

# CONTRIBUIÇÃO PARA A CONCEITUAÇÃO E AVALIAÇÃO DA DINÂMICA DISPENSARIAL\*

PAULO DE ALMEIDA MACHADO \*\*

A riqueza da literatura sôbre terapêutica está em contraste com a pobreza extrema de bibliografia sôbre a profilaxia de campo.

Se aquela riqueza traduz investigação constante motivada pela insatisfação quanto à terapêutica disponível, aquela pobreza não pode traduzir satisfação quanto à metodologia do trabalho de campo, metodologia ainda não estabelecida.

Desde que a nova política profilática deslocou para o dispensário o epicentro da profilaxia da lepra, cuidou-se de transformar o ambulatório estatístico em dispensário, que por definição é unidade dinâmica.

O termo dinamização entrou para o glossário dos leprólogos como a palavra mágica encerrando a grande solução para o milenar problema. Todavia, dinamização permaneceu como termo bastante vago, carecendo de uma conceituação objetiva. Em que consiste? Como se avalia? Perdurou por anos uma conceituação subjetivista do termo, prevalecendo opiniões pessoais, respeitáveis, sem dúvida, mas sempre estritamente subjetivas.

O Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo vem se empenhando na pesquisa de métodos objetivos de avaliação da dinâmica dispensarial sem os quais não será possível traçar e avaliar a metodologia do trabalho de campo, da qual dependerá toda a profilaxia da leprose.

A primeira fase do trabalho de pesquisa foi desenvolvida no quinquênio 1962-1966 e está agora sendo avaliada.

Operosidade, mobilidade e agitação não significam dinamização.

No caso de dispensários, dinamizar é imprimir uma atividade constante, ritmada, adaptável a situações novas e orientadas numa direção definida.

O problema está em definir a direção.

Controlar a endemia, promover o diagnóstico precoce, agir sôbre a comunidade, são todos objetivos ideais que ninguém contestará. Mas para fins de dinamização não passam de alvos um tanto abstratos. O que nos interessa, objetivamente, é saber o que fazer para atingir aqueles alvos ideais.

Capurro e Rinaldi, estudando a avaliação de um plano de controle da lepra, estabeleceram metas a atingir e avaliaram o desenvolvimento do plano conforme o número de casos novos descobertos.

Em nosso meio, o critério não seria válido.

A procura de doentes em toda a população (exames em massa) seria inexecutável. Preferimos procurar doentes novos onde temos mais possibilidades de encontrá-los: nos domicílios dos doentes conhecidos.

O Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo definiu a direção da

---

Comunicação à Sociedade Paulista de Leprologia em 10-10-1966.

Diretor dos Dispensários do Interior do D. P. L. de São Paulo e Professor da Escola Superior de Administração da P. U. C. S. P.

ação de seus dispensários: o controle efetivo dos contatos como atividade mais adequada a descoberta dos casos iniciais.

E assim, a avaliação da dinâmica dispensarial dependerá da avaliação de uma atividade constante, ritmada e adaptável, orientada no sentido de exercer o efetivo controle dos contatos.

A partir de 1962, estabeleceu o D.P.L. um critério para avaliação da atividade dos Dispensários do Interior, critério ainda em evolução e que em seu quinto ano de vigência já pode ser discutido.

Com 53 dispensários no interior do Estado, o D.P.L. deveria, antes de mais nada, selecionar os dados a serem coletados evitando-se as estatísticas cujo volume excedesse a capacidade de análise imediata por parte dos órgãos competentes.

Análise imediata, uma vez que a supervisão deve, igualmente, ser dinâmica: avaliar os dados coligidos e fornecer os resultados em tempo útil para conseguir as correções oportunas e a pronta adaptação a situações novas. A avaliação da produção de um mês deverá ser divulgada no mês seguinte para que seja útil e oportuna.

Mentalidade dinâmica, de campanha.

Cada dispensário elabora um boletim mensal de atividades. O boletim necessariamente complexo contendo um número elevado de dados que interessam Seção de Epideptniologia, Arquivo Médico, Serviço Nacional de Lepra, etc.

