
Artigo de Revisão

COBERTURA VACINAL NO RIO GRANDE DO SUL: NOVOS INSTRUMENTOS DE BUSCA DE INFORMAÇÕES PARA AMPLIAR A AÇÃO GERENCIAL

VACCINATION COVERAGE IN RIO GRANDE DO SUL: NEW INFORMATION SEARCHING TOOLS AND THE WIDENING OF HEALTH MANAGEMENT

Mariana Porto¹, Roger dos Santos Rosa²

RESUMO

A necessidade de informações consistentes, atualizadas e abrangentes para subsidiar a tomada de decisão quanto às populações-alvo e vacinas disponibilizadas pelo Programa de Imunizações brasileiro aponta para a possibilidade de incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório. O objetivo deste estudo é analisar a introdução de outros métodos além do indicador clássico, para contribuir na melhoria da avaliação das coberturas vacinais no estado do Rio Grande do Sul. Realizou-se revisão bibliográfica em livros, artigos de revistas especializadas e publicações oficiais no período de 1994 a 2004, totalizando 2.096 referências. As avaliações realizadas pelo método estatístico permitem a obtenção de dados mais fidedignos, uma vez que os resultados não são influenciados pela invasão ou evasão de demanda, pelo sub-registro de doses aplicadas e pela duplicidade de registro. Entretanto, o método de estimativa rápida, a abordagem geográfica e a utilização de tecnologias de imagens devem ser considerados quando se buscam métodos para avaliação ágil, confiável e válida, questão central na gestão em saúde. Conclui-se que estudos para estimar coberturas vacinais com outras metodologias, além da tradicional, podem garantir rapidez, baixo custo e facilidade de realização, permitindo a identificação de problemas no Programa de Imunizações e a adoção tempestiva de medidas corretivas.

Unitermos: Serviços de saúde, vigilância epidemiológica, vacinação, indicadores de saúde, Rio Grande do Sul.

ABSTRACT

The necessity of consistent and up to date information to support the decision-making process as to target population and vaccines of the Brazilian Immunization Program highlights the importance of knowing new evaluation methods. The objective of this study is to analyze methods different from the classic one and to contribute to the improvement of the vaccination coverage evaluation in southern Brazil. Books, articles of specialized journals and publications from 1994 to 2004 were reviewed, accounting for a total of 2,096 references. The statistical method allowed to reach more reliable data, as results would not be affected by demand invasion or evasion, sub-registration of applied doses, and register duplication. However, the method of fast estimate, the geographic approach, and the use of imaging technologies must be considered when searching methods for agile, trustworthy and valid evaluation, a core issue in health management. We concluded that studies about vaccine coverage with other methodologies but

¹ Especialista em Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Programa Estadual de Imunizações, Divisão de Controle de Doenças Transmissíveis Agudas, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

² Doutorando em Epidemiologia, UFRGS. Mestre em Administração, UFRGS. Professor assistente, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, UFRGS. E-mail: roger.rosa@hcb.gov.br
Correspondência: Mariana Porto, Rua José de Alencar, 1198/501, 90880-480, Porto Alegre, RS. E-mail: mraporto@terra.com.br

the traditional can guarantee agility, low cost and easiness of accomplishment, allowing for the identification of problems in the Immunization Program and timely adoption of corrective measures.

Key words: Health services, epidemiologic surveillance, vaccination, health status indicators, Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO

O Programa de Imunizações, hoje, é voltado a toda a população, não somente para crianças, mas também para adolescentes, jovens, adultos, idosos e segmentos da população identificados como de risco para determinadas doenças imunopreveníveis. A criança ainda é prioridade, mas existem novas propostas, como eliminar a síndrome da rubéola congênita e a ocorrência de tétano neonatal, controlar a hepatite B e a febre amarela silvestre (garantindo a erradicação de sua forma urbana), reduzir os riscos de complicações conseqüentes da *influenza* na população com mais de 60 anos e vacinar os povos indígenas e os indivíduos em situações clínicas especiais, dentre outras.

O conhecimento da cobertura vacinal tem grande importância para a programação das ações de saúde, uma vez que torna possível o acompanhamento do acúmulo de suscetíveis na população e também estimar até que ponto a imunidade de massa representa uma barreira efetiva para a interrupção da cadeia de transmissão de doenças imunopreveníveis.

