

# Quem é o responsável pela qualidade na saúde?\*

Ana Maria Malik\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. Qualidade em sistemas e serviços de saúde; 3. Indicadores; 4. Conclusão: quem (não) gosta de qualidade na saúde?

**SUMMARY:** 1. Introduction; 2. Quality in health services and systems; 3. Indicators; 4. Conclusion: Who likes quality in health (or not)?

**PALAVRAS-CHAVE:** qualidade em saúde; qualidade em sistemas; serviços de saúde.

**KEY WORDS:** quality in health; quality in health systems; health services.

Este artigo traz algumas das discussões recentes na área de saúde, como a noção, presente na Constituição, de saúde como um direito, a intersectorialidade e a qualidade de vida. Trabalha ainda diferentes conceitos e definições sobre qualidade, que podem ser de interesse de gestores municipais, além de ações gerais passíveis de serem implementadas, tanto com finalidade diagnóstica para as condições de vida e saúde dos cidadãos, quanto para aprimoramento na formulação de políticas e para a melhoria dos serviços de saúde propriamente ditos. São apresentados e discutidos conceitos relativos à avaliação, além de modelos de avaliação externa e indicadores como instrumentos gerenciais. No decorrer do artigo são ainda levantadas questões sobre a conveniência ou não de se adotar alguma iniciativa de qualidade.

Who is responsible for quality in health?

This paper presents a few recent discussions regarding the health field, such as the notion of health as a constitutional right (as stated in the Brazilian Constitution), intersectoriality and quality of life. It also deals with different concepts and definitions of quality that can interest municipal managers, as well as general actions that

---

\* Artigo recebido em nov. 2004 e aceito em jan. 2005.

\*\* Doutora pela Faculdade de Medicina da USP, professora adjunta da Eaesp/FGV, diretora do Centro de Estudos de Gestão e Planejamento em Saúde da Eaesp/FGV e diretora do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar (Prohasa), pela Eaesp/FGV. Endereço: Av. Nove de Julho, 2029, 5º andar — CEP 01313-902, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: anamalik@fgvsp.br.

can be implemented to help identify life and health conditions of the people, to improve policy making, and to achieve better healthcare services. The paper presents evaluation concepts, as well as external evaluation models and indicators as managerial tools. It also discusses some issues concerning the opportunity of actually adopting quality initiatives.

## 1. Introdução

O art. 196 da Constituição diz que saúde é direito do cidadão e dever do Estado. A que isto obriga, na verdade? Qualidade de vida, vida saudável e produtiva são, em 2005, assuntos comentados em todo tipo de publicação e certamente preocupação de qualquer governante atento a seus cidadãos. Os conceitos de saúde são vagos e amplos, a intersectorialidade toma cada vez mais lugar, as definições legais ligadas à vinculação de recursos para o setor se tornam cada vez mais claras e regulamentadas.

Na discussão da intersectorialidade de fato há proximidade entre saúde e todos os demais setores (Mendes e Fernandez, 2004). Entre eles, educação, moradia, transporte, trabalho, nutrição... No âmbito municipal pode-se dizer que a qualidade em saúde pode ter início na qualidade na educação. Há a compreensão de que as bases para uma vida saudável podem ser construídas na escola, aprendendo sobre cidadania, sobre hábitos saudáveis. Além disso, a partir do ingresso no sistema, os escolares podem ser submetidos a procedimentos que auxiliam a detecção precoce de agravos que interferem na sua existência e capacidade de aprendizado, como problemas visuais, auditivos ou neurológicos. Também na escola se ensina — deliberadamente ou não — e se pode aprender sobre a convivência em sociedade.

Ao mesmo tempo, condições de habitação inadequadas podem ter como consequência agravos diversos. O conhecimento em arquitetura já consagra edifícios saudáveis e inteligentes. As formas de deslocamento podem provocar todo tipo de problema, desde acidentes de trânsito demandando assistência de urgência/emergência e terapia intensiva até estresse e problemas respiratórios desencadeados por condições de tráfego e poluição ambiental. O fato de estar empregado é considerado um fator de obtenção de renda, que auxilia a conseguir moradia apropriada, facilita bons hábitos de vida em geral e nutricionais em particular. No entanto, há condições de trabalho que podem ser nocivas à saúde. Mesmo assim, há estudos que relacionam falta de emprego à maior procura por serviços de saúde. Políticas de geração de emprego podem auxiliar neste caminho. A nutrição, num país onde um dos programas prioritários do governo federal ainda se chama Fome Zero, já é um problema também pelo outro lado: a qualidade e a quantidade dos alimentos ingeridos podem levar desde problemas de desnutrição seletiva até a obesidade, um dos problemas nutricionais mais graves

internacionalmente, conforme amplamente difundido em publicações leigas, e potencialmente responsável por uma série de afecções, transmissíveis ou não.

