

MAURO SERAPIONI

Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*

Apesar do crescente interesse dos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde. Apoiando-se em uma revisão da literatura internacional, este trabalho propõe-se contribuir para o delineamento de uma proposta de avaliação da qualidade coerente com a complexidade conceitual e metodológica do tema. Com essa finalidade, após ter apresentado os primeiros estudos sociológicos sobre os utentes dos serviços públicos e após ter percorrido as três etapas do desenvolvimento da qualidade em saúde, o ensaio analisa algumas questões-chave que deveriam nortear as avaliações em saúde. A seguir será apresentada uma definição de qualidade 'multidimensional' que identifica os principais grupos de interesse que atuam no sistema de saúde e procura-se traçar algumas estratégias de aproximação entre a pluralidade dos olhares. Concluindo, o artigo aponta algumas linhas de trabalho para os próximos anos.

Palavras-chave: Avaliação em saúde, abordagem multidimensional da qualidade, pluralismo de valores, pluralidade metodológica, sociologia da saúde.

1. Introdução

Desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do início da década dos anos 80 (Vuori, 1982). Com efeito, em coerência com o princípio de que cada pessoa tem direito a receber o melhor que a medicina possa oferecer, a OMS tem assumido uma posição de liderança na facilitação dos esforços dos Estados-Membros empenhados em desenvolver diferentes abordagens de garantia de qualidade no

* Este texto contém uma nova versão do capítulo "Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional e correlacional", no livro *Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*, publicado pela Editora Vozes (Petrópolis, 2006) e organizado por M.L.M. Bosi e F.J. Mercado. Se agradece à Editora por ter autorizado a publicação desta nova versão.

âmbito dos próprios sistemas de saúde. Contudo, na prática foi se consolidando uma maior preocupação por considerações referentes a custos e recursos dos serviços de saúde, que puseram em primeiro plano a avaliação custo-efetividade (OMS, 1988). Sucessivamente, como consequência de múltiplas atividades de informação e divulgação, o discurso sobre qualidade da atenção à saúde voltou a ser prioritário na agenda das organizações internacionais e dos governos nacionais. De fato, nos últimos anos a qualidade é considerada um componente estratégico na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde adotado. Nesse sentido é preciso superar aquela concepção que considera o discurso da qualidade como uma prerrogativa dos países ricos de recursos e com um sistema de saúde avançado.

A qualidade implica a presença de culturas, competências e métodos de avaliação que se desenvolveram nos últimos 20 anos, quando a centralidade do cidadão foi reconhecida e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde, superando as resistências das corporações administrativas e profissionais (Ranci Ortigosa, 2000). Com efeito, o campo da saúde sempre se caracterizou por um grande desnível informativo entre oferta e demanda, que garante à primeira uma posição de dominância e uma forte capacidade de influenciar os pacientes. Várias razões contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre elas cabe mencionar (OMS, 1988; Shaw e Kalo, 2002): i) a não adequada segurança dos sistemas de saúde; ii) a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; iii) a insatisfação dos utentes; iv) o acesso desigual aos serviços de saúde; v) as longas listas de espera; vi) o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia. Enfim, a constatação da alta variabilidade das práticas clínicas e assistenciais – seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas –, assim como a variabilidade dos custos nem sempre referentes a fatores epidemiológicos ou clínicos, tem representado um importante estímulo para introduzir a avaliação sistemática da qualidade da atenção à saúde.

Apesar do crescente interesse nos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde, que ainda não chegaram a um acordo sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada.

A partir dessas premissas e apoiando-se em uma revisão da literatura internacional, este trabalho propõe-se contribuir para o delineamento de uma proposta de avaliação da qualidade coerente com a complexidade conceitual e metodológica do tema em objeto. Nessa perspectiva, após ter apresentado os primeiros estudos sociológicos sobre os utentes dos serviços

públicos e após ter percorrido as três etapas do desenvolvimento da qualidade em saúde, o ensaio analisa algumas questões-chave que deveriam nortear as avaliações em saúde. A continuação é apresentada uma definição de qualidade que identifica os principais grupos de interesse que atuam no âmbito do sistema de saúde e procura-se traçar algumas estratégias de aproximação entre a pluralidade dos olhares. Concluindo, o artigo identifica alguns fatores que dificultam uma maior comunicação entre as diversas dimensões da qualidade e aponta algumas linhas de trabalho para os próximos anos.

2. Os estudos pioneiros sobre a qualidade: o interesse dos sociólogos pelos utentes

O interesse pela atenção ao utente é um fenômeno bastante novo no âmbito dos serviços sociais. O movimento de idéias e investigações sobre esse tema pode ser considerado a primeira etapa dos estudos sobre a qualidade dos serviços públicos. Esse movimento surgiu a partir dos anos 50, principalmente nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. Talcott Parsons (1965) foi um dos primeiros sociólogos que analisou atentamente a relação médico-paciente, preocupado pela não adesão dos pacientes (*compliance*) aos tratamentos médicos. Todavia, em coerência com a abordagem funcionalista, Parsons reafirmava a relação assimétrica e a necessidade da dominação profissional (Nunes, 1999).