Classicamente, a cobertura vacinal tem sido expressa pelo percentual da população vacinada em um determinado período. Essa cobertura pode ser calculada por cada vacina, pelo número de doses completadas, por grupo de idade e por áreas geográficas.

No entanto, os dados obtidos através do indicador clássico apresentam distorções relativas à invasão ou evasão da demanda, ao sub-registro de doses aplicadas e à duplicidade de registro. Tais informações são suficientes apenas para que se tenha uma idéia de quantas são as pessoas vacinadas, o que é claramente insuficiente para uma boa prática de gestão em saúde.

Avaliações através de levantamentos de campo permitem a obtenção de dados mais fidedignos, uma vez que seus resultados não são influenciados pelos fatores anteriormente mencionados.

Conforme o documento da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), "Concepção e Estruturação", a disponibilização adequada e oportuna de indicadores sobre as condições de saúde e suas tendências proporciona o aperfeiçoamento da capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas voltadas para a qualidade de saúde e de vida da população (RIPSA, 2004) (1).

A necessidade de informações consistentes, atualizadas e abrangentes, subsidiando a tomada de decisão quanto às novas populações-alvo e vacinas disponibilizadas pelo Programa de Imunizações, aponta para a possibilidade de incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório.

Sabendo-se da necessidade de subsídios para a tomada de decisão adequada quanto às novas populações-alvo e vacinas a serem disponibilizadas, é possível a incorporação de novos métodos de avaliação ao processo decisório do gestor estadual?

Este trabalho objetiva analisar a introdução de outros métodos, além do indicador clássico, na avaliação das coberturas vacinais no estado do Rio Grande do Sul. Busca também identificar os métodos existentes na literatura que possam contribuir para melhorar a avaliação das coberturas vacinais e analisar aspectos da incorporação de outros métodos que, aliados ao indicador tradicional, permitam melhorar a definição de estratégias de intervenção.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O levantamento bibliográfico inicial foi realizado através de busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME/OPAS/OMS e Sistema LILACS, e através da busca manual, no período de 1994 a 2004, totalizando 2.096 referências. Também foram efetuadas leituras sobre epidemiologia, avaliação em saúde, definição de prioridades em saúde e saúde e espaço: métodos e técnicas de análise.

Com respeito ao processo decisório, revisaram-se materiais de autores nacionais e internacionais sobre gestão contemporânea, sistemas de informação gerencial e comportamento administrativo, em livros, trabalhos de conclusão de curso e dissertação de mestrado com capítulos sobre o assunto. Todo o material data de 1965 a 2000 e estava disponível na Biblioteca da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Consiste em versão resumida de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, no âmbito do termo de convê-

nio celebrado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e operacionalizado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGA/UFRGS).

MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DE COBERTURA VACINAL

Segundo Vermelho et al. (2), é crescente a necessidade de se desenvolver instrumentos de avaliação da situação de saúde que sejam sensíveis às mudanças de curto prazo, para relacioná-los com mudanças na saúde e qualidade de vida das populações.

Para os mesmos autores (2), a identificação de indicadores com maior ou menor capacidade de discriminação e aplicáveis de maneira universal a todo o grupo populacional é necessária, assim como o esforço permanente de redefinição conceitual e de incorporação de metodologias mais adequadas para captar a dinâmica das mudanças. Vem sendo proposto amplamente, portanto, que aos tradicionais indicadores de saúde sejam incorporados novos que considerem os elementos propostos anteriormente.

Para Dantas et al. (3), sob o aspecto econômico, estudos em todo o mundo demonstram que o baixo custo das vacinas e o pessoal necessário para o desenvolvimento de programas de imunização são altamente compensadores, considerando-se o elevado custo dos atendimentos médico-hospitalares para tratamento, reabilitação, absenteísmo, e, o mais importante, “frente ao

sofrimento e angústia a que está sujeita a população com a doença, incapacidade e morte de custo inestimável”.

A dinâmica das transformações do setor de saúde tem sido considerada também como uma oportunidade de garantir que os programas de imunização promovam a equidade das ações. Por recomendação da OPAS, os indicadores de imunizações devem ser utilizados para monitorar o desempenho dos serviços de saúde.

A análise dos dados deve gerar a informação necessária para demonstrar a situação de proteção das populações, impondo definições que envolvam a discussão e a elaboração de microplanos para a correção de problemas.