Há municípios que iniciaram mudanças no cardápio oferecido na merenda escolar, por exemplo, de maneira a evitar ganho desnecessário de peso e a ensinar hábitos saudáveis. O desestímulo a hábitos como tabagismo, políticas de redução de dano no que diz respeito ao consumo de álcool e drogas, estas ainda extremamente polêmicas, também fazem parte do que pode ser chamado de círculo virtuoso na área da saúde e que pode ter maior impacto sobre a qualidade de saúde da população que o acesso a serviços de saúde, como estabelecido por Dever (1984) e conforme tratado há mais de uma década sob a denominação de cidades saudáveis.

O assunto qualidade, por sua vez, começa com a discussão quando reflete um conceito positivo por excelência, onde ter qualidade é necessariamente bom. Mesmo assim, já se percebe a eventual existência da chamada “má qualidade”. Neste artigo, a premissa é que saúde corresponde à definição da Constituição, maior, portanto, que o simples acesso aos serviços, e que qualidade é algo desejável. Sobre a questão quanto a o que, afinal, é a qualidade na saúde.

Pode-se aceitar todo tipo de conceito associado a esta expressão: existem definições utilizadas por órgãos que realizam avaliação externa de hospitais, como a Joint Commission for Accreditation of Health Organizations americana ou a Joint Commission International, equivalentes estrangeiros da Organização Nacional de Acreditação (ONA), preocupados com as condições de assistência, seus processos e seus resultados. A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, menciona simultaneamente redução de riscos, aumento de eficiência e propriedade dos serviços. O Instituto de Medicina americano aborda critérios como equidade e utilização adequada de recursos; sociedades profissionais, com frequência, se pautam por critérios corporativistas; associações de usuários e consumidores, duas categorias consideradas sinônimas mas que têm conotações diferentes (nenhuma substitui a de cidadão, aquele mencionado na Constituição), buscam fazer valer seus direitos e desejos, usando as definições técnicas o máximo possível a seu favor. A vigilância sanitária se preocupa com riscos para a vida e a saúde dos cidadãos, tanto nos serviços de saúde quanto em outros tipos de estabelecimentos. Além disso, no Brasil, o Programa Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) se ocupa, em hospitais públicos e privados sem finalidade lucrativa, da segurança em áreas potencialmente de risco para pacientes e trabalhadores, como medicamentos, transfusão de sangue e equipamentos.

Ainda há as definições presentes nas teorias da gestão, discutidas mais em função da interpretação da ideologia que têm por trás do que de seus resultados ou até mesmo do resultado de seus processos. Alguns dos instrumentos gerenciais utilizados não fogem àqueles tradicionais da área do planejamento ou da programação, mas o que costuma dificultar sua implantação é sua associação, no imaginário dos seus críticos, com a gestão do trabalho de maneira considerada conservadora. Chamar determinada

forma de gerenciamento de “modelo de gestão pela qualidade” é considerar afastadas desta característica todas as demais. Estas chamadas “teorias da administração da qualidade” são até hoje questionadas quanto a se são ou não adequadas para o setor da saúde. É raro perceber, por exemplo, que as chamadas ferramentas da qualidade representam uma forma de aplicar o método científico na identificação e solução de problemas. Nenhuma das definições apresentadas pode ser considerada definitiva, pois cada uma privilegia algum tipo de visão, identificando um *stakeholder* como o ator a ser priorizado.

Há visões mais voltadas à área da saúde, entre elas as mais pertinentes aos serviços utilizados e disponíveis e outras que consideram as condições de vida, como auto-estima e possibilidades de desenvolver uma vida plena e saudável. Ainda cabe lembrar das chamadas iniciativas ou programas de qualidade, entre os quais cabem desde os genéricos 5S até os eminentemente específicos programas de humanização, patrocinados pelo Ministério da Saúde, passando pelos onipresentes instrumentos projetados para ouvir o usuário. Também há instrumentos operacionais, que questionam os serviços de ordem geral como estacionamento, elevador e limpeza e outros mais voltados às necessidades de saúde, como pesquisas de morbidade referida (como a pesquisa de necessidades de saúde recentemente apresentada referente ao município de São Paulo, disponível no seu portal da internet ou a pesquisa sobre acidente vascular isquêmico — AVCI). Tanto a pesquisa sobre morbidade referida quanto a referente ao AVCI podem ser replicadas em qualquer município (Massaro e Schout, 2004). Finalmente, há instrumentos que questionam o processo de assistência propriamente dito. Todas são cabíveis, potencialmente cada uma delas tem sua utilidade, nenhuma é suficiente e no curto prazo é impossível implantá-las simultaneamente. Sempre cabe a definição de prioridades no âmbito do município, em primeiro lugar para ter uma iniciativa deste tipo, em seguida para gastar tempo e recursos com ela e, finalmente, que grupo de interesse satisfazer inicialmente.