Erving Goffman (1969: 177) introduziu a categoria de “não-pessoa” em relação aos pacientes das instituições totais de saúde, ou seja, aqueles sujeitos que são “tratados em sua presença como se não estivessem presentes”. Goffman citava, como exemplo mais comum, os doentes e os velhos dentro das instituições hospitalares. De fato, nos hospitais, muitas vezes, os pacientes sofrem um processo de despersonalização, quando são identificados somente pelo número do leito ou por suas patologias.

Os trabalhos de Etzioni representam, sem dúvida, estudos pioneiros nesse setor. Depois de haver constatado que “a idéia de serviço público deriva diretamente do ideal de que seja justo proporcionar a máxima felicidade ao maior número possível de pessoas”, Etzioni pergunta se as instituições públicas são realmente sensíveis às necessidades dos utentes que são os principais beneficiários de suas atividades. Mas, na prática diária, continua o autor, “existem algumas características intrínsecas às organizações” que dificultam o ideal do serviço público e, algumas vezes, “tendem a favorecer a insensibilidade frente aos utentes”. Muitos empregados, de fato, são orientados “mais para a organização do que para os utentes” (1967: 115).

É interessante, ainda, mencionar as pesquisas de Blau (1965), realizadas em um serviço social nos Estados Unidos, quando identifica duas categorias de assistente social, de acordo com a maneira de atuar em relação aos pacientes. Alguns deles preocupavam-se mais em resolver o problema do utentes, enquanto outros eram mais atentos em respeitar os requisitos e os procedimentos necessários para receber a assistência. Esta segunda categoria estava mais integrada com os colegas e com a organização geral.

A preocupação de Etzioni (1967) sobre esses estudos derivava da constatação de que os funcionários promovidos no âmbito da organização eram aqueles que negligenciavam os interesses dos utentes: “ter uma atitude excessivamente favorável aos clientes e transmitir suas reivindicações às esferas hierárquicas superiores pode constituir um elemento negativo e uma experiência desagradável em muitas organizações públicas” (Etzioni, 1967: 118). A sensibilidade da organização pelo usuário, segundo Etzioni, é maior quando há uma relação paritária e quando o cliente pode expressar sua preferência pessoal: “a relação entre empregado e cliente num correio é muito impessoal, mas a relação entre o alfaiate e seu cliente é muito mais estreita” (Etzioni, 1967: 120). Em relação a este aspecto, Hirschman (1982) afirma que, nas organizações privadas, os usuários podem controlar, através do poder de exigência, a qualidade dos serviços, e, em caso de insatisfação, podem dirigir-se a outro serviço. Essa saída (*exit*) poderia ser praticada também pelos utentes dos serviços públicos, mas somente se existissem outras opções e a capacidade individual de alcançá-las. Certamente no caso dos serviços de cuidado de saúde primários ou de emergência, é difícil para o utente utilizar a arma da saída (Zani e Serapioni, 1989).

3. As três etapas da qualidade em saúde

Inicialmente, o tema da qualidade da atenção à saúde interessava somente a pequenos grupos de médicos iluminados. A *Quality Assurance* (garantia de qualidade) pode ser considerada o primeiro método, desenvolvido originalmente nos Estados Unidos no começo do século xx, para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Mas é somente a partir dos estudos pioneiros de Donabedian (1989) que a *Quality Assurance* se desenvolve conceitual e metodologicamente e se difunde, graças ao apoio da OMS, em muitos países do mundo. Sucessivamente, foram desenhados outros métodos para monitorar e avaliar a qualidade técnica da atenção à saúde. A auditoria clínica e a auditoria médica, a acreditação profissional e, mais recentemente, a medicina baseada em evidências e as *guidelines*

representam um conjunto de ferramentas cujo objetivo principal é avaliar o desempenho profissional e estimular mudanças nas práticas adotadas.

Assim, até a metade dos anos 80, o debate sobre a qualidade da atenção à saúde referia-se somente à qualidade na dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico. Entretanto, o risco de reduzir a qualidade somente à dimensão técnico-profissional, com preocupantes efeitos de responsabilização dos profissionais de saúde, tem favorecido, a partir do final dos anos 80, o desenvolvimento de uma segunda etapa da qualidade. Esse segundo momento focaliza-se nos aspectos organizacionais e nos processos gerenciais que as abordagens precedentes não tinham suficientemente considerado (Giarelli, 2002). Os sistemas da *Qualidade Total* e do *Melhoramento Contínuo da Qualidade*, advindos das empresas industriais japonesas e americanas, concentram-se na gestão dos processos de saúde orientados às expectativas do cliente. Nessa mesma direção, é preciso mencionar outros métodos de avaliação da qualidade na visão do gerente, tais como a certificação de qualidade e a acreditação institucional.