A avaliação da cobertura de vacinação por meio do método administrativo é feita através da análise das informações obtidas no sistema de registro dos serviços de saúde. A gestão da informação ganha, assim, um papel importante.

O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) é integrado, entre outros, pelo *software* Avaliação do Programa de Imunizações (API), que tem como objetivo permitir o acompanhamento sistemático do quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de possibilitar o controle dos indicadores de cobertura e taxas de abandono. A cobertura vacinal pode ser obtida diretamente através do API, para menores de 1 ano, para crianças com 1 ano de idade no caso da vacina tríplice viral, para gestantes, para mulheres em idade fértil e para a população com 60 anos ou mais no caso da vacina contra a *influenza*.

O cálculo da cobertura vacinal é obtido diretamente a partir do API ou através da seguinte fórmula:

$$\text{Cobertura vacinal} = \frac{\text{Número de vacinados no grupo etário com determinada vacina}}{\text{Número de pessoas no grupo etário}} \times 100$$

Moraes et al. (4), considerando a cobertura vacinal em menores de 1 ano, porém, com princípios aplicáveis às demais faixas etárias, entendem por esquema completo a aplicação de todas as vacinas preconizadas, cujas doses foram aplicadas nas idades corretas (adequação epidemiológica) e com os intervalos corretos (adequação imunológica).

Para Malta et al. (5), uma das estratégias que os serviços de saúde dispõem para a avaliação dos serviços prestados à população é a possibilidade da utilização do inquérito domiciliar, que, com base populacional, é uma fonte de informação importante para conhecimento da situação de saúde da população e do acesso aos serviços de saúde pela mesma, fornecendo subsídios ao planeja-

mento local e avaliação destes. Pode ainda ser instrumento disparador de processos de maior aproximação e vinculação entre os serviços de saúde e a população usuária dos mesmos.

Para os dados de produção, os problemas relacionam-se ao numerador e ao denominador, enquanto que, nos inquéritos domiciliares, os dados necessários para o cálculo – numerador e denominador – são ambos provenientes da mesma fonte.

No Rio Grande do Sul, desde o início de 2004, é utilizado como denominador do indicador de cobertura vacinal o número de nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), em resposta ao problema decorrente do uso

de estimativas populacionais. Neste caso, a população-base é composta pelos nascidos vivos que sobrevivem aos primeiros meses de vida, pois a maioria dos esquemas de vacinação inicia-se no segundo mês. Os nascidos vivos nos últimos meses do ano serão vacinados nos primeiros meses do ano seguinte, se os responsáveis procurarem os serviços na época correta para o esquema vacinal. Assim, os menores de 3 meses de idade que se vacinam no início do ano-calendário pertencem, em sua maioria, à coorte de recém-nascidos do ano anterior. Em outras palavras, é fundamental precisar a coorte de nascidos vivos e fazer um trabalho de seguimento.

Permanece como problema do denominador a determinação da parcela da população que utiliza a rede pública para ações de vacinação, sempre que os dados do numerador se refiram às vacinas aplicadas pelos serviços públicos. O comportamento da população que utiliza os serviços públicos de saúde está determinado por múltiplos fatores, dentre os quais estão a disponibilidade e acessibilidade aos mesmos. Dados originados nos próprios serviços de saúde não contemplam, em sua totalidade, as informações de usuários atendidos em clínicas particulares, convênios, etc. A não-utilização dos serviços pelos moradores de determinada área de abrangência da unidade sanitária ou a utilização por usuários que residem em outras áreas geográficas interferem no cálculo da cobertura real, uma vez que os dados não são consolidados por local de origem do usuário. Desta forma, o indicador de cobertura vacinal pode ser subestimado ou superestimado.

Outra alternativa para melhor se avaliar a situação vacinal é, segundo Marchionatti (6), recomendada pela OPAS. Trata-se da utilização de um instrumento de Monitoramento Rápido de Vacinação (MRV) como forma de supervisão das estratégias de vacinação, para detectar bolsões de faltosos e conhecer os motivos para a não-vacinação. As informações obtidas devem subsidiar o planejamento e as ações locais de vacinação. Sabe-se, entretanto, que poucos municípios fazem uso dessa metodologia na rotina administrativa.

