

## O Epidemiologista e os Serviços de Saúde Coletiva no Brasil

Luis David Castiel\*

*Apresenta-se uma análise da situação da prática da epidemiologia nos Serviços de Saúde Coletiva. São discutidos aspectos referentes à formação do epidemiologista e às limitações quanto à utilização mais ampla das técnicas epidemiológicas. Por fim, é utilizado um modelo explicativo do processo saúde-doença para orientar a atuação do epidemiologista.*

### O PANORAMA

Para abordar-se a situação dos epidemiologistas nos Serviços de Saúde Coletiva cabem três indagações preliminares, todas interligadas:

- 1) Faz-se que *epidemiologia* nos Serviços de Saúde?;
- 2) Qual é a qualidade dessa epidemiologia, ou seja em que medida atinge seus propósitos?;
- 3) Quais são os possíveis fatores determinantes das questões anteriores, isto é *por que* a *epidemiologia* feita possui tal qualidade?

Para buscar encaminhamentos a tais indagações, temos de partir de alguma definição de epidemiologia. A Associação Internacional de Epidemiologia produziu no seu Dicionário de Epidemiologia uma definição que parece servir ao nosso intento: *O estudo da distribuição e dos determinantes dos estados relacionados à saúde e eventos em populações, e aplicação deste estudo para o controle dos problemas de Saúde* (2). Nela está incluída a conhecida divisão entre epidemiologia *descritiva* e *analítica*. Mas, também, a idéia da aplicação destes conhecimentos no *controle dos problemas de Saúde* que ocorrem nas populações. Sob este ângulo, é possível perceber que a epidemiologia desenvolvida nos nossos Serviços de Saúde tende, em geral, a concentrar-se, em especial, na coleta, registro, consolidação, análise e divulgação de dados sobre a ocorrência de doenças transmissíveis assim como na organização e consecução de campanhas de vacinação. A investigação de casos suspeitos de doenças transmissíveis não costuma ser uma prática constante.

Via de regra, não se utiliza o instrumental epidemiológico para determinações mais apuradas que sir-

\* Professor assistente da ENSP/ FIOCRUZ

vam ao planejamento de ações de saúde. Por exemplo: a utilização do Enfoque de Risco, ou então técnicas de avaliação de serviços e programas de saúde.

Neste momento, vale a pena Jeter-se na precária qualidade das informações empregadas na Vigilância Epidemiológica. Sabe-se que o sub-registro é considerável para todas as doenças sob vigilância e, além disso, não se conhece o grau de confiabilidade dos dados obtidos. Em geral, pode-se pensar que a vigilância epidemiológica dedica-se basicamente à tentativa de monitoração, através de dados precários, da situação de morbi-mortalidade por doenças transmissíveis. Ou seja, tenta-se implementar medidas de controle (que, com exceção das campanhas de vacinação, não costumam ser avaliadas em sua efetividade), sem que haja um conhecimento mais preciso da distribuição das doenças. Isto é até compreensível, pois não se necessitam de dados *apurados* (no sentido de apuro) para se ter noção do atual panorama epidemiológico das populações: ocorrência considerável de doenças infecto-contagiosas agudas e crônicas, com o recrudescimento de doenças endêmicas e o ressurgimento de doenças que não ocorriam no nosso meio ou que se tornam epidêmicas em função de catástrofes (dengue, leptospirose). Assim, *tudo é tão prioritário*, que qualquer que seja o ponto de abordagem, acaba-se *acertando* em algo que mereça atenção.

Esta configuração reflete o padrão com que são tratados os serviços públicos para as áreas consideradas *sociais*: carência de recursos, limitações organizacionais, despreparo técnico e inexistência de uma política de saúde consistente o suficiente a ponto de ser efetivada. Se encararmos retrospectivamente o resultado dos planos e propostas da última década, temos: o PIASS, o PREV-Saúde, o plano do CONASP até chegar-se à VIII Conferência de Saúde. Percebe-se que a tendência das propostas é ficarem reduzidas ao nível das intenções, numa retórica esvaziada, sem atingir graus mínimos de implantação. Cabe, então, perguntar, qual seria a possibilidade da *Reforma Sanitária/SUDS* vingar?

