tratamento com *interferon peguilado* é cerca de 58 vezes maior que o custo com o *interferon* convencional, como comprova o Quadro 1.

TIPO DE TRATAMENTO	CUSTO UNITÁRIO	QUANTIDADE/DURAÇÃO DO TRATAMENTO	CUSTO TOTAL
<i>Interferon alfa 3 000 000 UI (convencional)</i>	7,98	3 ampolas/semana – 24 semanas	574,56
<i>Interferon peguilado alfa 2-b 80mcg (peguilado)</i>	703,1	1 ampola/semana – 48 semanas	33.748,80

Figura 6 – Quadro demonstrativo de custos por tipo de tratamento para hepatite crônica pelo vírus C – Bahia – 2004

Fonte: CEAF/SUVISA/SESAB, 2004 (mimeo)

Foram gastos, no Estado da Bahia, com os exames de biologia molecular (PCR HVC qualitativo, PCR HCV quantitativo e genotipagem) necessários ao diagnóstico e à conseqüente indicação de tratamento para a hepatite crônica pelo vírus C, R\$ 52 139,16, em 2004; este valor quase quadruplicou, em 2005, chegando a R\$ 199 139,20; e, em 2006, até novembro, atingiu os R\$ 397.264,64. (DATASUS, 2006).

No Estado da Bahia, em 2005, com a compra de medicamentos excepcionais para o tratamento de pacientes com doenças crônicas, foram gastos R\$ 26 808 563,71 dos quais R\$ 3 134 400,00 (11,7%) na aquisição do *Interferon Peguilado* utilizado no tratamento da hepatite crônica pelo vírus C. Já no ano de 2004, este gasto foi de R\$ 7 390 400,00 e, em 2006, até novembro, foram aplicados R\$1 416 000,00. (DATASUS, 2006).

Segundo dados obtidos através do gerenciamento de compras do Sistema Integrado de Materiais, Patrimônio e Serviços (SIMPAS) da Secretaria de

Administração do Estado da Bahia (SAEB), o Estado da Bahia adquiriu, em 2005, por meio de processo licitatório:

- o *Interferon Alfa 2-b Peguilado* (polímero de polietilenoglicol), em apresentação comercial de 80µg/0,5mL, ampola de 0,7mL, no valor de R\$ 676,68 por ampola, registrado no Serviço de Catálogo Geral de Material e Serviços do Estado com o código 65.02.19.00020244-4;
- o *Interferon Alfa 2-b Peguilado* (polímero de polietilenoglicol), na apresentação de 100µg/0,5mL, ampola de 0,7mL no valor de R\$ 768,00 por ampola, registrado no Serviço de Catálogo Geral de Material e Serviços do Estado com o código 65.02.19.00020242-8; e
- a *Ribavirina*, na apresentação de cápsula de 250mg, adquirida pelo preço unitário de R\$ 0,15, registrada no Serviço de Catálogo Geral de Material e Serviços do Estado com o código 65.01.19.00002751-0.

## **4 SISTEMA DE SAÚDE E EQÜIDADE**

O processo de construção do Sistema de Saúde, no Brasil, teve início no século XX, nos anos 20, contudo, foi no período de 1960 a 1990 que esta construção se tornou mais elaborada, culminando com a Constituição de 1988.

Naquele momento, o Brasil estava na contracorrente da economia mundial. Desde os anos 80, vinha ocorrendo, nos países mais desenvolvidos, um movimento de reforma do Estado, de caráter neoliberal, não só com relação à política econômica, como, também, quanto ao seu aparato administrativo e de proteção social. O Estado estava redefinindo o seu papel e as suas funções na economia.

Esse determinante econômico interferiu na estruturação do sistema de políticas sociais, trazendo, no seu bojo, problemas e distorções que afetaram a capacidade de melhorar as condições de vida da população e a eqüidade social, impedindo a promoção de um desenvolvimento social capaz de acompanhar o crescimento econômico.

Mesmo com a conjuntura econômica mundial não muito favorável, a Constituição Federal de 1988 introduziu importantes modificações no sistema de saúde do país, com a criação do SUS, implementado a partir de 1990, institucionalizando a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para populações urbanas e rurais.

A partir da CF/88 e da legislação específica da saúde, em particular da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – infere-se que o princípio da eqüidade pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais. (TRAVASSOS, 2000).

O sistema de saúde brasileiro, muito devido ao seu processo de formação, está constituído por uma complexa rede de provedores e compradores de

serviços inter-relacionados, complementares e competitivos, formando um complicado composto público e privado, financiado, principalmente, com recursos públicos, dividido em três subsetores:

- *o público*: com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis;
- *o privado* (lucrativo e não lucrativo): financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos ou privados; e
- *o de seguros privados*: financiado, diretamente, pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras.

A pluralidade do sistema de saúde brasileiro caracteriza-se, portanto, pela presença de diversos mercados de serviços de saúde com implicações variadas sobre a equidade no consumo.

Embora as noções de *igualdade* e *equidade* sejam utilizadas indistintamente, políticas voltadas para a equidade pressupõem redistribuição desigual de recursos, por causa dos ajustes que devem ser efetuados em função de fatores biológicos, sociais e político-organizacionais determinantes das desigualdades existentes. (TRAVASSOS, 2000).

A equidade em saúde tem sido objeto de debate ativo, nas últimas décadas, sendo as dificuldades encontradas para a sua conceituação conseqüências, também, do insuficiente desenvolvimento teórico que lhe serve de base. (PORTO, 1997). Algumas questões referentes a este tema são recorrentes, como as provenientes das relações entre condições socioeconômicas e saúde (CASTELLANOS, 1997), bem como aquelas voltadas à articulação entre desigualdade em saúde e desigualdade no acesso a bens e serviços. (WHITEHEAD, 1990; CARR-HILL, 1994; TRAVASSOS, 1997).

Os estudos que tentam avaliar o impacto da implantação do SUS sobre a equidade de acesso aos serviços de saúde são poucos, o que pode ser explicado, em parte, pelo fato de que os dados sobre acesso e utilização de serviços de saúde ainda não se mostram atualizados, disponíveis na sua totalidade ou de fácil acesso.

A análise das desigualdades nas condições de vida, seu impacto na situação de saúde e os reflexos no acesso aos serviços de saúde podem trazer informações úteis para a formulação de estratégias de enfrentamento das distorções presentes no sistema de saúde do Brasil. Essa análise, baseada nas características e realidades de cada grupo, aumenta a possibilidade de êxito nas intervenções.

Tanto a política de saúde pública quanto a atuação dos serviços de saúde podem se beneficiar de um conhecimento mais específico e preciso das características socioeconômicas e epidemiológicas dos seus usuários.

#### **4.1 EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E A BUSCA DA EQUIDADE**

Quando se analisa o sistema de saúde do Brasil, não se deve perder de vista a perspectiva histórica da sua formação. À medida que a discussão atual sobre equidade na saúde vai se distanciando da gênese do sistema de saúde brasileiro e de sua evolução, ao longo de décadas, perde-se a clareza necessária no entendimento de questões absolutamente cruciais e contemporâneas, como o atual *Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional* do Ministério da Saúde e, sobretudo, como se dá a estruturação do tratamento da hepatite C e seus vieses.

É preciso procurar entender as causas da existência de um programa de distribuição gratuita de medicamentos de alto custo, dentre os quais estão os medicamentos para o tratamento da hepatite pelo vírus C, que atende a uma parcela pequena da população e a pacientes com doenças de ocorrência não muito elevada.

Parece-nos limitada a busca da compreensão de políticas públicas e do direcionamento de recursos, como ocorre com a aquisição de medicamentos, sem uma visão histórica do processo de formação do sistema de saúde brasileiro e, em especial, da assistência farmacêutica. Como, por exemplo, a compreensão da destinação, por parte do Ministério da Saúde, no ano de 2004, para o *Programa de Incentivo para Assistência Farmacêutica Básica*, do valor de R\$ 268 500 000,00; para o *Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental*, R\$ 29 900 000,00; e para o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, R\$ 763 000 000,00.

##### **4.1.1 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS**

A saúde pública passou a ser uma questão de prioridade do governo brasileiro, a partir da década de 1920, com a criação de um programa federal de profilaxia rural. No entanto, a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias e da presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, e, principalmente, a

febre amarela, e, ainda, posteriormente, a peste, o que acabou gerando sérias conseqüências para a saúde da comunidade.

A sociedade brasileira estava dominada, neste período, por uma economia agro-exportadora baseada na monocultura, em especial do café, do açúcar e do cacau, o que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. O combate a essas epidemias e, em especial, à febre amarela, mobilizava um grande número de pessoas. Por isso, o citado modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista”. Assim, do final do século dezenove até o início dos anos 60 do século passado, predominou o modelo campanhista.

Naquela época, os provedores de serviços de atenção médica individual, no Brasil, eram formados, principalmente, por estabelecimentos privados e filantrópicos. Na atenção individual, o Estado se especializava em segmentos populacionais marginalizados ou que pudessem ameaçar a saúde pública, como os portadores de doenças mentais e infecciosas. O setor caritativo, por meio das Santas Casas de Misericórdia, assumia o cuidado dos pobres, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

A larga expansão das forças produtivas e o progresso material, ocorridos do final do século XIX para o início do século XX, no Brasil, marcaram o apogeu da economia e abriram perspectivas amplas, como nunca ocorrera na história econômica deste país. (PRADO JÚNIOR, 1976).

A acumulação de capital proveniente das exportações agrárias possibilitou o início do processo de industrialização, acompanhado pela urbanização e pela crescente formação de uma classe operária urbana. Com o passar dos anos esta classe se foi estruturando, gerando um movimento operário organizado, e começou a conquistar alguns direitos sociais, como a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil.

Através dessa lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão, em 1923, que, também, proviam serviços médicos e medicamentos, conforme explicitado no artigo 9º da citada Lei: “[...] socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; e medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração”.

As Caixas de Aposentadoria e Pensão já tratavam da questão farmacêutica, em seus benefícios, ao criarem mecanismos destinados a vender, a seus usuários e dependentes, medicamentos, a preços especiais. Já se observa, aqui, que o financiamento do tratamento com medicamentos se faz de forma peculiar, oferecendo benefícios diferenciados para os indivíduos vinculados às caixas de pensão e a seus familiares, excluindo o restante da população.

Posteriormente, em 1933, o Estado estendeu, a todas as categorias do operariado urbano organizado, os benefícios da previdência, e as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nesses institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários), e não por empresa.

Durante as décadas seguintes, o Estado fortaleceu esse sistema previdenciário baseado em Institutos, que oferecia variadas coberturas de atenção à saúde individual, dando os primeiros passos para a formação de um sistema nacional de saúde corporativo, tutelado pelo Estado, em que os pagadores compreendem empregadores, empregados e o Estado.

Mais uma vez, o Estado estabelecia uma divisão da sociedade, em “cidadãos de primeira classe”, aqueles empregados e vinculados a institutos da categorias e com direitos diferenciados na atenção à saúde e a medicamentos, e “cidadãos de segunda classe”, como os desempregados e moradores da zona rural.

A atenção à saúde era provida por serviços, predominantemente, pertencentes a entidades privadas sem fins lucrativos, mutualistas e filantrópicas que suplementavam as redes estatais. Essa opção por um sistema de atenção à saúde individual de base corporativa estatal perdurou durante muitos anos.

O processo de unificação dos IAP vinha sendo discutido, desde 1941, até que, em 1960, foi promulgada a Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da Previdência Social; contudo, o processo de unificação, previsto em 1960, só veio a se efetivar em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Com a unificação do sistema previdenciário, todo trabalhador urbano com carteira assinada passou a ser, automaticamente, contribuinte e beneficiário do novo sistema e um grande volume de recursos financeiros foi capitalizado. É irrefutável a



ampliação da cobertura da atenção à saúde da população, todavia, uma vez mais, residentes da zona rural e trabalhadores sem carteira assinada, parcela significativa da população, foram excluídos.

O Estado, também, incorporou outros benefícios já instituídos, além das aposentadorias e pensões, dentre os quais a assistência médica, que já era oferecida pelos vários IAP, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

No entanto, ao aumentar, substancialmente, o número de contribuintes e, conseqüentemente, o de beneficiários, tornou-se impossível, para o sistema médico previdenciário existente, atender a toda esta população. Diante deste fato, decidiu-se alocar os recursos públicos para atender à necessidade de ampliação do sistema. A opção foi direcioná-los para a iniciativa privada e, para tanto, foram firmados convênios e contratos com grande número de médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos.

Em decorrência disto, houve aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares e, assim, no intuito de fazer frente à crescente demanda por medicamentos, foi criada, em 1971, a Central de Medicamentos (CEME) que, posteriormente, em 1974, foi vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A CEME foi criada para coordenar a política de assistência farmacêutica a ser desenvolvida pelo Governo Federal. No seu “Plano Diretor de Medicamentos”, estava prevista a manutenção de estoques de medicamentos importados e utilizados em doenças cuja incidência no país era rara.

A partir de 1975, soma-se às funções da CEME, a responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos a serem utilizados pelas instituições vinculadas ou conveniadas ao MPAS, permitindo-se a aquisição fora da padronização, quando justificada, já se evidenciando, aqui, o embrião do que viria a ser o *Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional*. (BELTRAME, 2002). Observa-se que este embrião foi gerado em um contexto excludente de políticas de saúde com viés discricionário e, principalmente, que, na atenção à saúde, se perpetua a segmentação da sociedade entre aqueles cobertos pelos benefícios da Previdência e aqueles por ela não contemplados.

A partir de 1975, ficou instituído o Sistema Nacional de Saúde que determinava, de forma sistemática, o campo de ação dos setores públicos e

privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde e estabelecia, também, que as ações de assistência à saúde caberiam ao MPAS e as ações de prevenção caberiam à esfera do Ministério da Saúde.

A estruturação deste sistema foi ficando mais complexa, culminando, em 1978, com a criação de uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência.

Ao Ministério da Saúde, coube, então, a formulação e a coordenação da Política Nacional de Saúde; responder pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; o controle de drogas, medicamentos e alimentos; e a pesquisa médico-sanitária.

Em 1982, uma Portaria conjunta do Ministério da Previdência e do Ministério da Saúde trata da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a estabelece como definidora dos produtos farmacêuticos prioritários para a prevenção e tratamento das doenças mais comumente encontradas na população brasileira, abrindo, porém, a brecha na normatização para os medicamentos, então, considerados de aquisição e dispensação excepcionais. (BRASIL, 1982).

Essa Portaria introduziu o conceito implícito de medicamentos excepcionais, ao estabelecer que, em caráter excepcional, os serviços prestadores de assistência médica e farmacêutica poderiam adquirir e utilizar medicamentos não constantes da relação, quando a natureza ou a gravidade da doença e das condições peculiares do paciente o exigissem e não houvesse medicamento substituto na RENAME. Esta Portaria estabelece, também, que 15% do valor global dos recursos financeiros de cada Ministério seriam destinados à compra destes medicamentos não elencados na Relação. (BELTRAME, 2002).

A situação de desarticulação dos serviços de saúde, decorrente do modelo vigente, gerou um movimento na comunidade dos profissionais da saúde na direção de uma reforma sanitária e da transformação do sistema de saúde, desencadeando um processo de mudanças. O INAMPS adotou, então, uma série de medidas que aproximaram sua ação de uma cobertura universal da clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira de inscrição para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

Esse processo caminhou para a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais.

O movimento de reforma do sistema de saúde culminou, em 1988, com a promulgação da CF/88, que, no Capítulo VIII – *da Ordem Social* – na seção II referente à Saúde, estabelece que:

Artigo 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Já o Sistema Único de Saúde é definido, pelo artigo 198, do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade

Parágrafo único – o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A partir das definições legais estabelecidas pela CF/88 e da Lei Orgânica de Saúde teve início o processo de implantação do Sistema Único de Saúde orientado por Normas Operacionais (NO), instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir suas novas posições no processo de implantação do SUS.

Foram publicadas três Normas Operacionais Básicas – NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002 e que se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02).

A já citada Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes, regulando, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde.

Em 1998, é aprovada a *Política Nacional de Medicamentos* por meio da Portaria nº 3.916 do Ministério da Saúde, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a reorientação da assistência farmacêutica, visando assegurar o acesso da população a medicamentos, ao menor custo possível.

Na estruturação administrativa atual, os medicamentos indicados para o tratamento dos pacientes com hepatite pelo vírus C são providos pelo SUS, por meio do *Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional*, financiado em conjunto pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), a partir de 1999, e pelos governos estaduais, por meio das Secretárias Estaduais de Saúde (SES). Este programa se situa, no âmbito do Ministério da Saúde, no Departamento de Assistência Farmacêutica, juntamente com os programas de assistência farmacêutica básica, de medicamentos de saúde mental e dos medicamentos estratégicos e quimioterápicos.

O *Programa de Assistência Farmacêutica Básica* financia a aquisição, pelos Municípios ou Estados, do conjunto de medicamentos básicos essenciais, dispensados na rede ambulatorial do SUS, sob prescrição médica, e que são definidos pelos Estados e Municípios, dependendo da realidade epidemiológica própria a cada um. Este programa visa atender os problemas de saúde mais comuns na população, promovendo a atenção à saúde do indivíduo e da coletividade.

