

OS ÓBITOS TEÒRICAMENTE EVITÁVEIS COMO CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO SANITÁRIO *

REINALDO RAMOS **

1. O CONCEITO DE AVALIAÇÃO

Uma dificuldade com que o administrador sanitário não raro se defronta, no desempenho de suas funções, é aquela referente à avaliação do trabalho realizado pelo órgão sob sua responsabilidade.

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde¹, “em termos gerais, a avaliação é o processo de determinar, qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. Na O.M.S., contudo, o termo é empregado para indicar os procedimentos administrativos ou técnicos por meio dos quais se mede, em proveito dos responsáveis pelo seu controle, o valor de atividades planejadas. Na prática, e tal como se aplica a um dado projeto da O.M.S., a avaliação consiste na apresentação de dados e na apreciação do progresso realizado para a consecução dos objetivos estabelecidos no plano de operações. É, pois, essencial que o processo de avaliação se inicie com a elaboração do projeto e dêle constitua parte integrante e contínua”.

Durante as discussões sobre o assunto, realizadas por ocasião da X Reunião do Conselho Diretivo da Organização Panamericana da Saúde², fixou-se como objetivo da avaliação “determinar em que medida se obtiveram, em um dado momento, os resultados preestabelecidos e verificar se foi ou não alcançada a finalidade do conjunto do programa, no prazo e com os meios previstos”. Entre os propósitos subsidiários da avaliação, apontados na citada reunião, destaca-se o de “reorientar o programa quando se desvia de seus objetivos ou, quando fôr conveniente, aplicar técnicas e conhecimentos novos, ou modificar os existentes por não terem dado os resultados esperados”.

De acôrdo com a definição da American Public Health Association³, avaliação é “o processo de determinação do valor ou volume de sucesso na consecução de um objetivo preestabelecido. Tal processo inclui, pelo

Recebido para publicação em 10-5-1965.

* Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP.

** Professor Assistente da Cadeira.

menos, as seguintes etapas: formulação do objetivo, identificação dos critérios a serem usados na medição do sucesso, determinação e descrição do sucesso, recomendações para ulteriores atividades do programa”.

Como salienta James⁵, embora utilize os mesmos processos gerais da pesquisa — epidemiológicos, estatísticos, etc. — a avaliação dela difere porque não procura novos conhecimentos, mas apenas apontar os progressos porventura alcançados na direção de um objetivo prefixado. Enquanto a pesquisa pode terminar com a simples apresentação dos resultados, a avaliação é encarada como parte de um processo circular, no sentido de que seus achados são reincorporados ao programa específico de que provêm.

Os diversos autores e organizações que se têm preocupado com a conceituação de avaliação e seu emprêgo na prática sanitária, são unânimes ao salientarem que ela deve constituir objeto de cogitação desde a fase inicial de planejamento do programa. Não resta dúvida, entretanto, que os administradores sanitários, via de regra, costumam colocá-la em plano secundário dentro do programa de trabalho do órgão de saúde. É ainda James⁵ quem nos diz: “Conquanto a avaliação tenha sempre representado assunto de interesse para os que trabalham em saúde pública, não há segredo no fato de que, em termos de prioridade, sua posição é bem mais modesta que a ocupada pela administração do programa em si”.

Apesar disso, observa-se em todo o mundo um interesse cada vez maior pelo assunto, que Arbona¹ subordina a duas razões principais: a primeira se prende ao fato de que, sendo geralmente escassos os recursos destinados aos serviços de saúde, surge a necessidade de aplicá-los de maneira a que produzam os maiores benefícios; a avaliação periódica dos programas viria assim indicar se os recursos estão sendo investidos do modo mais efetivo possível. A segunda razão decorre da própria dificuldade — e correspondente necessidade — de valorizar o rendimento de grande parte das atividades de saúde pública; não se pode apontar as vantagens e méritos dos programas de saúde se não se apresentam provas objetivas em seu favor.

Uma dificuldade da avaliação — afora aquelas que lhe são próprias — reside na eventualidade de mudanças no estado de saúde da população que não podem ser totalmente atribuídas à atuação da agência de saúde. Em verdade, exceto no caso de atividades muito específicas, “o programa é apenas um dos muitos fatores que podem alterar a situação”¹. A instalação de uma indústria numa comunidade, melhorando as condições do mercado de trabalho e acarretando a elevação do nível de vida da população, poderá exercer marcada influência sobre seu nível de saúde, independentemente da atuação boa ou má do órgão local de saúde. Assim — conquanto se costume fazer abstração desse fato — só teórica-

mente, como assinala Arbona¹, “a diferença entre a situação no início e a que existe no momento da avaliação indica os resultados do programa”.

2. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

No trabalho já citado, Arbona classifica em dois grupos os métodos de avaliação do trabalho sanitário. Num primeiro grupo, teríamos a *avaliação direta* dos programas, cuja eficácia é medida através do método experimental ou alguma de suas modalidades; neste caso, determina-se até que ponto o programa vai alcançando os objetivos propostos. Num segundo grupo, estariam os métodos de *avaliação indireta*, que consistem na medição da quantidade e qualidade do esforço empregado; os resultados obtidos são comparados com padrões previamente estabelecidos que — sabe-se pela experiência derivada da avaliação direta ou da aplicação do método direto em projetos piloto — produzem resultados conhecidos.

Freeman e Holmes² identificam três tipos de critérios de avaliação em saúde pública:

- a. *Critérios objetivos*, baseados em evidências observáveis e objetivamente mensuráveis de mudança ou status; é óbvio que a adoção desses critérios implica na ampla utilização de estatísticas e na observação de fatos passíveis de medição.
- b. *Critérios subjetivos* ou de julgamento de mudança ou status; são de aplicação geralmente difícil, por se subordinarem a uma questão de atitude perante os fatos observados; as conclusões baseiam-se em padrões previamente fixados.
- c. *Critérios inferenciais*, baseados na presunção de que uma ação específica, desenvolvida com uma finalidade específica, permite esperar um resultado igualmente específico.

Na prática, a utilização de critérios objetivos consiste na determinação de coeficientes, sobretudo específicos, de mortalidade e de coeficientes de morbidade, que poderiam traduzir, pelo menos no caso de algumas doenças evitáveis, a atuação efetiva do serviço de saúde. A redução dos coeficientes de mortalidade por difteria ou poliomielite estaria, por exemplo, relacionada ao desenvolvimento de programas de imunização contra essas doenças. Têm larga aplicação, neste tipo de avaliação, os chamados indicadores do nível de saúde.

Um processo subjetivo de avaliação reside na verificação, junto à população trabalhada, da mudança de crenças, hábitos e atitudes em relação à saúde, o que, se comprovado, redundaria em crédito para o trabalho educativo do órgão de saúde, já que este inclui, entre seus objetivos fun-

damentais, o de promover essa mudança cultural. É claro que a utilização deste método implica na realização de inquérito em amostra representativa da população, a cargo de funcionários devidamente treinados, eis que cumpre a todo custo eliminar o fator pessoal em tal tipo de pesquisa.

A utilização de relatórios de produção constitui exemplo de processo inferencial de avaliação. Conquanto referindo apenas o trabalho desenvolvido pelo pessoal do serviço de saúde — pouco ou nada informando sobre o resultado desse trabalho junto à população — é lícito admitir, como já ficou assinalado, que certas atividades autorizam a esperar determinados resultados. Assim, o número de imunizações contra certas doenças ou o volume de visitas domiciliares a gestantes e recém-nascidos, permitem esperar uma redução do número de casos e óbitos por essas doenças ou um maior grau de esclarecimento das mães em relação aos cuidados que devem prestar a seus filhos.

Evidentemente — se bem que nem sempre possível — o ideal seria a associação dos três processos, o que ensejaria, a um só tempo, conhecer o volume de trabalho executado pelo pessoal da unidade; estimar quantitativamente, através de certos indicadores, o resultado desse trabalho sobre a população; e medi-lo também qualitativamente, através da mudança cultural observada nessa mesma população.

3. AS MORTES EVITÁVEIS COMO CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO

Um ponto geralmente reconhecido é que a avaliação se torna mais simples nas áreas subdesenvolvidas, onde os objetivos do serviço de saúde são facilmente identificáveis: evitar as mortes prematuras mediante o desenvolvimento de certas atividades — em particular o saneamento do meio, o controle de doenças transmissíveis e a assistência materno-infantil — atividades estas cujos resultados são de mensuração relativamente simples. À medida que tais objetivos primários vão sendo atingidos, o serviço de saúde passa a fixar novos objetivos, agora menos tangíveis, por envolverem problemas complexos, cujas variáveis são de mais difícil determinação e controle. Nestes casos — e é esta a situação das áreas desenvolvidas — o trabalho de avaliação encontra obstáculos por vezes intransponíveis.