A ênfase no cliente e, ao mesmo tempo, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação. O relatório Griffith do 1983, o livro branco do governo britânico *Working for the Patient* de 1989, assim como a institucionalização das Cartas de Serviços (*Citizens' Charters*) no começo dos anos 90 representam os momentos inspiradores da terceira fase da avaliação da qualidade em saúde. A partir desse momento, a visão do paciente é considerada essencial junto à perspectiva técnica e à organizacional. Questionários, grupos focais, assembleias públicas, análise de queixas e reclamações dos pacientes, análise dos processos de fluxo dos pacientes e várias tipologias de estudos etnográficos representam as possíveis estratégias para identificar a qualidade percebida pelos utentes. Contudo, é preciso assinalar que a grande maioria das pesquisas de satisfação dos usuários é realizada, em nível internacional, por meio de questionários estruturados, muito criticados por apresentarem sérios vieses conceituais e metodológicos, responsáveis pelos altos índices de satisfação obtidos (Williams, 1994; Avis, 1997; Straw, 2002). Por essa razão, os estudiosos do sector recomendam adotar, também, abordagens narrativas (*narrative-based*), fundamentadas em premissas fenomenológicas e hermenêuticas que põem no centro da análise a experiência do paciente sobre a sua doença, o percurso terapêutico e a interpretação que ele atribui à própria experiência (Good, 1999).

4. A complexidade do conceito de qualidade da atenção à saúde

O conceito de qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo (Vuori, 1991). Analisando a literatura sobre o tema é possível encontrar inúmeras abordagens e definições de qualidade (Uchimura e Bosi, 2002; Leatherman e Sutherland, 2005; Kemple, 2009). No contexto dos sistemas europeus de saúde, por exemplo, foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde (Quinti, 2001).

Sem dúvida, o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente. A complexidade da qualidade depende de vários fatores:

a) em primeiro lugar, é preciso assinalar a complexidade da mesma concepção de saúde que, após as críticas ao processo de medicalização da vida (Illich, 1976; Engel, 1977; Eisenberg e Kleinman 1981), considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquicas, inclusos os componentes espirituais, relacionais e sociais;

b) tal complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista: pacientes, cidadãos, profissões das diferentes categorias; gerentes, dirigentes e administradores dos serviços; indústrias farmacêuticas; produtores de tecnologias sanitárias; faculdades de medicina e outras; associações de consumidores e de defesa dos direitos dos pacientes, gestores e planejadores de políticas de saúde. Cada um deles expressa pontos diversos da qualidade a partir da própria posição, ideais e interesses particulares (Serapioni, 1999);

c) a pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende, também, do caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade (Uchimura e Bosi, 2002). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (Roemer e Aguilar, 1988) considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção, aceitabilidade por parte dos pacientes;

d) é preciso também focar as peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relacionalidade e com exigência de tempestividade e rapidez das decisões e ações (Ranci Ortigosa, 2000). Diferentemente do que acontece numa empresa industrial, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contacto direto entre profissionais e pacientes e das ações e interações que constituem essa relação. No âmbito da saúde o utente desempenha um duplo papel: é consumidor de atenção, mas também, seu co-produtor;

e) finalmente, a concepção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais. “De cultura a cultura” – ressalta Donabedian (1990: 113) – “mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”.

Todos esses fatores de complexidade enriqueceram o conceito de qualidade da atenção à saúde, mas, ao mesmo tempo, o tornaram de difícil definição. Por essa razão, muitos estudiosos preferem evidenciar uma série de dimensões da qualidade, ao invés de correr o risco de adotar interpretações restritivas (Ranci Ortigosa, 2000). Nesse sentido, vale lembrar algumas leituras redutivas da qualidade, ainda comuns no campo da saúde, que têm contribuído para deformar a realidade que se pretendia analisar. Faz-se referência à qualidade entendida como eficácia técnica, preocupada exclusivamente com os aspectos diagnósticos e terapêuticos; ou a qualidade interessada somente nos aspectos relacionados aos gastos com saúde; ou, ainda, a qualidade que considera somente as percepções dos pacientes, reduzindo a avaliação da qualidade a uma mera sondagem de opiniões, excluindo, assim, a perspectiva de análise dos outros atores envolvidos no processo. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas é o resultado de uma profícua integração e conexão entre eles.

Para Cipolla (2002: 15), a complexidade do conceito de qualidade presuppõe “uma abordagem analógica e não digital”. Em outras palavras, sublinha o autor, “a questão da qualidade é ligada a um problema de gradação e não de presença/ausência”. Por exemplo, pode-se encontrar um serviço de saúde com uma elevada qualidade técnica, mas com uma baixa qualidade relacional, ou vice-versa. Para isso, insiste o autor, a mesma mensuração da qualidade deve prever a possibilidade de gradação e basear-se, portanto, numa multiplicidade de informações.

5. Premissas teórico-metodológicas que deveriam nortear a construção de uma proposta de avaliação da qualidade

A avaliação é uma área de conhecimento ainda jovem. Existem diferentes definições e classificações, mas não há sempre coincidência e acordo entre os diferentes estudiosos e avaliadores. Apesar da discordância e dos desentendimentos entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, nos últimos dez anos a reflexão conceptual e metodológica tende a convergir sobre alguns denominadores comuns fundamentados em abordagens mais pragmáticas e menos ideológicas. Analisando a produção de alguns estudiosos do

sector (Glasser, 1972; Cronbach e Shapiro, 1982; Guba e Lincon, 1989; Scriven, 1991; Cohen e Franco, 1994; Aguilar e Ander-Egg, 1995; Madaus *et al.*, 1996; Stufflebeam, 1996; Stake, 1996; Patton, 1997; Øvretveit, 1998; Weiss, 1998; Rossi *et al.*, 1999; Bezzi, 2003), foram identificados três aspectos (ou questões-chave) que, com diferentes nuances e ênfases, permeiam as diversas definições: 1) atenção pelas questões metodológicas, em que se pode constatar um consenso sobre o fato de que a avaliação é uma atividade de pesquisa; 2) preocupação com a finalidade e utilidade da avaliação e com a necessidade de aumentar o seu valor de uso no âmbito dos processos de tomada de decisões; 3) reconhecimento do pluralismo de valores (avaliar significa julgar) e da importância, portanto, de incluir distintos pontos de vista e grupos de interesses no processo avaliativo. A seguir, analisaremos as três premissas ou questões-chave que deveriam nortear as avaliações em saúde, inclusa a avaliação da qualidade.