Para avaliação oportuna da dinamização foram selecionados uns poucos dados, conforme a capacidade de pronta análise e atendo-nos ao indispensável, para obter uma visão objetiva da dinâmica.

Pensamos inicialmente em avaliar o grau de dinamização pelo número bruto de revisões de comunicantes. Mas, tomando como referência a evolução da curva de incidência de formas L e I, índice considerado válido de eficiência, constatamos não existir paralelismo: é possível registrar-se uma curva acentuadamente ascendente do total de revisões sem uma ascensão paralela da incidência de formas I.

Especialmente em dispensários com encargo superior a seu potencial, controlando mais de 10.000 comunicantes, podem-se registrar cifras muito elevadas que não exprimem de fato a cobertura da zona conforme o conceito de dinâmica dispensarial.

Passamos então a análise de significação da percentagem de comunicantes declarados em dia com as revisões. E também não encontramos relação entre a evolução daquela percentagem reduzida e a tendência das curvas de incidência de formas L e I. Poderia ocorrer uma percentagem reduzida de comunicantes em atraso, mas esta percentagem ser constituída predominantemente de comunicantes de foco L o que trazia controle deficiente.

Assim, desde 1964, passaram a ser controladas em separado as revisões de comunicantes de focos lepromatosos e dimorfos.

Limitando-nos ao controle de comunicantes registramos:

- a) número de comunicantes existentes no último dia do mês;
- b) número de comunicantes de foco lepromatoso e dimorfo existentes no último dia do mês;
- c) número de comunicantes reexaminados durante o mês;
- d) número de comunicantes de foco L D reexaminados durante o mês.

Estabelecido que cada comunicante deve ser revisto semestralmente, deduz-se que em cada mês o **número mínimo esperado** de revisões deverá ser igual a 1/6 do total de comunicantes existentes.

Verifica-se a percentagem do mínimo esperado conseguida pelo dispensário na revisão de comunicantes e na revisão de comunicantes de foco L + D.

Multiplica-se por 2 a percentagem atingida na revisão dos comunicantes de foco L + D e ao produto adiciona-se a percentagem, obtida na revisão dos comunicantes em geral, dividindo-se a soma por 3 a fim de obter o **ÍNDICE DO RENDIMENTO**.

O maior pêso atribuído à percentagem alcançada na revisão de comunicantes de foco L + D e conseqüência da maior importância profilática daqueles focos: a unidade dinâmica, frente à impossibilidade eventual de rever todos os comunicantes, deverá adaptar-se à situação e concentrar-se nos focos lepromatosos.

A avaliação de todos os dispensários e distribuída mensalmente a cada unidade, para que cada um possa comparar o seu rendimento com o que se passa em outros dispensários, introduzindo-se assim a emulação como fator motivacional que tem provado ser altamente eficaz.

Além dos boletins mensais, cada dispensário executa um levantamento semestral de doentes e comunicantes por município. Composto-se cada zona dispensarial de 5 a 22 municípios, é necessário que o dispensário não se limite à cobertura do município sede, mas atenda efetivamente todos os municípios da zona. A percentagem de revisões fora do município sede será igual à percentagem de comunicantes residentes fora do município sede. Relação igual a 1,0 significa bom atendimento da zona. Relação inferior a 1,0 sugere trabalho estático limitado a atendimento da sede.

No levantamento semestral podemos ainda analisar o número de baixas por Mitsuda concedidas na sede e fora da sede, como índice expressivo da atuação pessoal do médico em tôcla a zona. A percentagem de baixas fora da sede deveria ser igual à percentagem de doentes residentes fora da sede, se aos comunicantes residentes em outros municípios fôsse devotada a mesma atenção dedicada aos residentes no município sede.

Somando-se esta relação à precedente e dividindo-se o resultado por dois, obtemos o <<**ÍNDICE DE COBERTURA DA ZONA**>>.

A experiência demonstrou que a introdução de fatores qualitativos se tornava necessária para evitar a preocupação de apresentar volume de trabalho com sacrifício da qualidade.

