

## Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa

Epidemiology and assessment of health care services: new research trends

H. Maria Dutilh Novaes

---

Departamento de Medicina Preventiva,  
Faculdade de Medicina,  
Universidade de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo 455,  
São Paulo, SP  
01246-903, Brasil.

**Abstract** *This article begins by analyzing the difficulty that Clinical Medicine, Epidemiology, and Health Planning and Administration have in dealing with the dynamic, complex social dimensions characterizing the technological organization of the diagnostic and therapeutic process, necessary for the production of health services' knowledge about diseases, a difficulty which has become more evident with the increasingly frequent and varied assessments in health care. The latest tendencies in "health services research" are analyzed, along with a prioritization of effectiveness and outcomes, seeking to respond to the identified problems through a redefinition of objects and methodologies.*

**Key words** *Health Care; Epidemiology; Health Services; Assessment of Health Services*

**Resumo** *O artigo parte da constatação de uma dificuldade, por parte da Clínica, Epidemiologia, Planejamento e Administração, em incorporar as dimensões de processos sociais dinâmicos e complexos que caracterizam a organização tecnológica do diagnóstico e da terapêutica enquanto meio para a produção do conhecimento sobre as doenças nos serviços de saúde; tal dificuldade torna-se mais evidente com o desenvolvimento de avaliações mais abrangentes. Analisa a seguir as novas tendências internacionais de investigação no campo da "pesquisa em serviços de saúde", com a priorização das dimensões de efetividade e "resultados" da atenção médica, que procuram responder às dificuldades apontadas, a partir de uma redefinição de objeto e de metodologias.*

**Palavras-chave** *Atenção Médica; Epidemiologia; Serviços de Saúde; Avaliação de Serviços*

Parte importante da informação construída pela Clínica e reutilizada em uma dimensão coletiva pela Epidemiologia, dados de mortalidade, morbidade, a presença nas populações de fatores considerados como de "risco" para o adoecer, constitui-se também em uma das fontes fundamentais de dados para o desenvolvimento de avaliações de diferentes ordens, nos serviços de saúde.

A realização destas avaliações, mais frequentes atualmente, tem tornado evidente que estas informações são fortemente influenciadas pela variabilidade, ou inconstância, na utilização dos processos tecnológicos de diagnóstico e terapêutica na apreensão de problemas de saúde aparentemente semelhantes, em específicos sistemas e serviços de saúde. Ou seja, um processo que, de início, partia do que parecia ser um uso instrumental de uma informação, apoiada em um conhecimento tomado como invariante, termina por evidenciar algumas dificuldades nos pressupostos que lhe davam garantia.

Não se está tratando aqui de situações, muito frequentes no Brasil, em que as condições de "normalidade" na atenção médica existente, tal como definidas pela própria Medicina, não estão atendidas, e que, uma vez superadas, significariam o fim dos problemas. O ponto em questão é a identificação de dificuldades nos processos de produção de conhecimentos na Clínica e na Epidemiologia, a partir do aprofundamento de um conhecimento sobre as condições de produção do reconhecimento das doenças nos indivíduos, hoje operada nos serviços médicos.

Constatar que o que acontece no exercício cotidiano dos processos diagnósticos e terapêuticos nos serviços não adere exatamente aos preceitos científicos que supostamente o normatizam, é motivo de permanente insatisfação para as várias áreas do conhecimento que têm os serviços de saúde como meio ou fim. Insatisfação esta ainda mais acentuada do que aquela habitualmente encontrada nas sociedades contemporâneas, quando forçadas a constatar que a ciência e a tecnologia têm um grande poder de intervenção sobre o mundo real, mas não o controlam de forma absoluta, não são capazes de criar uma nova realidade, completamente racionalizada e imune a qualquer tipo de perturbação.

O desapontamento com os profissionais, com as tecnologias e também com os pacientes é geral, pois eles raramente se comportam como se acredita que deveriam, e é fácil compreender por que a frustração é maior, em especial na questão da saúde, da vida e da morte.