O *Programa de Medicamentos de Saúde Mental* foi instituído em março de 1999, e funciona por meio do repasse dos recursos financeiros aos Estados e Municípios, a fim de que estes possam adquirir e distribuir os medicamentos, conforme as necessidades de sua população.

Os chamados medicamentos estratégicos são destinados à assistência farmacêutica dos *Programas de AIDS, Pneumonia Sanitária* (Tuberculose), *Dermatologia Sanitária* (Hanseníase), *Controle de Endemias* (Malária, Esquistossomose, Tracoma, Leishmaniose, Meningite, Cólera e Filariose), *Diabetes e Hemofilia*. Por sua particularidade, estes medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados, para que, por meio das redes estaduais e municipais de saúde, sejam colocados à disposição da população.

Os medicamentos utilizados para tratamentos quimioterápicos são adquiridos e disponibilizados pelos serviços ou centros de assistência oncológica

devidamente cadastrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde para o tratamento do câncer.

O *Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional* abrange aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados pela população.

No Estado da Bahia, em 1999, foi criado o *Programa de Medicação de Alto Custo* (PMAC), ligado à Diretoria da Assistência Farmacêutica, que é por ele, responsável, junto com o *Programa de Medicamentos Excepcionais*, pela aquisição e distribuição dos medicamentos para o tratamento da hepatite pelo vírus C.

As ações e serviços públicos de saúde, juntamente com os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, devem obedecer aos princípios organizativos e doutrinários da universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, à integralidade de assistência, à descentralização político-administrativa, com direção única, em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), assim como as ações devem ser regionalizadas, hierarquizadas e, principalmente, devem seguir o princípio da equidade.

## **4.2 CONCEITOS DE EQUIDADE E IGUALDADE**

A grave crise econômica mundial, do final dos anos 70 e início dos anos 80, levou vários países a debaterem o financiamento e a estruturação do setor público e, conseqüentemente, o redimensionamento do papel do Estado. Esta discussão trouxe, no seu bojo, uma outra de grande importância: a discussão sobre a equidade.

A partir dos anos 80, a questão da equidade alimentou o debate da justiça social, com uma discussão cada vez mais intensa. As autoridades públicas, principalmente dos países menos desenvolvidos, se defrontavam com as demandas dos programas de ajuste estrutural para fazer frente às dificuldades decorrentes da crise econômica.

A justiça social pode ser vista como um conceito de valor universalmente aplicável, relacionado com uma conceituação mais ampla, ainda que, na realidade, as sociedades e as culturas tenham incorporado os valores universais de modo

relativo, pois divergem em termos de objetivos práticos: assim, algo pode ser interpretado como injusto em uma sociedade e não ser visto do mesmo modo em uma outra.

Para alguns autores, a desigualdade é vista como uma categoria especial de diferenças que se caracterizam por ter uma conotação moral, ou seja, são indesejáveis ou devem ser evitadas; outros vêem-nas com uma moralidade neutra. Sob este ponto de vista, desigualdades são mais bem interpretadas pela perspectiva da neutralidade moral e política, por descreverem, objetivamente, o fato “mensurável”. Por trás do termo desigualdade, repousa a imagem de dessemelhança, não necessariamente embutida na idéia de iniquidade.

Por outro lado, a iniquidade implica o conceito de injustiça, não estando restrita à idéia de desigualdade. Portanto, quando se discute equidade, se está referindo, particularmente, a questões de justiça social, pois são questões que envolvem juízos de valor, freqüentemente, relacionados com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios, assim como opções políticas quase sempre associadas à alocação de recursos. (KADT; TASCA, 1993).

Cabe, aqui, distinguir, os conceitos de *equidade* e *igualdade*.

O *princípio da igualdade* tem como base a idéia de que todos os indivíduos são iguais, portanto, têm os mesmos direitos e devem receber tratamento igual. Dentro desse conceito de igualdade, uma pessoa abastada deve receber o mesmo tratamento que recebe uma outra pessoa de poucos recursos, merecendo a mesma fração de recursos públicos. A igualdade é baseada, então, no direito de cidadania. (NUNES, 2004).

O *princípio da equidade* reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade. A idéia principal do conceito de equidade é que as desigualdades entre as pessoas não foram produzidas de forma natural, mas sim, geradas dentro de um processo histórico, pelo modo de organização e de produção da sociedade. A iniquidade é uma desigualdade injusta e evitável e, portanto, um conceito chave para a definição de políticas públicas.

Segundo Nunes (2004), Rawls propõe que a alocação mais equitativa maximiza a utilidade do indivíduo de menor poder aquisitivo. Esta perspectiva é diferente da idéia igualitária, que propõe o mesmo nível de alocação de recursos para todos os membros da sociedade.

É possível identificar, na literatura, quatro conceitos básicos de eqüidade:

- › a *eqüidade igualitária* – dentro deste conceito todos os membros da sociedade recebem iguais quantidades de mercadorias;
- › a *eqüidade rawlsiana* – em que se maximiza a utilidade da pessoa menos rica da sociedade;
- › a *eqüidade utilitarista* – que maximiza a utilidade total de todos os membros da sociedade; e
- › a *eqüidade orientada pelo mercado* – que considera que o resultado alcançado pelo mercado é o mais eqüitativo. (PINDYCK apud NUNES, 2004).

Ao analisar-se as definições de *igualdade* e *eqüidade*, utilizando uma questão concreta como a alocação de recursos públicos, vê-se que, em muitos casos, há uma desigual distribuição de recursos, havendo um claro sinal de iniquidade, com recursos que tendem a ser destinados para categorias ou grupos privilegiados.

Há, porém, outras formas de distribuição de recursos, baseadas, exatamente, no que demanda a eqüidade, uma vez que uma maior parte de recursos deve ser direcionada aos mais necessitados.

Podemos assinalar três situações possíveis, no que diz respeito, tanto à desigualdade quanto à iniquidade:

- › *desigualdade com iniquidade*: esta situação ocorre mais comumente em áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, cujos serviços públicos estão mais disponíveis e acessíveis e são mais efetivos para grupos mais privilegiados;
- › *iniquidade sem desigualdade aparente*: freqüente nos países mais desenvolvidos, onde há ampla distribuição de serviços de infra-estrutura, de qualidade relativamente boa, mas que, efetivamente, não têm capacidade de atingir os grupos mais desfavorecidos; e
- › *desigualdade aparente sem iniquidade*: neste caso, os recursos são alocados de maneira desigual, de modo a aliviar a situação dos que se encontram em piores condições. (KADT; TASCA, 1993).

### 4.3 EQÜIDADE E IGUALDADE NA SAÚDE

A eqüidade vem despertando maior interesse, a partir das décadas de 1970–1980, quando a discussão da crise do “estado de bem-estar social” gerou o

questionamento sobre os resultados em relação aos benefícios dos investimentos realizados nos sistemas de saúde (o volume do financiamento público, a provisão estatal de serviços, etc.).

Este tema ressurge nas discussões sobre as reformas setoriais, que trazem à baila a necessidade de produção de estudos que avaliem o desempenho das diferentes formas de organização de serviços, para a superação das desigualdades no setor. Parece-nos que continuam as incertezas com relação ao impacto dessas reformas sobre a equidade.

Mackenbach & Kunst definem desigualdade em saúde pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo *status* socioeconômico. Salientam, também, que as desigualdades interligam-se ao *status* socioeconômico dos grupos aos quais pertencem os indivíduos. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

A extensão da desigualdade em saúde pode ser atribuída a diferentes determinantes que correspondem a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e à presença de doença e que definem o padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais e as diferenças na distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde.

A desigualdade em saúde passou a ser tratada para mais além das diferenças entre os grupos, incorporando, nas análises conceituais, a dimensão da justiça social. Este enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de desigualdade, remete a análise para o campo político, com a incorporação de valores éticos e morais explicitados nas bases contratuais de determinada sociedade.

Existe alguma divergência terminológica no conceito de equidade em saúde e, em alguns casos, problemas, também, como o significado da expressão, quando utilizada no sentido de desigualdade. A definição que tem tido grande aceitação na literatura atual é aquela formulada por Whitehead (1990) que propõe a noção de que todos os indivíduos de uma sociedade devam ter justa oportunidade para desenvolver seu completo potencial de saúde e, ainda, que, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Conseqüentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas.



Sob este ponto de vista, a questão central a ser tratada pelas políticas públicas que buscam a equidade em saúde é, exatamente, esta redução ou a extinção das diferenças que advêm de fatores considerados evitáveis e injustos.

Starfield propõe uma definição, que considera alternativa àquela proposta por Whitehead, de que a equidade em saúde é a ausência de diferenças em um ou mais aspectos do estado de saúde, nos grupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente. Para a autora, equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais, ou que os serviços de saúde estejam, onde estão presentes as maiores necessidades. Diz, ainda, que a equidade no cuidado à saúde define-se enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

O entendimento da desigualdade em saúde, na perspectiva da justiça social, implica uma discussão política e de juízo de valor, quando se insere a idéia de justiça, no processo de redução das desigualdades evitáveis e desnecessárias, Isso nos traz a possibilidade da mobilidade no conceito de equidade, visto que a compreensão sobre uma política equânime depende da sociedade à qual se aplica o conceito e do momento em que se está pensando a questão. O que se considera injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais pode ter dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos, em diferentes momentos.

A discussão sobre moralidade na saúde tem sido direcionada, em grande parte, para experimentos em seres humanos, novas tecnologias, aspectos relacionados ao início e ao fim da vida (aborto e eutanásia) e os conflitos entre direitos e deveres de pacientes e profissionais de saúde. Esse debate mostrou uma tendência a analisar a ética em saúde a partir de situações locais que, na sua maioria, tratam da definição de direitos individuais sem que sua contextualização na coletividade assuma posição prioritária. Essa forma de análise é caracterizada por uma limitação tanto da extensão social quanto da temporalidade das ações tratadas. O objeto predominante de análise é uma ação determinada sobre algumas pessoas, em um dado momento.

Nesta área da qual estamos tratando, é importante atentar que, muitas vezes, a boa saúde de um indivíduo depende da boa saúde dos demais. Isto se

torna claro na prevenção de moléstia infecto-contagiosa, pois, uma vez presente o indivíduo com a doença, esta poderá ser transmitida, em cadeia, para outros indivíduos a ela susceptíveis. Portanto, as condições de saúde daquele indivíduo extrapolam o próprio indivíduo, gerando o que, em economia, se denomina *externalidade*.

A existência de externalidades destaca a necessidade da abordagem, do ponto de vista coletivo e, por isso, torna relevantes critérios epidemiológicos de decisão para a alocação de recursos públicos. Em consequência destas externalidades, tanto as estratégias de focalização são capazes de produzir impactos universais, como as estratégias de universalização podem ser a forma mais eficiente de beneficiar grupos populacionais específicos.

No uso do conceito de equidade, na área da saúde, é preciso distinguir o conceito de *equidade em saúde* do conceito de *equidade no uso de serviços de saúde*. O primeiro, avalia as diferentes chances de classes sociais distintas adquirirem doenças ou morrerem, enquanto que o conceito de equidade no consumo ou uso de serviços de saúde analisa as diferentes condições de acesso aos serviços de saúde. (NERI; SOARES, 2002).

Os determinantes das desigualdades em saúde não são os mesmos das desigualdades no consumo de serviços de saúde, como, também, a equidade no uso de serviços de saúde, por si só, não resulta em equidade em saúde. A equidade na atenção à saúde se define enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. (NUNES 2004).

O aumento da demanda, neste caso, obriga não só à elevação permanente na oferta, como, também, torna necessário um acesso mais equânime aos serviços, para toda a população. A exigência social de maior cobertura da população conduz a uma atuação do governo, criando e mantendo, direta ou indiretamente, serviços de saúde.

As desigualdades no setor da saúde refletem as desigualdades sociais e, em consequência, o grau de efetividade das ações de saúde. A igualdade no uso de serviços é condição importante, contudo, não suficiente, para eliminar as disparidades no adoecimento na sociedade.

A prática de políticas equânimes, que reconheçam as diferenças relacionadas às necessidades, implica a definição de campos específicos de atuação. Para tanto, três campos importantes na saúde devem ser focados:

- a) a distribuição dos recursos;
- b) as oportunidades do acesso aos serviços de saúde; e
- c) a utilização desses serviços.

O fato de, simplesmente, incluir-se o princípio da equidade na formulação de uma política pública não garante a imediata implementação de ações que resultem em melhores níveis de equidade, na prestação de serviços. O debate quanto à equidade na saúde iniciou-se pela questão da formulação de políticas mais equânimes e programas que deveriam garantir o acesso universal aos serviços de saúde. Passado este primeiro momento, foi iniciada a fase de execução e a equidade passou a ser um dos princípios norteadores das ações, tanto no aspecto do acesso e utilização do sistema de saúde, quanto na alocação dos recursos financeiros.

*A alocação de recursos públicos em saúde, a equidade ao acesso aos serviços de saúde e a utilização desses serviços são, claramente, questões que afetam direitos individuais e devem ser analisadas sob a perspectiva da coletividade e de um horizonte de tempo extenso. Neste debate, a igualdade e a equidade estão presentes e o foco da discussão não se prende em distinguir direitos entre indivíduos, mas na forma pela qual esses direitos são atendidos, o que resulta em perspectivas diferenciadas em relação às regras distributivas.*

#### 4.3.1 EQUIDADE E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NA SAÚDE

Quando se traz o foco da discussão para a questão da alocação de recursos públicos em saúde, também, os princípios da igualdade e da equidade devem estar presentes. Considerando que, nas democracias representativas, as decisões de alocação dos recursos públicos não são tomadas diretamente pelos interessados, é importante se ter clareza em relação às diretrizes das políticas públicas. Essa clareza depende da explicitação dos princípios de justiça subjacentes à formulação de tais políticas.

A igualdade e a equidade fundamentam-se em estratégias de universalização e focalização nas políticas sociais e têm várias implicações diretas,

como, por exemplo, a estrutura de desigualdades de uma sociedade, os custos das políticas e as dimensões da máquina administrativa necessária para a sua implementação e controle. Já as implicações indiretas estão relacionadas ao processo político que define a manutenção ou não das diversas políticas. As estratégias de universalização e de focalização podem provocar reações políticas cujas conseqüências são opostas aos seus objetivos. (MEDEIROS, 1999).

Na alocação de recursos públicos para a saúde, o debate se faz sobre os princípios que norteiam a sua distribuição. Esse debate é importante, no Brasil, uma vez que os recursos disponíveis são escassos e há uma pobreza massiva que leva à dependência em relação aos serviços prestados pelo Estado, fazendo com que os resultados da alocação tenham impactos muito relevantes na vida dos cidadãos.

Aqui, se poderia fazer um exercício de abstração e imaginar uma situação perfeita em que todas as necessidades e desejos fossem atendidos, os recursos fossem intermináveis e pudessem ser usados, até, de forma não racional e a produção de bens e serviços estivesse além do necessário, gerando, inclusive, um excesso de produção. Nessa situação onírica, não haveria lugar para escassez ou racionalidade do uso dos recursos; só existiriam os bens livres.

Contudo, no mundo real, os recursos, geralmente, não estão disponíveis, de forma abundante. Ocorre, sim, uma escassez de recursos e esta carência leva à escassez de bens e serviços, gerando, então, a escassez dos bens econômicos, como bem diz Pinho: “O conceito de escassez econômica deve ser entendido como a situação gerada pela razão de se produzir bens com recursos limitados, a fim de satisfazer as ilimitadas necessidades humanas” (1996, p. 13).

Um bem é definido como algo que é capaz de atender a uma necessidade humana e pode ser material, – medicamento, prótese – e imaterial – consulta médica, internação hospitalar. No âmbito da saúde, a maioria dos bens é imaterial, pois esses se extinguem quase de imediato, ao fim da sua produção, como pode ser exemplificado com um bem que está entre os mais consumidos, que é a consulta médica.

A escassez dos recursos disponíveis coloca a sociedade humana, seja esta um país industrializado ou uma tribo de índios, diante de três questões econômicas fundamentais e inter-relacionadas, a serem solucionadas:

a) *quais* os bens e *em que quantidade* devem ser produzidos;

b) *como* estes bens devem ser produzidos: *quem* os produzirá e *quais* formas tecnológicas devem ser utilizadas nessa produção; e

c) *para quem* os bens devem ser produzidos, ou seja, quem se beneficiará do esforço econômico. (SAMUELSON; NORDHAUS, 1993).

Essas questões podem ser colocadas, de forma simplificada, como *o que* produzir, *como* produzir e *para quem* produzir.

A ciência econômica auxilia na escolha entre os fatores de produção e as produções, para que a sociedade possa responder a essas questões. A principal razão para que a ciência econômica se atenha a elas, é que as pessoas tendem a consumir mais do que a economia pode produzir. A necessidade de gerir bens escassos leva à necessidade de escolher entre os diversos bens: qual o bem que será produzido (*o que*); qual técnica de produção será selecionada (*como*); e quem deverá consumir esses bens (*quem*).