Entretanto, mesmo nas áreas subdesenvolvidas ou em processo de desenvolvimento, nem sempre a avaliação — conquanto mais fácil — pode ser feita com razoável margem de precisão, pelos métodos citados, em virtude de deficiências dos próprios serviços de saúde, cuja estrutura obsoleta impossibilita a realização de um trabalho em consonância com os preceitos da moderna administração sanitária. Onde não há organização, não pode haver planejamento; onde não há planejamento, não pode haver avaliação;

e não existindo esta, o planejamento das atividades futuras peca por falta de apoio na realidade.

Ainda assim, surge freqüentemente a necessidade de se proceder a um balanço dos resultados da atuação do serviço de saúde, quando menos para apontar suas falhas mais evidentes ou formular diretrizes para um programa mínimo de atividades.

Para tais finalidades restritas, parece-nos particularmente útil o processo mencionado por Ciocco² e que consiste em comparar observações na comunidade com certos padrões estabelecidos pelos técnicos. Alguns desses padrões representam objetivos mais ou menos teóricos, como é o caso de fixar em zero a mortalidade por doenças transmissíveis; este padrão pode ser ampliado mediante a inclusão de outras entidades mórbidas cujas taxas de mortalidade seriam — também teoricamente — reduzidas em maior ou menor escala se todos os conhecimentos da medicina e da saúde pública tivessem plena aplicação na área em estudo. A mesma idéia foi explorada por Hanlon¹, ao tentar justificar — através dos ganhos teóricos em vidas humanas — os investimentos financeiros no campo da saúde pública.

Não obstante as falhas que possa apresentar, constitui este um processo indireto e preliminar de avaliação da máquina sanitária, com a vantagem prática de indicar alguns objetivos imediatos a atingir.

Vejamos sua aplicação ao caso particular do Município de São Paulo.

Na Tabela 1, apresentamos em valores absolutos (coluna 1) os óbitos ocorridos na área em aprêço durante o ano de 1963, classificados segundo a Nomenclatura Internacional Abreviada — 7.^a revisão. Na coluna 2 da mesma tabela consignamos a redução teoricamente possível desses óbitos mediante a aplicação de todos os conhecimentos atualmente disponíveis sobre as doenças por eles responsáveis. Nas colunas 3 e 4 figuram, respectivamente, os óbitos teóricos e os ganhos teóricos em vidas humanas.

Considerando inicialmente o grupo constituído pelas doenças infecciosas e parasitárias, é fácil a identificação de entidades que, em área cujos serviços de saúde funcionassem dentro de razoável margem de eficiência, não deveriam persistir no obituário.

Com efeito, doenças como a varíola, difteria, coqueluche, poliomielite, etc., são perfeitamente evitáveis através de programas de imunização dos grupos mais expostos; em relação ao tétano, de que predominam entre nós, comprovadamente, as mortes por tétano umbilical, a solução do problema repousa sobretudo na melhoria dos serviços de assistência materno-infantil, aqui incluídos os cuidados obstétricos.

No tocante à febre tifóide, disenterias e doenças diarréicas, a prevenção dos casos e óbitos repousa essencialmente no desenvolvimento de programas de saneamento básico e no tratamento pelos antibióticos e quimio-

terápicos para tôdas elas, na imunização em tôrno de focos para a primeira, e ainda, em relação às diarréias infantís, nas medidas de reidratação.

Conquanto a redução a zero do obituário por tuberculose constitua no presente um objetivo utópico, não padece dúvida que a dinamização da rede dispensarial no sentido da identificação precoce das formas iniciais, além de outras providências paralelas, contribuiria para reduzir a mortalidade por essa doença, atualmente de 25 óbitos por 100.000 habitantes.

Em resumo, a participação dêste grupo de doenças com uma parcela equivalente a 7% do obituário total da área — correspondendo a um coeficiente de mortalidade em redor de 65 por 100.000 habitantes — constitui demonstração de que os serviços de saúde do Município de São Paulo não estão levando a efeito, em nível satisfatório, suas atividades neste setor.

No tocante a algumas das demais causas de morte consignadas na tabela — especialmente as doenças crônicas e degenerativas — não se afigura possível a curto prazo uma redução significativa do obituário a elas atribuído, já que a prevenção e contrôle estão a depender, entre outras coisas, de um melhor conhecimento de sua estrutura epidemiológica entre nós.

