



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Silva Paim, Jairnilson

Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão  
do SUS

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 557-567

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS

Epidemiology and planning: the recomposition of the epidemiological practices in management of SUS

Jairnilson Silva Paim<sup>1</sup>

**Abstract** *This paper has the aims of synthesizing some of the approaches related with the use of epidemiology in health services, of describing some proposals and of discussing the feasibility and obstacles for structuring epidemiological practices inside Unified Brazilian Health System (SUS). The essay describes some aspects of the epidemiology's crisis and analysis some constraints to the use of epidemiological knowledge in health services management. The main achievements and turn backs related to that issue, during the SUS implementation processes, are identified. Finally, some proposals related to the development of a counter hegemonic epidemiology are discussed looking forward the creation of a new public health practice based on planning and management of a effective, democratic, human and equitable health system.*

**Key words** *Epidemiology, Health services, Planning*

**Resumo** *Com os objetivos de sistematizar os esforços para a utilização da epidemiologia nos serviços de saúde, descrever algumas propostas construídas no Brasil e discutir obstáculos e possibilidades de recomposição das práticas epidemiológicas no Sistema Único de Saúde (SUS), o ensaio apresenta elementos da crise da epidemiologia e analisa certos constrangimentos impostos ao desenvolvimento da racionalidade técnico-sanitária e à incorporação tecnológica do saber epidemiológico na gestão em saúde. São identificados avanços e recuos desses processos durante a implementação do SUS e apresentadas algumas proposições para a construção coletiva de uma epidemiologia contra-hegemônica que contribua na constituição de sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária que aposte na planificação e gestão de um sistema de saúde efetivo, democrático, humanizado e equânime.*

**Palavras-chave** *Planejamento e gestão em saúde, Prática epidemiológica, Epidemiologia em serviços de saúde*

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Rua Padre Feijó 29, 4º andar. Campus Canela 40210-070, Salvador BA. jairnil@canudos.ufba.br

## Introdução

Há quase meio século tem-se apontado para os usos da epidemiologia na descrição da doença na comunidade, na identificação de grupos vulneráveis e na avaliação de serviços e programas de saúde (Morris, 1975). No entanto, a constituição da epidemiologia como disciplina científica e a reflexão epistemológica sobre a mesma seguiram, por algum tempo, os seus próprios caminhos, sem um vínculo mais consistente com a organização social dos serviços de saúde, dada a relativa autonomia dos campos científicos.

A ênfase nos estudos etiológicos, no desenvolvimento metodológico e mesmo na formalização da disciplina (Barata, 1998) distanciava, de certo modo, muitos dos epidemiologistas de um pensamento e ação sobre os serviços de saúde. A hegemonia das universidades norte-americanas e dos centros de epidemiologia dos Estados Unidos, a exemplo dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1992), na formação de epidemiologistas do mundo inteiro e, particularmente, dos países dependentes, reforçava tal situação. Os serviços de saúde, por sua vez, muito mais orientados sob a lógica do mercado do que a das necessidades de saúde pareciam não ver a epidemiologia como uma ferramenta necessária para o seu desenvolvimento.

Evidentemente que muitos países do “socialismo real” e aqueles capitalistas que realizaram profundas modificações na organização dos serviços de saúde – como o Reino Unido, com a implantação do National Health Services a partir de 1948, e o Canadá, desde o Relatório Lalonde em 1974 – exploraram de forma mais ampla as potencialidades científicas e tecnológicas da epidemiologia na gestão de sistemas de serviços de saúde (Paim, 2002).

A identificação desse *gap* entre as possibilidades das práticas epidemiológicas e a sua utilização pelos serviços da saúde para além do controle de doenças transmissíveis ou da vigilância epidemiológica estimulou a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS) a apoiarem um conjunto de iniciativas visando à incorporação e à utilização desse saber no âmbito dos sistemas de saúde (OPS, 1984; 1988; 1991).

O presente artigo tem como objetivos sistematizar os esforços visando à utilização da epidemiologia pelos serviços de saúde na

América Latina nas últimas décadas, descrever algumas das propostas construídas no Brasil e discutir certos obstáculos e possibilidades de recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

## O papel da epidemiologia nos serviços e sistemas de saúde

Nas duas últimas décadas a Organização Pan-Americana de Saúde tem demonstrado uma preocupação com processos de mudança nos procedimentos técnicos de prestação dos serviços, no uso das tecnologias disponíveis, na integração dos conhecimentos, nas formas de utilização dos recursos e nos modos de concretizar a participação social (OPS, 1984; 1988; 1991; Tigre *et al.*, 1990).

Ao propugnar por ações integradas de saúde, esse organismo internacional ratificava o princípio da integralidade adotado pelo movimento sanitário brasileiro desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e incluído como diretriz no capítulo saúde da Constituição de 1988. Recomendava, assim, um enfoque global das ações agrupadas de acordo com o conjunto de problemas da população, sendo executadas de forma integral, evitando-se os agrupamentos por patologias e programas isolados. Ademais, defendia um serviço de saúde organizado para produzir mudança no perfil epidemiológico com relação aos problemas de saúde (riscos e danos), coletivos e individuais.

Parte dessa discussão se expressou no desenvolvimento da proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) e na reflexão e crítica aos modelos de prestação de serviços de saúde ou modelos de atenção possibilitadas pela concepção e implantação dos distritos sanitários, como modos de reorganização das práticas de saúde (Paim, 1993).