O desencanto ocorre mesmo quando existem as condições necessárias para o que hoje é considerado normalidade institucional na área da saúde (Novaes & Novaes, 1994).

Entre as áreas que tomam os serviços de saúde como seu território na produção de conhecimentos ou práticas, interessa aqui identificar como a Clínica, Epidemiologia, Planejamento e Administração têm lidado com esta dificuldade.

A Clínica busca livrar-se do impasse procurando incessantemente a objetivação biológica da doença, que, ainda que não leve à eliminação da subjetividade do paciente e do médico, permita o seu controle, a sua subordinação (Novaes, 1987). A Epidemiologia procura, através de métodos cada vez mais sofisticados do ponto de vista da análise quantitativa, a causa, ou causas, verdadeira das doenças ou agravos, livrando-as dos fatores de confusão, ou seja, da confusa realidade (Renton, 1994). A Administração e Planejamento, mesmo depois de se convencer da inconveniência de tratar os serviços de saúde como fábricas, procura controlá-los através de técnicas progressivamente mais diversificadas e elaboradas, que não abdicam, no entanto, do seu caráter de serem "ações racionais em busca de um fim", a construção de uma certa ordem (Malik, 1992).

Ou seja, estas áreas que operam diretamente nos serviços de saúde, que são sempre concretos, específicos e inerentemente "falíveis", não os vêem como tal, buscando neles apenas o seu projeto idealizado. Em certa medida, pode-se dizer que são eles, os serviços, transparentes.

Estas observações não se constituem em críticas, no sentido de apontar defeitos passíveis de correção, desde que alguém assim o desejasse, e dispusesse do poder exigido, mas buscam identificar a forma pela qual cada uma destas áreas tem operado na necessária circunscrição do seu objeto e das suas práticas, processo no qual inevitavelmente certos parâmetros se constituem em elementos invariantes. A dificuldade está na definição do universo da construção do conhecimento, sempre teórico, sem incorrer no erro de reconstruir o objeto que se pretende conhecer, dilema antigo (Samaja, 1993; Castiel, 1994).

No entanto, novas necessidades históricas têm provocado uma rediscussão das relações existentes entre a produção do conhecimento nestas áreas e a sua inserção na dinâmica social, e em particular a sua responsabilidade frente à possibilidade de uma participação efetiva dos serviços de saúde na determinação dos níveis de saúde e de doença da população. Ou, colo-

cando de uma forma mais restrita: qual é a real contribuição que o conhecimento clínico, epidemiológico e administrativo podem dar para produzir uma maior qualidade e melhores resultados nos serviços de saúde?

Para a prática médica, de que adianta uma eficácia em um procedimento diagnóstico ou terapêutico quando ele não poderá ser efetivo, já que a sua condição de veracidade pressupõe tal descolamento do real que inviabiliza o seu aproveitamento? Não seria mais apropriado buscar conhecer não mais “A” eficácia, entidade abstrata, mas uma efetividade padronizável, especificada, porém não restrita, capaz de garantir uma reprodutibilidade e um sentido?

O mal-estar em relação à Medicina Clínica tem se traduzido no crescimento de terapias que se colocam como alternativas, todas prometendo o reconhecimento dos indivíduos como sujeitos únicos, ainda que, ao mesmo tempo, acenem com a eficácia absoluta das suas práticas (Novaes, 1989). No interior da prática clínica dominante, desenvolvem-se movimentos pela “socialização” e “humanização” da Medicina, termos um tanto ambíguos, mas que traduzem a percepção da dificuldade em transitar de uma célula para uma individualidade, além de identificar quase que imediatamente o saber clínico com as formas específicas de organização da atenção à saúde (Clark et al., 1991; Pitta, 1990).