Isso pode ser melhor entendido, tomando-se como exemplo a complexa tarefa de distribuição dos recursos públicos, na área da saúde; por exemplo, a destinação de um maior volume de recursos financeiros, humanos e tecnológicos para as ações de prevenção das doenças, em detrimento do volume de recursos para as ações de diagnóstico e tratamento. Visto de forma bem simplificada, nesse caso, um maior número de pessoas receberia ações preventivas básicas, educação em saúde, medidas de higiene, etc., e, como, na economia, os recursos não são ilimitados e, no âmbito da saúde pública, isso não é exceção, o montante de recursos destinados para ações de tratamento e procedimentos sofreria redução, absoluta ou relativa, e não atenderia à demanda crescente. Um número maior de pessoas ficaria sem se beneficiar do tratamento ideal.

O inverso também se coloca: se, dos recursos escassos, for alocado um montante superior para as ações de tratamento, em detrimento das ações de prevenção, isso poderá acarretar um aumento do número de casos de doenças e, conseqüentemente, um aumento do número de pessoas que deverão receber tratamento.

Como já mencionado anteriormente, uma das implicações da escassez dos recursos para a produção de bens é a necessidade imperiosa de se fazer escolhas, de tal forma que a escolha se torna inerente às atividades do gestor público devendo estar pautada em critérios técnicos. Esta escolha, dentro dessa

realidade, implica prescindir de algo, visto que, feita a escolha por produzir um bem ou serviço, necessariamente, não se produzirá outro bem ou serviço.

Essa escolha por produzir um bem e não produzir outro é denominada *custo de oportunidade*. Assim, uma escolha, em uma realidade de recursos escassos, pressupõe um custo de oportunidade, que significa prescindir de algo. Portanto o custo de oportunidade é o valor do bem ou serviço que se deixa de produzir.

Quando se escolhe alocar um volume maior de recursos para as ações de prevenção das doenças, em detrimento das ações de diagnóstico e tratamento, opta-se pelo *custo de oportunidade* de tratar um número menor de pacientes e restringir a possibilidade de reduzir o tempo de internação e as complicações que possam advir da doença, quando não tratada adequadamente.

Se não houvesse escassez de recursos, poucos discordariam dos princípios de universalidade no acesso e uso ilimitado, que permitiria a todos o direito de utilizar os serviços de saúde tanto quanto desejassem. Porém, diante da escassez, é preciso definir *quem* tem direito ao acesso aos bens coletivos e *quanto* cada indivíduo pode utilizá-los.

Como não se pode conceder, indefinidamente, tudo para todos, a decisão sobre *quem* tem direito e *a que* tem direito, precisa ser tomada, em algum momento. Havendo diretrizes gerais para a alocação de recursos, as decisões utilizarão os mesmos princípios para todos os indivíduos. Se essas diretrizes não existirem, as decisões ficarão a critério de quem detém o poder, no momento, e, então, se decide caso a caso.

A tentativa de colocar a *eficiência* como o fator determinante mais importante na alocação dos recursos da saúde não tem tido grande aceitação no debate atual. As alocações eficientes, baseadas na teoria da utilidade marginal decrescente e no conceito de equilíbrio econômico ótimo, conhecido como *ótimo de Pareto*<sup>3</sup>, não são necessariamente eqüitativas. A utilização única do critério da

---

<sup>3</sup> O conceito de *equilíbrio ótimo* foi definido por Vilfredo Pareto como um sistema econômico ideal, no sentido de um limite de rendimento conceitual. Seria um mercado livre, competitivo, consistindo de consumidores e produtores racionais e bem informados, o que não inclui externalidades ou indivisibilidades. Neste sistema, os recursos são alocados de tal maneira que ninguém fica melhor sem fazer com que pelo menos uma outra pessoa fique pior. (BLACK, 2002).

eficiência para se determinar a alocação dos recursos não satisfaz plenamente, por não preencher, completamente, o conceito de equidade.

Assim, alocações percebidas como bastante injustas podem ser eficientes, no sentido de Pareto. Além disto, pode haver infinitas alocações eficientes sem que o critério de Pareto possa servir de guia para a escolha entre essas alocações. Por fim, este critério não oferece o ordenamento completo das alocações e, então, pode não ser possível comparar diferentes estados da economia.

Shiell propõe que, na alocação dos recursos, se deva identificar o programa que maximize a mudança no estado de saúde, dados os recursos disponíveis e sugere:

Este problema é mais bem abordado pelo exame dos usos atuais dos recursos, identificando possibilidades alternativas do uso e enumerando os custos e benefícios de cada. Observando as mudanças marginais no orçamento, tais como a introdução de uma nova tecnologia, os usos alternativos dos recursos devem ser comparados em termos de ganho em qualidade ajustada ao ano de vida e custos líquidos (custos de um novo projeto menos custos economizados). Quando examinamos os possíveis usos de um orçamento global (ou recentemente criado), as alternativas precisam simplesmente ser comparadas em termos de custos dos projetos e os ganhos em qualidade ajustada ao ano de vida. (1987, p. 320).

Sob esse aspecto, abre-se a perspectiva para que o governo intervenha a fim de que os objetivos de equidade da sociedade sejam atingidos. Nem sempre, contudo, é possível haver concomitância entre os objetivos de equidade e de eficiência, de tal forma que, em algum momento, escolhas complicadas precisam ser feitas para enfrentar esta dicotomia.

Políticas de alocação de recursos que se pretendam mais equitativas, devem ser avaliadas, em um primeiro momento, pela seleção das necessidades. Devemos identificar as necessidades da população, tentar de alguma forma mensurá-las, para, só depois, aplicar políticas que objetivem a redução das desigualdades.

Em outras palavras, para se medir iniquidade em saúde, o ideal é a construção de um indicador que retrate um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas que sejam uma boa aproximação das necessidades dos indivíduos.

#### 4.3.2 EQÜIDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A eqüidade no acesso aos serviços de saúde é um princípio que orienta a formulação de políticas de saúde. O desrespeito a esse princípio ocorre quando o uso de serviços é influenciado pela condição econômica, social ou geográfica do usuário da saúde.

Hulka & Wheat (1985) argumentam que o padrão de utilização dos serviços de saúde de um grupo da população é, predominantemente, explicado pelo perfil da necessidade de saúde. Wennberg (1985) identifica outros fatores determinantes na utilização desses serviços, fatores internos e externos ao sistema de saúde, como a estruturação da oferta dos serviços e as preferências e escolhas dos usuários. A disponibilidade, o tipo e a quantidade dos serviços de saúde, os recursos financeiros, humanos e tecnológicos e a localização geográfica são, também, aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. (TRAVASSOS et al., 2000).

Vários estudos têm avaliado a eqüidade do acesso aos serviços de saúde e os fatores socioeconômicos. Considerando a dimensão geográfica do Brasil e, em especial, da Bahia, o local de residência, também, constitui um importante obstáculo ao acesso aos serviços de saúde, e, principalmente, aos serviços de maior complexidade. O ambiente é uma das variáveis explicativas do uso dos serviços de saúde e a relação entre a disponibilidade do serviço de saúde e a acessibilidade geográfica é de grande relevância.

A avaliação da eqüidade ao acesso dos serviços de saúde e a distribuição geográfica desses serviços demonstra que a sua utilização se reduz à medida que aumenta a distância entre as pessoas que necessitam do atendimento e os serviços. Esse fato leva ao conceito de disponibilidade efetiva dos serviços, segundo o qual a sua presença deve ser corrigida pela resistência exercida por barreiras como: custos, localização e organização dos serviços de saúde, que se interpõem à busca e à obtenção desses serviços. (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004).

As escolhas individuais dos usuários são importantes, embora a totalidade das necessidades não se converta em demandas e as demandas não sejam completamente atendidas. O uso dos serviços de saúde está relacionado às necessidades e ao comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de



saúde, como, também, se relaciona com as formas de financiamento dos serviços e os recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e as formas de pagamento.

Diversos estudos indicam que a posição do indivíduo na estrutura social é importante indicador de necessidades em saúde e o padrão de risco observado tende a ser desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados. (EVANS, 1994).

Em um artigo intitulado *The inverse care law*, Hart (1971) discute a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, no Reino Unido, e afirma que fatores como desigualdade social e geográfica estavam presentes nas estatísticas de morbidade e mortalidade e que, mesmo sendo conhecidas, nada se fez para alterar esse padrão.

A utilização de uma justa e racional distribuição dos recursos de saúde com o intento de modificar tal fato, seria possível; contudo, as forças do mercado da atenção à saúde, se direcionaram para uma distribuição desigual. Questões como lista de espera por classe social, taxa de mortalidade por classe social ou, ainda, disponibilidade de equipe de saúde com nível técnico nas áreas mais carentes, por falta de dados, dificilmente seriam provadas, estatisticamente. O autor afirmou haver uma forte evidência, mas não estatística, que apontava para a distribuição desigual dos serviços de saúde favorecendo, sempre, os que menos necessitam deles.

Durante os últimos anos, ocorreram mudanças no sistema de saúde de diversos países, em especial, dos países desenvolvidos. As alterações realizadas na forma de financiamento do setor saúde permitiram o acesso aos serviços de saúde para toda a população, sem considerar a capacidade de pagamento dos usuários. Em consequência, houve um aumento da demanda por esses serviços e o acesso a eles tornou-se um pouco mais igualitário, dentre as várias classes sociais. Contudo, esse movimento não trouxe melhoria significativa da saúde das classes menos favorecidas, pelo menos, no primeiro momento, como observado no Reino Unido; com a introdução do Serviço Nacional de Saúde não se evidenciou redução do gradiente social na mortalidade. (EVANS, 1994).

No Brasil, Victora et al. (2000) abordaram questões relacionadas à iniquidade, explicando tendências evidenciadas em estudos sobre a saúde infantil no Brasil. Esses autores concluíram que as ações em saúde pública atingem, em primeiro lugar, as classes sociais mais favorecidas e, somente mais tarde, chegam

às menos favorecidas. As intervenções públicas, com o intuito de melhorar o padrão de indicadores de morbidade e mortalidade, no mais das vezes, atingem os indivíduos em melhores condições sociais e econômicas e, só então, quando essas classes alcançam um determinado nível de melhoria dos indicadores é que as ações passam a ter um efeito sobre a população com menor padrão socioeconômico.

Travassos et al. (2000), utilizando dados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) do IBGE (1996/1997), avaliaram as chances de os indivíduos, segundo a renda domiciliar *per capita*, utilizarem os serviços de saúde e encontraram desigualdade social na distribuição de cuidado médico, favorecendo os extratos de maior rendimento, e mais, a desigualdade se acentuava na Região Nordeste, quando comparada à Região Sudeste.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma revisão histórica do processo de formação do sistema público de saúde, no intuito de correlacionar esses aspectos com a evolução econômica do Brasil, assim como uma revisão da literatura sobre os conceitos de equidade e igualdade, com ênfase no aspecto relacionado à saúde.

Um levantamento dos dados socioeconômicos dos pacientes com diagnóstico de hepatite crônica pelo vírus C que iniciaram o tratamento em 2005 e receberam, na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino, em Salvador-Bahia, o *Interferon Peguilado*, gratuitamente, serviu de base para a análise e discussões da pesquisa.

### **5.1 TIPO DE PESQUISA**

Para a realização deste trabalho foi executada uma pesquisa descritivo-analítica, retrospectiva e quantitativa.

O caráter descritivo se expressa no detalhamento do processo de acesso ao tratamento gratuito e das condições socioeconômicas do grupo de pacientes por ele beneficiados.

O aspecto analítico está manifesto no estudo das relações entre os níveis socioeconômicos e o acesso à medicação gratuita. Os dados para esta investigação, envolvendo uma amostra dos pacientes tratados em 2005, foram levantados dos registros da Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino, em Salvador, Bahia.

A fase exploratória da pesquisa foi desenvolvida, juntamente, com a prática diária e com o conseqüente interesse pelo estudo. Foram levantadas diversas questões e após “um recorte” foi definido o objeto do estudo.

A análise documental foi realizada pelo levantamento das bases legais necessárias ao estudo e através de pesquisa de bibliografia atualizada. O levantamento da documentação legal foi feito no acervo da Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando-se instrumentos de busca das origens bibliográficas e a partir da bibliografia de obras, artigos e estudos mais recentes, permitindo chegar a outras fontes.

Os dados socioeconômicos dos pacientes foram obtidos por meio de um levantamento sistemático, pessoal e direto, de todos os prontuários dos pacientes, com diagnóstico de hepatite pelo vírus C, que iniciaram o tratamento, em 2005, e receberam, gratuitamente, as medicações do Estado, na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino. Esses dados estavam dispostos nas fichas de acompanhamento e na anamnese social dos pacientes que foram atendidos, semanalmente, durante todo o tratamento com *Interferon Peguilado*, em 2005.

A anamnese social consiste em um questionário estruturado, que foi aplicado por uma assistente social pertencente à Farmácia, durante entrevista pessoal, antes do início do tratamento de todos os pacientes habilitados a receber o medicamento. Os dados coletados foram organizados em planilha eletrônica e armazenados em um banco de dados.

## **5.2 DELIMITAÇÕES**

As delimitações do campo de análise serão aqui colocadas. A escolha do ano de 2005 se prendeu ao fato de que, neste período, o processo de aquisição e distribuição dos medicamentos atingiu a estabilidade necessária para que os pacientes cadastrados recebessem, de maneira uniforme, a medicação, compondo, portanto, um volume importante de pacientes em tratamento.

Outro fato que direcionou a escolha para o ano de 2005 foi que, como o tratamento completo tem duração de 48 semanas e durante todo o ano pacientes iniciaram o tratamento, os dados daqueles que iniciaram o tratamento ao final de 2005 só estariam completos 48 semanas após, portanto no final do ano de 2006.

A escolha dos pacientes que foram tratados com *Interferon Peguilado* e *Ribavirina* se deveu ao fato de ser este grupo composto de um maior número de pacientes os quais tiveram acompanhamento freqüente, dispondo-se, portanto, de

dados socioeconômicos mais completos e do resultado pós-tratamento registrados na Farmácia de Alto Custo; e por ser o *Interferon Peguilado* um medicamento de alto custo, comparado com o *Alfa Interferon*, logo, com maior repercussão econômica nos gastos públicos.

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Um total de 195 pacientes com diagnóstico de hepatite pelo vírus C procurou a SESAB, onde foram cadastrados e passaram a receber, em 2005, gratuitamente, as medicações indicadas para o tratamento.

Esses pacientes, que foram, originariamente, atendidos no serviço público de saúde ou em consultórios médicos privados, tinham indicação médica de tratamento e preenchiem todos os critérios estabelecidos pela Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS nº 863, de 4 de novembro de 2002. Durante o período de tratamento, foram acompanhados por um médico assistente e foram atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

Desses 195 pacientes que iniciaram o tratamento, 69 pacientes estavam infectados pelos vírus de genótipos 2 ou 3 e, conforme a citada Portaria, receberam *Alfa Interferon* e *Ribavirina* para o tratamento completo de 24 semanas.

Os 126 pacientes restantes estavam infectados com vírus de genótipo 1 e receberam, semanalmente, o *Interferon Peguilado* e a *Ribavirina*, tendo o tratamento a duração máxima de 48 semanas, também, em conformidade com a mesma Portaria. Destes pacientes, em 8 casos, não foi possível recuperar os dados e um paciente interrompeu o tratamento, devido a reação adversa ao uso da medicação, retomando o tratamento em 2006.

Portanto, a amostra consistiu em 117 pacientes com diagnóstico de hepatite pelo vírus C com genótipo 1, que iniciaram o tratamento em 2005 e receberam, gratuitamente, *Interferon Peguilado* e *Ribavirina*, semanalmente, e foram acompanhados pelo médico assistente e atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

### 5.3.1 INFORMAÇÕES COLETADAS

As informações coletadas para a realização deste estudo foram:

- a) Nome do paciente
- b) Idade
- c) Sexo
- d) Local de residência
- e) Estado civil
- f) Renda familiar
- g) Número de ampolas utilizadas
- h) Peso inicial
- i) Peso final
- j) Dose inicial
- k) Dose final
- l) Motivo de interrupção do tratamento
- m) Falecimento
- n) Seguro saúde
- o) Escolaridade

Depois da digitação dos dados recolhidos, foi criada uma base única para o armazenamento dos dados que foram transportados para um pacote estatístico e submetidos a análise.

O *software* estatístico *SPSS 13 for Windows* foi escolhido como ferramenta para os fins desta investigação, por permitir realizar todas as análises necessárias para a verificação da hipótese da pesquisa e a investigação de relações entre as condições socioeconômicas e o acesso ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C.

Inicialmente, os dados coletados foram agrupados e descritos. Para tanto, a estatística descritiva foi utilizada. Os recursos do SPSS permitiram a apresentação de medidas de tendência central (média) e de dispersão (*amplitude e coeficiente de variação de Pearson*).

Após essa etapa, foi realizado teste de significância estatística (*qui-quadrado*), medidas as associações entre as variáveis socioeconômicas analisadas: a medida de associação empregada nesta investigação foi o *V de Cramer*.

É importante salientar que existem outras medidas de associação entre variáveis aplicáveis, de acordo com os seus níveis de medição, mas, para os fins deste estudo, o *V de Cramer* foi escolhido por ser adequado para o que se pretende, evitando-se a utilização de um grande número de medidas que poderiam aumentar a possibilidade de confundir aqueles que podem se interessar pelo tema.

Neste estudo, foi assumido o nível de significância 0,05, que foi considerado suficiente, indicando que a probabilidade de se obter uma determinada associação, como resultado de erro de amostragem, seria de 5 chances em 100.