Ao se discutir o uso da epidemiologia nos sistemas e serviços de saúde, é comum ressaltar o papel da disciplina na produção de conhecimentos para a tomada de decisões no que se refere à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos (Tigre *et al.*, 1990). Nesse particular, identificam-se os seguintes campos de ação para a disciplina no âmbito dos serviços de saúde: a) estudos da situação de saúde em di-

ferentes grupos da população, seus determinantes e tendências; b) vigilância epidemiológica de doenças e de outros problemas de saúde; c) investigação causal e explicativa sobre problemas prioritários de saúde; d) avaliação do impacto em saúde dos serviços, de tecnologias e de outras ações.

Refletindo sobre os processos de tomada de decisões em saúde e, particularmente, sobre a aproximação entre epidemiologia e gestão, Dussault (1995) enumera as seguintes possibilidades de utilização: a) nas políticas públicas de saúde, apoiando a definição de prioridades, objetivos e estratégias; b) na configuração dos serviços, especialmente na descentralização e integração dos serviços nos programas; c) nas práticas dos profissionais, sobretudo na avaliação da eficiência e eficácia; d) nas práticas de gestão; e) nas prioridades de investigação.

Após extensa revisão da literatura sobre limites e possibilidades do “enfoque epidemiológico”, Teixeira (1996) destaca o grande dinamismo da produção científica da área no Brasil e a contribuição da epidemiologia ao desenvolvimento teórico-metodológico do planejamento de saúde. Considera que a reorientação da gestão, do financiamento, da organização e do modelo assistencial do sistema de serviços de saúde constituem processos que *não podem prescindir da epidemiologia, enquanto saber científico e prática instrumental que confere especificidade aos objetos de conhecimento e de intervenção no âmbito da saúde em sua dimensão populacional, isto é coletiva* (Teixeira, 1999). Nesse particular, enumera os seguintes usos da epidemiologia: a) no processo de formulação de políticas; b) na definição de critérios para a repartição de recursos; c) na elaboração de diagnósticos e análises de situação de saúde; d) na elaboração de planos e programas; e) na organização de ações e serviços; f) na avaliação de sistemas, políticas, programas e serviços de saúde. Ao discutir os limites e as possibilidades de desenvolvimento do “enfoque epidemiológico” no processo de reorientação da gestão e da organização social das práticas de saúde, a autora dedica uma reflexão especial para o papel da epidemiologia na própria definição do *objeto* do planejamento de saúde.

### **Redefinições no estudo da gestão em saúde e tendências contemporâneas**

### **da epidemiologia**

Para a discussão deste tópico faz-se necessário refletir sobre questões referentes à gestão de sistemas e serviços de saúde, e visitar, ainda que brevemente, alguns elementos da chamada “crise da epidemiologia” e certas propostas de superação.

### **Redefinições da gestão**

Embora sem uma consistente elaboração teórica, consubstanciada em investigações concretas, é freqüente vincular a epidemiologia à gestão como se fora algo natural e racional. Assim, prescrevem-se recomendações para a sua utilização no processo decisório como se a incorporação tecnológica pudesse ser efetivada num campo neutro ou inteiramente receptivo face à racionalidade e aos benefícios desse saber.

No entanto, a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de *administração estratégica* (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas.

Uma via de aproximação a essa temática desenvolvida no Brasil tem sido o recurso ao conceito de *práticas de saúde*, elaborado pioneiramente por Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (Donnangelo, 1976; Mendes-Gonçalves, 1994). Essa via tende a produzir reflexões e análises sobre planificação e gestão que não se limitam a pensar *objetos-meio* (recursos financeiros, materiais, “informacionais”, de poder, etc.), isoladamente, mas suas articulações com *objetos-fim* (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado, etc.) em uma totalidade social.

Desse modo, a formulação da *teoria do processo de trabalho em saúde* possibilitou uma reflexão sobre o objeto, os meios de trabalho, as atividades e os agentes (agentes-su-

jeitos ou sujeitos/agentes). Além disso, ao investigar as relações técnicas e sociais sob as quais se realiza o trabalho em saúde, o método histórico-estrutural permite o estudo das organizações, da distribuição do poder nas instituições e do processo decisório para a implementação de políticas (Paim, 2002). Essa linha de estudos tem realizado, recentemente, abordagens mais processuais das organizações, trazendo a interatividade e a comunicação dos sujeitos como objetos de reflexão, deslocando a ênfase da administração das coisas e para a condução de processos político-institucionais e de trabalho em saúde. Converte, desse modo, com a gestão estratégica na qual a “administração da incerteza” centra-se na condução de processos coletivos de trabalho (Mota, 1992), valorizando a construção de consensos.

Assim, a gestão não se reduz à *ação instrumental* sobre o mundo objetivo (Rivera, 1995). Pode ser considerada analiticamente em uma dupla dimensão de ação social: *ação estratégica* dirigida a fins, com a criação de consenso ativo entre dirigentes e dirigidos, e *ação comunicativa* voltada para o entendimento e para as trocas intersubjetivas na constituição de novos sujeitos das práticas institucionais de saúde. Nesse caso, cabe ressaltar a natureza ético-política da gestão em saúde, como resposta a necessidades humanas e, simultaneamente, formas de sociabilidade (Paim, 1999). Ao se examinarem os sujeitos em ação e em comunicação nas organizações, é possível analisar a interação social, identificar as racionalidades presentes na gestão e valorizar a intersubjetividade na explicação de conflitos e na busca de entendimento. O saber epidemiológico, nessa perspectiva, comporia parte da racionalidade técnico-sanitária presente na explicação da situação de saúde (Teixeira, 1999) e compete, no processo decisório das instituições de saúde, com outras racionalidades igualmente importantes: política, médico-assistencial, econômica e burocrática (Paim, 2002).