1) Em relação à linha metodológica, a avaliação utiliza os mesmos métodos e técnicas geralmente adotadas pela pesquisa social e, obviamente, tem a mesma “rigoriedade” e “debilidade”. Porém, como apontam vários autores, a avaliação é mais problemática da pesquisa social, pois não pretende somente compreender a ação social, mas visa, também, expressar um juízo (Glasser, 1972). Por isso – salientam Aguilar e Ander-Egg (1995) – os juízos devem apoiar-se em dados e informações pertinentes. Nessa mesma direção, Bezzi (2003: 29) afirma que a avaliação é “um conjunto de atividades que permite expressar um juízo argumentado” sobre programas, serviços, políticas, desempenho, etc. Para o autor, a “argumentação” é o alicerce sobre o qual é preciso construir um processo de avaliação sistemático, profissional e não improvisado ou informal. Argumentação significa apresentação de todos os elementos a partir dos quais foram formulados os juízos, assim como os procedimentos metodológicos através dos quais aqueles elementos foram analisados, interpretados e comparados. A pesquisa avaliativa representa, portanto, o coração da avaliação.

Ainda em relação à questão metodológica, cabe assinalar que a tradicional aspereza e polarização entre as diversas perspectivas e métodos de aproximação da realidade (construtivismo *versus* realismo e qualitativo *versus* quantitativo) tendem, nessa nova fase, a assumir posições e tons menos radicais (Minayo e Sanches, 1993; Serapioni, 2000). Com efeito, após anos de conflitos e acrimoniosos debates, aos métodos qualitativos é reconhecida a mesma respeitabilidade e o mesmo *status* dos métodos quantitativos (Patton, 1997: 266). Observa-se – como afirmam Madaus e colaboradores (1996) – a disponibilidade de aceitar formas de comunicação entre os que advogam abordagens positivistas/quantitativas para a avaliação e os

que propõem abordagens fenomenológicas/qualitativas. Para Patton (1997: 268), por exemplo, na avaliação centrada na utilização, nenhum dos dois paradigmas é intrinsecamente melhor do que o outro, mas representam alternativas para o avaliador à luz das questões e dos propósitos da avaliação. O autor propõe um paradigma – que ele define como “*paradigm of choice*” – que deve dispor de um amplo repertório de métodos e técnicas a serem utilizadas na variedade dos problemas. Esse paradigma, acrescenta o autor, reconhece que diferentes métodos são apropriados para diversas situações e propósitos de avaliação (Patton, 1997: 297). Até mesmo Guba e Lincoln (1989: 259), teóricos da abordagem construtivista em avaliação, admitem que, embora o avaliador da quarta geração use prioritariamente os métodos qualitativos, “há momento em que os métodos quantitativos – testes, ou outros instrumentos de mensuração – são e devem ser utilizados”. Há, portanto, um amplo consenso sobre a importância de adotar uma “pluralidade metodológica” (Hartz, 1999) para responder às diversas questões postas pelas avaliações e pelas necessidades dos diferentes implicados (*stakeholders*).

2) No que diz respeito à preocupação pela utilidade dos resultados, as diferentes definições analisadas enfatizam que a avaliação não deve ser considerada como uma atividade separada do processo de tomada de decisões. Nesse sentido, Stufflebeam (1996: 118) afirma que o mais importante propósito da avaliação “não é provar, mas melhorar”. Trata-se, continua o autor, de uma ferramenta para aprimorar os programas com vista a responder às necessidades dos beneficiários. Ela nasce num contexto específico – o contexto decisional ou gerencial – que justifica e explica a necessidade de um processo cognitivo (a avaliação) voltado à redução da “complexidade” (Bezzi, 2003) e da “incerteza” (Weiss, 1998). Como afirmam Aguilar e Ander-Egg (1995: 132), não se avalia por interesses acadêmicos ou por curiosidade intelectual, mas com um claro sentido utilitário e prático. A pesquisa avaliativa deve ser efetuada para que seus resultados e recomendações sejam realmente aplicados. Entretanto, todas as experiências de avaliação realizadas nos Estados Unidos, a partir dos anos 60, demonstraram uma escassa capacidade de influenciar as decisões e os programas sociais do governo. Essa constatação levou Patton (1997) a escrever um livro específico sobre o assunto: *Utilization-Focused Evaluation* (Avaliação Focada na Utilização), em que afirma que “os resultados das avaliações deveriam ser julgados por sua utilidade” (Patton, 1997: 20). O autor recomenda aos avaliadores manter uma estreita relação com os promotores e financiadores da avaliação para ajudá-los a identificar os pontos críticos do programa ou serviço e escolher o tipo de avaliação de que eles necessitam. Para Patton

(1997), os que encomendaram a avaliação são mais motivados e propensos a aplicar as recomendações do estudo se foram envolvidos nas diferentes etapas da avaliação (identificação de seus interesses, participação na interpretação dos dados, disseminação dos resultados, etc.) e se foram considerados atores principais desse processo. Para isso, é importante que o avaliador prepare o terreno para que os resultados da avaliação sejam utilizados.

