

Rev Saúde Pública 2007;41(1):150-3

Maria Lúcia Magalhães Bosi<sup>I</sup>Kátia Yumi Uchimura<sup>II</sup>

Comentário | Comments

# Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?

## Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care?

---

### RESUMO

Ensaio teórico sobre avaliação da produção do cuidado em saúde, visando à demarcação de alguns conceitos. Inicialmente, assinalam-se a multidimensionalidade da qualidade em saúde, as diferenças entre avaliação da qualidade e avaliação qualitativa e as implicações decorrentes da não-distinção entre esses dois conceitos. Discute-se o cuidado em saúde como expressão material das relações interpessoais nesse campo de prática e como objeto de avaliação, explicitando sua intrínseca relação com a integralidade e com a humanização. Sustenta-se que avaliação de qualidade e avaliação qualitativa não são rótulos intercambiáveis, mas opções políticas atreladas a projetos sócio-sanitários que não se justapõem. A compreensão dessa distância é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

**DESCRITORES:** Assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Qualidade da assistência à saúde, acesso e avaliação. Políticas, planejamento e administração em saúde.

---

### ABSTRACT

The paper presents a theoretical exercise regarding health care evaluation in an effort to define several concepts. The multi-dimensional aspects of quality in health are emphasized in addition to the differences between quality evaluation and qualitative evaluation. The implications of not distinguishing between these two concepts are also discussed. Health care is analyzed as a material expression of interpersonal relations in this field and as an object of evaluation, highlighting its intricate relation with integrality and humanization. It is affirmed that quality evaluation and qualitative evaluation are not interchangeable labels, but rather political choices connected to health policies that can not be juxtaposed. Therefore, understanding this distinction is necessary for constructing evaluation proposals that surpass traditional and exclusionary perspectives.

**KEYWORDS:** Delivery of health care. Health services evaluation. Health care quality, access, and evaluation. Health policy, planning and management.

<sup>I</sup> Coordenadora do Mestrado em Saúde Pública. Universidade Federal do Ceará (UFCE). Fortaleza, CE, Brasil

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. UFCE. Fortaleza, CE, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Maria Lúcia Magalhães Bosi  
Rua Prof. Costa Mendes, 1608 5º andar Bairro  
Rodolfo Teófilo  
60416-200, Fortaleza, CE, Brasil  
E-mail: malubosi@nesc.ufrj.br

Recebido: 18/11/2005 Revisado: 18/9/2006  
Aprovado: 22/9/2006

## INTRODUÇÃO

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Diante disso, observa-se a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas que marcam sua história.

Apesar da variabilidade de sentidos, por vezes antagônicos, o termo avaliação tem sido referido abstraindo-se sua polissemia. Sua aplicação ao campo das políticas e programas de saúde revela a diluição de um consenso sobre o seu significado uma vez que, nesse espaço, a avaliação pode assumir variados desenhos, na tentativa de se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo.

Quando se associa ao conceito da avaliação outro igualmente polissêmico – a *qualidade* – dando origem a novos construtos, a questão fica ainda mais complexa, uma vez que se tornam explícitas *tensões semânticas* e as dificuldades na utilização deste conceito, traduzindo o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas.<sup>5,14</sup>

A dificuldade de reconhecer tal polissemia resulta no enfraquecimento e estreitamento da amplitude do conceito, uma vez que determinadas dimensões da qualidade preponderam nos modelos avaliativos tradicionais. Nesse campo, o paradigma que orienta a avaliação da *qualidade* dos programas focaliza de maneira acentuada, se não exclusiva, as dimensões objetiváveis,<sup>12</sup> ou seja, aquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana.