Foi utilizado como parâmetro para a interpretação da medida de associação de *V de Cramer* os valores apresentados por Rea et Parker (1997), abaixo relacionados:

- de 0,00 até 0,10: associação desprezível;
- de 0,10 até 0,20: associação fraca;
- de 0,20 até 0,40: associação moderada;
- de 0,40 até 0,60: associação relativamente forte;
- de 0,60 até 0,80: associação forte;
- de 0,80 até 1,00: associação muito forte.

A descrição das associações significativas no nível 0,05 dará o respaldo necessário para a interpretação dos dados, nesta dissertação.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIOECONÔMICO DA AMOSTRA

Neste item, a análise de dados visou a identificação do perfil socioeconômico dos pacientes que receberam tratamento gratuito com *Interferon Peguilado* e *Ribavirina* para hepatite crônica pelo vírus C, por meio do *Programa Estadual de Medicação de Alto Custo*, na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino em Salvador, Bahia, em 2005.

Considerou-se, para este fim, um conjunto de variáveis próprias de cada paciente tratado, tais como:

- › *variáveis demográficas* – idade, sexo, estado civil e local de residência;
- › *variáveis socioeconômicas* – grau de escolaridade, ocupação do paciente, renda familiar mensal e cobertura por plano de saúde; e
- › *variáveis de tratamento* – desfecho do tratamento.

#### 6.1.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A distribuição dos pacientes segundo o sexo (Figura 7) mostra amplo predomínio do *sexo masculino*, com 78 pacientes (66,67%), em comparação com o *sexo feminino*, com 39 pacientes (33,33%), o que está em consonância com outros relatos que, também, encontraram predomínio do sexo masculino, dentre os pacientes infectados<sup>4</sup>. (FOCACCIA, 2003; SHERMAN ET AL, 2004).

No conjunto, ocorreram percentuais consideravelmente maiores:

---

4 Em um levantamento realizado na cidade de Salvador em 1998, foi encontrado ligeiro predomínio para o sexo feminino. (ZARIFE et al., 2006).



- a) no grupo etário de 20 a 39 anos, para os homens, 16,67%, e para as mulheres, 10,26%; e
- b) no grupo etário de 65 anos ou mais, predominaram as mulheres com 12,82%, em relação aos homens, 6,41%. (Figura 7).
- c) no grupo etário de 20 a 39 anos, para os homens, 16,67%, e para as mulheres, 10,26%.

A idade dos homens variou de 23 a 71 anos – média de 49 anos – e o *Coefficiente de Variação de Pearson*, para a idade, foi de 21,83%.

Para as mulheres, a idade mínima foi de 31 anos, a máxima de 72 anos – idade média de 51,97 anos – e o *Coefficiente de Variação de Pearson* foi de 18,52%.

Os dados da amostra revelam que as mulheres iniciam o tratamento em idade mais avançada, tendo média de idade superior à dos homens. A comparação dos coeficientes de variação mostra que há maior concentração em torno da média da idade, nos pacientes do sexo feminino.

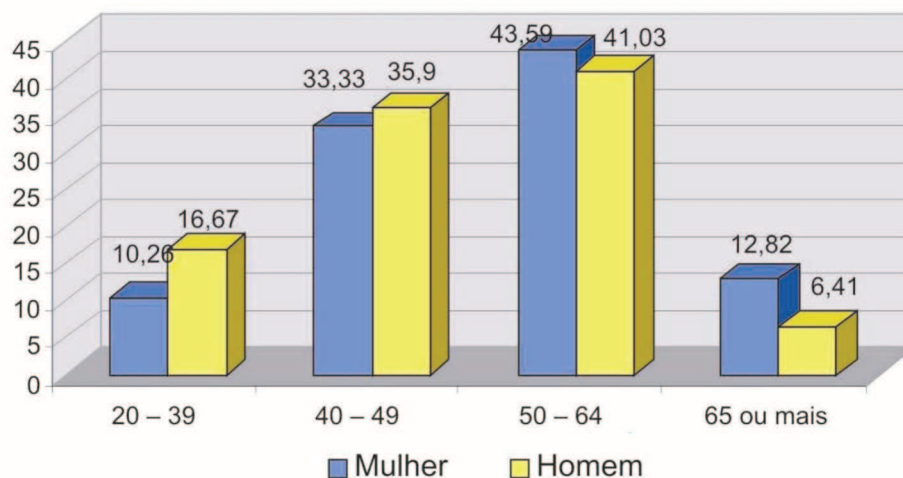


Figura 7 – Distribuição dos pacientes\*, segundo grupo etário e sexo – Salvador-Bahia – 2005

\* Portadores de hepatite C crônica em tratamento gratuito com *interferon peguilado* e *ribavirina* atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

Essas predominâncias – de idade mais precoce, na amostra do sexo masculino, e de faixa etária mais elevada, no caso das mulheres – podem ser explicadas pelo fato de que as mulheres têm a progressão da doença mais lenta do que os homens, o que poderia estar relacionado a fatores hormonais. (FOCACCIA, 2003). As mulheres, infectadas mais jovens, têm uma progressão da doença mais

lenta, de cerca de 30 anos, enquanto os homens apresentam evolução de cerca de 20 anos, quando infectados em idade mais avançada. (LAUER; WALKER, 2001).

A *idade média* dos pacientes analisados foi de 49,98 anos, dentro, portanto, da fase produtiva da vida das pessoas. Esse valor mostra similitude com valores encontrados por outros autores. (SHERMAN et al, 2004).

A inexistência de pacientes em tratamento com idade *abaixo dos 20 anos* e a baixa prevalência no grupo etário de *20 a 39 anos* (10,26% de homens e 16,67% de mulheres) poderia ser explicada pela dificuldade do diagnóstico dos pacientes na fase aguda da doença e pela baixa detecção dos portadores assintomáticos do vírus.

Quanto ao *estado civil*, o grupo que apresentou maior prevalência foi o de *casados* (50,43%) (Tabela 1), diferentemente do observado em outros estudos, nos quais os grupos de *divorciado* e *separado* predominaram, o que é explicável devido ao número maior de parceiros sexuais e conseqüente maior risco de contaminação pelo vírus C da hepatite. (LAUER; WALKER, 2001).

Tabela 1 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina, segundo estado civil – Salvador-Bahia – 2005

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Solteiro	34	29,06
Casado	59	50,43
Divorciado	9	7,69
Separado	11	9,40
Viúvo	4	3,42
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Logo, teoricamente, a condição de *casado* conferiria proteção quanto ao contágio pelo vírus C, pela probabilidade de menor número de parceiros sexuais, o que não foi observado na amostra. O que se pode inferir desses resultados é que fatores outros foram mais preponderantes na transmissão do vírus, como, por exemplo, ter recebido transfusão sangüínea antes de 1992, quando não havia teste adequado para a detecção de sangue contaminado.

Ainda outro aspecto que pode ter influenciado no resultado da amostra é que, sendo casados, os pacientes seriam mais estimulados, pelos companheiros ou companheiras, a iniciarem o tratamento, e teriam, também, mais apoio para enfrentá-lo.

A aceitação do diagnóstico, o controle da doença e a qualidade de vida do portador da hepatite crônica pelo vírus C dependem de fatores psicológicos e de habilidades que necessitam ser desenvolvidas e mantidas, no curso do tratamento. Por esta razão, o autoconhecimento, a habilidade de lidar com conflitos e com a frustração da auto-estima, para evitar o estresse emocional e o desequilíbrio da personalidade, são aspectos importantes, no momento da decisão de iniciar um tratamento longo e desgastante tanto no aspecto físico quanto no emocional. Neste momento, o apoio familiar e, em especial, do companheiro, contribui para desenvolver a autoconfiança do paciente no enfrentamento dos desafios do tratamento sem a certeza de completá-lo e sem a garantia de um resultado satisfatório.

O *local de residência* foi outra variável demográfica analisada; a Tabela 2 mostra a distribuição dos pacientes da amostra por município. *Salvador* apresentou a maior concentração, com mais da metade dos pacientes tratados (54,72%), seguido de *Feira de Santana*, com 13,70%. As duas cidades seguintes, em número de pacientes tratados, na amostra, foram *Lauro de Freitas* e *Mata de São João* com 4,30% e 2,58%, respectivamente.

A proximidade geográfica dessas cidades com a capital do Estado, que concentra o maior número de serviços de saúde e onde o medicamento é distribuído, favorece o acesso desses pacientes à medicação gratuita. Contribuindo para esse raciocínio, observa-se que a soma dos pacientes oriundos da Região Metropolitana de *Salvador* (RMS) corresponde a quase 60% da amostra (*Salvador* 54,72%; *Camaçari*, 0,85%; e *Lauro de Freitas*, 4,30%).

A facilidade de acesso físico aos serviços de saúde e ao local do tratamento, expressa pela maior disponibilidade de meios de transporte, pela menor distância a ser percorrida e por um custo mais baixo além de um menor tempo de deslocamento, explica o maior número de pacientes provenientes dessas áreas, o que reflete em maior facilidade de acesso ao tratamento e no conseqüente predomínio do número de pacientes residentes na *RMS*.

Tabela 2 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o local de residência – Salvador-Bahia – 2005

<b>CIDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alagoinhas	1	0,85
Belmonte	1	0,85
Bom Jesus da Lapa	1	0,85
Camacã	1	0,85
Camaçari	1	0,85
Conceição do Almeida	1	0,85
Conde	1	0,85
Dias D'Ávila	1	0,85
Esplanada	1	0,85
Feira de Santana	16	13,70
Guanambi	1	0,85
Ilhéus	2	1,72
Ipirá	1	0,85
Itabuna	1	0,85
Itiúba	2	1,72
Jaguaquara	2	1,71
Jaguarari	1	0,85
Jequié	1	0,85
Juazeiro	1	0,85
Lauro de Freitas	5	4,30
Maragojipe	1	0,85
Mata de São João	3	2,58
Mundo Novo	1	0,85
Muritiba	1	0,85
Olindina	1	0,85
Salvador	64	54,72
Santo Antônio de Jesus	1	0,85
Serrinha	1	0,85
Tucano	1	0,85
Ubaitaba	1	0,85
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Além da maior concentração de pacientes tratados na RMS, observa-se que a totalidade dos pacientes é moradora de, apenas, 30 municípios do Estado, que tem 417 municípios. A constatação da ausência, na amostra de pacientes, dos 387 municípios restantes, notadamente, dos de menor contingente populacional, daqueles mais distantes dos grandes centros urbanos e com serviços de saúde

precários, reforça a discordância com o princípio da equidade, pois a utilização desses serviços de saúde é influenciada pela condição demográfica e geográfica do usuário.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é o fator econômico, que também influencia nessa iniquidade. O valor monetário a ser despendido para custear as despesas com o deslocamento do paciente, com o possível acompanhante que, muitas vezes, se faz necessário, durante o tratamento, e com alimentação, no caso de pacientes moradores de regiões mais afastadas do local do tratamento, é maior do que o valor despendido por moradores das regiões mais próximas da capital. Esse aspecto tem grande relevância, considerando-se o nível econômico da maior parte da população do Estado da Bahia.

Essa situação se agrava, ainda mais, quando se trata da população das zonas rurais e das regiões mais distantes dos centros urbanos nos quais ocorre a maior concentração de recursos financeiros.

Os resultados encontrados referentes ao acesso físico apontam para a mesma direção que os estudos de acesso aos serviços, que incorporam a dimensão espacial, pois, além da distância entre usuários e provedores de serviços, é preciso considerar o padrão espacial (NÉRI; SOARES, 2002), uma vez que a inter-relação entre o usuário e o serviço de saúde se faz de modo que os mais próximos se relacionam mais intensamente do que os mais distantes.

Essa proximidade pode ser avaliada, tanto no que diz respeito ao espaço físico quanto a um espaço de relações, como se observa no consumo de serviços em geral, em que a população de uma cidade de tamanho médio pode considerar-se mais próxima de um centro metropolitano do que a de uma cidade menor, localizada na periferia imediata desta metrópole.

A simples distância linear entre dois pontos pode representar mal a dificuldade de percorrê-la, cuja intensidade é diferente, dependendo dos meios disponíveis para transpô-la. Sob essa ótica a avaliação de acessibilidade deve considerar, além da distância em quilômetros, os custos do deslocamento em unidades de tempo ou de dinheiro. (OLIVEIRA, TRAVASSOS; CARVALHO, 2004).

### 6.1.2 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS

Como uma dentre as variáveis socioeconômicas analisadas, a *escolaridade* foi pesquisada e a sua classificação foi estabelecida em função da série e do grau que a pessoa estava freqüentando ou havia freqüentado, considerando a última série concluída com aprovação.

O *grau de escolaridade* foi categorizado em:

- a) *sem escolaridade*;
- b) *ensino fundamental completo*;
- c) *ensino fundamental incompleto*;
- d) *ensino médio completo*;
- e) *ensino médio incompleto*;
- f) *ensino superior completo*; e
- g) *ensino superior incompleto*.

O fator educacional diz respeito à quantidade e à qualidade da educação formal dos indivíduos. A educação desempenha papel fundamental no processo de estratificação social, por duas razões básicas: em primeiro lugar, a educação permite aos indivíduos o conhecimento acerca de uma infinidade de assuntos que vão desde a informação ao esclarecimento dos processos históricos. O sistema escolar tem-se tornado uma grande instituição não só para o treinamento de pessoas, como, também, para a sua seleção e colocação no mercado de trabalho.

A segunda razão diz respeito ao fato de que o processo educacional tem outra função tão ou mais importante do que a de informar e esclarecer, que é a de formar o indivíduo. Formar consiste em moldar o indivíduo em seu caráter, suas atitudes, seu comportamento e, até, em sua psique, no sentido de conscientizá-lo e levá-lo a praticar atos que sejam condizentes com o seu papel social de cidadão.

É por essas razões, que o fator educação exerce papel fundamental no processo de estratificação social de qualquer sociedade moderna, em dois sentidos, ou porque o estrato social ao qual a família pertence valoriza, estimula e consegue prover a educação de seus filhos, ou pelo fato de que, educado, este terá comportamentos e oportunidades sociais que o distinguirão daqueles que não tiveram a oportunidade de educar-se ou não quiseram.

O grau de escolaridade, em princípio, parece ter alguma relação com a tipologia do paciente e o padrão da evolução do tratamento devido a que, em termos

empíricos, um paciente de maior nível de escolaridade terá condições de perceber o seu estado de saúde, absorver melhor as informações necessárias sobre a sua doença e sobre o tratamento indicado, além da melhora da perspectiva emocional, desde o diagnóstico até o término do tratamento.

A compreensão adequada, por parte do paciente, da sua doença, das possíveis conseqüências dela advindas e da possibilidade de cura, ao fim do tratamento, são fatores relevantes para que o paciente busque o atendimento médico. Para que isso ocorra é necessário que o paciente tenha acesso às informações pertinentes, de forma correta e clara, e se envolva, psicologicamente, transformando-se em protagonista do seu tratamento. Esses aspectos explicam porque, apenas 20,52% dos pacientes da amostra tinham *ensino fundamental incompleto*.

Neri & Soares (2002), ao analisarem a influência da escolaridade no acesso aos serviços de saúde, encontraram resultados semelhantes: grupos sociais com maior escolaridade têm maior acesso aos serviços de saúde, em relação aos menos favorecidos.

O paciente com hepatite crônica pelo vírus C necessita ter um grande comprometimento, no decorrer do seu tratamento com o *Interferon Peguilado* e *Ribavirina*, pois, durante o período em que estiver recebendo a medicação, podem ocorrer vários eventos adversos, além de que o resultado final não é garantido.

A não interrupção do tratamento é um dos fatores importantes para alcançar-se o êxito, no caso, a cura, porque sendo o tempo de tratamento longo, 48 semanas, fatores extramédicos podem ocorrer, no seu curso, tais como a pressão, por parte do companheiro ou familiares, para a continuidade ou a interrupção, demandas ocupacionais, calendário acadêmico, no caso do paciente estar estudando, divórcios, separações conjugais, instabilidade financeira e discriminação social. Assim, aqueles pacientes mais preparados para enfrentar tais dificuldades tendem a alcançar melhores resultados. E, sendo assim, o grau mais elevado de escolaridade, em princípio, ajuda os pacientes a transporem os obstáculos que podem ocorrer no curso do tratamento.

Na análise da amostra, observa-se uma tendência de os pacientes apresentarem um maior grau de escolaridade. O grupo de pacientes com *ensino médio completo ou mais* corresponde a mais de 63%, enquanto os pacientes *sem escolaridade* correspondem a apenas 0,85% (Tabela 3). Resultados semelhantes

foram encontrados por Sherman et al. (2004), em um estudo realizado nos Estados Unidos, com uma amostra de 124 pacientes.

Tabela 3 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o grau de escolaridade – Salvador-Bahia – 2005

<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sem escolaridade	1	0,85
Ensino Fundamental incompleto	24	20,52
Ensino Fundamental completo	10	8,55
Ensino Médio incompleto	5	4,27
Ensino Médio completo	51	43,59
Ensino Superior incompleto	7	5,98
Ensino Superior completo	16	13,68
Não responderam	3	2,56
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

São inúmeras as variáveis que compõem o perfil social do indivíduo. Uma delas, a *ocupação*, tem sido eleita como de extrema importância, para o processo de estratificação. As ocupações exercidas, pelos indivíduos, em uma sociedade, diferem, largamente, em importância, dentro da própria sociedade, quanto às condições em que a ocupação é exercida, ao poder sobre outros que a ocupação empresta ao seu ocupante, à renda e outros benefícios auferidos, à estabilidade no emprego, aos privilégios auferidos e à estima e ao privilégio junto à sociedade.