É evidente que existem diferenças conjunturais em relação à época dos planos anteriores. Mas, o atual quadro político-econômico geral e, em especial, os rumos do Setor Saúde são de difícil prognóstico. Mesmo com as propostas incluídas na nova Constituição, não há sinais sugestivos de que a Reforma Sanitária se estabeleça de modo efetivo e satisfatório.

Se prevalecer o *modelo* que vem sendo empregado nos últimos anos, o planejamento das ações de saúde vai prosseguir prescindindo de informações mais precisas e elaboradas. Se assim for, os recursos do Setor Saúde continuarão a ser dimensionados e alocados aos

serviços e programas sem deter-se no que se refere ao perfil de morbi-mortalidade da população. Desta forma, não haveria necessidade de melhorar as condições para se atingir maior qualidade da informação. Isto implicaria uma maior inversão de recursos e a modificação da racionalidade dos processos decisórios. Diante da severa crise econômica (com um considerável déficit público) e da insegura perspectiva que um projeto político com ênfase *social* tem de se estabelecer, parece haver pouca possibilidade de mudanças substantivas. Assim, as propostas de maior ênfase nas atividades que busquem a determinação das necessidades em saúde das populações devem continuar dando lugar ao planejamento baseado na oferta (precária) de serviços e programas de saúde.

### A FORMAÇÃO E A SITUAÇÃO ATUAL DOS EPIDEMIOLOGISTAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Se aproveitarmos a definição de epidemiologia, apresentada no início deste texto, o epidemiologista será um profissional que estuda a ocorrência da doença ou outras condições ou eventos relacionados à saúde em populações delimitadas. Inclui-se, também, entre as tarefas do epidemiologista, o controle das doenças nas populações (2). Em geral para intitular-se *epidemiologista*, deve-se ter freqüentado algum curso de especialização em Saúde Pública e estar localizado em serviços de controle de doenças do setor público ou, então, em departamentos de instituições acadêmicas (após ter-se obtido titulações em cursos de pós-graduação). São estas instituições que costumam dedicar-se ao treinamento e capacitação de técnicos para atuarem nos serviços de controle de doenças. No entanto, qual seria o alcance e efetividade deste treinamento, uma vez que a epidemiologia desenvolvida nos serviços de saúde sofre considerável grau de limitações (recursos, organizacionais, político-administrativas)? Assumi-se, em passado recente, que a função primordial da *academia* seria a de estimular a *postura crítica* dos epidemiologistas em relação aos determinantes político-ideológicos da situação de saúde e da estrutura dos serviços. Parece que esta ênfase estaria sendo modificada. No entanto, diante do complexo quadro descrito anteriormente, qual deve ser, então, a proposta conseqüente de formação de epidemiologistas para os Serviços de Saúde? O aparente efeito da ênfase na *postura crítica* pode ser observado pelo desempenho de técnicos treinados sob esta ótica que se inseriram nos serviços. A impressão que se dispõe é que, em geral, parece haver um descompasso entre o preparo instrumental (que, a bem da verdade, não seria imprescindível para o desempenho das atividades *rotineiras*

dos serviços) e a *aguçada* percepção dos determinantes do processo saúde-doença. Esta aparente distorção viria a indicar tanto as limitações dos serviços como a inadequação da formação de profissionais para *esses serviços*, para os quais não se requer treinamentos elaborados — não há *necessidade* de se dominar conteúdos envolvendo estudos analíticos, inquéritos, estudos avaliativos, nem o conhecimento de instrumental estatístico — probabilidades, testes de hipótese... Tais conteúdos estão *dissociados* da *prática* dos serviços, ou melhor dizendo, a *prática* está dissociada da necessidade de se utilizar instrumentos que abordem, com maior efetividade, os problemas de saúde da população.