É possível que o recurso aos conceitos de tecnologias leves, leves-duras e duras (Merhy, 1997) e a análise dessas racionalidades ajudem a compreender a incorporação da epidemiologia no planejamento e gestão em saúde. Assim, a partir de uma concepção de modelos assistenciais ou modos estruturados de intervenção em saúde que signifiquem combinações de tecnologias orientadas para o atendi-

mento de necessidades, poder-se-ia investigar o uso da epidemiologia para a apreensão da dimensão coletiva dos problemas de saúde.

Essas indicações fazem supor a pertinência de *estudos de incorporação tecnológica* e de inovação ou desenvolvimento institucional para examinar a epidemiologia nos serviços de saúde. Ou seja, não basta o acúmulo de um saber, a existência de uma tecnologia nem o reconhecimento de uma necessidade social para que a epidemiologia seja utilizada por uma organização. Agentes capacitados, recurso ao planejamento, influência na gestão, liderança, etc. podem ser variáveis a serem examinadas na análise das possibilidades de incorporação. Conceitos outros, compondo quadros teóricos distintos, poderiam apontar outras variáveis a serem contempladas em investigações sobre políticas, instituições e práticas de saúde (Paim, 2002).

Ao se analisarem possíveis relações entre epidemiologia, planejamento e gestão caberia examinar modos de articular as dimensões políticas com a técnico-científica nas intervenções em saúde, tal como se propõe na discussão dos modelos assistenciais (Paim, 1993; 2002). Além de uma “tecnologia de poder” ou de uma técnica que ajuda a dispor, arranjar e processar outras técnicas, bem como organizar e dirigir processos de trabalho, o planejamento pode ser um meio de auxiliar a interação entre os sujeitos no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde (Paim, 1999).

### **Tendências da epidemiologia**

No que se refere à epidemiologia faz-se necessário concebê-la, para fins de análise da sua utilização na gestão, como *disciplina científica* e como *meio de trabalho*.

Na primeira acepção trata-se de pensar o saber científico e os paradigmas em que se insere a ciência epidemiológica, o que remete para um trabalho teórico e para uma reflexão epistemológica. Assim, caberia problematizar a crise do paradigma dominante, a capacidade de formulação teórica, a ruptura dos compromissos históricos, a relação com a *práxis* e a capacidade explicativa (Barreto, 1998). Segundo esse autor, a “crise da epidemiologia” no que diz respeito ao desgaste da sua capacidade explicativa se expressa nas seguintes situações: a) as propostas de prevenção fator a fator são de difícil implementação

e apresentam uma “eficiência” limitada; b) a avaliação de tecnologias não oferece um quadro completo dos efeitos previstos e imprevisíveis quando são utilizadas como parte de programas complexos de intervenção em saúde; c) a capacidade de previsão dos efeitos dos programas e ações geralmente é baixa, independentemente das boas intenções e da consistência dos conhecimentos disponíveis; d) parecem esgotadas as possibilidades de gerar novos conhecimentos acerca de fatores de risco com forças associativas elevadas ou com alto grau de especificidade em relação aos seus efeitos.

Consequentemente, mesmo epidemiologistas comprometidos com a melhoria dos serviços de saúde, como o referido autor, ainda são reticentes quanto às possibilidades da disciplina no interior do sistema de serviços de saúde. Todavia, a pujança dos vários congressos brasileiros de epidemiologia e de saúde coletiva no Brasil parece indicar o contrário, quando se destacam as suas contribuições no estudo das desigualdades, na planificação, gestão e avaliação das intervenções em saúde (Teixeira, 1996).

Pensar a epidemiologia como *meio de trabalho* significa concebê-la como tecnologia, ou seja, ferramenta de gestão. Assim, a epidemiologia, como saber tecnológico, pode ser investigada na sua aplicação como instrumento para a formulação de políticas, para a planificação e para avaliação em saúde (Schraiber *et al.*, 1999). Nessa perspectiva, poder-se-ia examinar a sua utilização na análise da situação de saúde (investigando o modo e as condições de vida dos grupos sociais que se inserem e se movimentam no espaço urbano), no desenvolvimento de tecnologias, na elaboração e teste de modelos assistenciais. O saber epidemiológico, como tecnologia não material, poderia ser utilizado na organização de processos de trabalho, de serviços e de sistemas de saúde, bem como na planificação, gestão, vigilância e avaliação em saúde (Paim, 1999).

### **Epidemiologia e gestão: alguns desafios**

Na perspectiva da saúde coletiva, entre os desafios da epidemiologia estão o estudo das desigualdades em saúde; o desenvolvimento de um pensamento sobre ambiente, qualidade de vida, conceito e medidas de saúde; a pesquisa sobre avaliação, seleção de tecnologias e

intervenções em saúde (Barreto, 1998).