Na atualidade, um dos principais desafios para o PNI diz respeito à busca de uma maior homogeneidade nos municípios. De acordo com Fausto (7), “assim como a política de saúde, o PNI expressa em seus números a discrepância dos índices de acesso aos recursos disponíveis em saúde entre a população e a manutenção das desigualdades próprias do setor”. O PNI recomenda que se alcance a homogeneidade de coberturas vacinais em menores de 1 ano, para todas as vacinas do calendário básico, em 70% dos municípios.

Outro problema a ser reparado diz respeito ao sistema de informações que mantém como base de regis-

tro o local de aplicação da vacina, e não o local de residência do usuário.

A manutenção um sistema seguro e confiável de estatísticas de vacinação torna possível uma avaliação segura da situação vacinal da comunidade. Um sistema de informações deve ser sólido e completo e gerar informações confiáveis, que auxiliem as pesquisas em saúde e o planejamento, monitoramento e avaliação de programas.

Pedrazzani et al. (8) ressaltam que uma base de dados organizada e completa sobre a população atendida, a incorporação da informatização e a existência de bancos de dados trazem várias possibilidades de avaliação. Para os mesmos autores, a organização de banco de dados para a consolidação das informações em um registro único, nominal, possibilita o acompanhamento de cada usuário através da condição vacinal, em diferentes unidades de saúde.

Para os mesmos autores, no âmbito da administração e do planejamento em saúde, há que se estimular a organização de banco de dados que permitam o monitoramento da qualidade dos serviços.

Estudo realizado por Oliveira et al. (9), no município de Londrina, estado do Paraná, buscou verificar a real situação vacinal de crianças de 0 a 5 anos de idade na área de abrangência do Posto de Saúde São Lourenço. A metodologia utilizada foi a de amostragem simples ao acaso, um método de se obter uma amostra representativa e aleatória da população de crianças que utiliza o posto. O trabalho concluiu que a maioria das crianças de 0 a 5 anos de idade (89,2%) tem seus esquemas de vacinação completo ou atualizado (no caso dos menores de 6 meses). Para os autores, a principal falha encontra-se no registro dos dados. A partir do momento em que a criança recebe a primeira dose de vacina, ela terá seus dados lançados naquele primeiro posto em que se vacinou. Se acontecer da criança receber a próxima dose em qualquer outro posto, ela constará como faltosa. Este trabalho fortalece a necessidade de comunicação e de informatização em toda a rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Medronho & Werneck (10), “desde as civilizações primitivas até os tempos modernos, mapas têm sido utilizados para retratar dados espaciais”. A análise da distribuição espacial dos eventos relacionados à saúde é de interesse para a gestão há muito tempo.

Para Dantas et al. (3), a tendência recente dos processos de reterritorialização contidos nos movimentos de descentralização vem impondo uma demanda técnica e política no sentido de ter uma caracterização cada vez mais exata dos espaços onde devem operar as lógicas e os processos de decisão.

No setor de saúde, especificamente, busca-se com cada vez mais rigor e variedade de ferramentas conferir

precisão e exatidão às avaliações e diferenciais de risco entre áreas geográficas, seja em escala de municípios e regiões, seja em termos de novos territórios – os distritos sanitários – e, dentro deles, as microáreas.

De acordo com Medronho & Perez (11), o conceito de espaço deve incorporar não apenas as características geográficas, naturais e sociais de um lugar, mas também “a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”; assim, a teoria do espaço não se reduz apenas a questões do ambiente físico, mas também a processos sociais. A configuração territorial não é, por si só, um dado “natural”, mas o testemunho de processos históricos passados, que continuam atuando na atualidade. Esses processos atuam diferentemente em momentos históricos distintos, influenciando e sendo influenciados pela ação do homem.

Os trabalhos sobre a relação entre o espaço, a saúde e o planejamento têm adquirido, nos últimos anos, novos estímulos a partir dos estudos sobre mapeamento dos diferenciais sociais e de morbimortalidade.

O espaço é definido em virtude dos processos que o integram e que o constituem: processos sociais, interações, atores. A idéia de territorialidade inclui a interação entre os atores sociais e os usos políticos, econômicos e de gestão em determinado espaço geográfico.