Pelo menos desde 1998 existe a preocupação de discutir a questão da qualidade voltada para gestores municipais, pensando na gestão local de serviços e nas ações de saúde (Malik e Schiesari, 1998). Naquela época, os textos foram preparados em conjunto com gestores municipais, de Diadema, Fortaleza, Volta Redonda, Foz do Iguaçu e Betim, que ajudaram a selecionar conteúdos mais pertinentes. Considerando aquela publicação, voltada diretamente à saúde, ainda cabe perguntar se a estrutura das prefeituras ou das secretarias municipais comporta de fato esforços de avaliação e/ou de busca da qualidade ou se há outras atividades consideradas mais prioritárias pelo governo local. Não há dúvida de que este tipo de atividade é necessário, mas não é por isso que governantes e gestores se interessarão por qualquer dos aspectos mencionados.

## 2. Qualidade em sistemas e serviços de saúde

No Brasil, uma equipe multiinstitucional com base na Fundação Oswaldo Cruz vem se debruçando sobre a necessidade de construção de uma metodologia de avaliação para o desempenho do sistema de saúde como um todo, utilizando como bases de comparação sistemas de diferentes países. Usam como modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde a busca da equidade, levando sempre em conta os objetivos e as prioridades do sistema a avaliar, bem como a estrutura vigente desse sistema. Assim, os chamados determinantes de saúde devem ser associados aos problemas prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção e considerados em função de sua relevância para diferentes grupos sociais (Viacava et al., 2004).

As perguntas cabíveis são se os fatores determinantes da saúde têm o mesmo impacto em todos os grupos sociais, qual o estado de saúde da população estudada, se a estrutura do sistema é adequada ao seu bom desempenho e finalmente algumas questões específicas voltadas ao sistema de saúde propriamente dito. Por exemplo, se há oportunidades de melhoria no desempenho do sistema e na saúde da população e quais as contribuições do sistema para a melhoria da saúde das pessoas.

Na área de serviços de saúde cabe discutir o significado do esforço para obter e/ou garantir a qualidade no seu desempenho. Esta discussão não prescinde dos conceitos de avaliação, conforme definida por Donabedian (2003). O autor retoma a necessidade de monitorar a qualidade fazendo uma nova leitura dos seus já clássicos “sete pilares da qualidade”. Para ele, a qualidade na assistência à saúde, definida pelos seus pilares eficácia (*efficacy*), efetividade (*effectiveness*), eficiência (*efficiency*), otimização (*optimality*), aceitabilidade (*acceptability*), legitimidade (*legitimacy*) e equidade (*equity*),<sup>1</sup> resulta basicamente de dois fatores: a ciência e a tecnologia aplicadas à assistência à saúde (envolvendo ciências e tecnologia biológicas, do comportamento e outras) e a real aplicação dessa ciência e tecnologia à prática.

Para ele, só é possível garantir a qualidade em serviços por meio do monitoramento caso haja de fato compromisso com este atributo, em todos os níveis da organização e não simplesmente como resposta a estímulos externos. A institucionalização desse compromisso deve dar-se a partir da especificação de objetivos, por exemplo do

---

<sup>1</sup> *Eficácia*: habilidade de a ciência e a tecnologia na assistência à saúde trazerem melhorias na saúde quando utilizadas em circunstâncias favoráveis; *efetividade*: grau no qual a melhora na saúde possível de ser atingida é de fato obtida; *eficiência*: habilidade de reduzir custos na assistência sem reduzir as melhorias possíveis; *otimização*: equilíbrio entre melhorias na saúde e o custo de obtê-las; *aceitabilidade*: conformidade aos desejos e expectativas dos pacientes e suas famílias; *legitimidade*: conformidade às preferências sociais conforme expressas em princípios éticos, valores, costumes, leis...; *equidade*: conformidade com um princípio que determina o que é justo na distribuição da assistência à saúde e seus benefícios entre os componentes de uma população.

município, estabelecimento de uma estrutura para o monitoramento do desempenho, que garanta a alocação de todo tipo de recursos, de pessoas a equipamentos, passando por área física, projeto de atividades de monitoramento, estabelecimento de mecanismos para a comunicação de informações e de implementação de ações e tentativa de criação de uma tradição na área.

