

A EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Texto extraído do "II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999" da Comissão de Epidemiologia, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1995

A complexidade do quadro epidemiológico da saúde da população brasileira, que congrega problemas de tão grande diversidade no nível dos determinantes e no da intervenção, coloca enormes desafios para o sistema de saúde. O aumento da expectativa de vida da população implica necessariamente em um aumento de custos, tanto pelo crescimento do número de usuários quanto pelo aumento da morbidade, principalmente nos idosos. Por isso, entendendo que os serviços de saúde devem ser vistos como aliados da vida e do bem-estar das populações, há que se esperar e prever um aumento dos custos, decorrente da maior complexidade que o aumento da sobrevida traz. Aliado a isso, no nosso País, o planejamento das ações de saúde se faz sem a utilização de instrumentos básicos de racionalização e sem a definição de prioridades calcadas no perfil de saúde-doença da população. Neste sentido, há um espaço em aberto para a Epidemiologia colaborar, indicando uma melhor alocação de recursos e uma maior justiça social na distribuição dos benefícios.

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está levando a uma transformação do papel da Epidemiologia nos serviços, com possibilidade de alterações significativas nas práticas epidemiológicas. A atuação setorializada e particularizada da Epide-

miologia, manifestada na abordagem da Vigilância Epidemiológica de algumas enfermidades transmissíveis, contrapõe-se, hoje, a um enfoque mais globalizante, sendo a lógica epidemiológica de definição de perfis de saúde-doença na população utilizada como parâmetro em documentos oficiais para o processo de gestão do SUS. Paralelamente a isto, a consolidação do CENEPI como órgão de nível central, coordenador das ações de Epidemiologia no Sistema Nacional de Saúde do País, dentre outras repercussões, tem provocado maior presença da Epidemiologia nos níveis estadual e municipal, explicitando um compromisso efetivo com a descentralização das ações.

A maior presença da Epidemiologia na estrutura organizacional dos estados e municípios, através de departamentos ou superintendências, atesta esse movimento. A utilização da Epidemiologia na organização e avaliação da assistência médica hospitalar começa a dar seus primeiros passos, precisando ser implementada e fortalecida.

Estas possibilidades de ampliação da presença da Epidemiologia no sistema de saúde têm se confrontado com as dificuldades peculiares às marcadas diferenças que prevalecem entre regiões, estados e municípios. As condições prévias em que se encontravam os serviços de

saúde nos municípios têm influenciado no ritmo e na qualidade do processo de municipalização neles verificado. Por vezes, o processo de descentralização das ações tem ocorrido de forma desarticulada e, ao invés da descentralização, ocorre apenas uma desconcentração de atividades, sem o correspondente financiamento necessário ao desenvolvimento das ações.

Verifica-se também uma certa perplexidade dos Estados que, passando aos municípios as atividades executoras das práticas epidemiológicas, ainda não assumiram de fato o seu lugar de prática no Sistema de Saúde: até porque, neste momento de transição, os estados têm freqüentemente tido o duplo papel de supervisores/normatizadores e de executores de algumas tarefas, crise esta agravada pela perda de quadros técnicos tradicionais e experientes, que têm se dirigido para o trabalho no nível municipal, inclusive atraídos por melhores salários. A descontinuidade dos investimentos nos serviços de saúde e a falta de uma política adequada de recursos humanos têm levado a uma baixa fixação, ou mesmo à evasão de profissionais capacitados.

Apesar das dificuldades na redefinição formal dos papéis dos vários níveis hierárquicos do Sistema de Saúde, pode-se hoje constatar a ocorrência de experiências inovadoras e criativas na prática da Epidemiologia, tanto pela inclusão da vigilância de outros agravos — como as mortalidades infantil e materna, os nascimentos de alto risco, entre outros — quanto pela formação de recursos humanos com uma abordagem mais aplicada às questões e problemas dos serviços de saúde. A integração universidade-serviço estreitou-se bastante nestes últimos anos, estimulada pelo apoio oferecido pelo CENEPI a essa experiência. Sugere-se a ampliação da oferta de cursos descentralizados para a formação em Epidemiologia direcionada aos serviços de saúde, com um maior esforço de adequação às práticas dos serviços. Há que se destacar o aumento acentuado da produção científica nos serviços de saúde, verificado nas apresentações dos três últimos Congressos Bra-

sileiros de Epidemiologia.