Além disso, cabe acrescentar mais um aspecto importante a este quadro: o epidemiologista nos Serviços de Saúde é um *funcionário público*. Isto significa baixos salários e a conseqüente insatisfação, conduzindo, por vezes a uma postura cínica compartilhada por dirigentes e funcionários e que pode ser resumida na proposta: *Vocês fingem que me pagam e eu finjo que trabalho*, com danosos efeitos em termos de comprometimento e desempenho. Daí, ter-se a idéia generalizada da forma parasitária com que são encarados os servidores públicos. É claro que, dentre as razões para esta situação, encontra-se o empreguismo que orienta as contratações do funcionalismo público. Desde há muito tempo, sabe-se que o setor público sofre os efeitos perversos da *política* clientelista, onde os serviços costumam servir de cabides de emprego, fonte de benesses e nepotismo. Com isso, os serviços tendem a apresentar excesso de pessoal, em geral despreparado e desmotivado para o trabalho.

Por outro lado, ser *funcionário público* significa estar sujeito às contingências geradas pelo funcionamento da *máquina administrativa*. Neste caso, nota-se que os efeitos dos confrontos político-partidários interferem num grau além do desejável. Emperramentos gerenciais e administrativos podem ser atribuídos a conflitos entre membros de agremiações partidárias rivais. Além disso, ao sabor das mudanças de governo, têm-se modificações nos quadros dirigentes, provocando dificuldades quanto à continuidade no gerenciamento de serviços e programas.

Em geral, os grupos que ocupam o poder estadual empenham-se em sustentar suas posições (e cargos) sempre passíveis de ameaça diante das iminentes tribulações das configurações políticas estaduais. Desta forma, é possível que, para manter suas posições (e cargos), o atendimento das necessidades e demandas sociais das populações seja negligenciado. Evitam-se enfrentamentos de forças e interesses que tragam desgaste político.

Esta situação traz flagrantes limitações aos serviços. Não se consegue estabelecer e implementar qualquer política de saúde que não seja a de permanecer *no status quo*. O que significa continuar numa proposta de atenção precária à saúde, pois é considerável o poder inercial do quadro existente.

## A SAÍDA?

É evidente que não se ambiciona trazer soluções para problemas estruturais da organização político-administrativa das instituições de saúde. Mas, é preciso ter em mente que tais problemas interferem substancialmente na prática dentro de cada setor e departamento das Secretarias de Saúde.

Dentro do contexto descrito, é difícil uma proposta de mudança amplamente satisfatória. O que se pode fazer é, diante deste quadro, sugerir um encaminhamento mais realista e que não negligencie os fatores *complicadores*.

Uma possibilidade é utilizar o modelo de explicação do processo saúde-doença sugerido por Castellanos como referência. Apesar de críticas quanto aos critérios de definição dos níveis, é possível utilizá-lo para identificar as formas de atuação do epidemiologista conforme a dimensão correspondente. Em linhas gerais, este autor utiliza três categorias de explicação:

A SINGULAR: que ocorre entre indivíduos ou entre agrupações de população; a PARTICULAR: que sucede entre grupos sociais numa mesma sociedade e num mesmo momento dado; e a GERAL: que corresponde à sociedade em geral. Para os propósitos deste texto, vamos focar os dois primeiros níveis:

No espaço SINGULAR, o autor indica como sendo a "EPIDEMIOLOGIA DO QUÊ": *Os problemas de saúde-doença nesta categoria aparecem como variações entre indivíduos ou atributos individuais; e a forma habitual de definição dos mesmos é a frequência e a gravidade de uma patologia ou acidente em particular, entre pessoas com determinados atributos de tempo, espaço ou características biológicas ou sociais individuais*(1). As Leis e princípios utilizados pela Epidemiologia neste nível relacionam-se com variações de agentes, hospedeiros e dos riscos. Conforme o citado autor, é neste espaço que *se localiza a maior parte dos desenvolvimentos teórico-metodológicos e técnicos da epidemiologia para estudar epidemias, para avaliar fatores de risco, para a vigilância de problemas específicos e para a avaliação de tecnologias* (1).