No âmbito do planejamento e da gestão, caberia retomar propostas de diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico (Testa, 1992), assumindo o poder como categoria central de análise e identificando como seus objetos os serviços, organizações e sistemas, além de necessidades/problemas de saúde (Teixeira, 1999). Esse objeto de trabalho poderia ser delimitado, portanto como a *relação* entre os problemas de saúde e as respostas sociais aos mesmos (Sá, 1993), o que significa pensar o planejamento e a gestão na sua articulação com as instâncias política, econômica e ideológica que compõem a estrutura social. Eis, portanto, um dos grandes desafios para o planejamento e a gestão em saúde:

*Articular em seu interior como prática social, tanto a explicação dos problemas de saúde dos distintos grupos populacionais na perspectiva apontada pela “epidemiologia crítica”, enfatizando as relações entre os problemas de saúde, as condições de vida e seus determinantes histórico-estruturais, quanto a compreensão das representações sociais acerca da saúde-doença e atenção à saúde dos diversos grupos, o que indica a necessidade de um planejamento participativo, em que os especialistas e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas* (Teixeira, 1999).

### **A epidemiologia no Sistema Único de Saúde**

A preocupação com a melhoria dos serviços do SUS e com a efetividade das intervenções sobre a situação de saúde tem motivado alguns autores a indagar sobre a incorporação da epidemiologia nas organizações de saúde em diferentes níveis do sistema de serviços de saúde e, especialmente, a sua utilização nas práticas de saúde (Schraiber, 1990; Paim, 1993; Teixeira, 1999; Drumond, 2001).

Ainda que a Constituição da República e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), complementada pela lei 8.142/4, indicassem muitos caminhos para a incorporação da epidemiologia no planejamento e gestão do SUS, elementos de inércia burocrática da saúde pública institucionalizada juntamente com a lógica *inampsiana* que dirigia o modelo médico assistencial privatista dificultavam o desenvolvimento das práticas epidemiológicas.

### A epidemiologia na implantação do SUS

No início da década de 1990, a epidemiologia era confinada, no nível federal, à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), instituída nos primeiros dias do Governo Collor, reunindo a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). A criação do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), apesar de saudada por muitos epidemiologistas brasileiros e não obstante certos esforços dos seus primeiros dirigentes no sentido de disseminar o saber epidemiológico entre as instituições de saúde (Teixeira, 1999), não reduziu a perspectiva de confinamento. No nível estadual, concentrava-se, por sua vez, nas ações de vigilância epidemiológica, sobretudo mediante os programas de imunização e controle de doenças implementados pelas estruturas próprias das secretarias de saúde, reforçando a dicotomia com as Coordenações Regionais da Funasa. E no âmbito municipal, a epidemiologia tendia a ser residual, graças à própria insignificância que a lei 6.259/75 reservava para o município no então Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, além da fragilidade institucional das secretarias municipais de saúde. Portanto, os esforços para o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão naquele período limitavam-se às proposições dos Planos Diretores de Epidemiologia (Drumond Jr., 2001) e às tentativas locais de desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos, com o apoio de universidades e de organismos de cooperação técnica (Teixeira, 2002).

Mesmo assim, em seminário realizado pelo Cenepi, baseado em documento propondo a reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do SUS (Paim & Teixeira, 1992), considerou-se que era *necessário romper a dicotomia tradicional entre vigilância e assistência, possível a partir do aprofundamento da discussão das propostas de Vigilância à Saúde e pela incorporação das ações de vigilância em todas as unidades de atenção à saúde, inclusive hospitais* (Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, 1992).

Alguns elementos dessa mudança sobre os procedimentos técnicos, o uso de tecnologias e a integração de conhecimentos configuram, no caso brasileiro, o debate em torno dos mo-

delos assistenciais iniciado nos anos 80 e disseminado na década de 1990. Já as mudanças nas formas de utilização dos recursos e de participação social tiveram proeminência com a edição da lei 8.142/90 e, especialmente, com a vigência das NOB/93 e NOB/96 (Brasil, 1993; 1996). Ao se examinar o contexto nacional, podem ser identificados componentes do arcabouço legal e normativo do SUS permeáveis à utilização da epidemiologia bem como certas relações desse saber com o planejamento e com os chamados modelos tecnoassistenciais.

### Epidemiologia e descentralização

A NOB/93, apesar de contribuir para o avanço da municipalização das ações e serviços de saúde, praticamente não contou com o participação das instâncias responsáveis pela epidemiologia no SUS, de modo que as suas orientações técnico-administrativas deixam grandes vazios para o uso do saber epidemiológico como ferramenta de gestão. A adoção simultânea de políticas econômicas de ajuste estrutural, a implantação de propostas de Reforma do Estado, a restrição de recursos financeiros para o setor saúde e a opção por mecanismos de financiamento que privilegiavam a lógica do mercado transformavam o setor público em prestador de serviços e o planejamento em mero instrumento de captação de recursos. A gestão tendia a se concentrar em aspectos administrativos, reproduzindo um estilo que privilegia a *gerência contábil e o atendimento à demanda por serviços médico-ambulatoriais e hospitalares em detrimento das ações promocionais e de prevenção de agravos e danos à saúde coletiva, reforçando a iniquidade no acesso aos serviços e desigualdades das condições de vida e saúde da população* (Teixeira, 1999).

Assim, mesmo municípios sob a forma de gestão plena do sistema de saúde apresentaram resultados modestos no que se refere ao uso da epidemiologia e à reorganização das práticas de saúde (Heimann *et al.*, 1998), seja em relação à redefinição do objeto, dos meios de trabalho, do trabalho propriamente dito ou das relações técnicas e sociais sob as quais é realizado o trabalho.