É preciso assinalar que os instrumentos epidemiológicos não são os únicos válidos e legítimos para a definição de prioridades mas, sem dúvida, o reconhecimento da sua contribuição significa um enorme avanço e uma ruptura com a lógica da tomada de decisões, utilizada anteriormente pelos serviços de saúde. Uma parceria estreita com a área do Planejamento em Saúde e com a Administração é fundamental para viabilizar esta perspectiva.

As exigências que a prática nos serviços de saúde têm trazido para as disciplinas da Saúde Coletiva traduzem-se, ainda, no aparecimento de novos campos disciplinares, orientados para a abordagem de determinados problemas cuja complexidade exige um olhar de múltiplas perspectivas. O enfoque das questões de saúde como problemas complexos, que exigem abordagens complexas para resolvê-los, coloca a Epidemiologia como um campo disciplinar importante, mas não suficiente para esse enfrentamento.

Um outro aspecto de destaque na atual conjuntura de saúde é a incorporação legal do controle social no Sistema Único de Saúde. A presença destes atores coloca novas possibilidades e tarefas para a Epidemiologia. A divulgação de dados epidemiológicos pertinentes para os conselhos municipais e estaduais, para a imprensa e para grupos organizados da população pode contribuir para a decisão sobre a alocação de recursos e conferir maior transparência ao processo decisório.

É portanto vital que se disponha de sistemas de informações atuais, de boa qualidade, com dados pertinentes e de fácil acesso. Embora não se tenha todas essas qualidades juntas nos nossos bancos de dados nacionais, e as informações em saúde existentes nem sempre sejam as mais adequadas e oportunas para subsidiar efetivamente as decisões, tem se verificado uma melhoria significativa do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), a criação de novos sistemas, como o de Nascidos Vivos (SINASC) e outros. Há, entretanto, algumas fontes de dados pouco utilizadas, como a Autorização para

a Internação Hospitalar (AIH). Uma questão importante a ser considerada é a definição dos níveis de complexidade dos sistemas de informações descentralizados. Algumas experiências de organização de bancos de dados municipais têm mostrado resultados favoráveis. Do ponto de vista organizacional, é preocupante a criação ou a existência de centros de informações em saúde como unidades independentes, desarticuladas dos órgãos de Epidemiologia, sem uma definição precisa do seu papel.

É importante ainda lembrar que o interesse e a relevância das informações em saúde não se restringem à sua utilização imediata pelos serviços de saúde. Assim, os sistemas de informações não podem ser atrelados a certas visões parciais e conjunturais, derivadas das necessidades particulares dos serviços.

A divulgação das informações epidemiológicas também tem papel relevante na consolidação desses sistemas. A garantia de continuidade da publicação e distribuição do Informe Epidemiológico do SUS, feito pelo CENEPI, é importante na veiculação dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da Epidemiologia. Vários estados e alguns municípios já têm experiência de publicação de informes epidemiológicos, que deve ser ampliada. É necessário, ainda, descobrir formas de difusão dos conhecimentos e informações epidemiológicas para a população e organismos não-estatais, a fim de contribuir para o exercício do controle social sobre os serviços de saúde.

Por fim, a Epidemiologia deve participar de todas as etapas do processo, desde a discussão sobre os sistemas de informações, identificando as variáveis mais pertinentes, às formas de análise, passando pela etapa da interpretação, voltada para a avaliação e a ação. Em todo esse processo, é importante buscar contribuições e estabelecer articulações com outras disciplinas, como a Clínica, a Administração, o Planejamento e as Ciências Sociais, efetivando, assim, o princípio da multidisciplinaridade.