No entanto, tudo isto não será feito sem um acordo inicial a respeito do significado de qualidade. O assunto vem sendo tratado cada vez com mais intensidade. Na última década do século XX a discussão se difundiu, bem como os questionamentos a respeito. A partir do início do século atual começam a ser buscados resultados, de maneira a justificar os investimentos feitos na área. Uma das publicações internacionais mais recentes a respeito é a de Ovetveit (2003), feita para a OMS-Europa, discutindo as melhores estratégias para a sua implementação em serviços.

Segundo ele, entre as mais adequadas estão a busca por mais recursos, quaisquer que sejam, para conseguir atender o maior número possível de pacientes, e/ou para que o atendimento seja o melhor possível e/ou ainda realizado com o menor custo por pessoa. Outra possibilidade é a reorganização dos serviços envolvidos, melhorando o processo de tomada de decisões. Ainda sugere o estabelecimento de padrões e metas, de maneira a que os trabalhadores saibam o que se espera deles, melhorando a comunicação e promovendo treinamentos. Isto requer simultaneamente aumento de foco nos direitos do paciente e nos sistemas de gestão da qualidade, implementando sistemas de avaliação externa bem como de grupos colaborativos. Como parte deste esforço podem aparecer o conhecimento e a comparação de indicadores de qualidade entre hospitais, além do cotejamento com aqueles que mostram ter as melhores práticas, também chamado de *benchmarking*.

O SUS, ainda mais no período atual, de vigência da Emenda nº 29, garante a percepção de que investir mais recursos financeiros na saúde passa a ser exigência legal para os municípios e os estados. No entanto, a absorção de trabalhadores de melhor formação e a garantia de que eles tenham acesso à educação permanente fazem parte da mesma temática. Da mesma forma, a disponibilidade de equipamentos atualizados e funcionários é importante, embora possa ser considerada menos imprescindível (Malik e Nicolletti, 2004).

O Ministério da Saúde, preocupado com a imagem do SUS e de seus serviços junto à população, instituiu em 2001 o programa atualmente conhecido como Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (SiPNASS) definido como instrumento de apoio à gestão do SUS em relação à qualidade da assistência oferecida aos seus usuários. No portal do ministério pode-se encontrar, na Secretaria de Assistência à Saúde, informações e documentos referentes aos processos existentes voltados a essa área. Da mesma forma, há dois projetos mais amplos que se ocupam da mesma questão, sob a forma de investimentos, formação de RH e consultorias, um deles, do final

dos anos 1990, chamado ReforSus, e um mais recente, iniciado em 2003, o QualiSUS, ambos encontrados no mesmo portal em Programas de Saúde.

Melhorar o processo decisório é fundamental. Ainda faz parte deste processo o aprimoramento dos processos de comunicação (Malik e Pena, 2003; Schiesari, 2003). Como recomendações de cunho genérico cabe lembrar a necessidade de realizar levantamentos a respeito da qualidade e segurança dos serviços, rever continuamente as estratégias selecionadas, questionar a alocação de recursos e tentar seguir uma mesma estratégia por um período de tempo que ultrapasse o curto prazo.

### *Modelos de avaliação externa para serviços de saúde*

Cada vez mais a avaliação é colocada em questão. Começa-se a reconhecer que só é possível considerar que um serviço tem qualidade caso ele se submeta a um processo de avaliação que permita explicitar os critérios por meio dos quais é possível afirmar que determinado nível foi atingido. Nacional e, principalmente, internacionalmente estão sendo cada vez mais consagrados modelos de avaliação externa, que evidenciam o atingimento de condições valorizadas por profissionais com diferentes inserções.

Na saúde, assim como na educação, há modelos chamados “acreditação”, específicos desses dois setores. Uma das características deste modelo é o fato de que a definição dos critérios se dá por especialistas da área, reconhecidos e legitimados. Seus avaliadores, além de conhecimento na área de saúde, devem ter desenvolvido alguma *expertise* em avaliação. O modelo nacional que no Brasil usa este nome é o da Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização privada sem fins lucrativos, com parceria firmada com a Anvisa e que tem no seu conselho de administração, entre outros membros, representantes dos financiadores da assistência médica, inclusive Conass e Conasems (os conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde). Entre os modelos internacionais usados no Brasil está o da Joint Commission International, representada no Brasil pelo Consórcio Nacional de Acreditação (CBA).