Já para a Saúde Coletiva/Saúde Pública, para que serve um conhecimento que rejeita a complexidade do real, ao necessitar sempre de condições experimentais, controladas, para poder ser produzido (Dean, 1994)? Este conhecimento, neste movimento, não tem, então, nenhum tipo de compromisso com os problemas aos quais ela, Saúde Pública, deve responder.

Os questionamentos colocados para a vertente mais “positivista” ou “cientificista” da Epidemiologia, no que diz respeito à sua “omissão” política e ética, têm se traduzido na formação de algumas propostas alternativas, de impacto variável: epidemiologia social, crítica, realista (Weed, 1988; Almeida Filho, 1989; Castiel, 1994; Renton, 1994).

Para os serviços de saúde, qual a real utilidade de teorias organizacionais e práticas correspondentes, que tomam os problemas do seu cotidiano como meros “acidentes de percurso” no caminho rumo à perfeição? Na Administração e Planejamento vicejam hoje propostas para a garantia de qualidade nos serviços, a ser alcançada de várias formas. No entanto, uma certa confusão na tradução do Inglês para o Português de uma das propostas mais importantes não deixa de ser significativa: de “Total Qua-

lity Control” passou-se para o “Controle de (da) Qualidade Total” (Ishikawa, 1993).

Tem sido apontada como razão maior para estes questionamentos o enorme significado que a atenção à saúde, e em particular a atenção médica, tem nas sociedades contemporâneas, tanto nas suas dimensões econômicas, quanto políticas, sociais, culturais etc. Está-se em uma fase posterior àquela da constatação da medicalização da sociedade, ou da politização da Medicina, quando esta ainda era capaz de causar um certo espanto. O cuidado com a saúde, e suas conseqüências sobre a organização social, avolumaram-se de tal forma que, em algumas circunstâncias, de convenientes passaram a ameaçadoras, para os demais setores da vida econômica. Tornou-se agora imperativo conhecer melhor o que acontece de fato nos serviços de saúde, qual a sua real participação na dinâmica social, e quais os seus resultados, ou efeitos, tanto positivos quanto negativos, para os indivíduos e para o coletivo.

Uma das formas de captar este novo olhar sobre os serviços de saúde, e de suas relações com a Clínica, a Epidemiologia e a Administração e Planejamento, é através dos movimentos nas instituições de financiamento de pesquisas, tanto no que diz respeito aos temas reconhecidos como questões legítimas, quanto ao estabelecimento de prioridades, que se traduzem na criação de programas específicos e inversões diferenciadas.

No Brasil, dadas as características do nosso desenvolvimento em Ciência e Tecnologia em Saúde (Guimarães & Vianna, 1994), não se faz possível captar este movimento, até porque o compromisso econômico e social com a atenção à saúde ainda está incompleto. Já nos Estados Unidos, mostra-se bastante interessante, para a análise que aqui se pretende desenvolver, acompanhar os direcionamentos que a “pesquisa em serviços de saúde” (“health services research”) vem apresentando desde o seu início, na década de 50, e as suas articulações com a pesquisa clínica, epidemiológica e organizacional.

Em 1992, a Organização Panamericana de Saúde publicou uma antologia sobre a investigação em serviços de saúde (White, 1992), em que é possível acompanhar a dinâmica do que é considerado, pelos seus editores, um campo multidisciplinar de pesquisa, e não uma especialidade baseada em disciplinas.

Os textos selecionados da década de 50 utilizam-se do método epidemiológico para quantificar as práticas clínicas, já constatando uma variabilidade no seu padrão, de acordo com o tipo de população atendida, características

profissionais e institucionais, com análises ainda bastante atuais. O que é próprio do período é uma certa conclusão geral que predomina, quando se afirma que, com os instrumentos apropriados, não é difícil reconhecer a realidade, e que a Medicina, desde que adequadamente ensinada e vigiada, pode ser científica.