Em um dispensário, o número de revisões era bom, a percentagem de comunicantes em dia era boa, mas não havia um comunicante que tivesse passado a doente e nenhuma baixa por Mitsuda. Tratava-se evidentemente de serviço apressado, superficial, inútil, em suma. Em tal dispensário a incidência de L continuava alta.

Aquela situação lembrou-nos a necessidade de um índice qualitativo.

Um número excepcionalmente elevado de revisões pode ser acompanhado de curvas de incidência de formas L e I revelando uma tendência errática. A ausência de uma tendência definida reflete sem dúvida revisões superficiais e apressadas.

Foi mais uma observação encarecendo a conveniência da análise qualitativa.

Procurar dados qualitativos era portanto um imperativo dentro do conceito de dinamização estabelecido.

Existem dados numéricos que dão ideia da qualidade do controle de comunicantes. O primeiro de todos é o número de comunicantes que passaram a doentes. E, particularmente, a percentagem de formas I entre os comunicantes que passaram a doentes e um índice valioso de qualidade das revisões.

Somando-se o dobro da percentagem de comunicantes dentre os doentes novos fichados com a percentagem de formas I entre aqueles comunicantes, e dividindo-se o total por 3, obtemos o que convencionamos chamar o <<**ÍNDICE QUALITATIVO DAS REVISÕES**>>.

A matrícula de comunicantes novos em função do fichamento de novos doentes, é outra informação dinâmica de valor.

A matrícula deve ser feita durante a visita domiciliar obrigatória, a cargo do educador ou visitador ou do próprio médico na falta daqueles servidores.

A média verificada no interior do Estado em nove semestres consecutivos foi de 6,2 comunicantes por doente novo fichado.

A média verificada no dispensário dividida por 6,2 fornece o «ÍNDICE DE MATRÍCULA».

O «ÍNDICE DE DINAMIZAÇÃO» é obtido somando-se o índice de rendimento, o índice de atendimento da zona, 2 vezes o índice qualitativo das revisões e o índice de matrícula, devendo ser igual ou superior a 5 nas unidades verdadeiramente dinâmicas.

Nos casos em que aquele índice fôr inferior a cinco, o dispensário não estará plenamente dinamizado ou então o seu potencial será inferior ao encargo que lhe atribuído.

Para atender uma população de 10.594.000 habitantes, numa área de ... 235.136 km<sup>2</sup>, dispõe o D.P.L. de 53 dispensários instalados. Cada dispensário é responsável por uma zona compreendendo 5 a 22 municípios e está localizado no centro geo-econômico de uma zona tão homogênea quanto possível. Os dispensários estão agrupados em delegacias regionais, havendo, no interior, 16 delegacias regionais. Cada região é composta de 3 a 5 zonas dispensárias.

A lotação típica do dispensário é constituída de um médico, um escriturário, um atendente, um servente e um motorista. Recentemente vem sendo acrescentado um visitador, já estando em exercício 22 elementos na função.

Das funções do médico ressaltam-se, sob o ponto de vista dinâmico: visita domiciliar obrigatória após cada fichamento de caso novo, viagem durante 10 dias por mês, no mínimo, visitando municípios e comunicantes rurais da zona, levantamento semestral de doentes e comunicantes por município, apresentação mensal de boletim de atividades, realização de trabalho de educação sanitária.

Em cada delegacia regional existe um delegado que supervisiona o trabalho de todos os dispensários da região e um médico itinerante, com função precípua de auxiliar todos os dispensários da região em ação supletiva concentrada nas áreas rurais. Prestam ainda serviços nas delegacias regionais: um educador sanitário, um técnico ou prático de laboratório, um escriturário, um atendente, servente e um motorista. Existem 6 educadores no interior. Nos dispensários também prestam serviço 3 egressos, em regime de laborterapia, auxiliando em tarefas secundárias de enfermagem e laboratório, limpeza da sede e serviço de mensageiro.

Cada delegacia funciona como órgão regional de administração e supervisão, cabendo-lhe também abastecer os dispensários da região. Conta com viatura própria. Cada dispensário dispõe de um jeep.