Contudo, as possibilidades abertas com a implantação do SUS para a experimentação de modelos assistenciais; a produção teórica, epistemológica e metodológica sobre a epi-

miologia na América Latina; o conjunto de proposições políticas e técnicas contidas nos Planos Diretores para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil I (1990-1994), II (1995-1999) e III (2000-2004) elaborados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); e a implementação da política de municipalização das ações e serviços de saúde na última década compuseram um contexto no qual poderia favorecer a construção de uma “epidemiologia em serviços de saúde” (Drumond Jr, 2001). Nesse particular, as promessas do Cenepi mediante o Vigisus (Brasil, 1998) chegaram a mobilizar secretarias de saúde interessadas em implementar o modelo da Vigilância da Saúde (Teixeira, 2002).

Ao levantar as formas predominantes dos instrumentos e modos de fazer epidemiologia que têm sido utilizados nos serviços de saúde no Brasil (Drumond Jr., 2001), o autor revelou usos criativos e inovadores da epidemiologia em serviços de saúde do SUS fornecendo indicações que já permitem vislumbrar certa reorganização das práticas sanitárias. Assim, os projetos Nascer em Curitiba, Risco Evolutivo e Mãe Curitibana são bons exemplos dos modelos assistenciais correspondentes à oferta organizada (incluindo busca ativa), ao trabalho programático (ações programáticas de saúde) e à vigilância da saúde, implementados de forma complementar. Segundo o mencionado autor, *os modelos de planejamento, tecnoassistenciais e de organização dos serviços propostos no país, apesar de muitas identidades, têm visões diferenciadas sobre a ênfase e o uso da epidemiologia nos serviços de saúde* (Drumond Jr., 2001). Por conseguinte, uma das grandes contribuições desse estudo foi ressaltar as possibilidades e a criatividade de novos enfoques e temas realizando reflexões muito apropriadas sobre inovação institucional e incorporação tecnológica. Nessa oportunidade, o autor critica o diagnóstico normativo em saúde pelo seu caráter ritualista, formalista e irresponsável em relação à gestão e à reorientação dos modos de intervenção em saúde. Assinala que a pretensão onipotência da epidemiologia em definir necessidades e prioridades em saúde deve ser questionada e relativizada, ainda que possa ser considerada uma ferramenta de grande utilidade, até no diagnóstico estratégico de análise de situação de saúde. E assim o autor anuncia uma “epidemiologia do cotidiano e do atrevimento”.

### **Agenda de saúde e avaliação: uns passos adiante**

A partir da NOB/96 e, especialmente, com a expansão dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (-PACS/ PSF), favorecida pela adoção do Piso Assistencial Básico (PAB) em 1998, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Política de Saúde (SPS), vem introduzindo, progressivamente, certos dispositivos que tendem a valorizar a incorporação de práticas epidemiológicas na gestão do SUS, incluindo o apoio a estudos sobre avaliação de políticas e programas (Vieira da Silva *et al.*, 2002).

Nessa perspectiva, a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde dos Eixos Prioritários de Intervenção para o Ano 2001 ilustra um passo importante para o envolvimento de estados e municípios na Agenda Nacional de Saúde (Brasil, 2001). Entre as intervenções propostas destacam-se a redução da mortalidade infantil e materna e o controle de doenças e agravos prioritários, nos quais se incluem as “doenças da pobreza” (imunopreveníveis, transmitidas por vetores, diarreias, tuberculose, hanseníase, etc.), as doenças crônico-degenerativas (câncer, diabetes e hipertensão) e os chamados “novos desafios” (Aids e morbimortalidade por causas externas). As demais intervenções – 1) reorientação do modelo assistencial e descentralização; 2) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; 3) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e 4) qualificação do controle social – representam, também, espaços para o desenvolvimento de práticas epidemiológicas.

### **Conjuntura pós-XI Conferência Nacional de Saúde: os tortuosos caminhos do SUS**

No caso da recente Norma Operacional de Assistência à Saúde (Brasil, 2001), em que pese a ausência no debate público da XI Conferência Nacional de Saúde, os riscos de recentralização da política setorial, o privilégio da hierarquização da assistência médico-hospitalar sob a denominação de “regionalização da assistência à saúde”, bem como a ênfase na noção de economia de escala e a visão restrita de integralidade da atenção (centrada na demanda espontânea e reduzida à idéia de *continuidade* da assistência médica), caberia



aproveitar a oportunidade da sua implementação para introduzir o saber epidemiológico nos processos de gestão (Teixeira, 2002).

Assim, a criação de “módulos assistenciais” e de “sistemas microrregionais de saúde” poderá ensejar um debate que *venha a incorporar e articular práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, bem como a reorientação da assistência individual e coletiva* (Teixeira, 2002). Enfim, a incorporação da proposta de Vigilância da Saúde ao planejamento municipal e regional poderá constituir *uma alternativa de superação do viés economicista da Programação Pactuada Integrada – PPI, basicamente um instrumento de racionalização da oferta de serviços pelas unidades de saúde, que não problematiza o conteúdo das práticas que são realizadas nem a sua adequação às necessidades e problemas de saúde da população* (Teixeira, 2002). A partir das propostas da autora, poderiam ser destacadas a redefinição das ações programáticas de saúde no âmbito das unidades básicas, a reestruturação dos estabelecimentos de saúde para assegurar a oferta organizada e programada das ações e serviços e a formulação de políticas públicas que tomem como referências básicas a promoção e a proteção da saúde (cidades saudáveis, vigilância sanitária em defesa da saúde, ação intersetorial em saúde, *empowerment*, etc.).