No espaço do PARTICULAR, teríamos a "EPI-DEMILOGIA DE QUEM". Ou seja *Os problemas aparecem definidos como variações do perfil de saúde-doença ao nível de grupos da população. A explicação*

*ênfatisa nos processos de reprodução social das condições objetivas de existência (qualidade de vida) de cada grupo, e nas leis e princípios que regem as acumulações, as formas como se organizam os diferentes momentos de tal processo (...). Abordar os problemas de saúde a este nível permite identificar as acumulações que produzem o perfil de saúde-doença de cada grupo (1). Permite ainda identificar as ações a nível biológico (...), ecológico (...), das formas de consciência e conduta (...) e a nível das relações econômicas que temos possibilidade de modificar (...)*(1). As ações de saúde neste nível tendem a dirigir-se para planos e programas de saúde por grupos da população (...) (1). Fica claro, que, neste nível, a atuação dos serviços de saúde fica obstaculizada pelos determinantes sociais da doença — pela própria forma *patogênica* como a formação sócio-econômica se organiza e articula os serviços para lidar com as *patologias* originadas pela própria estrutura dessa formação sócio-econômica. De qualquer modo, esta abordagem dá oportunidade de se avaliar o alcance das ações definidas no nível singular e conceber práticas de atuação para modificar as condições de existência dos grupos excluídos do processo político-social. Enfim, alterar as relações de poder no interior da estrutura social.

Mas, deve ser enfatizado que o enfoque PARTICULAR da epidemiologia não exclui absolutamente a dimensão SINGULAR. Desta forma, na formação de epidemiologistas, há necessidade do domínio do instrumental epidemiológico para a atuação conseqüente no nível SINGULAR, ao mesmo tempo que, conforme a *imagem-objetivo* da organização social que se almeja atingir, agir politicamente para que a proposta da epidemiologia no nível PARTICULAR possa ser implantada.

Em suma, é preciso não negligenciar a competência instrumental ao se abordar os sérios problemas epidemiológicos da nossa realidade. As limitações impostas pela estrutura dos serviços e pela atual racionalidade do planejamento das ações de saúde e alocação de recursos significa que o papel da epidemiologia está sendo, basicamente, o de executar um acompanhamento grosseiro da morbi-mortalidade por doenças infecto-contagiosas. Possivelmente, para detectar situações que se tornem absolutamente graves e somente assim dignas de atenção e, portanto, merecedoras de recursos adicionais.

Porém, os epidemiologistas vinculados aos serviços não podem se limitar a dominar apenas conteúdos epidemiológicos e estatísticos restritos. Com um melhor preparo instrumental, teriam maiores condições de indicar as falhas deste modelo e apontar para enca-

minhamentos mais realistas para a superação de tais falhas no nível SINGULAR.

É evidente a necessidade concomitante de não descurar das questões na categoria PARTICULAR. Mas, para isto é preciso discenir as formas e os níveis de atuação dentro e fora do setor saúde, na busca de viabilização de propostas de intervenção em determinantes estruturais do processo saúde/doença. Desta forma, é necessário:

- 1) o entendimento de fatores localizados em níveis de organização distintos — sejam conjunturais, sejam estruturais.
- 2) as vias de acesso disponíveis a tais fatores;
- 3) caso existam tais vias, as possíveis formas de abordá-las. Neste processo, o domínio do instrumental epidemiológico vai permitir especificar tanto o alcance e a efetividade das propostas de intervenção na situação de saúde como os níveis de atuação onde devem ser concentrados os esforços para modificações desta realidade.

*The paper analyses the current epidemiological practices and procedures adopted in Brazilian public health services. Selected topics, as the training of epidemiologists and the adverse conditions that prevent a wider utilization of sound epidemiological techniques are discussed. A model illustrating the health-disease process is offered, as an aid to epidemiologists.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTELLANOS, P. *Sobre el concepto de Salud — Enfermedad: un punto de vista epidemiológico*. Documento apresentado no V Congreso Mundial de Medicina Social Medellín, Colombia, Julio, 1987.
2. LAST, J. (ed) *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press. London, 1983.