3) Em relação ao reconhecimento do pluralismo de valores, é importante analisar o modelo de avaliação proposto por Guba e Lincoln (1989), intitulado “Avaliação da quarta geração” (*Fourth Generation Evaluation*), que visa valorizar as demandas, as preocupações e os assuntos postos pelos diversos atores e grupos de interesses. Para os autores, é a interação constante entre avaliador e implicados que cria o produto da avaliação através da adoção da abordagem hermenêutico-dialética. Esse modelo, que os autores denominam *responsive constructivist evaluation* (avaliação construtivista reativa),¹ pretende superar os limites das anteriores gerações de avaliação e, precisamente, o excessivo poder da visão gerencial no processo avaliativo; a incapacidade de aceitar e conciliar o pluralismo de valores; o excessivo envolvimento com o paradigma científico de tipo positivista. Com *responsive* os autores querem delinear, a partir das elaborações de Stake (1996), uma maneira diferente de focar a avaliação, ou seja, um processo interativo, participativo e negociado que envolve todos os sujeitos, incluindo as pessoas empenhadas na produção, no uso e na implementação da avaliação; os beneficiários do processo avaliativo; as vítimas, ou seja, as pessoas que podem ser prejudicadas ou afetadas negativamente por esse processo (Guba e Lincoln, 1989: 201). Metodologicamente, o processo de avaliação da quarta geração inclui várias etapas: i) a primeira consiste na identificação de todos os sujeitos implicados, de seus interesses, reivindicações e problemas; ii) sucessivamente, as demandas e questões apresentadas por cada sujeito são submetidas às críticas, comentários e consenso de outros participantes através da aplicação do círculo hermenêutico-dialético. Essa fase permite identificar as múltiplas construções em relação ao objeto da avaliação; iii) neste momento, tudo o que não foi consensuado se torna objeto de ulterior aprofundamento e o avaliador procede na coleta de novas informações; iv) a partir das informações coletadas, o avaliador prepara uma agenda de negociação para discutir os argumentos que ainda não alcançaram um pleno consenso; v) em seguida, será produzido um relatório que informe sobre os aspectos negociados; vi) e, novamente, recomeça o

¹ O termo “responsive” tem não só o sentido de algo que reage ou que dá uma resposta a um estímulo, mas também frequentemente significa uma resposta ou reação positiva [N. da Revisora].

ciclo para os aspectos não resolvidos. Com o termo *constructivist*, os autores referem-se a uma metodologia de pesquisa alternativa àquela positivista e fundamentada no assunto que, na verdade, não corresponde a uma realidade objetiva, mas é o resultado do consenso entre construtores informados. A realidade, sublinham os autores, é uma construção social e podem existir tantas construções quantas as pessoas envolvidas. Epistemologicamente, esse modelo nega o dualismo sujeito-objeto e defende que as descobertas científicas são o resultado da interação entre observador e observado. Enfim, essa abordagem visa criar um espaço democrático e dialético onde os sujeitos participantes do processo de avaliação, além de capacitar-se e desenvolver-se reciprocamente (Furtado, 2001), podem interagir e apresentar seus próprios pontos de vista. O avaliador participa, junto aos outros atores, na construção desse consenso, desempenhando o difícil papel de mediador, que requer capacidades e habilidades de negociação entre todos os grupos e perspectivas de análise (Guba e Lincoln, 1989; Rossi *et al.*, 1999). De fato, nesse processo de negociação, como advertem Aguilar e Ander-Egg (1995: 90), “é preciso conciliar ou compatibilizar as demandas dos que contratam a avaliação (considerando todos os interesses em jogo dos atores sociais implicados) com as exigências de uma investigação que deve ater-se às exigências e demandas do método científico”.

6. Uma abordagem multidimensional da avaliação da qualidade em saúde

Uma proposta de avaliação da qualidade da atenção à saúde deveria, em nosso entender, incorporar os aspectos essenciais das três premissas teórico-metodológicas acima apresentadas; deveria basear-se nos pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa e utilizar as técnicas e procedimentos disponíveis no repertório da pesquisa social; deveria adotar todas as precauções metodológicas e operacionais para que seus resultados sejam realmente utilizados para retroalimentar as organizações; deveria preocupar-se com o envolvimento dos principais atores que atuam no serviço a ser avaliado.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde, portanto, deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores (utentes, representantes dos usuários, profissionais, administradores, gerentes, etc.), todos dotados de perspectivas próprias de avaliação. Também as organizações que representam os utentes dos serviços devem ocupar o centro do processo da avaliação, pois nem sempre os pacientes têm a capacidade de exigir os seus direitos ou de julgar a qualidade da atenção. Essa abordagem, que Robertson (1995) define como “democrática”, recupera não só elementos próprios da perspectiva técnica (que

define a qualidade de uma intervenção em função de sua correspondência com os padrões estabelecidos pela comunidade científica dos profissionais), mas também da perspectiva dos usuários e da organização.