Alguns autores, destacando-se Ayres,<sup>3</sup> transcendem essa posição ao incorporar a subjetividade presente nas práticas em saúde na avaliação de programas e serviços, e identificam duas modalidades de avaliação: a *avaliação normativa* e a *avaliação formativa*. A primeira refere-se à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo os produtos do trabalho na saúde. Grosso modo, a avaliação normativa limita-se à quantificação e privilegia elementos formais de uma intervenção, admitindo uma perfeita justaposição com o que se denomina *avaliação da qualidade formal*;<sup>14</sup> a *avaliação formativa*<sup>3</sup> volta-se ao julgamento do sucesso prático de uma ação

em saúde. Isso implica em reconhecer os “*projetos de felicidade* que justificam e elucidam a realização do cuidado que se quer julgar”, ou seja, volta-se à dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à concepção de *avaliação qualitativa* postulada no presente artigo.<sup>14</sup>

Nesse sentido, estudos de avaliação com contornos mais clássicos, dirigidos à análise da eficácia e/ou eficiência de determinado programa, dada a natureza do método que empregam e o entendimento da realidade a partir de uma ótica de objetivação, seriam apropriados para a análise ou mensuração do êxito técnico do programa, ou seja, de sua *qualidade formal*.<sup>8</sup> Por outro lado, estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade, se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade.<sup>14</sup> Tais estudos seriam adequados à análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de um programa de saúde, pois considera as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, os usuários a que se destinam as ações.

Sendo assim, torna-se imprescindível delimitar em que sentido os conceitos estão sendo empregados, pois *avaliação qualitativa* corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido, o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas.<sup>5</sup> Tal definição se distingue de *avaliação da qualidade*, embora nela se inclua, dados os elementos anteriormente apontados que possibilitam expressões objetivas sob este rótulo, ou seja, voltadas às dimensões de qualidade que admitem a objetivação.

Essa diferenciação não enseja, necessariamente, posições dicotômicas, mas complementares. Em outros termos, a *avaliação da qualidade* se propõe à emissão de juízo de valor acerca de ações programáticas ou serviços, a partir do desdobramento de seus aspectos ou componentes, conforme a clássica proposição de Donabedian,<sup>10</sup> independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação. Nesse sentido, a *avaliação qualitativa*, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à *avaliação da qualidade* como uma possibilidade dessa última.

Cabe assinalar que ambos os planos – objetivo e subjetivo – correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como a saúde. Portanto não se quer

excluir uma das polaridades, tampouco defender o predomínio de uma sobre outra, mas contribuir para uma concepção ampliada de avaliação, para o necessário rigor no emprego dos conceitos e na seleção de abordagens adequadas ao que se pretende avaliar.

Transpondo a presente reflexão para o contexto sanitário atual, destaca-se que o modelo assistencial em consolidação a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), exerce inquestionável influência na definição de um cenário, cuja especificidade se impõe reconhecer e considerar nas iniciativas de avaliação, apontando para a construção teórico-metodológica que lhe dê sustentação. Tal modelo estimula uma compreensão ampliada de saúde e prioriza a construção de práticas de cuidado tendo como pilares a integralidade e humanização.<sup>9</sup>

### Cuidado como objeto de avaliação em saúde

A noção de cuidado adotada na presente reflexão é fundada nas proposições de que o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde,<sup>2</sup> embora represente a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem nesse campo.

Essa apreensão de *cuidado* se articula intimamente à noção de *integralidade*. A integralidade constitui um dos pilares filosóficos da proposta do SUS no Brasil e, no interior da matriz conceitual de alguns programas, exerce uma onipresença pluridimensional que impõe um olhar ampliado sobre o homem, a saúde e o cuidado, traduzida na necessidade de múltiplos olhares sobre um dado objeto.<sup>1</sup>

Visualiza-se, ainda, uma clara interface com outro pressuposto – o da *humanização* – também demarcado para reflexão, uma vez que sua apropriação tem sido banalizada e inadequada. Não raro, emprega-se o termo *humanização* como se houvesse um único e claro significado. Da mesma forma como ocorre em relação a outros conceitos aludidos no presente trabalho, constata-se a possibilidade de distintas leituras, dando sustentação a diferentes práticas.<sup>4,7</sup>

Humano se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, neste caso, referidas ao campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. Relação intersubjetiva, enquanto espaço de humanização das práticas, não se limita ao contato entre indivíduos ou subjetividades isoladas, mas se estabelece como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados.<sup>13</sup> Em outras palavras, o humano se constitui *em relação* e não existe

fora desta intersubjetividade. Assim, humanizar significa possibilitar esse (re)encontro, implicando, acolhimento e diálogo.