Identificam-se, no momento, como as principais áreas de prática de Epidemiologia

voltadas para a atuação dos serviços de saúde: o estudo da situação de saúde; a vigilância de doenças e outros agravos à saúde; e a avaliação dos serviços de saúde. Evidentemente, os aspectos relativos à determinação do processo saúde-doença podem eventualmente ser estudados nos serviços de saúde sem, entretanto, se confundir com as questões que aqui serão tratadas.

O Estudo da Situação de Saúde

Merece destaque a importância de utilizar-se metodologias que possam explicitar as desigualdades em saúde, de forma a permitir intervenções diferenciadas sobre os grupos populacionais em função de suas especificidades epidemiológicas, expressas por características econômico-sociais e de morbi-mortalidade que lhes são próprias. Neste sentido, tem sido recomendada a utilização de análises que incorporem a dimensão espacial, tendo em vista a definição de regiões epidemiologicamente homogêneas, que permitam intervenções específicas, diferenciadas e efetivas. Várias são as dificuldades de operacionalização dessa proposta, como, por exemplo: a variedade de critérios de agregação dos dados secundários, dificultando - quando não inviabilizando - a compatibilização; o pouco domínio das técnicas que trabalham com pequenos números; a pouca experiência com o uso de técnicas rápidas de diagnóstico; a escolha e a padronização dos indicadores a serem utilizados; e a definição de critérios para desigualdade em saúde (se em relação a um padrão, se em relação à mesma população no tempo, se em relação à inevitabilidade de agravo, ou outros).

Vigilância de Doenças e Agravos à Saúde

Uma das principais tarefas da Epidemiologia nos serviços de saúde é o monitoramento das condições de saúde das populações de referência. O trabalho no nível local, a partir de áreas de abrangência pequenas, lança novos desafios para a Epidemiologia na elaboração de métodos de análise e na construção de indicadores de saúde e de qualidade de vida.

A metodologia da Vigilância Epidemiológica, testada com êxito no controle de algumas doenças infecciosas, tem sido utilizada apenas para algumas enfermidades pelos serviços de saúde. Há grande possibilidade de ampliação do uso desta metodologia para outras doenças e agravos. A vivência dos epidemiologistas dos serviços de saúde na prática da Vigilância Epidemiológica mostrou que as atividades gerenciais dos programas ocuparam quase todo o tempo desses profissionais, resultando em uma aplicação pobre das técnicas de vigilância disponíveis, bem como em uma análise superficial dos dados coletados. Discute-se qual a área de abrangência da Epidemiologia nos serviços de saúde e se a intervenção deve ser também objeto do seu trabalho.

Na atual proposta de "Vigilância em Saúde" detecta-se a existência de problemas conceituais e operativos. Observa-se a concomitância de concepções não equivalentes, que incluem desde o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica - passando pela aglutinação das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, com a inclusão de outras doenças e agravos - até a concepção mais global da vigilância de problemas definidos no nível local, incluindo fatores de risco presentes no ambiente, nas condições de trabalho, nos estilos de vida etc.

Avaliação dos Serviços de Saúde

Tradicionalmente, as avaliações epidemiológicas procuravam analisar o efeito final, quando o melhor seria considerar cada etapa de desenvolvimento de um programa. A avaliação de impacto necessita de uma série de etapas intermediárias para que o conjunto de efeitos de um determinado programa possa ser aquilatado. As atividades de avaliação requerem a contribuição de diferentes disciplinas, além da Estatística e da Epidemiologia, como a Educação, o Planejamento, a Psicologia, a Administração e outras.

O olhar epidemiológico nas avaliações de estruturas organizacionais e dos processos de elaboração e implantação de programas é im-

portante para padronizar o conjunto de variáveis, cujos resultados (efeitos esperados e inesperados) responderão pelo efeito final.

A avaliação do impacto das práticas sanitárias sobre a saúde da população, por sua complexidade, não pode ser incorporada como atividade rotineira dos serviços de saúde, constituindo-se, mais propriamente, em questão para a pesquisa avaliativa. Entretanto, os serviços de saúde devem incluir, em seu trabalho de rotina, formas de monitoramento de indicadores de impacto. A avaliação de qualidade das práticas sanitárias pressupõe considerar os efeitos das mesmas para a população à qual tais atividades se destinam.