Tomando-se por princípio as relações existentes entre ocupação e aspectos socioeconômicos, procuramos analisar a variável ocupação e estabelecemos o critério de recebimento de rendimento de forma regular como a forma de caracterizá-la. Definimos as suas categorias, como:

- a) *desempregado* – aqueles que não possuíam rendimento;
- b) *empregado* – os que possuíam rendimento advindo de emprego fixo;
- c) *autônomo* – os que trabalhavam explorando o seu próprio empreendimento, sozinho ou com sócio;
- d) *aposentado* – aqueles que auferiram benefício previdenciário.

A vinculação direta da ocupação com a renda e a conseqüente estratificação social do indivíduo nos remete à compreensão da ocupação como



sendo, sem dúvida, um indicador do nível socioeconômico do indivíduo, representado conjuntamente pela escolaridade, nível de renda, condição de vida, entre outros. Assim sendo, os grupos ocupacionais tornam presentes os segmentos da população, de acordo com seu *status* social.

O fato de possuir um emprego fixo (categorizado como *empregado*) ou possuir uma fonte própria de renda (categorizado como *autônomo*) favorece o acesso do usuário aos serviços de saúde, como resta evidente da análise dos dados da Tabela 4, onde se pode verificar que 51,29% dos pacientes da amostra estão *empregados* (41,02%) ou são *autônomos* (10,26%). (Tabela 4).

Vários fatores podem explicar esse dado, tais como:

- › o fato de que o indivíduo empregado ou autônomo, em princípio, não tem que dividir o tempo do atendimento médico e de realização de exames com a busca de emprego, como ocorre com os desempregados.

- › o tempo despendido nesses procedimentos não representam redução da renda para os empregados, por serem eles abonados mediante atestado médico, ou terem a sua ausência suprida pelo sócio ou parente, nos casos em que o paciente é autônomo;

- › o indivíduo que possui renda mensal garantida por uma ocupação não enfrentaria, *a priori*, dificuldade maior na locomoção para os serviços de saúde, uma vez que tem condições de arcar com os custos do deslocamento, seja em transporte próprio ou coletivo. Esta condição se torna mais importante ainda, no caso daqueles pacientes que residem em localidades distantes dos centros urbanos e dos recursos médicos mais avançados, com conseqüente maior custo e tempo de deslocamento.

Tabela 4 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo a ocupação – Salvador-Bahia – 2005

<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Desempregado	12	10,26
Empregado	48	41,02
Autônomo	12	10,26
Aposentado	23	19,66
Não Informado	22	18,80
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

A categoria *aposentado* corresponde a 19,66% dos pacientes da amostra. Considerando que os grupos dos *empregados*, *autônomos* e *aposentados* possuem alguma renda mensal, deduzimos que 83 dos 117 pacientes analisados têm rendimento assegurado ao final do mês.

A certeza do rendimento mensal tende a influenciar na decisão de se submeter ao tratamento, pois a segurança do começo e da continuidade do tratamento passa pelo conforto de poder arcar com as despesas cotidianas e eventuais, evitando os sobressaltos e a insegurança que acompanham aqueles que porventura estejam desempregados, no momento da opção por começar o tratamento.

A distribuição dos pacientes por sexo e ocupação (Tabela 5), mostra que não há diferença entre homens e mulheres nas categorias *desempregado* e *empregado*. Na categoria *aposentado* há predominância das mulheres (28,21%) e, entre os *autônomos*, só há homens.

Tabela 5 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo ocupação e sexo – Salvador-Bahia – 2005

OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA		SEXO			
			Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desempregado	12	10,26	8	10,26	4	10,26
Empregado	48	41,03	32	41,03	16	41,03
Autônomo	12	10,26	12	15,39	0	0,00
Aposentado	23	19,66	12	15,38	11	28,21
Não informado	22	18,79	14	17,94	8	20,50
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Analisaremos, agora, a distribuição de renda familiar dos pacientes pesquisados e, para isso, estabelecemos como variável de análise a *renda familiar mensal*, que foi caracterizada como sendo a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família. Esta foi categorizada em relação ao salário mínimo (SM)<sup>5</sup>:

- a) *sem rendimento*;
- b) *até 1 SM*;
- c) *mais de 1 a 2 SM*;

<sup>5</sup> Vale a pena ressaltar que o salário mínimo vigente, em 2005, era de R\$ 300,00.

- d) *mais de 2 a 3 SM;*
- e) *mais de 3 a 5 SM;*
- f) *mais de 5 a 10 SM;*
- g) *mais de 10 a 20 SM.*

O fator econômico relaciona-se, também, com os meios de que dispõem os indivíduos de uma sociedade para ter acesso aos bens sociais. Uma pessoa pode adquirir bens sociais, seja através da riqueza já possuída – consumindo a própria riqueza ou apenas o seu rendimento –, ou através da renda financeira advinda da remuneração de seu trabalho.

Inúmeros indivíduos, em uma sociedade capitalista, dispõem de bens acumulados (herdados ou obtidos) que lhes permitem usufruir, privilegiadamente, dos bens sociais sem que tenham, necessariamente, de trabalhar. Estes, geralmente, correspondem a uma porcentagem muito pequena da população. A maioria esmagadora depende da renda de seu trabalho para a aquisição e o consumo dos bens sociais. Como essa renda tem grande variabilidade, em função da ocupação e da experiência de cada indivíduo, e como o acesso ao tipo e ao local de moradia, aos produtos de consumo relacionados ao conforto e ao bem-estar, à cultura e ao lazer, à educação e à saúde dependem do nível de renda familiar, a renda passa a ser uma variável de estratificação social.

Tabela 6 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo classes de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005

<b>CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sem rendimento	4	3,42
Até 1 SM	12	10,26
Mais de 1 a 2 SM	18	15,38
Mais de 2 a 3 SM	21	17,95
Mais de 3 a 5 SM	26	22,22
Mais de 5 a 10 SM	31	26,50
Mais de 10 a 20 SM	5	4,27
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>

LEGENDA: SM – Salário Mínimo

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Na análise da renda mensal familiar dos pacientes da amostra, a média encontrada é de R\$ 1 314, 91, variando de sem renda até o máximo de R\$ 6 000,00. (Tabela 6).

Ao avaliarmos a renda familiar desagregada, por gênero, foi observado que, para os homens, os valores variaram de *sem renda* até R\$ 6 000,00, com renda média de R\$ 1 504,74; já para as mulheres, variou entre *sem renda* e R\$ 3 000,00 e com média de R\$ 935,26, mostrando que a renda média mensal familiar dos homens foi superior a renda média de toda a amostra e cerca de 60% maior que a renda média das mulheres.

Foi calculado, também, o *Coefficiente de Variação de Pearson* para a renda de toda a amostra, que foi de 81,73%. Este mesmo coeficiente, para os homens, foi de 78% e para as mulheres, 75,98%, demonstrando ampla variação da renda em relação à média, sendo que as mulheres foram as que apresentaram a menor variabilidade de renda.

Ainda, pela observação da Tabela 6, que mostra a distribuição dos pacientes segundo o rendimento familiar, verificamos que a classe de renda correspondente a *mais de 5 a 10 SM* foi a que apresentou o maior número, 31 pacientes (26,50%), seguida da classe de *mais de 3 a 5 SM*, com 26 pacientes (22,22%).

Quando se agrega os pacientes com rendimento mensal familiar *superior a 3 SM*, encontramos 62 pacientes, o que corresponde a cerca de 53% da amostra. A concentração de renda se mostra mais evidente quando se observa que cerca de 31% dos pacientes estão entre os que possuem renda familiar *superior a 5 SM*.

Procurando demonstrar, de uma outra forma, a iniquidade de acesso ao tratamento da hepatite C com o *Interferon Peguilado e Ribavirina*, a renda familiar dos pacientes da amostra foi distribuída em decis sendo feita a análise da participação de cada decil, na renda total (Tabela 7).

Os pacientes localizados no *Decil 1* correspondem aos 10% da amostra com renda mais baixa enquanto os 10% com renda mais elevada estão no *Decil 10*. Deve ser acrescentado que o *Decil 1* corresponde a apenas 2,34% do total. O *Decil 10* responde por quase 28% da renda total da amostra e corresponde ao valor dos 60% dos pacientes que ganham menos (*Decis 1 a 6*). Agregando os *Decis 8, 9 e 10*, a renda corresponde a 56,62% do total.

Tabela 7 – Percentual de distribuição do rendimento mensal familiar dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, por decil de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005

DECIL	%
Decil 1	2,34
Decil 2	2,21
Decil 3	3,76
Decil 4	6,97
Decil 5	8,00
Decil 6	6,79
Decil 7	13,33
Decil 8	9,95
Decil 9	18,72
Decil 10	27,95

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

**Curvas de Lorenz - Rendimento Familiar**

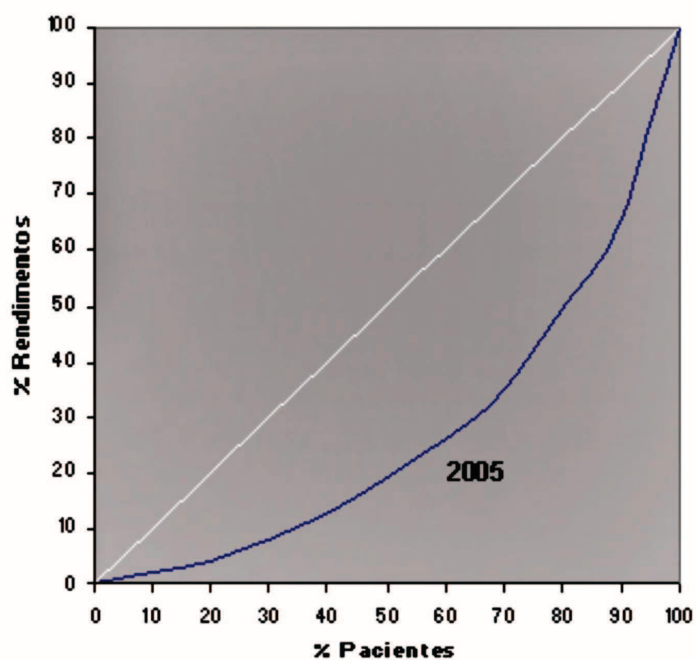


Figura 8 – Curva de Lorenz relativa ao rendimento mensal familiar dos pacientes – Salvador-Bahia – 2005

\* Portadores de hepatite C crônica em tratamento gratuito com *interferon peguilado e ribavirina* atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

A partir do percentual de renda acumulada foi estabelecida a *Curva de Lorenz* que realça, de forma gráfica, a desigualdade da repartição do rendimento entre os pacientes da amostra. A Curva de Lorenz, representada na Figura 8, demonstra um distanciamento da curva da renda da amostra (linha azul) da distribuição ideal da renda (linha branca).<sup>6</sup>

A concentração da renda em um pequeno grupo de pacientes encontrada na amostra parece refletir o que ocorre na população geral do Estado, e que pode ser inferido do índice de Gini, para a renda, calculado pelo IBGE, que foi de 0,527, em 2005.

Sob este aspecto, vale mencionar Wilkinson que mostrou que a saúde da população depende da equidade da distribuição da renda, mais do que da média da renda. Portanto, a elevação da média do rendimento pode estar associada ao declínio da saúde, se o resultado da riqueza permanecer concentrado em um pequeno grupo. (apud EVANS, 1994).

Vários estudos apontam a renda como um fator determinante para o maior acesso aos serviços de saúde. Travassos et al (2000), utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, e da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), de 1996/97, demonstraram que há, no país, uma desigualdade social na distribuição de cuidado médico, favorável às classes sociais privilegiadas, ou seja, o estudo demonstrou que as pessoas mais pobres têm menor chance de consumir serviços de saúde quando comparadas às mais ricas.

Neri & Soares (2002), analisando a relação entre renda e tipo de doença crônica, observaram que as afecções mais fáceis de serem percebidas pelos indivíduos (dor de coluna, artrite ou reumatismo) são mais freqüentes nos decis de menor poder aquisitivo. Já as doenças que necessitam de um exame para o indivíduo reportar a sua presença (câncer, diabetes e hipertensão) ficam mais freqüentes à medida que se caminha da base para o topo da distribuição de renda.

Nesse caso, a menor proporção de morbidades, como câncer, diabetes e hipertensão, nos grupos menos privilegiados, reflete o fato de que estes indivíduos, quando comparadas aos indivíduos de maior rendimento, têm reduzida oportunidade de acesso ao serviços de saúde, desconhecendo, assim, o seu estado de saúde,

---

6 Quanto maior a área formada pelas duas linhas, maior a desigualdade da distribuição da renda.

não significando, portanto, que estes indivíduos tenham uma menor probabilidade de adquirir tais afecções.

Oliveira, Travassos & Carvalho (2004), ao analisarem a utilização dos serviços de saúde por região do Brasil, demonstraram que as classes com maior renda têm mais acesso aos serviços de saúde, independentemente da região analisada.

Evans (1994) propõe que fatores do ambiente social, externos aos sistemas de saúde, exercem grande influência na saúde das pessoas e, dentre esses fatores, a renda têm grande relevância.

Outra variável socioeconômica avaliada neste trabalho foi a *cobertura por plano de saúde*. Foi considerado “cobertura por plano de saúde”, o fato de o paciente estar, à época do tratamento, vinculado a, pelo menos, um plano privado de assistência à saúde, individual ou coletivo, ou a um plano de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual, federal ou militar). Estes foram categorizados como *com plano de saúde*; como *sem plano de saúde* foram considerados aqueles que não possuíam plano de saúde privado sendo seu atendimento realizado, apenas, no SUS.

A distribuição dos pacientes da amostra, segundo a cobertura por plano de saúde é mostrada na Figura 9, através da qual se pode observar a predominância dos pacientes cobertos por planos de saúde, 60%, em relação aos que não possuíam esta cobertura, 40%.

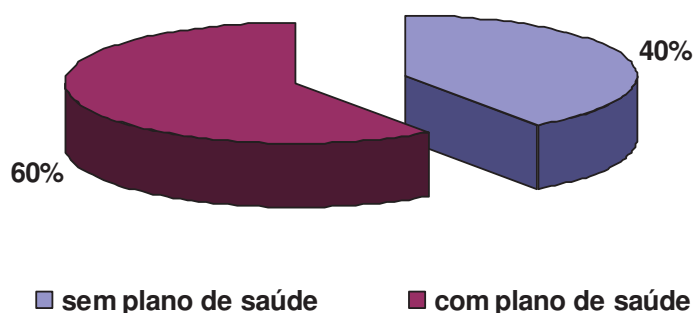


Figura 9 – Distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo a cobertura de saúde – Salvador-Bahia – 2005

\* atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

Quando se analisa esta variável por grupo de idade e sexo observa-se uma distribuição similar entre os grupos de idade de homens *com e sem plano de saúde*, e o de mulheres *com e sem plano de saúde*. Predomina, em ambos os gêneros, o grupo com idade variando *de 40 a 64 anos* (Tabela 8).

Tabela 8 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo grupos de idade, sexo e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005

IDADE E SEXO	FREQUÊNCIA		COBERTURA DE SAÚDE			
	Nº	%	Sem plano de saúde		Com plano de saúde	
			Nº	%	Nº	%
<b>Homens</b>	<b>78</b>	<b>66,66</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>
19 a 39 anos	13	11,11	5	16,67	8	16,67
40 a 64 anos	60	51,28	24	80,00	36	75,00
65 anos ou mais	5	4,27	1	3,33	4	8,33
<b>Mulheres</b>	<b>39</b>	<b>33,34</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>
19 a 39 anos	4	3,43	1	5,88	3	13,63
40 a 64 anos	30	25,64	14	82,36	16	72,73
65 anos ou mais	5	4,27	2	11,76	3	13,64
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,00</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

A distribuição dos pacientes segundo rendimento mensal familiar e cobertura por plano de saúde se encontra na Tabela 9. Observa-se que os pacientes com maior renda mensal apresentam, também, maior cobertura por plano de saúde.

O maior percentual se situa na classe de renda de *mais de 5 a 10 SM*, (31,43%) seguida da classe de *mais de 3 a 5 SM* (25,71%). Nenhum paciente com renda de *até 1 SM* possuía plano de saúde, sendo esta a classe de maior prevalência de pacientes sem cobertura por plano de saúde.

O maior número de pacientes cobertos por plano de saúde encontrado na amostra sugere que realizar consultas médicas e exames complementares, principalmente, os de maior complexidade, fora do sistema público de saúde facilita o acesso ao tratamento gratuito da hepatite crônica.