Em relação a outras entidades, porém — pneumonia e broncopneumonia, úlcera do estômago e do duodeno, apendicite, oclusão intestinal e hérnia — a redução dos óbitos depende essencialmente da boa qualidade dos serviços assistenciais, inclusive de pronto socorro, para tratamento cirúrgico de urgência. Tais medidas ensejariam a queda da mortalidade pelas causas em pauta, que foram responsáveis, em 1963, por 3.651 (9,5%) dos óbitos ocorridos no Município.

Quanto às mortes por acidentes, cuja redução teoricamente possível é de 50%, a consecução dêsse ideal repousa primordialmente na atividade educativa e nas medidas de segurança do trânsito e do ambiente de trabalho.

Como se pode ver, a utilização do critério apresentado, não obstante suas falhas — já que os óbitos verificados por cada causa ou grupo de causas deveriam ser cotejados com aquêles realmente evitados — oferece algumas indicações úteis e permite uma avaliação preliminar da atuação de um órgão de saúde, independentemente do conhecimento de sua estrutura.

No exemplo focalizado, ficou patenteada a persistência de várias causas de morte que, através da dinamização de certos setores, poderiam ser anuladas do obituário do Município ou ter sua importância grandemente atenuada; e, ao mesmo tempo, apontadas algumas atividades e medidas que, num programa de emergência, deveriam ser consideradas com vistas àquêle objetivo.

RAMOS, R. Os óbitos teoricamente evitáveis como critério de avaliação do trabalho sanitário. *Arq. Fac. Hig. S. Paulo*, 19:23-31, 1965.

TABELA — *Município de São Paulo — 1963* — Óbitos por causas específicas, comparados com os óbitos que teriam ocorrido se todos os conhecimentos atuais de saúde pública houvessem sido utilizados (adaptação de Hanlon)

| Causas de óbito | Óbitos (1) | % de redução (2) | Óbitos teóricos (3) | Ganhos teóricos (4) |
|---|---------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Tuberculose (tôdas as formas) | 1.101 | 100 | 0 | 1.101 |
| 2. Sífilis | 122 | 100 | 0 | 122 |
| 3. Febre tifóide | 8 | 100 | 0 | 8 |
| 4. Disenterias | 98 | 100 | 0 | 98 |
| 5. Escarlatina e angina estreptocócica | 6 | 100 | 0 | 6 |
| 6. Difteria | 60 | 100 | 0 | 60 |
| 7. Coqueluche | 47 | 100 | 0 | 47 |
| 8. Infecções meningocócicas | 28 | 100 | 0 | 28 |
| 9. Lepra | 7 | 100 | 0 | 7 |
| 10. Tétano | 158 | 100 | 0 | 158 |
| 11. Poliomielite aguda | 91 | 100 | 0 | 91 |
| 12. Variola | 3 | 100 | 0 | 3 |
| 13. Sarampo | 326 | 100 | 0 | 326 |
| 14. Raiva | 14 | 100 | 0 | 14 |
| 15. Rickettsioses | 1 | 100 | 0 | 1 |
| 16. Malária | 3 | 100 | 0 | 3 |
| 17. Outras doenças infecciosas e parasitárias . | 720 | 100 | 0 | 720 |
| 18. Neoplasmas malignos, inclusive dos tecidos linfático e hematopoiético | 4.501 | 50 | 2.251 | 2.250 |
| 19. Diabetes mellitus | 785 | 60 | 314 | 471 |
| 20. Lesões vasculares do sistema nervoso cen- tral | 2.900 | 10 | 2.610 | 290 |
| 21. Febre reumatisal | 92 | 95 | 5 | 87 |
| 22. Doenças do coração | 6.858 | 10 | 6.173 | 685 |
| 23. Gripe | 185 | 85 | 28 | 157 |
| 24. Pneumonia e broncopneumonia | 3.103 | 75 | 776 | 2.327 |
| 25. Úlcera do estômago e do duodeno | 258 | 50 | 129 | 129 |
| 26. Apendicite | 20 | 100 | 0 | 20 |
| 27. Oclusão intestinal e hérnia | 270 | 95 | 14 | 256 |
| 28. Gastrite, duodenite, enterite e colite, exceto diarréia dos recém-nascidos | 2.361 | 95 | 118 | 2.243 |
| 29. Cirrose do fígado | 539 | 25 | 404 | 135 |
| 30. Nefrite e nefrose | 413 | 25 | 310 | 103 |
| 31. Complicações de gravidez, parto e estado puerperal | 133 | 87 | 17 | 116 |
| 32. Vícios de conformação congênitos | 827 | 10 | 744 | 83 |
| 33. Acidentes de veículos automotores | 883 | 50 | 442 | 441 |
| 34. Todos os outros acidentes | 1.044 | 50 | 522 | 522 |
| 35. Suicídio e tentativa de suicídio | 422 | 50 | 211 | 211 |
| 36. Homicídio | 350 | 50 | 175 | 175 |
| 37. Tôdas as outras causas | 9.593 | 50 | 4.797 | 4.796 |