A lógica de organização dos serviços, tendo por base a configuração espacial, atua em pelo menos dois sentidos: o primeiro, como racionalidade técnica, visando um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis – eficiência e eficácia; o segundo, político, vinculado à representação dos interesses em conflito (3).

Para Malta et al. (5), ao se falar em microárea, refere-se à atuação com grupos socialmente definidos e trabalha-se com o conceito de chances de vida, que se refere às probabilidades que as pessoas têm de poder satisfazer suas necessidades e vontades de acordo com a sua localização na sociedade (fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, genéticos, biológicos, ambientais).

As chances de vida diferenciam-se da análise de risco pela abrangência do enfoque trabalhado. Enquanto na análise de risco a determinação se deve a fatores biológicos de cada indivíduo, a análise de chances de vida leva em conta o ambiente ecológico e social de grupos socialmente definidos, o que proporciona uma integração das atividades de saúde, levando em conta a intersetorialidade, diferentemente da análise de risco que se restringe à implementação de programas verticais de saúde.

Malta et al. (5) reforçam o conceito de microárea, onde os moradores de uma região delimitada compartilham de características socioeconômicas e de condições ambientais e de vida semelhantes, tais como renda familiar, nível de instrução, moradia e instalações sanitárias.

Segundo Aronoff (12), a partir da década de 70, com a crescente disponibilidade de dados ambientais e socioeconômicos, associada à necessidade de diversas áreas de planejamento estudarem os recursos disponíveis da Terra, envolvendo mudanças ocorridas no meio ambiente, no decorrer do tempo, “gerou-se a necessidade de combinar dados sobre uma representação cartográfica com a finalidade de realizar análises georreferenciadas, de acordo com critérios estabelecidos pelo usuário”.

O desenvolvimento de um instrumental metodológico específico para a análise espacial é recente. Tal desenvolvimento deve-se ao avanço dos recursos computacionais, em especial das técnicas de geoprocessamento. Este surgiu a partir do desenvolvimento da informática e da conseqüente ligação entre a coleta automática de dados, a análise e a apresentação de informações geográficas relacionadas.

No campo do geoprocessamento, várias propostas de ferramentas só se tornaram possíveis a partir da redução de custos de várias tecnologias, como a cartografia digital, o gerenciamento de banco de dados e o processamento digital de imagens. Dentre essas ferramentas, a que combina todas elas com técnicas de análise e manipulação de dados geográficos é denominada Sistema de Informações Geográficas (SIG).

Pina (13) chama a atenção para a utilização incorreta dos dois termos – geoprocessamento e SIG – como sinônimos. Para a autora, “os SIG podem ser entendidos como a mais completa das técnicas de geoprocessamento, uma vez que podem englobar todas as demais”. É possível afirmar que todos os SIG são técnicas de geoprocessamento, mas nem sempre a recíproca é verdadeira.

As áreas de aplicação do SIG têm uma extraordinária amplitude, por ser um tipo de programa que trabalha com dados espaciais e com grande volume de informações de natureza diversa. Seu uso não é restrito da geografia, envolvendo várias áreas e demandando a organização do trabalho através de equipe multiprofissional e interdisciplinar, objetivando a discussão coletiva dos problemas e a consecução de objetivos comuns.

As técnicas de geoprocessamento, em especial os SIG, podem ser consideradas um poderoso recurso tecnológico a serviço do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

Os avanços e a disponibilidade de tecnologias de microeletrônica e de informação têm priorizado recortes intra-urbanos. No entanto, abordagens como o geoprocessamento e medidas de diferenciais interáreas nem sempre têm sido utilizadas para propostas de intervenção no sistema de saúde.

Com relação à oferta de tecnologias de informação e de imagens para os estudos dos eventos de

morbimortalidade, é importante que se considere como elas vêm sendo incorporadas pelo sistema de saúde. Segundo Dantas et al. (3), são “expressas em acesso desiguais e na falta de recursos humanos capacitados para o manejo das mesmas”. Tais limitações não devem servir de justificativa para o imobilismo, tornando inexecutível a construção de sistemas de informações locais.