Em 1966, a média mensal de municípios visitados pelos médicos dos dispensários do interior foi superior a 350 (excluídos os municípios sede de dispensário).

A dificuldade em conseguir educadores sanitários para o interior vem sendo contornada com a utilização de visitadores, procurando-se sediar os educadores nas delegacias, conferindo-lhes ação regional de orientação e supervisão dos visitadores.

São promovidas, anualmente, 3 a 4 grandes campanhas de educação sanitária no interior.

Em 1966, na campanha de Bauru, concorreram ao concurso de cartazes, nada menos de 10.000 trabalhos de escolares da cidade.

São também promovidos anualmente 3 a 4 cursos intensivos de leprologia a fim de atrair a atenção dos médicos gerais para o problema lepra, enfatizando-se o diagnóstico precoce, a curabilidade das formas iniciais e importância do controle de contatos.

Um novo regime de dinamização foi introduzido nos dispensários do interior em 1962, após dois anos de preparação. O processo exigiu preliminarmente duas medidas fundamentais:

a) estimular a utilização do dispensário da zona. Mais de 1.000 doentes estavam em tratamento em outro dispensário, com controle deficiente dos contatos e prejuízos evidentes para a profilaxia. A medida deveria ser tomada com prudência, executando-se gradativamente com o objetivo de evitar a reação desfavorável dos doentes e comunicantes consubstanciada no puro e simples desaparecimento e conseqüente perda de controle.

b) definição de um conceito de comunicante. Havia, registrados, mais de 80.000 comunicantes, o que representava massa de trabalho superando largamente o potencial disponível. E, daqueles comunicantes, milhares eram pessoas que apenas tiveram contato ocasional com o doente. Em muitos casos o doente já havia falecido há mais de dez anos. Foi então feita uma revisão nos fichários, mantendo-se na condição de comunicantes apenas os indivíduos que viveram sob o mesmo teto que um doente. O número de comunicantes foi assim reduzido a 62.168, total que estava dentro das possibilidades de controle, tendo em vista o Potencial disponível.

A providência seguinte foi o estímulo do controle de comunicantes. Já em 1962, para 62.168 comunicantes foram feitas 35.969 revisões, com o que foram postos em dia 46,7% dos comunicantes existentes. Mas ainda havia 36,2% sem controle. Os trabalhos foram intensificados e, em maio de 1966, havia 61,8% dos comunicantes em dia com as suas revisões e a percentagem dos sem controle se reduzia a 24,7%.

Em início de 1964 verificou-se que, apesar de já se ter conseguido atualizar 50% dos comunicantes em geral, apenas 43,0% dos comunicantes de foco lepromatoso estavam em dia. Ora, são estes os comunicantes que mais interessam a profilaxia. Organizou-se, então, um novo sistema de controle, passando-se a registrar em fichas adequadas o controle de comunicantes de foco L.

Em dois anos, a percentagem de comunicantes de foco L. em dia com as revisões, subiu de 43,8% para 62,1%, tendo aumentado de 9.978 para 15.825 o total semestral de revisões de comunicantes de foco lepromatoso.

Hoje, nos dispensários do interior, existem 18.055 doentes e 49.159 comunicantes, dos quais 29.526 são de foco L.

Ao findar o primeiro semestre de 1966 estavam em dia com suas revisões 97,4% dos doentes, existindo 6,6% em paradeiro ignorado. Foram feitas no semestre 27.424 revisões de comunicantes, sendo que, 16.229 foram revisões de comunicantes de foco L. Ao se iniciar o controle, as revisões de comunicantes de foco L representavam apenas 50% do total. Hoje representam 59,1% do total de revisões.

Como se acontecer, em todos os serviços de saúde, as dotações orçamentárias são decididas por leigos, à revelia das exaustivas demonstrações apresentadas por técnicos.

Assim sendo, não tem sido possível aos dispensários do interior manter uma proporcionalidade adequada entre o potencial e encargos, resultando daí uma variação muito grande na eficiência dos dispensários.

O potencial do dispensário é limitado por dispositivos legais que ignoram e não querem conhecer a extensão do encargo.