Concluindo, pode-se dizer que a atual conjuntura de saúde abre espaço para o exercício da Epidemiologia como uma das contribuições para a definição de prioridades para o setor. Considerando-se a dramática situação de saúde da população brasileira, o processo de municipalização em curso e as dimensões do País, reconhece-se que a tarefa é muito grande e vai demandar um enorme esforço dos epidemiologistas para tornar efetivo o que já está assegurado em lei. Seria ingênuo subtrair desta análise a determinação das injunções políticas maiores, que definem a possibilidade concreta de atuação no setor saúde, mas seria descaso não apostar fortemente nas possibilidades em aberto.

O Estudo da Situação de Saúde

Problema 1: Conhecimento insuficiente das condições concretas de saúde da população para permitir intervenções estratégicas, pelos serviços de saúde.

Ponto crítico:

1.1. Ausência de inquéritos de saúde de base populacional, de abrangência regional e nacional.

Proposição:

Incentivo à realização de inquéritos de saúde de base populacional nos âmbitos estadu-

al, regional e nacional.

Ação:

Constituir grupo de trabalho interinstitucional para elaborar proposta, de abrangência nacional, de inquéritos periódicos de saúde.

Ponto crítico:

1.2. Pouco aprofundamento nas discussões metodológicas da abordagem das desigualdades em saúde e dificuldade de operacionalização de investigações, em pequenos grupamentos populacionais (população de referência) e na incorporação de técnicas apropriadas.

Proposição:

Estímulo ao conhecimento e à aplicação de técnicas adequadas para o diagnóstico da situação de saúde das populações de referência dos serviços de saúde em nível local.

Ações:

Seminários e cursos voltados para a formação de docentes e profissionais de serviços objetivando a utilização de métodos e técnicas apropriadas.

Definir padrões de comparação, que revelem desigualdades frente ao risco de adoecer e morrer, para essas populações de referência.

Capacitar os profissionais de Epidemiologia nas abordagens de análise espacial e geoprocessamento.

Realizar e reproduzir, periodicamente, estudos abrangentes, com coleta simultânea de informações sobre fatores de risco, morbidade, incapacidade e utilização dos serviços, com o compromisso de ajustar as políticas do setor.

Executar estudos especiais, com vistas ao aprofundamento do conhecimento sobre alguns estratos populacionais (zona rural, índios, sem teto).

Priorizar modelos de avaliação das necessidades, na perspectiva dos sistemas locais de saúde, buscando a redução das desigualdades sócio-sanitárias.

Ponto crítico:

1.3. Pouca utilização do conhecimento

epidemiológico na definição das prioridades institucionais.

Proposição:

Fortalecimento da articulação entre os setores de Planejamento, Administração e Epidemiologia nos serviços de saúde.

Ações:

Apoiar iniciativas que, no âmbito dos serviços de saúde, favoreçam as articulações entre os setores de Planejamento e Administração e a área de Epidemiologia.

Desenvolver a produção teórica referente à utilização de informações epidemiológicas nos processos de tomada de decisões.

Promover estudos comparativos, com vistas a identificar o tipo e a quantidade de informações epidemiológicas estratégicas, para a tomada de decisão nos diferentes níveis do sistema.

Problema 2: Incompatibilidade de alguns sistemas de informação em saúde e dificuldades de acesso às bases de dados existentes.

Ponto crítico:

2.1. Organização centralizada dos bancos de dados e nível de agregação das informações disponíveis, dificultando sua utilização em níveis descentralizados do sistema de saúde.

Proposição:

Modificação da organização e das formas de acesso aos bancos de dados para permitir a utilização das informações nos níveis regional e local.

Ações:

Compatibilizar os conceitos e o tratamento dos dados de modo a atender as necessidades de informações de maneira descentralizada.