A associação da medicina com a geografia é muito antiga. Os mapas foram intensamente utilizados no Império Romano, diminuindo com o declínio deste. No século XVIII, seu uso voltou a se intensificar na Europa, devido à necessidade dos governantes da época de terem um mapeamento sistemático de suas terras. Segundo Medronho & Werneck (10), originam-se desse período os primeiros mapeamentos de doenças. Em 1768, o médico escocês James Lind publicou um livro com o título *An Essay on Diseases Incidental to Europeans in Hot Climates: with the Method of Preventing their Fatal Consequences*. No século XIX, o estudo de John Snow utilizou técnicas de mapeamento para analisar a epidemia de cólera ocorrida em 1854, em Londres.

A abordagem geográfica e a utilização de tecnologias de imagem devem ser consideradas quando se buscam métodos para serem usados como instrumentos de avaliação ágil, confiável e válida, questão central na gestão em saúde.

Os dados sobre saúde e doença têm dimensão espacial, e a distribuição geográfica deve ser uma das primeiras características a ser avaliada. Por outro lado, as séries estatísticas completarão a visão espacial, dando aos fatos a dimensão temporal.

No Rio Grande do Sul, é comum encontrar, em uma dada região, grupos sociais distintos (favelas e áreas nobres), o que torna cada indicador em estudo uma média entre grupos populacionais diferentes. Para Carvalho & Cruz (14), diferenciar grupos populacionais segundo os agravos à saúde que sofrem, os riscos potenciais e o acesso aos equipamentos e serviços é uma das principais questões da prevenção em saúde, apontando para a necessidade de desenvolver um tipo de análise que aumente o poder de discriminação e possibilite um tratamento integrador dos vários conjuntos de dados que exprimem diferentes aspectos da vida urbana. Ou seja, as unidades de coleta e de análise da informação devem apresentar a resolução adequada ao fenômeno que se pretende estudar.

A importância da microlocalização para a vigilância em saúde é evidente. No planejamento e na administração em saúde, localizar a origem e o destino dos usuários, segundo a residência, a patologia ou demanda, indica alternativas para a assistência.

Evidencia-se, desta forma, que o indicador clássico de cobertura isoladamente é insuficiente para uma

avaliação adequada, sobretudo considerando a existência de novas metodologias.

INCORPORANDO NOVOS MÉTODOS PARA A AVALIAÇÃO DA COBERTURA VACINAL

Uma análise da situação de saúde que possa servir de base ao planejamento de ações e serviços inclui as características da população, o modelo de gestão, o financiamento, o modelo de atenção e os recursos existentes.

Corroborando com a consolidação do processo de descentralização do SUS, ao se transferir a execução de ações para o nível local, deve-se também estimular o desenvolvimento e divulgação de experiências inovadoras, a utilização de novas metodologias científicas e a análise mais freqüente dos dados epidemiológicos produzidos nos serviços.

A importância do uso dos estudos de avaliação de programas e políticas permite que a tomada de decisão acerca dos programas seja dotada de maior racionalidade técnica e gerencial (15).

É possível determinar três grandes grupos de avaliação: pesquisa de avaliação, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal é a produção de conhecimento. Tal conhecimento serve de base para a decisão quando se colocam questões de viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa. Dizem respeito, basicamente, à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas.

Na avaliação para decisão, o objetivo principal é que ela se constitua em um elemento capaz de participar de processos de tomada de decisão. A prioridade é dada ao reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para sua compreensão, identificação dos problemas e alternativas de solução possíveis.

A avaliação para gestão tem como objetivo preponderante a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. A informação produzida é voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposta de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

O desejo de maior racionalidade técnica e gerencial através destes três grandes grupos de avaliação, contudo, pode provocar efeitos indesejados. Para Kliksberg

(16), “ao buscar racionalidade de curto prazo em contextos instáveis e turbulentos, os gerentes tendem a inibir-se de inovar”. Para este autor, a inovação é essencial para uma organização sobreviver. Para inovar, é preciso flexibilidade, descentralização e participação.

Para Monks (17), os indivíduos não precisam ser gerentes natos para fazerem um bom trabalho. Adquirir conhecimentos e domínios de técnicas pode ressaltar a capacidade de uma pessoa de tomar decisões boas e lógicas; entretanto, não se deve esquecer que o pensamento demasiadamente técnico pode ser um prejuízo para a função gerencial.

Segundo Motta (18), a arte de pensar e julgar que caracteriza a gerência exige maior amplitude e lateralidade de pensamento. Por isso, é recomendado aos dirigentes que adquiram mais conhecimentos ou mesmo formação avançada para estimular a sua mente e curiosidade, na busca de novos horizontes e perspectivas sobre a realidade em que estão inseridos.