O potencial de um dispensário típico é adequado para o controle de até 400 doentes. E nas unidades em que existe proporção entre o potencial e encargo, já se conseguiu uma eficiência denunciada não só pela percentagem de comunicantes em dia, mas também pelo aumento de incidência de forma I e queda de incidência de formas L entre os casos novos.

Citamos, para ilustrar a tese, os casos de Adamantina que tendo em dia 89,4% dos seus comunicantes, consegue manter: fichamento de 55,1% de formas

I (formas indeterminadas iniciais) contra 23,3% de forma lepromatosa, executando de fato o diagnóstico precoce e o controle efetivo da endemia.

Andradina com 89,6% de comunicantes em dia, ficha 50% de forma I e 33,3% de forma L.

Lins, com 100% de seus comunicantes em dia, fichou 71,4% de forma I e 19,0% de forma L.

Avaré com 86,5% dos seus comunicantes em dia, ficha 45,4% de forma I contra 27,3% de forma L.

A incidência de forma I superou em 1965 a incidência de forma L em outros dispensários como: Mogi das Cruzes, Itu, Bragança Paulista, São Joaquim da Barra, Ourinhos, Assis, Araras e Dracena.

Em cinco anos de dinamização, já foi obtido o nível ideal de eficiência em 12 dos 53 dispensários do interior, nível de eficiência traduzido pela percentagem de comunicantes em dia e sobretudo pelos dados epidemiológicos: aumento de incidência de formas iniciais e queda de incidência dos casos avançados. Nos 12 dispensários, o potencial é proporcional ao encargo.

Nos dispensários onde existe um número de doentes e comunicantes superior à capacidade do potencial (Campinas, Sorocaba, Bauru e Piracicaba entre outros) continua elevada a incidência de formas L a despeito da indiscutível capacidade técnico-científica e operosidade do pessoal daquelas unidades.

A falha reside na barreira de textos legais que impede a adequação do potencial ao encargo, não podendo, em boa fé, ser atribuída a deficiências operacionais.

Apreciada globalmente, continua praticamente inalterada em todo o Estado a incidência de formas avançadas (L). O fato se deve à inadequação entre potencial e encargo nas zonas onde é maior o número de doentes e onde a lotação do dispensário se restringe aos limites fixados em leis e decretos que não se adaptam às realidades locais.

Considerando que dos comunicantes existentes, nada menos de 58,2% residem em municípios que não são da sede do dispensário, a cobertura efetiva da zona dispensarial é assunto da maior gravidade. Mais de 350 municípios são visitados, mensalmente, por médicos da equipe do interior.

Em alguns municípios, em serviço entrosado com a Campanha Nacional contra a Lepra, existe a colaboração formal dos Centros de Saúde que auxiliam na convocação de doentes e comunicantes e mesmo nas revisões, numa cooperação que tem provado grande utilidade, sobretudo pelo valor supletivo das viaturas e medicamentos específicos fornecidos pela C.N.C.L.

Avaliando-se a percentagem de revisões executadas fora do município sede, constata-se que 56,3% das revisões são feitas fora da sede.

Existindo também serviço externo no município onde está sediado o dispensário, é evidente que a maior parte do trabalho médico consiste em serviço externo.

Das baixas por Mitsuda, 44,7% foram concedidas fora da sede. E esta outra prova de atuação pessoal do médico em toda a zona.

Dos comunicantes que passaram a doentes, 43,5% eram comunicantes residentes e examinados fora da sede do dispensário.

Os dados acima revelam uma distribuição racional de trabalho entre o município sede e os demais municípios da zona, revelando uma preocupação de dar efetiva cobertura à área trabalhada.

## CONCLUSÕES

1) Para a execução da profilaxia da lepra é indispensável a dinamização dos dispensários, sendo necessário o estabelecimento de uma conceituação objetiva de dinamização.

2) A atividade dispensarial deve ser regida por uma metodologia adequada, especializada, utilizando-se métodos próprios para a avaliação da dinâmica dispensarial, seguindo uma sistemática operacional própria de unidade especializada.