Conformar os bancos de dados às necessidades dos diferentes níveis organizacionais.

Estudar formas de viabilizar a utilização de grandes bancos de dados em microcomputadores.

Ponto crítico:

2.2. Ausência de critérios de validação dos dados existentes.

Proposição:

Criação de critérios para validação dos dados disponíveis.

Ação:

Realizar estudos de validação, por amostragem, dos dados disponíveis nos sistemas SIM, SIVAN, SINASC, AIH e outros.

Ponto crítico:

2.3. Custo elevado para obtenção das informações específicas, isto é, que demandem tabulações especiais.

Proposição:

Promoção de acordos entre as instituições geradoras e consumidoras de informações em saúde, de forma a ter custos mais acessíveis para os serviços públicos e pesquisadores.

Ação:

Grupo de trabalho, reunindo produtores e consumidores de informações, para definir formas de acesso mais exequíveis.

Ponto crítico:

2.4. Divulgação insuficiente da existência, possibilidade de acesso, nível de agregação dos dados e uso dos sistemas de informações

Proposição:

Democratização do acesso às informações, transformando-as em um instrumento gerencial e de efetivo controle social.

Ações:

Articular com o GT de Informações em Saúde Abrasco ABEP.

Articular com os profissionais de informática, comunicação, educação e saúde.

Ponto crítico:

2.5. Baixa utilização de equipamentos de informática pelos serviços de saúde.

Proposição:

Estímulo à implementação do processamento eletrônico nos serviços de saúde,

de, provendo-os com equipamentos, de acordo com as necessidades.

Ações:

Implantar um nó INTERNET no CENEPI.

Disseminar equipamentos de informática nos serviços, favorecendo a ligação direta destes com as bases de dados.

Ponto crítico:

2.6. Insuficiência de recursos humanos capacitados para gerir e analisar Sistemas de Informações em Saúde.

Proposição:

Formação de equipes capacitadas a produzir, analisar e gerir sistemas de informações em saúde em cada nível hierárquico do sistema de saúde.

Ação:

Cursos, assessorias e treinamento em serviço, objetivando a constituição e manutenção das equipes nos diferentes níveis.

Vigilância de Doenças e Agravos à Saúde

Problema 3: Necessidade de ampliar o escopo dos programas de Vigilância Epidemiológica, conforme previsto pela Lei 8080.

Ponto crítico:

3.1. Restrição dos programas de vigilância aos problemas e agravos à saúde de notificação compulsória.

Proposição:

Garantia da continuidade e da melhoria das ações de controle dos programas de vigilância já implantados e inclusão de novos agravos e doenças.

Ações:

Ampliar o elenco de doenças e agravos sob vigilância, de acordo com o perfil de saúde local.

Incluir a participação de epidemiologistas no monitoramento de diversos problemas de saúde.

Integrar as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, com base no enfoque de risco.

Ponto crítico:

3.2. Dificuldade de definir e implantar sistemas de monitoramento dos fatores de risco, no nível local.

Proposição:

Fomento à criação e implantação de sistemas de monitoramento.

Ações:

Identificar formas inovadoras de abordar as populações de maior risco de adoecer e morrer, utilizando técnicas de consenso, evento-sentinela, diagnósticos rápidos, geoprocessamento etc.

Capacitar os profissionais no uso dessas novas abordagens.

Ponto crítico:

3.3. Acumulação excessiva de dados relativos à ocorrência dos eventos, sem preocupação com a qualidade, a análise e o uso efetivo das informações.

Proposição:

Estímulo ao uso racional dos dados produzidos pelos programas de vigilância e monitoramento.

Ações:

Otimizar a etapa de coleta de dados, padronizando conceitos, de forma a garantir comparabilidade e agregação para a análise e para a tomada de decisões.

Avaliar a qualidade dos sistemas de vigilância regionais e locais, considerando os critérios de simplicidade, oportunidade, representatividade e confiabilidade das informações obtidas.

Facilitar a utilização da informática no processamento e análise dos dados, promovendo treinamentos em computação.