É na década de 60 que A. Donabedian propõe a avaliação da qualidade da atenção médica (Donabedian, 1966), por meio de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) e as etapas da sua construção/produção, através das quais ela pode ser medida (de estrutura, processo e resultado) (Donabedian, 1988, 1990). Significativamente, este autor, bem como os demais que trabalham com qualidade, só passa a ser amplamente difundido a partir da década de 80, já como parte do movimento de decepção/revalorização dos serviços de saúde.

Em 1968, cria-se, nos Estados Unidos, o "National Institute of Health Services Research", que passa a financiar parte importante das pesquisas clínicas, epidemiológicas e organizacionais, que tomam os serviços de saúde como campo de investigação.

A década de 70 é marcada, em todo o mundo, ainda que com intensidade e características diferenciadas, pela expansão da atenção médica, no que diz respeito à cobertura, especialização e densidade tecnológica. Os fatores determinantes destes processos foram amplamente analisados, com enfoques teórico-metodológicos diversos, e fazem parte de uma conjuntura que levou, entre outros acontecimentos, ao redimensionamento da Saúde Coletiva no Brasil.

Desenvolve-se, então, neste período, a "avaliação tecnológica em saúde", que toma como seu campo de investigação e prática o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, produção, incorporação e utilização de tecnologias em saúde, lançando mão, entre outros dados, das informações produzidas pela Clínica e Epidemiologia relativas aos serviços de saúde (Banta & Luce, 1993). Cria-se assim, por exemplo, em 1977, nos "National Institutes of Health-NIH", a "Office of Medical Applications and Research-OMAR", que deverá desenvolver conferências de consenso sobre questões consideradas importantes, mas sem fazer pesquisas próprias, apenas apoiando-se no conhecimento existente (Dans, 1993).

Finalmente, surge em 1989, sustentada por grandes expectativas políticas, a "Agency for Health Care Policy and Research-AHCPR", que

deverá apoiar pesquisas que se utilizam do conhecimento já existente. Tal conhecimento será complementado, quando necessário, através da coleta de dados primários, para determinar a efetividade e qualidade geral dos processos diagnósticos nos serviços e produzir recomendações que possam orientar as intervenções sobre os problemas identificados, ou seja, que encurtem o caminho entre o saber e a prática, ou a ciência e a política (Anderson, 1994).

Como meio para o desenvolvimento destes estudos, estimula-se o uso das bases de dados secundários, agora existentes em larga escala e possíveis de serem manuseados, face ao desenvolvimento da informática. Imagina-se assim que será possível fazer a transição, com relativa facilidade, de um conhecimento da eficácia, apoiada em estudos clínicos randomizados, para o de efetividade. E, melhor ainda, passar de um universo de análise que, ainda que coletivo, é restrito para uma base quase populacional, dado o consumo quase universal de serviços de saúde (Fitzmaurice, 1992; Grady & Schwartz, 1993).

Desde então, observa-se, na literatura, uma produção considerável em torno destas questões. De um lado, uma preocupação com a utilização mais intensiva e, por assim dizer, mais "científica" do conhecimento existente, através de uma maior sistematização das revisões da literatura e as meta-análises (Dickersin & Berlin, 1992). Ainda em uma dimensão metodológica, ocorre um aprimoramento no manuseio das bases de dados clínicas, administrativas e populacionais, e a construção de métodos e indicadores que permitam pensar, com estes dados, as efetividades, os resultados, ou a qualidade dos serviços (Robinson, 1994; Gill et al., 1993; Iezzoni, 1992; Lauderdale et al., 1993; Maklan et al., 1994; Selby, 1994; DesHarnais et al., 1988).

Por outro lado, é possível constatar uma ampliação na conceituação de efetividade, resultado e qualidade, que não deve limitar-se a uma perspectiva clínica biológica, e de doença, mas incluir dimensões da subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida, e ser capaz de captar os processos diagnósticos e terapêuticos da forma mais ampliada (Guyatt et al., 1993; Orchard, 1994; Pope & Mays, 1993).