Tabela 9 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo classes de rendimento mensal familiar e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005

CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	COBERTURA DE SAÚDE			
	Sem plano de saúde		Com plano de saúde	
	Nº	%	Nº	%
Sem rendimento	2	4,26	2	2,86
Até 1 SM	12	25,53	0	0,00
Mais de 1 a 2 SM	7	14,89	11	15,71
Mais de 2 a 3 SM	8	17,02	13	18,57
Mais de 3 a 5 SM	8	17,02	18	25,71
Mais de 5 a 10 SM	9	19,15	22	31,43
Mais de 10 a 20 SM	1	2,13	4	5,71
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>40,18</b>	<b>70</b>	<b>59,82</b>

LEGENDA: SM – Salário Mínimo

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Esta iniquidade no acesso aos serviços de saúde pública, que se inicia na dificuldade geográfica de alcançar esses serviços, passando pelo maior tempo despendido na obtenção do atendimento médico especializado e na realização dos exames mais complexos, obrigatórios para o preenchimento dos requisitos necessários à obtenção do tratamento financiado pelo Estado, está refletida no percentual de 59,82% de pacientes tratados que possuíam plano de saúde, em 2005. Portanto, a iniquidade, que se iniciou no acesso físico ao local onde se realizam ações de saúde pública deságua na desigualdade da obtenção do tratamento gratuito para a doença.

Neri & Soares (2002) encontraram resultados que, também, apontam para uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde por parte dos pacientes que possuem planos de saúde. Esses autores avaliaram a distribuição da renda, segundo as medidas de saúde, o acesso ao plano de saúde, as necessidades de cuidados médicos e o consumo dos serviços de saúde no Brasil e verificaram que os indivíduos de menor poder econômico têm pior acesso a seguro saúde e, embora necessitem de maiores cuidados com a saúde, consomem menos esses serviços, o que acaba por aprofundar o quadro de desigualdade dos rendimentos.

Nunes (2001), analisando a cobertura por planos de saúde, segundo os decis de renda familiar *per capita*, verificou que, em termos nacionais, a cobertura dos planos de saúde varia de 1,62%, no primeiro decil (Decil 1), a 83%, no último

(Decil 10), ou seja, as pessoas pertencentes ao último decil têm cobertura 51 vezes maior do que as do primeiro.

Neri & Soares (2002), analisando outros determinantes que não o rendimento, observaram que o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde no Brasil é o indivíduo possuir plano de saúde, o que aumenta as suas chances de consumir os serviços em 452%, enquanto o motivo doença tem importância secundária, uma vez que sua presença contribui para o consumo de serviços de saúde em, aproximadamente, 155%, concluindo, portanto, que o consumo dos serviços de saúde estaria mais relacionado ao acesso aos serviços do que à necessidade de cuidados médicos, ou seja, às características de oferta dos serviços de saúde e não às características da demanda.

### 6.1.3 VARIÁVEIS DE TRATAMENTO

A partir daqui analisaremos a relação entre os fatores socioeconômicos e o desfecho do tratamento medicamentoso ao qual os pacientes foram submetidos.

O desfecho do tratamento foi definido como o determinante do término do tratamento e foi categorizado como:

- a) *fim do tratamento* – quando o paciente completou, totalmente, o tratamento;
- b) *suspensão do tratamento por ordem médica* – quando o tratamento foi interrompido por determinação do médico assistente do paciente;
- c) *abandono* – o paciente abandonou o tratamento antes do término;
- d) *falecimento* – o paciente faleceu durante o tratamento;
- e) *mudança* – o paciente transferiu residência para outro Estado durante o tratamento.

Dos 117 pacientes da amostra, 13 não completaram o tratamento pelos motivos a seguir descritos: 3 abandonaram o tratamento antes do término, 1 paciente se mudou do Estado e 9 faleceram. Dos 104 pacientes restantes, 35 interromperam o tratamento por determinação médica sendo que 69 chegaram ao fim do tratamento.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos pacientes por *desfecho do tratamento e sexo*. O *abandono do tratamento* ocorreu, apenas, em pacientes do sexo masculino. Em ambos os sexos, mais da metade dos pacientes completou o

tratamento, sendo ligeiramente maior o percentual para os homens (61,54%) em relação às mulheres (53,85%).

Tabela 10 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o desfecho do tratamento e sexo – Salvador-Bahia – 2005

DESFECHO DO TRATAMENTO	SEXO			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Fim do tratamento	48	61,54	21	53,85
Suspensão por ordem médica	20	25,64	15	38,46
Abandono	3	3,85	0	0,00
Falecimento	6	7,69	3	7,69
Mudança	1	1,28	0	0,00
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Quando se compara o *desfecho do tratamento* e a *renda mensal familiar*, (Tabela 11) nota-se que, no caso de *interrupção do tratamento por determinação médica*, as classes de *mais de 1 a 5 SM* apresentaram homogeneidade na distribuição dos percentuais, variando de 11,76 a 17,65%. Nestas classes se concentrou grande número de pacientes: mais de 44%.

Dentre os pacientes que atingiram o *fim do tratamento* predominaram as

Tabela 11 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo classes de rendimento mensal familiar e desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005

RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	DESFECHO DO TRATAMENTO									
	Fim do tratamento		Suspensão por ordem médica		Abandono		Óbito		Mudança	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem rendimento	3	4,29	1	2,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Até 1 SM	4	5,71	7	20,59	0	0,00	1	0,00	0	0,00
Mais de 1 a 2 SM	12	17,14	5	14,71	1	33,33	0	25,00	0	0,00
Mais de 2 a 3 SM	12	17,14	4	11,76	2	66,67	2	12,50	1	100,00
Mais de 3 a 5 SM	18	25,72	6	17,65	0	0,00	2	25,00	0	0,00
Mais de 5 a 10 SM	16	22,86	11	32,35	0	0,00	4	37,50	0	0,00
Mais de 10 a 20 SM	5	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>	<b>34</b>	<b>100,00</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>	<b>9</b>	<b>100,00</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>

LEGENDA: SM – Salário Mínimo

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

classes de *mais de 3 a 10 SM* (48,58%). A classe de *mais de 3 a 5 SM* foi a de maior percentual (25,72%).

A Tabela 12 mostra a distribuição homogênea *por decil de renda* dos pacientes que *completaram o tratamento*, exceto pelo Decil 3 que teve apenas 2 pacientes (2,85%). Dentre os pacientes que *interromperam o tratamento por determinação médica*, predominou o Decil 1 de renda, seguido do Decil 3.

O rendimento familiar médio mensal não mostrou grande interferência na determinação do desfecho do tratamento apresentado pelo paciente. Como se pode observar na faixa de pacientes *sem rendimento familiar mensal*, o percentual é próximo, nos que *completaram* e nos que tiveram o *tratamento suspenso pelo médico* (4,29 e 2,94%).

Tabela 12 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo decil de rendimento mensal familiar e desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005

DECIL	DESFECHO DO TRATAMENTO									
	Fim do tratamento		Suspenso por ordem médica		Abandono		Mudança		Falecimento	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Decil 1	8	11,43	7	20,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00
Decil 2	6	8,57	3	8,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Decil 3	2	2,85	6	17,15	0	0,00	0	0,00	2	25,00
Decil 4	9	12,86	4	11,43	0	0,00	0	0,00	1	12,50
Decil 5	9	12,86	4	11,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Decil 6	5	7,14	3	8,57	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Decil 7	8	11,43	2	5,71	1	33,33	0	0,00	4	50,00
Decil 8	7	10,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	1	12,50
Decil 9	8	11,43	2	5,71	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Decil 10	8	11,43	4	11,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>	<b>1</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Quando se analisa o desfecho do tratamento dos pacientes segundo a cobertura de saúde, não encontramos diferença importante entre o percentual dos pacientes *com* ou *sem plano de saúde*, mostrando, apenas, pequena diferença para mais entre os que possuem plano de saúde para os que completaram o tratamento, 61,54% e 65,72%, respectivamente, para os tiveram o *tratamento suspenso pelo médico* os percentuais foram 25,64% e 25,71%. (Tabela13).

Tabela 13 – Número e percentual de distribuição dos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo desfecho do tratamento e cobertura por plano de saúde – Salvador-Bahia – 2005

DESFECHO DO TRATAMENTO	COBERTURA DE SAÚDE			
	Sem plano de saúde		Com plano de saúde	
	Nº	%	Nº	%
Fim do tratamento	23	61,54	46	65,72
Suspensão por ordem médica	17	25,64	18	25,71
Abandono	2	3,85	1	1,43
Mudança	1	1,28	0	0,00
Falecimento	4	7,69	5	7,14
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Tal como ocorreu com a renda, a cobertura da saúde não se mostrou fator preponderante na determinação do desfecho do tratamento desses pacientes.

## 6.2 ANÁLISE DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS DE IMPACTO RELEVANTE NO ACESSO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO

A plenitude dos dados apresentados nos permitiu estabelecer os fatores socioeconômicos mais relevantes no acesso dos pacientes ao tratamento gratuito pelo SUS da hepatite crônica pelo vírus C.

A distribuição da amostra segundo o gênero mostrou um predomínio do sexo masculino com 66,67% da amostra e idade média de 49 anos. No sexo feminino a idade média foi de 51,97 anos.

Como fator condicionante da evolução da doença, deve ser diferenciada a idade em que houve a contaminação do paciente da época em que foi feito o diagnóstico. Pacientes que se contaminaram com menos de 40 anos têm uma evolução mais lenta, diferentemente dos que se contaminaram em idade mais avançada, o que poderia estar relacionado com a depressão do sistema imunológico que ocorre nestes indivíduos. (FOCACCIA, 2003).

A infecção aguda pelo vírus da hepatite C, em grande parte dos casos, é assintomática ou pouco sintomática e é uma causa extremamente incomum de insuficiência hepática aguda. Tais fatos, aliados à escassez de campanhas de

detecção de pessoas portadores do vírus C que não apresentam sintomas, dificultam, sobretudo, o diagnóstico dos pacientes, nesta fase da doença. Como já foi dito, estima-se que, para cada paciente com diagnóstico de hepatite pelo vírus C existam dez que não sabem ser portadores do vírus.

Assim, considerando-se a forte tendência da hepatite C em evoluir para a forma crônica e levando-se em conta que o tempo de evolução da doença, normalmente, é maior do que vinte anos, era de se esperar que a maior prevalência de pacientes em tratamento estivesse *acima dos 50 anos*.

O local de residência foi um fator importante, no acesso ao tratamento gratuito da hepatite C. O fato de o indivíduo morar em Salvador, em cidades com mais recursos de saúde ou mais próximas da capital favoreceu o acesso ao tratamento. Como se observou, 64 dos 117 pacientes residem em Salvador, seguido de Feira de Santana (16) e Lauro de Freitas (5).

Estes dados podem ser explicados por serem estas as duas cidades mais populosas do Estado. A população total estimada do Estado da Bahia, em 2005, era de 13 791 045; a cidade de Salvador contribuiu, para este total, com 2 673 560 correspondendo a 19,39% e a população residente estimada do município de Feira de Santana, era de 527 625 habitantes, com 3,83%, segundo dados do IBGE (ano 2005). O fato de estas duas cidades concentrarem mais de 23 por cento da população do Estado justificaria, também, o fato delas responderem com o maior número de pacientes da amostra.

A Capital do Estado e o município de Feira de Santana possuem, também, a maior quantidade de recursos, na área de saúde pública e privada. Esta maior oferta na saúde permite à população residente uma maior oportunidade de acesso aos médicos especializados e aos meios diagnósticos adequados, proporcionando maior facilidade aos moradores desses municípios de atingirem os requisitos médicos exigidos para o recebimento do tratamento gratuito. Também, a centralização da distribuição dos medicamentos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino favoreceu o acesso para os pacientes moradores na capital ou em seu entorno.

Para aqueles pacientes que residem em municípios mais distantes, além das dificuldades inerentes à necessidade de transpor uma maior distância geográfica e do maior tempo a ser despendido, associa-se o maior custo financeiro da viagem, que se elevam à proporção que aumenta a distância a ser percorrida, por

serem agregados, ao custo do transporte, despesas com alimentação, em alguns casos, despesas com acompanhantes e, caso seja necessário, despesas com hospedagem. Esta situação se agrava quando o local de origem do paciente não dispõe de meio de transporte regular para Salvador. Além das despesas com a viagem, pode-se acrescer a redução da renda, no caso de o paciente desenvolver alguma atividade remunerada, uma vez que o tempo que ele permanece em trânsito implicaria na redução do seu ganho.

Além do fator econômico associado ao local de residência, outro fator relevante no acesso ao tratamento prende-se ao fato de o paciente morar em cidades, mais distantes ou mais próximas daquelas que dispõem de rede de serviços de saúde pública e privada que lhe permitam realizar consultas, exames e procedimentos.

O maior nível de escolaridade favoreceu, sobremaneira, o acesso do paciente ao medicamento gratuito: 74 dos 117 pacientes possuíam *ensino médio completo* ou *ensino superior*. Isso se deve ao fato de o maior grau de escolaridade estar diretamente relacionado com a capacidade de percepção da doença e com o entendimento da necessidade de buscar o atendimento médico. Assim, estes pacientes têm mais condição de identificar alterações do seu estado de saúde e de buscar o atendimento médico mais indicado para a sua doença. A essa maior percepção, agrega-se o melhor entendimento e absorção das informações necessárias sobre a doença e sobre o tratamento indicado, gerando uma perspectiva emocional melhor durante o curso da doença.

A escolaridade mais elevada leva o paciente a interessar-se por tudo que se refere a sua doença; permite a busca de informações, nas mais variadas fontes, não se restringindo apenas àquelas transmitidas pelos médicos e outros profissionais de saúde, e estimula-o a procurar grupos e associações de pacientes com a mesma doença, nas quais podem dividir as informações, experiências e as preocupações com a doença.

A decisão de iniciar o tratamento está diretamente ligada ao conhecimento adequado, pelo paciente, da sua doença, das possíveis intercorrências e reais chances de cura ao final do tratamento. É importante que o paciente tenha acesso às informações necessárias, de forma correta e clara, e que possa compreendê-las adequadamente para que se motive, se envolva psicologicamente e se transforme em protagonista do seu tratamento. O paciente e

seus familiares devem sentir-se motivados e seguros para aceitar as instruções médicas e segui-las corretamente. Todos esses fatores refletem na adesão do paciente ao tratamento, fator primordial para garantir a possibilidade de êxito e na prevenção da ocorrência de alterações emocionais tão freqüentes em portadores de doenças crônicas, como ansiedade e depressão.

Como se pôde observar nos dados relacionados à ocupação, 70% dos pacientes estão empregados, são autônomos ou aposentados.

Favorece o acesso ao tratamento gratuito da hepatite C, o fato do indivíduo possuir uma ocupação, refletida na segurança de um rendimento mensal, seja possuindo um emprego fixo (empregado), uma fonte própria de renda (autônomo) ou recebendo benefício previdenciário (aposentado), porque:

- › este indivíduo não enfrenta maior dificuldade no deslocamento para os serviços de saúde, uma vez que, possui transporte próprio ou condições de custear transporte coletivo, um fator econômico ainda de maior importância para aqueles pacientes que residem em localidades distantes dos centros urbanos e dos recursos médicos mais avançados, que resulta em maior custo e tempo de deslocamento;

- › o fato de não ter que dividir o tempo do atendimento médico e de realização de exames com a busca de emprego, como ocorre com os desempregados; e

- › até mesmo o tempo despendido nesses procedimentos pode não representar redução da renda para os empregados, por serem eles abonados mediante atestado médico ou por sua ausência ser suprida pelo sócio ou por um parente, nos casos em que o paciente é autônomo.

Como já observado em outros trabalhos, a utilização dos serviços de saúde é bastante desigual entre as classes socioeconômicas, favorecendo as camadas de renda mais elevada, o mesmo acontecendo com o acesso ao tratamento gratuito da hepatite crônica pelo vírus C.

Conforme se pôde inferir da análise dos dados obtidos do estudo dos pacientes, a renda familiar foi um fator de monta na determinação do acesso ao tratamento, pois dos 117 pacientes, 62 possuíam renda familiar mensal *superior a 3 SM* e apenas 16 dos pacientes tratados *não tinham rendimento familiar mensal* ou possuíam renda de *até 1 SM*.

A Tabela 14 apresenta os dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, realizada pelo IBGE. Nesta



pesquisa observou-se que, aproximadamente, 24,0% da população do Estado da Bahia reportaram ser portadoras de, pelo menos, uma doença crônica. Verificou-se uma relação indireta entre proporção de pessoas com doença crônica e o rendimento mensal familiar, excetuando-se a classe dos sem rendimentos e *mais de 1 a 2 SM*.

Tabela 14 – Percentual da população residente por declaração de doença crônica, segundo classes de rendimento mensal familiar – Bahia – 2003

CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	DECLARAÇÃO DE DOENÇA CRÔNICA	
	Não tem (%)	Tem (%)
Sem rendimento	1,66	0,56
Até 1 SM	20,07	5,08
Mais de 1 até 2 SM	22,11	6,52
Mais de 2 até 3 SM	12,42	4,17
Mais de 3 até 5 SM	9,28	3,35
Mais de 5 até 10 SM	5,08	2,03
Mais de 10 até 20 SM	1,94	0,89
Mais de 20 SM	1,15	0,50
Sem declaração	2,72	0,45

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

A classe de renda que teve o maior número de pessoas que afirmaram possuir doença crônica foi a de *mais de 1 a 2 SM*. Observa-se, a partir desta classe de renda, um decréscimo gradual do número de pacientes que afirmam ser portadores de doença crônica chegando a 0,50%, para os que possuem renda familiar de *mais de 20 SM*.