Estimular a manutenção dos instrumentos de divulgação existentes, bem como a criação de novos instrumentos.

Ponto crítico:

3.4. Insuficiência de recursos e de articulação gerencial, entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema de saúde, nas ações de vigilância epidemiológica.

Proposição:

Promoção de formas de articulação e apoio institucional aos programas de vigilância.

Ações:

Definir formas de financiamento para as atividades de rotina de vigilância epidemiológica e dos seus procedimentos.

Incorporar o conceito ampliado de vigilância epidemiológica, evitando a compartimentalização entre os programas de vigilância e monitoramento.

Construir propostas de descentralização compatíveis com as funções dos vários níveis hierárquicos do sistema e com as características epidemiológicas das doenças e agravos considerados.

Avaliação dos Serviços de Saúde

Problema 4: Insuficiência de estudos epidemiológicos que permitam avaliar a necessidade, adequação e efetividade dos serviços prestados.

Ponto crítico:

4.1. Desconhecimento do grau de implantação, em termos quantitativos e qualitativos, das ações programáticas nos serviços de saúde.

Proposição:

Realização, no nível local e regional, de análise da implantação dos programas e sua correlação com indicadores de impacto.

Ação:

Estudos locais e regionais relativos à implantação e acompanhamento dos programas.

Ponto crítico:

4.2. Dificuldades de obtenção de informações relativas aos serviços de saúde que permitam aquilatar seu funcionamento e o atendimento

às necessidades de saúde, visto que as informações disponíveis geralmente são de caráter contábil.

Proposição:

Desenvolvimento de formas de obtenção de informações que permitam avaliar a disponibilidade quantitativa e os aspectos qualitativos da assistência prestada.

Ações:

Estabelecer projetos de credenciamento hospitalar, visando a definição de incentivos institucionais baseados na garantia de qualidade, e não apenas na produtividade.

Definir critérios de qualidade para as ações preventivas, a classificação diagnóstica e os procedimentos terapêuticos essenciais, em nível ambulatorial e hospitalar.

Realizar estudos para validação das estatísticas utilizadas pelos serviços visando a melhoria e a comparabilidade dos dados produzidos.

Ponto crítico:

4.3. Insuficiente utilização das técnicas e estratégias de monitoramento de processo na execução das ações programáticas, nos diferentes níveis hierárquicos do sistema.

Proposição:

Estímulo ao monitoramento dos processos como etapa imprescindível para a avaliação dos serviços.

Ações:

Realizar cursos e divulgação dos conhecimentos disponíveis.

Promover a articulação institucional entre as áreas responsáveis pela avaliação.

Ponto crítico:

4.4. Desarticulação entre os diferentes níveis de atenção e instituições locais, dificultando a possibilidade de se avaliar produtos e impacto das

intervenções.

Proposição:

Busca de formas de superação dessa desarticulação.

Ações:

Efetuar análises integradas dos dados produzidos no nível local e regional.

Articular, nas análises epidemiológicas, informações extra-setoriais que tenham repercussão, direta ou indireta, nas condições de saúde e na organização dos serviços.

Ponto crítico:

4.5. Pequena inserção das instituições acadêmicas na pesquisa avaliativa da resolatividade das práticas assistenciais.

Proposição:

Fomento às pesquisas relativas à resolatividade dos serviços.

Ações:

Apoiar os núcleos de pesquisa interessados na avaliação dos programas de saúde.

Sistematizar e divulgar, periodicamente, bibliografia comentada da produção científica da área.

Ponto crítico:

4.6. Ausência de abordagem interdisciplinar e multidisciplinar para desenvolvimento de investigações nos sistemas e serviços de saúde.

Proposição:

Estímulo à abordagem multidisciplinar.

Ação:

Promover a formação de grupos de estudo e fóruns de discussão interdisciplinar, para a formação ou reciclagem de docentes e pesquisadores, com ênfase na discussão de modelos teórico-práticos aplicados ao estudo da eficácia organizacional e à avaliação de programas.