Em uma publicação recente (Goldberg & Cummings, 1994), os responsáveis por 14 grandes projetos financiados pela AHCPR, conhecidos como "Patient Outcomes Research Teams-PORTs", base de sustentação para o estudo da efetividade médica, apresentam seus resultados para a doença prostática, infarto agudo do

miocárdio, diabetes, fratura de bacia, pneumonia, parto, catarata, doença biliar, entre outros, no que diz respeito à determinação da efetividade de alguns procedimentos, à criação de “clinical guidelines” e a sua disseminação entre os profissionais. Ainda que identifiquem dificuldades conceituais e metodológicas a serem superadas, confirmam a importância e viabilidade da proposta inicial da Agência. Em países como o Canadá, onde o sistema de saúde oferece uma cobertura completa à população, a exequibilidade deste tipo de proposta parece ainda maior (Roos & Shapiro, 1994; Frohlich et al., 1994; Dussault, 1995).

Esta opinião não é unânime, até porque o financiamento destes projetos implicou o redirecionamento de recursos anteriormente aplicados em programas mais “tradicionais”. Epidemiologistas importantes advertem que, após cinco anos e os 200 milhões de dólares investidos, a utilização de bases de dados secundários, construídos com objetivos outros que não de pesquisa, administrativos e, principalmen-

te, financeiros, não levou a um conhecimento verdadeiro sobre as doenças (Anderson, 1994; Epstein, 1990). O próprio prontuário médico também é freqüentemente criticado como fonte de informação, e recomenda-se a utilização de um instrumento de registro próprio para os dados da pesquisa.

No entanto, mesmo para estes grupos, é inegável que nestas condições jamais será viável estudar todos os procedimentos e tecnologias hoje em uso na atenção médica; será também impossível para a epidemiologia conhecer, com a verdade desejada, a incidência, prevalência ou mortalidade de grande parte das doenças.

Como ficamos? Ficamos onde sempre estivemos, em um movimento dialético permanente entre opostos, que neste caso pode ser pensado como estar se dando entre o objetivismo e o relativismo, em que a maior riqueza e a possibilidade de construção de um conhecimento que faça parte da sua história está na sua própria dinâmica.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N., 1989. *Epidemiologia sem Números. Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus.
- ANDERSON, C., 1994. Measuring what works in health care. *Science*, 263:1080-1082.
- BANTA, H. D. & LUCE, B. R., 1993. *Health Care Technology and its Assessment. An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- CASTIEL, L. D., 1994. *O Buraco e o Avestruz. A Singularidade do Adoecer Humano*. Campinas: Papirus.
- CLARK, J. A.; POTTER, D. A. & MCKINLAY, J. B., 1991. Bringing social structure back into clinical decision making. *Social Science and Medicine*, 32:853-866.
- DANS, P. E., 1993. Looking for answers in all the wrong places. *Annals of Internal Medicine*, 119: 855-857.
- DEAN, K., 1994. Creating a new knowledge basis for the new public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:217-219.
- DesHARNAIS, S. I.; CHESNEY, J. D.; WROBLEWSKI, R. T.; FLEMING, S. T. & McMAHON, L. E., 1988. The risk-adjusted mortality index. A new measure of hospital performance. *Medical Care*, 26:1129-1148.
- DICKERSIN, K. & BERLIN, J. A., 1992. Meta-analysis: state of the science. *Epidemiologic Reviews*, 14: 154-176.
- DONABEDIAN, A., 1966. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 44:166-203.
- DONABEDIAN, A., 1988. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260:1743-1748.
- DONABEDIAN, A., 1990. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114:1115-1118.
- DUSSAULT, G., 1995. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. *Boletín Epidemiológico*, 16:1-5.
- EPSTEIN, A. M., 1990. The outcomes movement – will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 323:266-270.
- FITZMAURICE, J. M., 1992. What do we do when the data for medical effectiveness research are not perfect? In: *Medical Effectiveness Research. Data Methods* (M. L. Grady & H. A. Schwatz, eds.), pp. 5-8, Rockwell: Agency for Health Care Policy Research.
- FROHLICH, N.; MARKESTEYN, T.; ROOS, N. P.; CARRIERE, K. C.; BLACK, C.; De COSTER, C.; BURCHILL, C. & MacWILLIAM, L., 1994. *A Report on the Health Status, Socio-Economic Risk and Health Care Use of the Manitoba Population 1992-93 and the overview of the 1990-91 to 1992-93 Findings*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.