Nessa linha, parece-nos interessante e profícua a conceituação de qualidade proposta por Øvretveit (1996: 2), que afirma que a qualidade é a “Completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”. Essa definição é importante porque, além de incorporar os critérios de satisfação dos pacientes, de efetividade e de eficiência, enfatiza também o critério de equidade (quem mais precisa). Qual é a relação entre qualidade e equidade? Não se trata de uma relação sem problemas, mas susceptível de fortes tensões (Delamothe, 2008). Numa situação de recursos limitados para o sector saúde e na ausência de mecanismos de regulação social, um possível desfecho poderia ser mais qualidade para poucos, combinada com menos equidade (Altieri, 1997). Com efeito, é no próprio sector privado que se observa – como assinala Novaes (2000) – um maior interesse pelas propostas de gestão e garantia da qualidade. É evidente, acrescentam Paganini e Vazzano (2002), que as iniciativas adotadas para promover a qualidade baseadas exclusivamente na acreditação dos estabelecimentos sanitários, não têm conseguido reduzir as desigualdades em saúde.

Merece destacar, também, que a exposição de Øvretveit não se limita a ver a qualidade somente como satisfação do paciente e da demanda expressa, como frequentemente temos observado na prática dos serviços de saúde. Os usuários dos serviços de saúde nem sempre sabem do que precisam e poderiam requerer terapias inapropriadas e até danosas. É, portanto, necessário incluir, junto à opinião do paciente, uma definição profissional de ‘necessidade’. “A necessidade” – salienta Øvretveit (1996: 3) – “deve ser definida por pacientes e profissionais, seja em nível individual, seja em nível de população”. De fato, como tinham já apontado vários estudiosos (Hopkins, 1990; Vuori, 1991; Williams, 1994; Rao *et al.* 2006), a satisfação do usuário é apenas uma das facetas da qualidade. É por essa razão que Donabedian (1989), já em seus trabalhos publicados na década de oitenta, recomendava que a avaliação da qualidade fosse baseada não somente na subjetividade do paciente, mas também em fatores objetivos.

Assim, um serviço que responda às necessidades dos usuários, de acordo com a sua percepção, bem como à dos profissionais, pode ser considerado efetivo, porém poderia não ser de qualidade, na medida em que desperdiça recursos que poderiam ser destinados para outros pacientes, resultando, assim, ineficiente (Øvretveit, 1996: 4). Por essa razão, Øvretveit reconhece

a importância dos gerentes e administradores – no mesmo patamar dos usuários e profissionais – como atores fundamentais no processo de avaliação da qualidade.

Resumindo, a definição de qualidade de Øvretveit – compartilhada também por outros estudiosos (Fitzpatrick, 1990; Ranci Ortigosa, 2000; Giarelli, 2002) – identifica três dimensões que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde:

a) *Qualidade avaliada pelo usuário*: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;

b) *Qualidade profissional*: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada;

c) *Qualidade gerencial*: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

Essas dimensões – enfatiza Øvretveit (1996: 4) – correspondem aos mais importantes grupos de interesse, cujas perspectivas deveriam ser integradas para especificar a qualidade de um serviço. De fato, nenhuma dessas dimensões pode ser ignorada, mas, como têm demonstrado várias experiências, os diferentes grupos de interesse (dos pacientes, de seus familiares, dos profissionais, dos administradores e dos gestores) tendem a privilegiar um aspecto ou outro da qualidade com a óbvia consequência de desenvolver abordagens e métodos de avaliação diferentes. Por isso, cabe perguntar: como essa abordagem consegue satisfazer todos esses interesses? Ou seja, como pode um serviço de saúde ofertar uma qualidade que seja avaliada positivamente por pacientes, profissionais e gerentes? A esse ponto da argumentação, o autor (1996: 5) introduz o conceito de padrão de qualidade. Com efeito, a qualidade supõe a definição de padrões referentes a cada dimensão: a qualidade avaliada pelo usuário, pelo profissional e pela gerência. Os padrões, foca o autor, definem com precisão o que um serviço deve ofertar, além de facilitar a identificação de conflitos e a busca de solução através do envolvimento dos diferentes atores. A abordagem da qualidade, acrescenta Øvretveit (1996: 5), não é uma “coisa mágica”, como, às vezes, foi apresentada, mas um conjunto de “métodos e uma filosofia” que obriga as pessoas a enfrentarem conflitos de interesses, a lidarem com situações em que o aumento de um aspecto da qualidade pode prejudicar outro e a elaborarem soluções qualificadas para tais conflitos.

Entretanto, apesar das recomendações metodológicas sugeridas pelo autor, ainda falta uma estratégia de avaliação integrada em que a pluralidade dos olhares sobre qualidade possa buscar uma forma de interconexão e

confronto. Outros autores, a partir da conceituação de Øvretveit, têm avançado na tentativa de reduzir, gradualmente, as distâncias entre os três pontos de observação, evitando enfatizar a exclusividade de cada um deles e privilegiando as possíveis interconexões (Ranci Ortigosa, 2000).