A conjuntura em que a XI Conferência Nacional de Saúde defende o *compromisso dos governos com políticas públicas integradas, com articulação intersetorial, capazes de assegurar as condições necessárias à produção, promoção e preservação da saúde* é a mesma em que o Conselho Nacional de Saúde aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e o Ministério da Saúde, implementa o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Barros, 2002), avança no Programa de Saúde da Família (PSF) – um dos espaços institucionais que emprega a prática epidemiológica – e busca, atualmente, formular uma política de promoção da saúde e uma política nacional de ciência & tecnologia em saúde.

### **O agenciamento da epidemiologia: muitos passos atrás**

As iniciativas mencionadas, ao lado da formulação e implementação da NOAS, ocorrem *em um contexto marcado pela multiplicidade de eventos de*

*caráter político-institucional que configuram uma trama complexa de decisões acerca do processo de construção do SUS, nem sempre coerentes e articuladas* (Teixeira, 2002). A autora se refere nesse caso à proposta de criação da Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças (Apec), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, como “agência executiva”, subsidiária da chamada Reforma do Estado.

Na realidade, sob o manto aparente de Reforma do Estado e de modernização da burocracia sanitária, toma corpo um processo de desmantelamento do organismo capaz de reduzir o paralelismo dos serviços e ações de saúde, ou seja, o Ministério da Saúde, responsável pela gestão nacional do SUS (Paim, 2001). Esse “esquartejamento” do SUS se inicia com a promulgação da Constituição quando assegurou que a saúde é livre à iniciativa privada. Mas avançou em 1998, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), após uma avalanche de denúncias de falsificação de medicamentos envolvendo empresas farmacêuticas multinacionais de renome. No ano seguinte, tem continuidade com o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, depois de um conjunto de denúncias sobre os chamados “planos de saúde”, vinculados ao Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS). Em 2000 já se discutia uma “agência de vigilância epidemiológica”, cuja proposta de Medida Provisória foi encaminhada pelo ministro da Saúde em julho do ano seguinte. No entanto, como das outras vezes, foi necessária a existência de mais denúncias na mídia – no caso vinculadas à incompetência dos governos diante da epidemia de dengue – para que a Presidência da República editasse mais uma Medida Provisória (MP 33, 19/2/02) visando à transformação da Funasa em Apec (Brasil, 2002).

Verifica-se, desse modo, que a conjuntura pós-XI Conferência Nacional de Saúde, ao lado de certos avanços, traz sérios retrocessos no que diz respeito à incorporação das práticas epidemiológicas na gestão do SUS, conforme a avaliação da Abrasco:

*Esta MP ressuscita a lei 6.259/75, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, ignorando o papel do município (...). Do mesmo modo atenta contra o princípio constitucional da integralidade da atenção. Ao dispor sobre o Sistema Nacional de Epidemiologia confina o saber epidemiológico e a Epidemiologia, como disciplina científica, a um “sistema” paralelo, subordinado a uma agência para a execução das ações de prevenção e controle, justamente quando o país tenta avançar na adoção de modelos assistenciais mais integrais (...). Apresenta proposições mais truculentas e retrógradas que as desenvolvidas pela polícia sanitária do Brasil no início do século XX (...) A partir de uma vaga e indefinida*

*“situação de risco”, atenta contra os direitos dos indivíduos e comunidades colocando-os no mesmo nível dos animais! (Abrasco, 2002).*

Sob o ponto de vista da gestão das secretarias estaduais e municipais de saúde, a pulverização do comando federal sobre o SUS, *além de configurar o risco de fragmentação das orientações políticas, principalmente por separar o que se havia tentado unir, isto é, a assistência médica (antigo Inamps), a vigilância epidemiológica e sanitária (antigo MS), representa um acréscimo de complexidade nas relações intergovernamentais com o nível federal* (Teixeira, 2002). Ademais, os níveis estadual e municipal do SUS podem vir a reproduzir, mecanicamente, à imagem e semelhança das estruturas federais, produzindo o reconfinamento da epidemiologia em certos guetos da burocracia sanitária. Como já se alertara há uma década, *a organização sanitária brasileira já pagou um alto preço pelo mimetismo organizacional e pelo artificialismo das reformas administrativas* (Paim & Teixeira, 1992).

Diante desse quadro, o CNS aprovou a proposição de transformar a MP 33 em projeto de lei e o Congresso Nacional rejeitou tal MP em 17/4/02. Lamentavelmente, o projeto de lei que substituiu a MP ignorou olímpicamente as críticas e sugestões apresentadas no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia e insiste na criação da Apec, mantendo o “estado de quarentena federal” no qual os cidadãos terão de se reportar, periodicamente, à “autoridade de epidemiologia” (Abrasco, 2002).

Assim, a Reforma do Estado que o Governo tem implementado no setor saúde nos últimos anos, longe de atender aos pressupostos modernizantes e democratizantes anunciados (Pereira & Grau, 1999), caracteriza-se pela criação de agências como parte das reações espasmódicas diante da crise sanitária e das denúncias da mídia. Nesse contexto, a racionalidade técnico-sanitária que a epidemiologia poderia proporcionar à gestão do sistema de serviços de saúde praticamente desaparece no processo decisório, predominando um conjunto de interesses menores da burocracia associados aos das classes hegemônicas.