| | |
|--|--------------|
| -- População estimada para 1.º-7-1963 | 4.329.212 |
| — Total de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias | 2.793 (7%) |
| — Total de óbitos evitáveis | 18.290 (48%) |
| -- Total de óbitos não evitáveis | 20.040 (52%) |
| -- Coeficiente de mortalidade geral observado | 8,9 |
| -- Coeficiente teórico de mortalidade geral | 4,6 |

4. CONCLUSÕES

1. Conceituada como o processo de medição qualitativa e quantitativa dos resultados dos programas de saúde, a avaliação deve ser considerada parte integrante desses programas desde a fase inicial de planejamento.
2. A necessidade de melhor aplicar os recursos destinados aos serviços de saúde e de valorizar os sucessos alcançados, vem contribuindo para que se empreste importância crescente ao trabalho de avaliação.
3. Conquanto mais fácil nas áreas subdesenvolvidas, em razão da natureza primária dos problemas de saúde, nem sempre a avaliação pode ser feita com segurança, face às deficiências de organização e funcionamento de seus serviços sanitários.
4. Em tais situações, um critério de avaliação bastante simples, baseado na estimativa dos óbitos teoricamente evitáveis, pode ser utilizado para determinação das falhas mais evidentes dos serviços de saúde e coleta dos elementos necessários à elaboração de programas de emergência.
5. Aplicado ao Município de São Paulo, o critério em apreço revela graves deficiências no funcionamento da estrutura sanitária local, cujas atividades, especialmente as ligadas ao controle das doenças transmissíveis, estão a reclamar urgente dinamização.

RESUMO

Após discussão do conceito de avaliação e de sua crescente importância na prática sanitária, foram indicados alguns dos critérios de avaliação mais freqüentemente utilizados, e apontadas as dificuldades de sua aplicação em áreas subdesenvolvidas, em virtude das deficiências da estrutura e funcionamento dos respectivos serviços de saúde. Como passível de ser utilizado em tais situações, foi apresentado um critério baseado na estimativa dos óbitos teoricamente evitáveis, que, além de permitir a identificação de algumas das falhas mais evidentes da atuação do serviço de saúde, pode fornecer os elementos necessários à elaboração de um programa mínimo de atividades. Este critério foi aplicado, a título de demonstração, ao Município de São Paulo, com base no obituário do ano de 1963.

SUMMARY

After discussing the evaluation concepts and its crescent importance in public health practice, some criteria more frequently used on evaluation and the difficulties of their application in underdeveloped areas, were appointed to demonstrate the deficiencies of the structure and of the operation of public health services. A criterion based on deaths estimate rates, theoretically avoidable, was presented to be used in underdeveloped areas. Such criterion permits the identification of some evident fallacies and furnishes the necessary elements to a minimal activities programa in the public health practice. This criterion is applied to the City of São Paulo, based on obituary of 1963 as a demonstration.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARBONA, G. Bases y métodos para evaluar los programas de salud. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 43(6):540-548, dic. 1957.
2. CIOCCO, A. On indices for the appraisal of health departments activities. *J. chron. Dis.*, 11(5):509-522, May 1960.
3. FREEMAN, Ruth B. & HOLMES, E. M. Administration of public health services. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1960. 507 p.
4. HANLON, J. J. Principles of public health administration. 4th ed.. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1964. 719 p.
5. JAMES, G. Evaluation in public health practice. *Am. J. public Hlth*, 52(7): 1.145-1.154, Jul. 1962.
6. RAMIREZ, D. A. Discusiones tecnicas sobre las bases y métodos de evaluación de los programas de salud -- Informe del relator. *Bol. Ofic. Sanit. Panamer.*, 43(6):549-552, dic. 1957.