Conforme Luciano (17), tomam-se decisões em todos os níveis da organização, “sendo as decisões tomadas em níveis estratégicos as de maior complexidade e risco”. Bretas Pereira (17) salienta que a tradicional figura do gerente estratégico, própria da alta direção, não existe mais. Atualmente, todos os gerentes são estratégicos e tomam decisões transformadoras.

Para Motta (18), gerência é o exercício de uma atividade que exige mais de uma pessoa para exercê-la; precisa de um objetivo comum; requer uma ação calculada ou uma racionalidade de meios para se alcançar os fins; necessita de cooperação e coordenação entre indivíduos, para que um não atue em detrimento ou oposição ao outro.

Considerando-se a informação como um instrumento para a gestão do SUS, faz-se necessária sua utilização e a criação de novas possibilidades de análise dos problemas existentes. Entretanto, Bretas Pereira (17) afirma que o excesso de informações pode confundir e atrasar o processo de mudança. Na mesma linha, Jarroson (17) cita que discernir entre o que é realmente importante e o que são detalhes insignificantes é um desafio.

De acordo com Elster (17), “há um risco em agir cedo demais, com informação de menos, e um risco de protelar até que seja tarde demais”. Simon (17) ainda acrescenta: “o ótimo é inimigo do bom”.

No mundo atual, complexo, ambíguo e de mudanças extremamente rápidas, os dirigentes não podem desprezar as análises racionais proporcionadas pelo planejamento estratégico e pelo uso de técnicas administrativas. Ao mesmo tempo, não podem se sujeitar inteiramente às suas previsões racionais, mas revê-las e complementá-las com julgamento estratégico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na rotina dos serviços de saúde, os dados de cobertura vacinal são estimados a partir de dados de produção e estão sujeitos a uma série de imprecisões relacionadas ao registro correto das doses de vacinas aplicadas e das idades das crianças vacinadas.

Muitas vezes, os registros rotineiros não são suficientes para explicar os fenômenos que vêm ocorrendo ou não permitem uma tomada de decisão de forma segura. Para solucionar estas situações, ao menos de forma parcial, informações adicionais são obtidas, aplicando-se outros métodos, como, por exemplo, os inquéritos epidemiológicos. Os inquéritos de cobertura vacinal são extremamente importantes para monitorar o Programa de Imunizações, detectando áreas de alto risco pelas baixas coberturas e problemas de gestão.

A utilização do instrumento de MRV é recomendada pela OPAS como forma de supervisão das estratégias de vacinação, detectando bolsões de faltosos e conhecendo as razões para a não-vacinação. Municípios que não alcançam ou superam os indicadores de cobertura deveriam ser alvos de monitoramento, para que fique demonstrada a tendência da situação vacinal da população-alvo.

A elaboração de modelos para análise rotineira de cobertura vacinal, considerando outros denominadores, como doses aplicadas de BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) e primeira dose de DPT (difteria, pertussis ou coqueluche e tétano), poderia auxiliar na garantia do sucesso da implementação do Programa de Imunizações.

A análise espacial dos eventos de saúde também pode ser um importante instrumento na gestão. Entretanto, só mais recentemente foi desenvolvido um instrumental metodológico específico para este fim. Tal desenvolvimento deve-se ao avanço dos recursos computacionais, em especial das técnicas de geoprocessamento, que permitem a rápida atualização de mapas. A incorporação de métodos estatísticos para a análise de dados espaciais tornou o geoprocessamento uma importante ferramenta para o estudo do espaço na produção e disseminação de doenças.

Os SIG oportunizam facilidades na execução de atividades como planejamento, análise, gerenciamento e monitoramento, especialmente quanto à manipulação de dados gráficos e não-gráficos. Destaca-se que o SIG não é um sistema de produção de cartografia, pois supera em muito a manipulação de mapas digitais, permite a análise espacial e é um importante instrumento de apoio à tomada de decisões.

Além disto, o potencial de uso de um SIG em saúde se caracteriza pela multidisciplinaridade, cujo processo de integração intersectorial e/ou interinstitucional em saúde é, infelizmente, ainda incipiente em nosso país.