## Comentários finais

Diante dos fatos acima examinados e ao se discutirem certas possibilidades de as práticas epidemiológicas serem recuperadas para a gestão do SUS, é pertinente indagar qual epidemiologia está no horizonte das propostas? A epidemiologia solidária à efetivação do SUS, através do *acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*, ou

aquela que constrange os cidadãos, submetendo-os à “autoridade de epidemiologia” que pode ser um ministro da Saúde, um presidente de Agência, um secretário de Saúde, um tecnoburocrata ou um inspetor de quarteirão? (Abrasco, 2002). A epidemiologia que gera informação relevante para os que sofrem os processos destrutivos da organização das cidades e, em última análise, da lógica capitalista ou a epidemiologia que mascara a realidade, domestica e controla as populações de acordo com os interesses de tecnoburocratas e em função dos projetos político-ideológicos das classes dirigentes? Uma epidemiologia dos “de cima” para reproduzir seus privilégios e exclusão social ou dos “de baixo” para produzir informação e poder em busca da equidade e da efetividade?

Portanto, a epidemiologia, como disciplina científica ou como ferramenta de gestão, não é inocente, neutra, nem paira sobre os interesses de classes e os respectivos projetos políticos e ideológicos. Como prática social, não se encontra livre das determinações que a estrutura social faz incidir sobre as práticas de saúde. Diante da crise da disciplina, distintas propostas têm sido formuladas por epidemiologistas e pensadores da medicina social e da saúde coletiva latino-americana tais como: a) recuperar as experiências relevantes acumuladas na história da epidemiologia e de outras disciplinas que estudam a saúde e seus determinantes; b) redirecionar o desenvolvimento teórico, metodológico e operacional da disciplina; c) deslocar o atual *modus operandi* da prática científica da epidemiologia para temas de prevenção e para o desenvolvimento de novas bases éticas, coerentes com seus compromissos sociais e históricos (Barreto, 1998); d) proceder a uma análise crítico-epistemológica de categorias centrais como “causalidade”, “determinação”, “risco”, “exposição”; e) promover uma discussão ampla sobre metodologia (Breilh, 2002).

Se a epidemiologia for pensada para além da sua dimensão técnica, outros desafios apresentar-se-iam diante da *práxis*. Nessa perspectiva, teria de ser uma testemunha crítica dos processos destrutivos para a vida que se realizam na sociedade, uma ferramenta de monitoramento da qualidade de vida e da saúde, um instrumento de “empoderamento” da população e uma arma de planificação estratégica e participativa (Breilh, 1998).

Portanto, revisar criticamente o paradigma científico dominante pode ser uma via de analisar certas possibilidades de transição paradigmática no campo da saúde coletiva, diante da complexidade do objeto da epidemiologia. Nesse caso, caberia *aproximar a ciência da sociedade e seus problemas, ampliando sua capacidade de produzir conhecimen-*

to crítico e propositivo. *Conhecimento ético, emancipador, solidário e democrático* (Drumond, 2001). Evidentemente que numa estrutura social que nega tais valores, a epidemiologia enfrenta sérias contradições: *na sua tensão entre disciplina científica e campo profissional, a epidemiologia traz à tona, para os seus praticantes, independentemente de onde estejam situados, os desafios da dialética entre o sonhar e o fazer, entre a utopia e a realidade, entre a técnica e a política* (Barreto, 1998).

Ainda que muitas questões relevantes na atualidade sejam insuficientemente consideradas pela epidemiologia hegemônica, caberia destacar certos “objetivos essenciais” de um saber que tome partido pela vida e pela emancipação dos seres humanos. Uma epidemiologia que fundamente as ações em saúde coletiva, inspirada nos seus compromissos democráticos desde as lutas históricas do movimento sanitário contra o autoritarismo. Uma epidemiologia que possa *garantir o conhecimento do processo saúde-doença na realidade complexa e concreta; reconhecer e abordar suas relações em diferentes níveis da realidade buscando se integrar com as visões de diferentes disciplinas e profissionais para orientar intervenções; e contribuir na redução do sofrimento humano, das iniquidades sociais detectadas e no movimento em defesa da vida* (Drumond Jr., 2001). Trata-se, enfim, de construir coletivamente as bases de uma epidemiologia contra-hegemônica que examine o movimento geral da sociedade e suas relações com o modo de vida dos grupos sociais e com o estilo de vida das pessoas, identificando processos críticos de exposição ou de imposição (Breilh, 2002), conforme as palavras do autor:

*Hablar de praxis epidemiológica a comienzos del novo milenio no es lo mismo que hacerlo cu-*

*ando fundábamos el movimiento de la salud colectiva en la década de los setenta e trabajábamos en las primeras rupturas (...). No somos los mismos pero somos iguales. No somos los mismos porque nuestra praxis ha experimentado cambios y acumulaciones decisivas, nuestras propuestas se han enriquecido, nuestras ideas han crecido en amplitud y extensión. Pero somos iguales, porque seguimos siendo humanistas, en el más profundo y marxista sentido de la palabra, el sentido de forjar identidad e recrear utopía emancipadora* (-Breilh, 2002).