A comparação dos dados obtidos na amostra com aqueles encontrados na PNAD Saúde 2003 mostra que, enquanto, na amostra, a classe de renda com maior prevalência foi a de *mais de 5 a 10 SM* (26,50%), na PNAD, foi a classe de *mais de 1 a 2 SM* (6,52%). Quando se computa o número de pessoas que afirmaram possuir doença crônica com renda familiar *superior a 3 SM*, temos 6,77%. Comparando-se com a mesma classe de renda, o número de pacientes da amostra é de cerca de 53%.

A concentração dos pacientes com renda mais elevada na amostra se torna mais clara quando se compara os que possuem renda familiar *acima de 5 SM*. Na amostra, esses pacientes correspondem a cerca 31%, enquanto que, na PNAD,

o número de pessoas que afirmaram ter doença crônica e possuem renda *superior a 5 SM* corresponde a 3,42% (Tabela 14).

Nessa mesma linha de análise, constata-se uma forte concentração na distribuição da renda mensal familiar dos pacientes da amostra, favorecendo o acesso ao tratamento para aqueles mais ricos, em detrimento dos mais pobres, como se evidencia no fato de os 10% mais pobres (*Decil 1*) acumularem, tão somente, 2,34% da renda total dos pacientes, enquanto que a renda familiar dos 10% mais ricos (*Decil 10*) da amostra corresponde a 27,95% do total.

A questão econômica está relacionada aos meios de que dispõem os indivíduos de uma sociedade para obterem os bens sociais, dentre esses a integralidade da atenção à saúde, que está intimamente relacionada à possibilidade de acesso aos serviços de saúde. Deve ser salientado que a capacidade do indivíduo adquirir os bens sociais está diretamente relacionada ao seu nível de renda e ao seu estado de saúde, pois renda e estado de saúde são variáveis que se inter-relacionam tanto pelo fato do aumento da primeira propiciar maior acesso a bens e serviços que se refletem em melhorias no estado de saúde das pessoas, como pelos ganhos de produtividade e de renda propiciados por melhorias da saúde do trabalhador.

Como já explicitado, no Brasil, o sistema de saúde está constituído, em linhas gerais, pelo sistema público de saúde e por um mercado privado de saúde. O sistema público de saúde consiste SUS, que é financiado pelo Estado Brasileiro. O setor privado de saúde, denominado setor de saúde suplementar, pelo fato de o sistema público ter caráter universal e aquele ter surgido como um complemento, é composto, principalmente, por planos de saúde, individual ou coletivo, e planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual, federal ou militar).

A forte relação entre a cobertura por plano de saúde privado e o acesso ao tratamento da hepatite C está evidenciada no número de pacientes que alcançaram o tratamento com essa condição. Dos 117 pacientes tratados, 70 possuíam plano de saúde contra 47 que não possuíam; portanto, a qualidade da cobertura por plano de saúde está presente em, praticamente, o dobro do número de pacientes que são usuários exclusivos do SUS.

O levantamento da cobertura de saúde da população do Estado da Bahia, realizado pela PNAD Saúde 2003 mostrou que 86,64% da população avaliada não possuem planos de saúde. Estratificando por sexo, temos: 87,52% dos homens e

87,77% das mulheres não possuem plano de saúde (Tabela 15). O grupo de idade em que ocorre o maior número de pessoas sem plano de saúde é o de *até 18 anos* (90,15% para os homens e 89,78% para as mulheres), seguido do grupo de *19 a 39 anos* (87,38% e 84,62%, respectivamente).

Tabela 15 – Número e percentual da população residente, por cobertura de plano de saúde, segundo sexo e grupos de idade – Bahia – 2003

SEXO E GRUPOS DE IDADE	POPULAÇÃO RESIDENTE						
	TOTAL	COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE					
		Não cobertos		Cobertos		Sem declaração	
Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>Homens</b>	<b>6 748 279</b>	<b>5 905 810</b>	<b>87,52</b>	<b>840 037</b>	<b>12,45</b>	<b>2 432</b>	<b>0,04</b>
0 a 18 anos	2 744 710	2 474 431	90,15	268 820	9,79	1 459	0,05
19 a 39 anos	2 288 354	1 999 667	87,38	288 200	12,59	487	0,02
40 a 64 anos	1 335 076	1 101 806	82,53	232 784	17,44	486	0,04
65 anos ou mais	378 607	328 583	86,79	50 024	13,21	–	0,00
Idade ignorada	1 532	1 323	86,36	209	13,64	–	0,00
<b>Mulheres</b>	<b>6 822 910</b>	<b>5 851 861</b>	<b>85,77</b>	<b>970 563</b>	<b>14,23</b>	<b>486</b>	<b>0,01</b>
0 a 18 anos	2 592 391	2 327 429	89,78	264 962	10,22	–	0,00
19 a 39 anos	2 325 699	1 967 922	84,62	357 777	15,38	–	0,00
40 a 64 anos	1 416 593	1 148 709	81,09	267 398	18,88	486	0,03
65 anos ou mais	486 208	406 200	83,54	80 008	16,46	–	0,00
Idade ignorada	2 019	1 601	79,30	418	20,70	–	0,00

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

Comparando-se os resultados da amostra dos pacientes tratados com aqueles encontrados na PNAD Saúde 2003, observamos que, enquanto na amostra um maior número de pacientes possui plano de saúde, 60, na PNAD Saúde 2003 este percentual é de, apenas, 13,34 das pessoas.

É uma tendência natural as pessoas acometidas por uma doença procurarem adquirir os meios para obter o tratamento adequado, aderindo a um plano de saúde que, de alguma forma, facilitaria a consulta ao médico e permitiria a realização de exames em um período de tempo mais curto. Mas parece-nos que, por si só, esta tendência não explicaria a diferença percentual da cobertura de saúde encontrada entre os pacientes da amostra e das pessoas avaliadas na PNAD Saúde 2003. O fator econômico também contribui para essa discrepância da cobertura de

saúde entre os dados encontrados na amostra e os levantados pela PNAD Saúde 2003.

Continuando nessa linha de análise, foi feita a comparação entre a cobertura de saúde por classe de rendimento familiar mensal de ambos os levantamentos. Observa-se que, na classe com rendimento mensal de *até 1 SM*, ocorre uma correspondência entre os dados da amostra dos pacientes tratados com os números encontrados na PNAD Saúde 2003 (Tabela 16). Nesta classe, só existem pacientes *sem cobertura por plano de saúde* e nesta mesma classe na PNAD encontramos a maior concentração de pessoas que não possuem plano de saúde (95,85%).

Tabela 16 – Número e percentual da população residente, por cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal familiar – Bahia – 2003

CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	POPULAÇÃO RESIDENTE						
	TOTAL	COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE					
		Não cobertos		Cobertos		Sem declaração	
Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sem rendimento	428 505	402 956	82,99	25 549	17,01	–	0,00
Até 1 SM	3 402 923	3 324 173	95,85	78 750	4,15	–	0,00
Mais de 1 a 2 SM	3 874 457	3 713 571	90,13	160 886	9,85	–	0,02
Mais de 2 a 3 SM	2 246 429	2 024 727	76,70	221 216	23,19	486	0,11
Mais de 3 a 5 SM	1 710 703	1 312 093	55,45	396 665	44,55	1 945	0,00
Mais de 5 a 10 SM	961 580	533 225	32,76	428 355	67,11	–	0,13
Mais de 10 a 20 SM	383 066	125 487	16,76	257 092	83,24	487	0,00
Mais de 20 SM	223 583	37 479	94,04	186 104	5,96	–	0,00
Sem declaração	301 173	249 929	86,64	51 244	13,34	–	0,02

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003, Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

Os pacientes das classes de *mais de 1 a 10 SM sem cobertura por plano de saúde* apresentaram uma distribuição homogênea, variando de 14,89% a 19,15%, enquanto nas mesmas classes, na PNAD, as pessoas *com cobertura de plano de saúde* se distribuíram de forma crescente, iniciando com 9,85% até atingir o valor de 67,11%. O conseqüente decréscimo do número de indivíduos *não cobertos por plano de saúde*, nessas mesmas classes, na PNAD, está representado pela variação percentual de 90,13 a 32,76%.

No âmbito da saúde pública, o tratamento da hepatite crônica pelo vírus C é considerado como de alto custo, sendo regulamentado por legislação específica e restrito a pacientes que preenchem requisitos médicos, também, bastante específicos. A dificuldade enfrentada pelos pacientes que são usuários exclusivos do SUS gera a iniquidade no acesso a esse tratamento.

Essa distorção no acesso é consequência da estrutura produtiva de bens de saúde, em particular daqueles de alta complexidade, que o setor privado oferece de forma mais rápida do que o setor público. Esta desigualdade no acesso aos serviços de saúde, em favor dos mais ricos tem os seguintes resultados:

a) quem possui maior renda e, por isso, maior propensão marginal a consumir bens privados de saúde, compra o plano de saúde e realiza exames e procedimentos de alta complexidade de forma mais rápida;

b) geralmente, quando se faz necessário tratamento de alto custo, não oferecido pelo setor privado, estes pacientes migram para o sistema público e obtêm o tratamento, mais rapidamente, do que os usuários exclusivos do SUS; e

c) os indivíduos mais pobres, que não têm acesso aos planos de saúde e enfrentam maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde, em especial, aos de alta complexidade, têm o tempo de espera aumentado para obter o tratamento gratuito.

### **6.3 ESTIMATIVA E ANÁLISE DA ESTRUTURA DOS CUSTOS TOTAIS DOS MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO**

O gasto total com medicamentos no tratamento dos 117 pacientes da amostra foi apurado levando-se em conta:

- a) o número de ampolas utilizadas por cada paciente ao longo do tratamento;
- b) a dose inicial e final que foi administrada;
- c) a apresentação utilizada de *Interferon Peguilado* (ampola de 80 ou 100 µg), conforme o peso do paciente;
- d) o número de comprimidos diários de *Ribavirina* (250 mg), por paciente; e
- e) o valor unitário da ampola de *Interferon Peguilado* e do comprimido de *Ribavirina*.

O Estado da Bahia adquiriu, em 2005:

- › o *Interferon Alfa 2b Peguilado*, com apresentação comercial de 80µg, no valor de R\$ 676,68 por ampola;
- › o *Interferon Alfa 2b Peguilado* na apresentação de 100 µg no valor de R\$ 768,00 por ampola; e
- › a *Ribavirina*, na apresentação de cápsula de 250mg por R\$ 0,15.

Os valores despendidos na aquisição dos medicamentos para o tratamento dos 117 pacientes da amostra estão discriminados a seguir:

<u>Valor Total:</u>	R\$ 3 176 829,09
a) <i>Interferon Peguilado</i> :	R\$ 3 156 483,24
b) <i>Ribavirina</i> :	R\$ 20 345,85
<u>Valor semanal:</u>	R\$ 61 092,86
a) <i>Interferon Peguilado</i> :	R\$ 60 701,60
b) <i>Ribavirina</i> :	R\$ 391,26
<u>Valor mensal:</u>	R\$ 264 735,75
a) <i>Interferon Peguilado</i> :	R\$ 263 040,27
b) <i>Ribavirina</i> :	R\$ 1 695,48
<u>Valor médio por paciente:</u>	R\$ 26 924,25
a) <i>Interferon Peguilado</i> :	R\$ 26 750,84
b) <i>Ribavirina</i> :	R\$ 173,41

Passaremos agora à análise dos gastos desagregados por idade, escolaridade, desfecho do tratamento, classe de renda, cobertura de saúde.

Iniciaremos com a análise dos dados por grupo etário, como mostra a Tabela 17. Os gastos se concentram no grupo etário de *40 a 64 anos*, com 78,86%, seguido do grupo etário de *20 a 39 anos*, com 12,60%.

Na distribuição dos gastos segundo a escolaridade, foi observado que 66,14% dos gastos totais foram despendidos com os pacientes que possuíam, pelo menos, o ensino médio. Para o tratamento dos pacientes *sem escolaridade* ou com *ensino fundamental incompleto* foram gastos 19,94% do total, valor semelhante aos gastos com os pacientes com *ensino superior completo* (16,03%). (Tabela 18).

Tabela 17 – Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo grupos de idade – Salvador-Bahia – 2005

GRUPOS DE IDADE	GASTOS	
	R\$	%
20 a 39 anos	400 373,52	12,60
40 a 64 anos	2 505 291,09	78,86
65 anos ou mais	271 164,48	8,54
<b>Total</b>	<b>3 176 829,09</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Tabela 18 – Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o grau de escolaridade – Salvador-Bahia – 2005

GRAU DE ESCOLARIDADE	GASTOS	
	R\$	%
Sem escolaridade	32.682,24	1,03
Ensino fundamental incompleto	600.581,61	18,91
Ensino fundamental completo	260.001,66	8,18
Ensino médio incompleto	129.509,94	4,08
Ensino médio completo	1.388.967,81	43,72
Ensino superior incompleto	202.860,24	6,39
Ensino superior completo	509.335,98	16,03
Não responderam	52.889,61	1,66
<b>Total</b>	<b>3.176.829,09</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Os gastos foram distribuídos conforme o desfecho do tratamento de cada paciente, como mostra a Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o desfecho do tratamento – Salvador-Bahia – 2005

DESFECHO DO TRATAMENTO	GASTOS	
	R\$	%
Fim do tratamento	2 350 936,41	74,00
Suspensão por ordem médica	605 316,27	19,05
Abandono	42 344,01	1,33
Falecimento	167 338,32	5,28
Mudança	10 894,08	0,34
<b>Total</b>	<b>3 176 829,09</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Do total, 74% (R\$ 2 350 936,41) foram gastos com pacientes que atingiram o fim do tratamento. Com aqueles em que a interrupção do tratamento foi determinada pelo médico assistente, o Estado despendeu o total de R\$ 605 316,27 (19,05%). Com os pacientes que faleceram, abandonaram o tratamento ou mudaram a residência para outro Estado foram gastos quase 7% do total (R\$ 220 576,41). Os gastos com os pacientes que, por qualquer motivo, não chegaram ao fim do tratamento foram de mais de R\$ 810 000,00.

A certeza de que o paciente estará curado ao fim do tratamento de qualquer doença não é possível, assim como não é possível a garantia de que o paciente vai completar o seu tratamento. Muitas vezes, a interrupção do tratamento se prende a fatores supervenientes à vontade do paciente ou do médico assistente. Mas o aperfeiçoamento dos critérios de indicação de tratamento visando a identificação dos pacientes com maior possibilidade de completá-lo e a conseqüente redução do número de ocorrências de suspensão do tratamento, falecimento e abandono dos pacientes, possibilitaria a ampliação do número de pacientes tratados, com conseqüente ganho para a sociedade.

Estratificando, por classe de renda, os gastos do Estado com o tratamento dos pacientes, observamos que, nas classes com o menor poder econômico, aqueles *sem rendimento* ou que têm *renda familiar mensal até 2 SM*, os gastos correspondem a R\$ 927 093,27 (29,18%), valor similar ao que foi gasto com os pacientes de maior condição socioeconômica (*mais de 5 a 20 SM*) R\$ 899 163,90 (28,30%).

Conforme os dados da Tabela 20, os pacientes que ganham *mais de 5 a 10 SM* foram os que tiveram maiores gastos, R\$ 744 936,54 (23,45%), seguidos dos que tiveram renda de *mais de 3 a 5 SM* com R\$ 730 600,98 (23,00%), distantes dos R\$ 284 291,52 (8,95%) gastos com os que ganham *até 1 SM* e dos R\$ 507 639,03 (15,98%) gastos com os pacientes que ganham *mais de 1 a 2 SM*.

Isso demonstra a distorção das prioridades nos gastos públicos, presente na área da saúde, uma vez que a concepção e a execução das políticas públicas deveriam ter como prioridade atingir as pessoas menos favorecidas. Contudo, o que os dados demonstraram é um reflexo da iniquidade presente no acesso aos serviços de saúde pública.



Tabela 20 – Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo as classes de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005

CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR	GASTOS	
	R\$	%
Sem rendimento	135.162,72	4,25
Até 1 SM	284.291,52	8,95
Mais de 1 a 2 SM	507.639,03	15,98
Mais de 2 a 3 SM	619.970,94	19,52
Mais de 3 a 5 SM	730.600,98	23,00
Mais de 5 a 10 SM	744.936,54	23,45
Mais de 10 a 20 SM	154.227,36	4,85
<b>Total</b>	<b>3.176.829,09</b>	<b>100,00</b>

LEGENDA: S M – Salário Mínimo

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Quando classificados os gastos conforme o decil de renda familiar, confirma-se o que foi observado, anteriormente, ou seja, a iniquidade dos gastos com as classes menos favorecidas.

Como se pode observar, na Tabela 21, os gastos com os 20% mais pobres da amostra (Decis 1 e 2) foram de R\$ 652 191,33 (20,53%) equivalente aos R\$ 678 785,52 (21,37%) que foram despendidos com os 20% mais ricos (Decis 9 e 10).