3) A avaliação da dinâmica dispensarial deve ser pronta para produzir resultados em tempo útil, sendo por isto necessário selecionar os dados a serem coletados conforme a capacidade de pronta avaliação, levando ainda em conta o valor daqueles dados como expressão da dinâmica dispensarial e a facilidade da verificação de sua exatidão e autenticidade.

4) Encarando o controle efetivo dos comunicantes como objetivo principal da ação profilática, são os dados relativos ao controle de comunicantes aqueles que melhor refletem a dinâmica do dispensário.

5) O controle de comunicantes de foco lepromatoso e dimorfo deve ser enfatizado.

6) A cobertura efetiva da zona deve ser avaliada levando-se em conta o trabalho realizado fora do município sede, em função da percentagem de comunicantes residentes fora do município sede.

7) É possível a avaliação qualitativa do trabalho realizado em termos objetivos e expressa numericamente.

8) É proposto um «ÍNDICE DE DINAMIZAÇÃO» que, avaliado durante 5 anos, em cada um dos 53 dispensários do interior do Estado de São Paulo, evoluiu de forma a guardar um certo paralelismo com a curva de incidência de formas I, parecendo portanto ser um índice válido.

9) A publicação mensal da avaliação permite a cada unidade ajustar-se ao ritmo de trabalho ideal e ainda introduz a emulação como apreciável fator motivacional.

10) A aplicação dos conceitos acima produziu apreciável resultado nos dispensários do Interior do Estado de São Paulo, conforme o demonstram os dados numéricos citados.

II) O índice de dinamização, como a eficiência de uma unidade, não depende somente de fatores pessoais mas também da adequação entre o potencial disponível e o encargo atribuído. Sendo o potencial igual em todas as zonas, por determinação legal, existem zonas onde o encargo excede a capacidade do potencial, não tendo o Departamento recursos para modificar a situação. Em tais zonas, a eficiência deixa ainda muito a desejar.

12) Nas zonas onde foram satisfeitas as previsões do D.P.L. com relação à proporcionalidade entre o potencial e encargo, registrou-se no quinquênio no excelente progresso no controle da endemia, demonstrando-se que o Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo, depois de anos de investigação e testes no campo, chegou ao estabelecimento de uma técnica operacional adequada e de uma metodologia objetiva de avaliação.

## SUMMARY

**Contribution and evaluation of the dynamics of the dispensaries.** by Paulo de Almeida Machado

The author presents the control of leprosy system used in the State of São Paulo (Brazil) in the light of the results obtained during the period 1962-1966 in the zones of the Department of Prophylaxy of Leprosy.

Particular attention is given to the control of contacts in the belief that prophylaxy is only managed by the dynamic and effective control of contacts and the control of the home foci of infection, this being the most effective method to detect and treat early cases susceptible to cure.

The author suggests the monthly evaluation by calculating the YIELD INDEX which would indicate the minimum percentage of examinations expected carried out by the dispensary, a greater importance being given to the revision of the contacts with lepromatous or dimorphous foci. The minimum number expected per month equals  $1/6$  of the total known contacts, since each contact must be revisited semestrally. The author also suggests the calculation of the COVERAGE INDEX OF THE ZONE, indicating the dynamic action and proving the effective presence of the doctor in the areas of the zone under his responsibility. To evaluate the attention given to the home foci, the determination of the MATRICULATION INDEX OF CONTACTS is suggested, giving the number of contacts in each home, the index being calculated according to the mean number registered in the State of Sao Paulo, which is equal to 6.2.

The author considers the above indices as being predominantly quantitative figures and also suggests the adoption of a QUALITATIVE INDEX OF RE-VISION, calculated according to the percentage of indeterminate forms among the new cases registered and the total number of new cases discovered during the revision of the contacts.

The aforementioned indices are calculated for the 53 dispensaries of the interior of the State of São Paulo during a period of 5 years. The sum of the 4 indices, the QUALITATIVE INDEX being weighted with 2, provide the DYNAMIC INDEX. The comparison of the DYNAMIC INDEX with the incidence of initial forms permits the hypothesis that its oscillations coincide with the oscillations of the index curve of initial forms.