Uma epidemiologia que contribua na constituição de sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária voltada para a generosidade, a solidariedade e a ética na luta pela saúde e qualidade de vida, representa uma aposta na planificação e gestão de um sistema de saúde que se pretende efetivo, democrático, humanizado e equânime. Mais que uma aposta, tais processos de construção contra-hegemônica implicam *una articulación organizativa entre sujetos como condición previa a la transformación de las prácticas, tal como lo quería Gramsci, al generar un nuevo pensamiento que no sólo cuestiona los saberes tradicionales sino que puede constituirse en el liderazgo para proponer una nueva manera de hacer las cosas* (Testa, 1997). Portanto, a explicitação, a disseminação e a apropriação desses valores pelas classes subalternas e seus intelectuais orgânicos poderá favorecer a construção de identidades capazes de influir na mobilização de subjetividades e vontades políticas para a concretização de práticas epidemiológicas e de gestão comprometidas com os princípios e diretrizes originais do SUS.

## Referências bibliográficas

- Abrasco 2002. Editorial. Outra emenda pior que o soneto. Apec – Novas Ameaças ao Processo de Descentralização da Saúde. *Boletim Abrasco* 84:2-3.
- Barata RB 1998. Epidemiologia e saber científico. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1(3):14-27.
- Barreto ML 1998. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1(3):104-122.
- Barros E 2002. *Avanços e desafios para o SUS face às principais recomendações da XI Conferência Nacional de Saúde*. (Texto elaborado para subsidiar o Conselho Nacional de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde 1993. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. *Informe Epidemiológico do SUS*, número especial:49-73.
- Brasil. Ministério da Saúde 1996. Norma Operacional

- Básica SUS 01/96. *DOU* 6/11/96.
- Brasil. Ministério da Saúde/Cenepi 1998. *Vigisus* S. N. T.
- Brasil. Ministério da Saúde 2001. Portaria Nº 393. *DOU* 30/03/01.
- Brasil. Ministério da Saúde 2001. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso* (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS/SUS 01/01. Portaria MS/GM Nº 95, de 26 de janeiro de 2001) Brasília, DF, 114p.
- Brasil. Presidência da República/Casa Civil 2002. Medida Provisória Nº 33. *DOU* 19/2/02.
- Breilh J 1998. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1(3):207-233.
- Breilh J 2002. *Nueva epidemiologia: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia*. Tese de doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Brasil. 226p.
- CDC 1992. Proceedings of the 1992 International Symposium on Public Health Surveillance. *MMWR* 41/Supplement, 218p.
- Donnangelo MCF 1976. *Saúde e sociedade*. Duas Cidades, São Paulo.
- Dussault G 1995. La epidemiologia y la gestión de los servicios de salud.. *Boletín Epidemiológico OPS* 16(2):1-5.
- Drumond Jr, M 2001. *Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal*. Curso de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Heimann LS *et al.* 1998. A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas. *Relatório Final*. Instituto de Saúde, São Paulo.
- Mendes-Gonçalves RB 1994. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Merhy EE 1997. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, pp. 71-112. In EE Merhy & R Onocko (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec-Lugar Editorial, São Paulo-Buenos Aires.
- Morris JN 1975. *Uses of epidemiology*. 3ª ed. Churchill Livingstone, Edimburgo.
- Mota P 1992. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Record, Rio de Janeiro.
- OPS 1984. Documento del seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires 7-10 Noviembre. *Boletín Epidemiológico* 5(1):1-4.
- OPS 1988. El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas. *Publicación Científica* 505:881-889.
- OPS 1991. Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. *Boletín Epidemiológico* 12(3):7-10.
- OPS/OMS 1992. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica*. Washington, D.C. 160p.
- Paim JS 1993. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, pp. 187-220. In EV Mendes (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Paim JS 1999. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):243-24.
- Paim JS 2001. Transición paradigmática y desarrollo curricular en salud pública, pp. 85-112. In OPS. *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas*. Washington, D.C. OPS.
- Paim JS 2002. *Saúde, política e reforma sanitária*. CEPS/ISC, Salvador.
- Paim JS & Teixeira MGLC 1992. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 5:27-57.
- Pereira LCB & Grau NC (org.) 1999. *O público não-estatal na reforma do Estado*. Editora Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Rivera FJU 1995. *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Sá MC 1993. Planejamento Estratégico em Saúde: problemas conceituais e metodológicos. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Schraiber LB (org.) 1990. *Programação em saúde, hoje*. Hucitec, São Paulo.
- Schraiber LB *et al.* 1999. Planejamento, gestão, e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):221-242.
- Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica 1992. Relatório final. *Informe Epidemiológico do SUS* 5:5-24.
- Teixeira CF 1996. *Epidemiologia e planejamento em saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil 1990-1995*. Tese de doutoramento, ISC/UFBA. 300p.
- Teixeira CF 1999. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):287-303.
- Teixeira C (org.) 2002. *Promoção e vigilância da saúde*. CEPS/ISC, Salvador.
- Testa M 1992. *Pensar em saúde*. Artes Médicas-Abrasco, Porto Alegre-Rio de Janeiro.
- Testa M 1997. *Saber en salud. La construcción del conocimiento*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Tigre C *et al.* 1990. La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Educ. Méd. Salud* 24(3): 306-320.
- Vieira da Silva LM, Hartz ZMA, Costa MCN, Oliveira AB, Biscarde P & Paz BM 2002. *Avaliação dos efeitos da descentralização em relação às condições traçadoras da atenção à saúde*. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva/Centro Colaborador do Ministério da Saúde, Relatório Preliminar.

Artigo apresentado em 20/10/2002

Aprovado em 30/11/2002

Versão final apresentada em 10/12/2002