7. Considerações finais

O tema da qualidade dos serviços ofertados à comunidade ainda representa um aspecto crítico para os gestores e administradores dos serviços de saúde. O assunto da satisfação dos usuários foi bastante explorado nos últimos 20 anos, mas ainda são poucas as avaliações de qualidade mais abrangentes, que envolvam a participação de diferentes atores na produção da saúde. Todavia, a preocupação pela qualidade da atenção está se impondo, cada vez com mais força, na agenda nacional e internacional e nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde. Trata-se de um processo gradual e diferenciado – com avanços e algumas regressões – que implica uma reconfiguração das relações entre profissionais e pacientes, entre demanda e oferta de cuidados de saúde e que pode ser afetado, também, pela variação dos níveis de desigualdade social em saúde.

Como já se observou, a qualidade dos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma das dimensões identificadas. Somente quando forem integradas reciprocamente, poderão oferecer uma adequada resposta às expectativas e necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde. Reduzir as tensões entre as três visões da qualidade, conceber como osmóticas e não incomunicáveis as diversas dimensões e traçar estratégias de integração representam os grandes desafios para os próximos anos. Para Ardigò (2002: 50-51), a acentuação da complexidade e a riqueza das contribuições sobre o tema em debate sugerem não reduzir o esquema da qualidade à tríade estrutura-processo-resultado (Donabedian, 1989). O crescimento das complexas dimensões sócio-sistêmicas entre os atores de um hospital e/o de outra estrutura sanitária não permite privilegiar essa tríade, mas recomenda tematizar a qualidade como “exigência primária de pensamento reflexivo, capaz de modificar a mesma gestão [...] ou seja, é preciso verificar continuamente a missão do sistema de saúde e suas prioridades”.

Do ponto de vista metodológico, a perspectiva “multidimensional” reconhece a co-presença de métodos e técnicas que demonstrem a capacidade de captar tanto as dimensões estruturais do ambiente sanitário, como as dimensões relacionadas às representações sociais dos atores envolvidos e às expectativas de saúde dos cidadãos. Porém, ao se analisar as experiências em andamento em nível internacional, observa-se que ainda existe uma multiplicidade de linguagens, de práticas e de métodos de avaliação da

qualidade que dificultam o desenvolvimento de estratégias de integração. Isso é também o resultado das resistências das organizações profissionais (dos técnicos, dos gestores, etc.) que continuam promovendo abordagens da qualidade muito especializadas e setoriais. A qualidade dos cuidados de saúde primários, por exemplo, deve ser avaliada considerando todas as dimensões: a dimensão da implementação das linhas diretivas (*guidelines*) baseadas nas evidências científicas; a dimensão das necessidades, dos valores e das prioridades de cada paciente; a dimensão da família e da comunidade envolvida no processo assistencial e de suporte do paciente; e a dimensão dos serviços de saúde em que o acesso e a equidade se tornam critérios essenciais. Uma excessiva atenção sobre um único aspecto pode prejudicar, adverte Heath e seus colaboradores (Heath *et al.*, 2009), a qualidade das demais ou ainda o alcance da qualidade de todo o sistema. Nesse sentido, Starfield (2008) critica a nova estratégia de remuneração dos médicos de famílias na Inglaterra (*Quality and Outcomes Framework*), centrada principalmente na avaliação dos resultados clínicos referentes a uma série de doenças crônicas, sem mensurar e valorizar o que nos cuidados primários representa um aspecto fundamental da relação terapêutica, ou seja, a capacidade de trabalhar os problemas do paciente, a personalização e a continuidade dos cuidados. Na mesma linha, Rao e seus colaboradores (2006) mostram que a avaliação da qualidade técnica dos cuidados primários não pode ser baseada somente nas percepções dos pacientes idosos, mas deve utilizar também outros critérios capazes de mensurar as boas práticas clínicas.

Por isso, é importante desenvolver um sistema de indicadores que valorizem todas as dimensões do processo de produção da saúde: a eficácia clínica, a capacidade organizacional, a relação com o paciente, o trabalho interdisciplinar, etc.

Referências bibliográficas

- Aguilar, Maria José; Ander-Egg, Ezequiel (1995), *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Altieri, Leonardo (1997), “Valutazione della qualità/qualità della valutazione. Problemi metodologici della ricerca valutativa in sanità”, in Leonardo Altieri e Lucio Luison (orgs.), *Qualità e strumenti sociologici*. Milano: Angeli, 93-114.
- Ardigò, Achille (2002), “Welfare state e qualità dei servizi alla persona: l'emergere del problema 'qualità' nell'evoluzione del welfare state in Occidente”, in Costantino Cipolla *et al.* (orgs.), *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, 9-52.
- Avis, Mark (1997), “Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics”, *Social Science & Medicine*, 44(1), 85-92.