- GILL, L.; GOLDACRE, M.; SIMMONS, H.; BETTLEY, G. & GRIFFITH, M., 1993. Computerised linking of medical records: methodological guidelines. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47: 316-319.
- GOLDBERG, H. I. & CUMMINGS, M. A., 1994. Conducting medical effectiveness research: a report from the Inter-PORT work groups. *Medical Care*, 32 (suppl.):JS1-JS12.
- GRADY, M. L. & SCHWARTZ, H. A., 1993. *Automated Data Sources for Ambulatory Care Effectiveness Research*. Rockwell: Agency for Health Care Policy Research.
- GUIMARÃES, R. F. N. & VIANNA, C. M. M., 1994. Ciência e tecnologia em saúde. Tendências mundiais. Diagnóstico global e estado da arte no Brasil. In: *Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*, pp. 115-236. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, Ministério da Ciência e Tecnologia.
- GUYATT, G. H.; FEENY, D. H. & PATRICK, D. L., 1993. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118:622-629.
- IEZZONI, L. I., 1992. Risk adjustment for medical outcomes studies. In: *Medical Effectiveness Research. Data Methods*, pp. 83-98. Rockwell: Agency for Health Care Policy Research. Pub. n. 92-0056.
- ISHIKAWA, K., 1993. *Controle de Qualidade Total*. Rio de Janeiro: Campus.
- LAUDERDALE, D. S.; FURNER, S. E., MILES, T. P. & GOLDBERG, J., 1993. Epidemiologic uses of medicare data. *American Journal of Epidemiology*, 137:319-327.
- MAKLAN, C. W.; GREENE, R. & CUMMINGS, M. A., 1994. Methodological challenges and innovations in patient outcomes research. *Medical Care*, 32 (suppl.):JS13-JS21.
- MALIK, A. M., 1992. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista da Administração de Empresas São Paulo*, 32:32-41.
- NOVAES, H. M. D., 1987. *Diagnosticar e Classificar: O Limite do Olhar*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- NOVAES, R. L., 1989. *O Tempo e a Ordem: Sobre a Homeopatia*. São Paulo: Cortez.
- NOVAES, H. M. D. & NOVAES, R. L., 1994. Saúde, doença e inovação tecnológica. *Saúde e Sociedade*, 3:61-78.
- ORCHARD, C., 1994. Comparing health care outcomes. *British Medical Journal*, 308:1493-1499.
- PITTA, A. M., 1990. *Hospital. Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec.
- POPE, C. & MAYS, N., 1993. Opening the black box: an encounter in the corridors of health services research. *British Medical Journal*, 306:315-318.
- RENTON, A., 1994. Epidemiology and causation: a realist view. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:79-85.
- ROBINSON, M. B., 1994. Evaluation of medical audit. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:435-440.
- ROOS, N. P. & SHAPIRO, E., 1994. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: The First Report 1990-1992*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation.
- SAMAJA, J., 1993. *El Proceso de la Ciencia - Una Breve Introducción a la Investigación Científica*. Buenos Aires: Dirección de Investigaciones - Secretaría de Investigación y Posgrado, UBA.
- SELBY, J. V., 1994. Case-control evaluations of treatment and program efficacy. *Epidemiologic Reviews*, 16:90-101.
- WEED, D. L., 1988. Causal criteria and Popperian refutation. In: *Causal Inference* (K. J. Rothman, ed.), pp. 15-32. Chestnut Hill: ERI.
- WHITE, K. L., 1992. *Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología*. OPS, Publicación Científica, n. 534. Washington.