Tabela 21 – Distribuição dos gastos com pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\*, segundo o decil de rendimento mensal familiar – Salvador-Bahia – 2005

DECIL	GASTOS	
	R\$	Percentagem
Decil 1	379.440,48	11,94
Decil 2	272.750,85	8,59
Decil 3	214.290,33	6,75
Decil 4	351.131,13	11,05
Decil 5	412.152,09	12,97
Decil 6	271.977,60	8,56
Decil 7	388.846,14	12,24
Decil 8	207.454,95	6,53
Decil 9	317.886,96	10,01
Decil 10	360.898,56	11,36
<b>Total</b>	<b>3.176.829,09</b>	<b>100,00</b>

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

Na especificação dos gastos conforme a cobertura de saúde (Figura 10), constata-se que os pacientes *com cobertura por plano de saúde* e, portanto, não usuários exclusivos do SUS, absorveram R\$ 2 001 964,08, correspondendo a 63% dos gastos totais. Com os pacientes *sem cobertura por plano de saúde*, foi gasto o equivalente a R\$ 1 174 865,01 ou 37% do total.

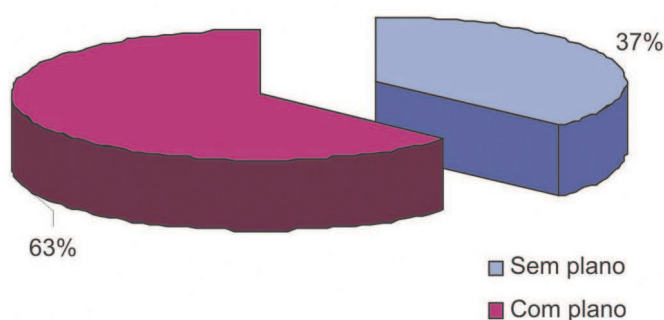


Figura 10 – Distribuição dos gastos com pacientes, segundo a cobertura de saúde – Salvador-Bahia – 2005

\* Portadores de hepatite C crônica em tratamento gratuito com *interferon peguilado* e *ribavirina* atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino.

Na análise dos gastos com o tratamento medicamentoso estratificado por cobertura de saúde, encontramos um montante maior para os pacientes com nível socioeconômico mais elevado e detentores de planos de saúde, como ocorreu na estratificação dos gastos por renda familiar, confirmando a necessidade de políticas públicas que visem a maior equidade de acesso ao tratamento da hepatite C.

O resultado da análise dos gastos do Estado com a hepatite crônica pelo vírus C reflete iniquidade no acesso ao tratamento gratuito da hepatite C. Esta iniquidade parece refletir a desigualdade de acesso aos serviços públicos de saúde, principalmente aos de maior complexidade.

Com o intuito de investigar a associação dos gastos totais com medicamentos e as variáveis socioeconômicas estudadas foram realizadas análises estatísticas específicas. Foi estudada a associação do gasto total com medicamentos com cada variável socioeconômica e de tratamento estudada (sexo,

idade, estado civil, local de residência, ocupação, escolaridade, seguro de saúde, renda familiar mensal e desfecho do tratamento).

Determinou-se, a partir de cada par de associações, os valores de qui-quadrado de Pearson, V de Cramer, o grau de liberdade e a probabilidade de significância (p). Como já colocado, anteriormente, foi assumido o nível de significância 0,05.

A Tabela 22 mostra os valores das medidas encontradas. Observa-se que em todas as variáveis houve associação significativa entre o gasto e a variáveis estudadas. O grau de associação variou de relativamente forte (local de residência x gasto total) até muito forte (desfecho do tratamento x gasto total). A associação que mostrou maior intensidade foi o desfecho do tratamento, como esperado, pois o paciente que completa o tratamento utiliza quantidade de ampolas maior que aqueles que interromperam o tratamento antes do fim. A associação que apresentou o segundo maior grau de intensidade foi ocupação e gastos totais, definida como forte. Todas as outras associações estão localizadas na classe relativamente forte.

Tabela 22 – Valores de Qui-quadrado, V de Cramer e Grau de liberdade relativo aos pacientes portadores de hepatite C crônica, em tratamento gratuito com Interferon Peguilado e Ribavirina\* – Salvador-Bahia – 2005

<b>VARIÁVEL ASSOCIADA COM GASTOS TOTAIS</b>	<b>QUI-QUADRADO DE PEARSON</b>	<b>V DE CRAMER</b>	<b>GRAU DE LIBERDADE</b>
Sexo	42,42	0,60	37
Idade	1 389,23	0,58	1 332
Estado civil	140,43	0,55	148
Local de residência	776,99	0,48	1 073
Ocupação	112,46	0,63	96
Escolaridade	174,53	0,51	216
Convênio	40,02	0,59	37
Renda	1 312,41	0,57	1 295
Desfecho	401,33	0,93	148

Nota: Todas as associações tiveram  $p < 0,05$ .

\* Atendidos na Farmácia de Alto Custo do Hospital Manoel Victorino

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos que nos levaram a analisar os fatores socioeconômicos que interferiram no acesso ao tratamento gratuito da hepatite C, remontam a inquietações surgidas no início da prática diária vivenciada nos serviços públicos de saúde, da observação do processo de reestruturação e de descentralização do modelo de gestão implantado no SUS. O foco de nossa preocupação deteve-se na avaliação da equidade do acesso ao tratamento gratuito oferecido pelo Estado aos pacientes com hepatite crônica pelo vírus C.

A possibilidade do paciente realizar exames fora do SUS também foi outro fator que favoreceu o maior acesso ao medicamento gratuito. Esta faculdade está representada pela cobertura por plano de saúde privado de 60% dos pacientes da amostra, valor bastante distante dos 13,37% encontrados em levantamento da população do Estado.

O gradiente socioeconômico de acesso ao tratamento gratuito dos pacientes com hepatite C, favorecendo aqueles com maior renda e com cobertura por plano de saúde, evidencia a presença de fator endógeno na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento. A possibilidade de o indivíduo atingir um grau mais elevado de escolaridade e a capacidade de compra de plano de saúde privado também se relaciona com a renda. É nesse sentido que políticas de provisão de saúde pública devem visar também o combate à pobreza e à desigualdade.

A desigualdade no acesso ao tratamento também se reflete na estrutura dos gastos do Estado com o tratamento da hepatite C crônica. A análise dos gastos evidenciou a face mais cruel dessa desigualdade, pois a desagregação desses gastos mostrou que o Estado despendeu um valor mais alto com os pacientes de maior renda familiar, que tiveram a possibilidade de realizar exames fora do SUS por

possuírem plano de saúde, do que com os pacientes mais pobres e cujo atendimento de saúde se deu no sistema público. A análise estatística da associação das variáveis socioeconômicas com o gasto total com medicamento demonstrou que o grau dessa associação variou de relativamente forte a muito forte.

Os resultados aqui apresentados evidenciam a multiplicidade de fatores que interferem no padrão de consumo do tratamento gratuito da hepatite C e o imbricamento perverso entre eles, na Bahia. Resulta daí um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciam o quão distante se encontra o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciados na sua formulação.

Por fim, espera-se que os resultados obtidos nesse estudo de avaliação econômica do tratamento gratuito da hepatite C possam servir de subsídios para os gestores do SUS refletirem sobre a necessidade de adotar mecanismos que busquem aprimorar o padrão de acesso aos serviços de saúde e dos gastos públicos, aproximando-o cada vez mais do princípio fundamental da equidade.

Este aprimoramento passa pelo aperfeiçoamento e atualização constante das portarias que estabelecem os critérios de acesso do paciente ao tratamento fornecido pelo Estado, na busca de ampliar o número de pacientes a serem tratados e, principalmente, de aumentar o acesso daqueles que mais necessitam de atenção à saúde. O aperfeiçoamento desses critérios de acesso deve, também, buscar identificar aqueles pacientes com maiores possibilidades de se beneficiar do tratamento, reduzindo o número de casos de interrupção, melhorando, com isso, a qualidade dos gastos públicos com o tratamento.

Também, uma maior divulgação da hepatite C para a sociedade e, sobretudo, para as classes sociais menos favorecidas vai ao encontro da ampliação do acesso ao tratamento, uma vez que a disseminação das informações da doença colabora com o crescimento da detecção de pessoas portadoras do vírus. Assim, quanto maior o número e melhor a qualidade das informações oferecidas sobre as formas de transmissão e os meios de diagnóstico da doença, não só na sociedade como um todo como, também, na área de saúde, para aqueles profissionais que não lidam diretamente com a doença, maior será a possibilidade de que mais pacientes sejam diagnosticados. A divulgação da possibilidade do tratamento gratuito da doença e dos critérios de acesso tanto no meio médico, em especial fora do círculo restrito de especialistas que trabalham diretamente com a hepatite C, quanto entre

os usuários do SUS, certamente, ampliará o horizonte de tratamento dos pacientes que não dispõem de alternativa de atenção à saúde além do setor público.

Para encerrar essa dissertação devemos apresentar as limitações e recomendações desse estudo.

Dentre as limitações destacamos a restrição do período de estudo ao ano de 2005. Um período mais alargado ofereceria quantidade maior de elementos de análise e a possibilidade de observação das alterações ocorridas em longo prazo.

Outra restrição é o fato da análise ter se detido nos pacientes portadores de genótipo tipo 1 do vírus que, apesar destes constituírem a maioria dos pacientes tratados, não deixou de restringir o universo dos dados da amostra.

A análise dos custos do tratamento ter se prendido aos medicamentos utilizados exclusivamente no combate ao vírus C, não considerando medicamentos utilizados nas intercorrências e o levantamento dos outros custos diretos, do custo de oportunidade e dos custos indiretos, também é uma limitação do estudo.

A realização de estudos que busquem identificar todos os componentes do custo, do diagnóstico ao tratamento, passando pelo acompanhamento dos pacientes com hepatite C e a incidência destes sobre os custos totais da doença ajudará os gestores na definição de políticas públicas, oferecendo elementos de análise para outras doenças com tratamento considerado de alto custo.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Projeções de população por sexo e idade**. Bahia – 1991-2020. Salvador: SEI, 1999. Estudos e Pesquisas, 44.

BELTRAME, Alberto. **Ampliação do acesso a medicamentos de alto custo: uma análise da política brasileira**. Dissertação (Mestrado) Administração de Saúde. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BLACK, John. **Dictionary of economics**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2002.

BONKOVSKY, Herbert L.; MEHTA, Savant. **Hepatitis C: a review and update journal of the american academy of dermatology** 44(2), p. 159-79, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. **Lei Elói Chaves**. 1923. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. **Lei nº 3.807**, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. DOU, 5 set. 1960. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. **Lei nº 6.229**, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. DOU, 18 maio 1975. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica de Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 23 mar. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 373/GM**, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova, na forma de anexo desta portaria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2002. Disponível em: <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 195**, de 27 de agosto de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB nº 1, de 1996. DOU, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial nº MPAS/MS/MEC 03**, de 15 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Disponível em: <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. DOU. 6 nov. 1996. Disponível em: <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.607**, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – um pacto pela saúde no Brasil. Brasília-DF, janeiro de 2005. Disponível em: <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <[http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=169](http://portalweb01.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 863**, de 4 de novembro de 2002. Protocolo de tratamento da hepatite C. Secretaria de Assistência à Saúde. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica C – Interferon-alfa, Interferon-alfa peguilado, Ribavirina, na forma do Anexo desta Portaria. Disponível em: <[http://hepato.com/p\\_protocolos\\_consensos/portaria\\_863.htm](http://hepato.com/p_protocolos_consensos/portaria_863.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral Crônica C**. GM, Portaria nº 863, de 4 de novembro de 2002. Disponível em: <[http://hepato.com/p\\_protocolos\\_consensos/portaria\\_863.htm](http://hepato.com/p_protocolos_consensos/portaria_863.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2006

BUTI, M et al. A cost-effectiveness analysis of Peginterferon alfa-2b plus ribavirina for the treatment of naive patients with chronic hepatitis C. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, n. 17, p. 687-694, 2003.

CARR-HILL, Roy A. Efficiency and equity implications of the health care reforms. **Social Science & Medicine**, 39 (9), pp. 1189-1201, nov.1994



CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: BARATA R. B. et al. (Orgs.). **Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, p.137-160, 1997. Série Epidemiológica 1.

DATASUS: Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

EVANS, R. G. Introduction. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. (Ed.). **Why are some people healthy and others not?** the determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter, p. 3-26, 1994.

FATTORE, Giovanni; TORBICA, Aleksandra. Economic evaluation in health care: the point of view of informed physicians. **Value in Health**, v. 9, n. 3, p. 157-167, 2006.

FOCACCIA, Roberto (Ed.) **Tratado de hepatites virais**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUJARATI, Damodar N. **Econometria básica**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

HART, J. T. The inverse care law. **The Lancet**, n. 1, p. 405-412, 1971.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Padrão de Vida**. 1996/1997. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003**: acesso e utilização de serviços de saúde. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/SEI. Projeções de População por Sexo e Idade. Bahia, 1991 - 2020. Série Estudos e Pesquisas, 1999.

JARDANOVSKI, Elio; GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz. O desafio da eqüidade no setor saúde. **Revista de Administração de Empresas**, 33(3), São Paulo, p. 38-51, maio/jun. 1993

KADT, Emanuel de; TASKA, Renato. **Promovendo a eqüidade**: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo – Salvador: Hucitec, 1993.

LAUER, Georg M.; WALKER, Bruce D. Hepatitis C virus infection. **New England Journal of Medicine**, v. 345, n. 1, p. 41-52, 2001.

MAIWENN, J. Al; FEENSTRA, Talitha; BROUWER, Werner B. F. Decision makers' views on health care objectives and budget constraints: results from a pilot study. **Health Policy**, n. 70, p. 33–48, 2004.

MASSAD, Eduardo; MENEZES, Renée Xavier de; SILVEIRA, Paulo Sérgio Panse; ORTEGA, Neli Regina Siqueira. **Métodos quantitativos em medicina**. Barueri: Manole, 2004.

MATOS, Orlando Carneiro de. **Econometria básica: teoria e aplicações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

MCHUTCHISON, John G. et al. Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. **The New England Journal of Medicine**. v. 339 n. 21, p. 1485-1492, 19 Nov. 1998.

MEDEIROS, Marcelo. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Texto para Discussão IPEA, 687.

NÉRI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

NUNES, André. **A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora: relatório de consultoria (contrato nº 130/2003) - projeto 1.04.21**. Brasília: Consolidação do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde – SIOPS, 20 set. 2004.

NUNES, André et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20 p. s298-s309, 2004. Suplemento 2.

PARANÁ, Raymundo et al. HCV infection in northeastern Brazil: unexpected high prevalence of genotype 3a and absence of african genotypes. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 37, n. 4, p. 213-216, out./nov. 2000.

PINHO, Carlos Marques. Metodologia da ciência econômica. In: PINHO, Diva Benevides; VASCONCELLOS, Marco Antonio Sandoval de. **Manual de Economia**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996. Quarta tiragem.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólton Magalhães. **Economia da saúde**. 3. ed. Brasília: IPEA, 2002.

PORTO, Silvia Marta. **Eqüidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro**. Dissertação (Doutoramento) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

POYNARD, Thierry et al. Randomised trial of Interferon a2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus Interferon a2b plus placebo for 48 weeks fortreatment of chronic infection with hepatitis c virus. **The Lancet**, v. 352, p. 1426-1432, 31 Oct. 1998.

PRADO JÚNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. 37. ed. São Paulo: Brasiliense, 1976.

REA, Louis M.; PARKER, Richard A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução pioneira. São Paulo: Thompson Learning, 1997.

RICE, Thomas. **The economics of health reconsidered**. 2. ed. Chicago: Health Administration Press, 2002.

SAMUELSON, Paul A.; NORDHAUS, William D. **Economia**. 14. ed. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1999.

SHERMAN, Kenneth E. et al. Health values of patients with chronic hepatitis C infection. **Archive of Internal Medicine**, v. 164, p. 2377-2382, 22 nov. 2004.

SHIELL, A.; GERARD, K.; DONALDSON, C. Cost of illness studies: an aid to decision-making? **Health Policy**, n. 8, p. 317-323, 1987.

SIMMONDS, P. et al. Sequence variability in the 5' non-coding region of hepatitis C virus: identification of a new virus type and restrictions on sequence diversity. **Journal of General Virology**, Edinburgh, n. 74, p. 661-668, 1993.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o sistema de saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 325-330, abr./jun. 1997.

TRAVASSOS Cláudia; VIACAVA, Francisco; FERNANDES, Cristiano; ALMEIDA, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 5(1), Rio de Janeiro, p. 133-149, 2000.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, 17(1), p. 58-68, 2003.

VICTORA, Cesar G. et al. Explaining trends in inequities: evidence from brazilian child health studies. **The Lancet**, v. 356, p. 1093-1098, 23 Sep. 2000.

WEISSMANN, Charles. In praise of a prepared mind: a retrospective. In: LINDENMANN, Jean. **CA: A cancer journal for clinicians**, n. 38; p. 278-279, 1988.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.

WONG, John B; MCQUILLAN, Geraldine M.; MCHUTCHISON, John G.; POYNARD, Thierry. Estimating future hepatitis C morbidity, mortality, and costs in the united states. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 10, p. 1562-1569, Oct. 2000.

ZARIFE, Maria Alice S. et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in north-eastern Brazil: a population-based study. **Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene**, n. 100, p. 663-668, 2006.

ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK, Ana Maria. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade** 9 (1/2), p. 127-150, 2000.