Apesar das limitações das decisões exclusivamente racionais, a ampliação da capacidade técnico-operacional dos municípios, com o objetivo de fortalecer o processo de decisão/ação e de desenvolvimento das atividades de rotina, aliada à ampliação da capacidade de análise da situação de saúde, é fundamental para o aprimoramento da gestão em saúde.

A transferência das ações para o nível local não se limita a aspectos técnicos e operacionais, mas também a um real compromisso e responsabilização com as condições de saúde da população da região em que se opera. Assim, os profissionais que atuam nesse cenário têm o desafio de procurar desenvolver estratégias para soluções de problemas, tendo como referência a realidade local. Isso possibilita que os profissionais sintam-se parte operante de todo o processo, responsáveis pelas ações executadas, e não só executores de tarefas pré-determinadas.

A evolução do meio social, econômico e político provoca alterações nas organizações de trabalho. Formas anteriormente rígidas e precisas são substituídas por formas ambíguas e flexíveis. Tais alterações tornam mais complexa a gerência e exigem que gerentes de nível intermediário e local tenham o mesmo tipo de conhecimento, antes destinado apenas a dirigentes de níveis hierárquicos mais elevados.

O treinamento e a educação continuada em serviço são essenciais para um elevado padrão de qualidade. A reciclagem dos profissionais da sala de vacinas, acompanhada da supervisão, auxilia no combate ao sub-registro ou à duplicidade de dados.

A estratégia do MRV e os inquéritos de cobertura vacinal devem ser realizados com maior frequência; os funcionários das salas de vacinação precisam ser treinados para que preencham de maneira satisfatória os dados de vacinação; e é necessário também intensificar a divulgação do calendário de vacinação aos profissionais de saúde e à comunidade e facilitar o acesso da população aos serviços.

Fundamentada na idéia de que o estado de saúde é heterogêneo, a organização e atuação dos serviços locais também não deveriam ser uniformes. Assim, cada local deve ser estimulado a analisar suas possibilidades de utilização de metodologias de apoio à análise de situação de saúde.

REFERÊNCIAS

1. RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Concepção e estruturação. Relatório da 3ª Oficina Interagencial. Disponível em: <http://URL://www.datasus.gov.br/rnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>.
2. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 33-34.
3. Dantas MBP et al. Espaço e planejamento em saúde: algumas reflexões. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 93-104.
4. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saude*. 2003;12:147-53.
5. Malta RF, Mishima SM, de Almeida MCP, Pereira MJB. Atualização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em micro-áreas: analisando a situação vacinal de menores de um ano. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002;10:28-33.
6. Marchionatti CRE. Monitoramento rápido de vacinação em municípios da 12ª CRS. *Boletim Epidemiológico* 2003;5(1).
7. Fausto MCR. A política de imunizações no Brasil: avanços e dilema na descentralização. In: Negri B, Vianna ALA. *O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio*. Brasília: Sobravime; 2002. Pp. 113-134.
8. Pedrazzani ES et al. Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2002;10:831-6.
9. Oliveira RA. Diagnóstico da situação vacinal das crianças de 0 a 5 anos de idade, São Lourenço - Londrina/PR. *Semina* 1994; 15(ed. especial):55-57.
10. Medronho RA, Wernerck GL. Técnicas de Análise Espacial em Saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 427-446.
11. Medronho RA, Perez MA. Distribuição das doenças no espaço e no tempo: técnicas de análise espacial em saúde. In: Medronho RA, org. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 59.
12. Strauch JCM, Souza JM. Uma metodologia para implantação de sistemas de informações geográficas. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 109-122.
13. Pina MFRP. Potencialidades dos sistemas de informações geográficas na área da saúde. In: Najjar AL, Marques EC, orgs. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. Pp. 125-132.
14. Carvalho MS, Cruz OG. Análise espacial por microáreas: métodos e experiências. In: Araujo A, editor. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1998. Pp. 79-88.

15. NEPP – UNICAMP (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas). Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários - Relatório Final. Campinas; 1999. Pp. 10-51.
16. Junqueira LAP, Inojosa RM. Em busca de uma lógica da eficácia: gestão dos serviços públicos. Revista de Administração Pública 1992;26:20-31.
17. Luciano EM. Mapeamento das variáveis essenciais ao processo decisório nas empresas gaúchas do setor industrial alimentar [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
18. Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1997.