- Bezzi, Claudio (2003), *Il disegno della ricerca valutativa*. Milano: Angeli.
- Blau, Peter (1965), *La burocrazia nella società moderna*. Roma: Armando.
- Cipolla, Costantino (2002), “Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute”, in Costantino Cipolla et al. (orgs.), *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, 9-52.
- Cohen, Ernesto; Franco, Rolando (1994), *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Cronbach, Lee Joseph; Shapiro, Karen (1982), *Designing Evaluation of Educational and Social Programs*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Delamothe, Tony (2008), “Universality, equity and quality of care”, *British Medical Journal*, 336: 1278-1281.
- Donabedian, Avedis (1989), *La qualità dell'assistenza sanitaria*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Donabedian, Avedis (1990), “La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad”, *Salud Pública de Mexico*, 32, 113-117.
- Eisenberg, Leon; Kleinman, Arthur (1981), *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing.
- Engel, George (1977), “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”, *Science*, 196, 129-136.
- Etzioni, Amitai (1967), *Sociologia dell'organizzazione*. Bologna: Il Mulino.
- Fitzpatrick, Ray (1990), “Measurement of patient satisfaction”, in A. Hopkins e D. Costain (orgs.), *Measuring the Outcome of Medical Care*. London: Royal College of Physicians of London & King's Fund.
- Furtado, Juarez Pereira (2001), “Um método construtivista para a avaliação em saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 165-181.
- Giarelli, Guido (2002), “Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità”, in Costantino Cipolla et al. (orgs.), *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, 430-437.
- Glasser, Paul (1972), *La ricerca valutativa*. Padova: Fondazione Zancan.
- Goffman, Erving (1969), *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino.
- Good, Byron (1999), *Narrare la malattia*. Torino: Edizioni Comunità.
- Guba, Egon; Lincoln, Yvonna (1989), *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Hartz, Zulmira Maria (1999), “Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 341-353.
- Heath, Iona et al. (2009), “Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity”, *British Medical Journal*, 338, 911-913.
- Hirschman, Albert (1982), *Lealtà, defezione e protesta*. Milano: Bompiani.
- Hopkins, Anthony (1990), *Measuring the Quality of Medical Care*. London: Royal College of Physicians of London.

- Illich, Ivan (1976), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori.
- Kemple, Terry (2009), "Quality in Primary Health Care. Complexity: A simple approach to quality. Are we there yet?", *British Medical Journal*, 338, b1812.
- Leatherman, Sheila; Sutherland, Kim (2005), *The Quest for Quality in the NHS: A Chartbook on Quality of Care in the UK*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Madaus, George *et al.* (1996), *Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing.
- Minayo, Maria Cecília; Sanches, Odécio (1993), "Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade?", *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Novaes, Hillegonda Maria (2000), "Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde", *Revista de Saúde Pública*, 34(5), 547-59.
- Nunes, Everardo (1999), *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Salute (1988), "Qualità dei servizi sanitari", *Quaderni di sanità pubblica*, 57, 4-36.
- Øvretveit, John (1996), *La qualità nel Servizio Sanitario*. Napoli: EdiSES.
- Øvretveit, John (1998), *Evaluating Health Interventions*. Buckingham: Open University Press.
- Paganini, José María; Vazzano, Héctor H. (2002), *La acreditación para la calidad en salud en la región de las Americas*. La Plata: Centro INUS, Faculdade de Ciências Médicas.
- Parsons, Talcott (1965), *Il sistema sociale*. Milano: Comunità.
- Patton, Michael Quinn (1997), *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Quinti, Giancarlo (2001), *Qualità e politiche sanitarie*. Roma: Officina.
- Rao, Mala *et al.* (2006), "Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: Cross sectional study", *British Medical Journal*, 333, 19-22
- Ranci Ortigosa, Emanuele (2000), "La qualità nei servizi sanitari", in E. Ranci Ortigosa (org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.
- Robertson, Alex (1995), "Definire e valutare la qualità nei servizi socio-sanitari", in Giovanni Bertin (org.), *Valutazione e sapere sociologico*. Milano: Angeli, 105-125.
- Roemer, Milton; Montoya-Aguilar, Carlos (1988), *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Rossi, Peter *et al.* (1999), *Evaluation. A Systematic Approach*. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Scriven, Michael (1991), *Evaluation Thesaurus*, 4ª ed. Newbury Park: Sage Publications.
- Serapioni, Mauro (1999), "Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais", *Saúde em Debate*, 53, 81-92.
- Serapioni, Mauro (2000), "Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração", *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.

- Shaw, Charles; Kalo, Isuf (2002), *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Stake, Robert (1996), "Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation", in George Madaus *et al.*, *Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing.
- Starfield, Barbara (2008), "Quality and outcomes framework: Patient-centred?" , *Lancet*, 372, 692-4.
- Straw, Peter (2002), "Riscoprire i pazienti", *Salute e Società*, 1(2), 147-163
- Stufflebeam, Daniel (1996), "The CIPP Model for Program Evaluation", in George Madaus *et al.* (orgs.), *Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing.
- Uchimora, Katia; Bosí, Maria Lúcia (2002), "Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde", *Caderno de Saúde Pública*, 18(6), 151-169.
- Vuori, Hanna (1982), *Quality Assurance of Health Services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Public Health in Europe, 16).
- Vuori, Hanna (1991), "A qualidade da saúde", *Divulgação em saúde para debate*, 3, 17-25.
- Weiss, Carol (1998), *Evaluation*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Williams, Brian (1994), "Patient Satisfaction: A Valid Concept?" , *Social Science & Medicine*, 38(4), 509-516.
- Zani, Bruna; Serapioni, Mauro (1989), "Modelli organizzativi e cultura dei servizi pubblici nell'esperienza degli operatori", in Marco Cammelli e Luigi Mariucci (orgs.), *Utenti, pubblica amministrazione e sindacato*. Bologna: Maggioli.