Trata-se de uma tomada de posição fundamentalmente ética, a condição ética se dando no contato, na abertura ao outro, condição de possibilidade de toda subjetividade.<sup>11</sup>

É preciso enfatizar que o dialógico não pode ser reduzido à fala ou à conversação. O diálogo genuíno é uma atitude para com o outro e pressupõe encontro.

Evidentemente que esta aproximação, correspondendo ao que Buber<sup>6</sup> nomeia atitude Eu-Tu, não pode ser mantida indefinidamente, devendo-se alternar com o distanciamento – atitude Eu-Iso. Contudo, é preocupante que, na era da super comunicação, em que barreiras de tempo e espaço são permanentemente transpostas, esse diálogo esteja desaparecendo.

Elimina-se, assim, o humano, desumanizando as práticas sociais e em saúde ao se reduzir relações entre pessoas a relações Eu-Iso. Tal mecanismo ressoa em muitos dos instrumentos/tecnologias empregados na avaliação tradicional à medida que restringem ou impedem a escuta e o diálogo.

O reconhecimento do plano dialógico como espaço de humanização das práticas não se refere apenas ao resgate de demandas subjetivas, afetivas, no plano das singularidades. Refere-se, ainda, à construção de novos horizontes para as práticas avaliativas em saúde a partir do reconhecimento das demandas subjetivas adormecidas pela distância e alienação.

### Síntese

A avaliação de ações em saúde, contexto de reflexão e de prática, envolve uma rede objetiva e subjetiva, a partir da qual se vislumbram desafios e possibilidades.

Conforme discutido no presente ensaio, *avaliação da qualidade* e *avaliação qualitativa* não podem ser reduzidas a rótulos intercambiáveis, pois constituem opções políticas atreladas a projetos de saúde que não se justapõem, o que exige rigorosa demarcação conceitual. Compreender essa distância pode representar um primeiro passo para a construção de alternativas e propostas avaliativas que rompam com perspectivas tradicionais e excludentes e as superem dialeticamente.

Falar em humanização e integralidade no cuidado em saúde, e refletir sobre a incorporação destes princípios ao campo da avaliação implica incluir a quali-

dade a partir de uma acepção polissêmica. Portanto, a avaliação qualitativa de programas é aquela que, sem prejuízo da inserção de outras dimensões, *necessariamente* inclui os atores envolvidos na produção das práticas, suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos.

A polissemia da qualidade impõe reconhecer e considerar a centralidade dos processos simbólicos e práticas discursivas dos atores envolvidos – em especial dos usuários, para a avaliação dos rumos da qualidade das ações desenvolvidas, compreendendo, sobretudo, o que para eles significa qualidade, objeto ontologicamente distinto daqueles que se submetem

à quantificação. Impõe-se, portanto, a valorização das percepções dos atores, entendendo essas percepções não como subjetividades descontextualizadas, como o querem fazer crer perspectivas idealistas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde. As interfaces entre os dois planos – o subjetivo e a materialidade a que se relaciona – constituem um eixo norteador para processos avaliativos que considerem aspectos formais da qualidade e incluam os sujeitos cujas necessidades e demandas, bem como as interações entre si e com as estruturas, desempenham papel decisivo nos processos de produção do cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):39-52.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. *Saúde Soc*. 2004;13:16-29.
3. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:583-92.
4. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2004/2005;9(17):389-94.
5. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.
6. Buber M. Eu e tu. 2ª ed. São Paulo: Cortez e Moraes; 1979.
7. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface (Botucatu)*. 2005;9(17):398-400.
8. Demo P. Educação e qualidade. Campinas: Papirus; 2000.
9. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:7-14.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44:166-206.
11. Freire JC. O lugar do outro na modernidade tardia. São Paulo: Annablume/Fortaleza: Secult; 2002.
12. Mercado-Martinez FJ, Bosi MLM. Introdução: notas para um debate. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, editores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 23-71.
13. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
14. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:1561-9.