Até o início de 2005 o modelo da ONA é o mais difundido, nacionalmente. Ela atua de maneira descentralizada, credenciando organizações acreditadoras pelo país, mediante o cumprimento de critérios disponíveis no seu endereço eletrônico. Inicialmente envolvida apenas com hospitais, passou a se dedicar também a serviços independentes. Desenvolveu manuais, disponíveis para os interessados, inclusive pela internet. Não existe uma clara definição, por parte do SUS, quanto a se os serviços que se submeterem a esta avaliação farão ou não jus à remuneração diferenciada, embora nos últimos anos tenha havido a discussão quanto a se os serviços interessados em se tornar acreditados conseguiriam ou não obter financiamentos com mais facilidade para mudar

suas condições físicas, por exemplo. Por outro lado, entidades como a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), que reúne serviços ditos de alta qualidade e instalações mais do que adequadas e confortáveis, colocam como pré-condição para tornar-se membro a intenção de se submeter a um modelo de avaliação externa.

Outro modelo não-específico da área da saúde porém bastante utilizado é o ISO. São princípios extremamente genéricos, levando a uma certificação, servindo para organizações de todas as áreas da economia. Uma de suas características é que quem define o padrão correto para a execução de uma determinada atividade é o próprio executante. A avaliação leva em conta o cumprimento desses padrões predeterminados e o quanto eles estão realmente padronizados. Uma de suas preocupações é garantir a confiabilidade dos processos e de seus executores, conseqüentemente a sua rastreabilidade. As atividades da área de assistência à saúde nas quais o ISO é mais utilizado são unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, como laboratórios e bancos de sangue. Nestas, certamente a rastreabilidade é fundamental. Há dirigentes de serviços de saúde que compram de terceiros estas atividades e um de seus critérios para garantia de qualidade é a presença da certificação ISO (Veloso, 2004), uma vez que se aplica basicamente à gestão de processos. Na chamada assistência direta é mais difícil aplicar este modelo, pois os profissionais resistem a padronizar seus processos, alegando que este tipo de atitude lhes restringiria a liberdade de tratamento. Uma das grandes dificuldades observadas na prática durante a implantação é a tradução dos termos entre os jargões da saúde e da gestão.

Outra preocupação que começa a se apresentar no setor é a que reforça a excelência da gestão, baseada em modelos estrangeiros, do Japão (prêmio Deming) e dos EUA (prêmio Baldrige). No Brasil, trata-se do Prêmio Nacional da Qualidade, que privilegia uma área na qual se reconhece a fragilidade dos serviços de saúde. Desde o início das atividades da Fundação Prêmio Nacional da Qualidade até o final de 2004, apenas um hospital conseguiu receber o prêmio, a Santa Casa de Porto Alegre. Já foi feito um esforço de adaptar os critérios desse prêmio para a saúde, mas seus críticos se perguntam se de fato faz sentido amenizar as exigências para permitir que as organizações do setor sejam mais bem avaliadas.

Um cuidado a ser tomado pelos gestores ou governantes que decidirem estimular a utilização ou comprar diretamente este tipo de serviços é não serem envolvidos diretamente numa guerra por mercado. De fato, por um lado a tendência internacional, inclusive por parte dos financiadores públicos e privados, é a utilização de avaliação externa. Por outro, as discussões têm feito com que cada um dos modelos se aperfeiçoe, reforçando seus aspectos positivos e reduzindo os negativos. Como conseqüência eles têm convergido. Embora não haja evidências de melhora na qualidade dos serviços prestados (Berwick, James e Coye, 2003; Schiesari, 2003), há alguns indícios de aprimoramento dos processos. Finalmente, observa-se que todos os modelos utilizados levam os serviços a um patamar no mínimo mais elevado de organização. No caso de



serviços de saúde o diagnóstico realizado pelos avaliadores pode orientar a tomada de decisão quanto a áreas prioritárias a (tentar) aprimorar. No entanto, há quem questione se essa é a melhor forma de utilizar os sempre insuficientes recursos.

### 3. Indicadores

Os indicadores são uma forma de saber o que está acontecendo no sistema de saúde ou nos serviços, ou de conhecer as conseqüências das ações empreendidas. Eles são, no mínimo, a representação de esforços de avaliação e, com freqüência, são apontados como fundamentais para a tomada de decisão com base em critérios mais objetivos que os sentimentos ou a intuição do decisor. Observa-se, porém, que a utilização de indicadores é pouco freqüente na gestão em saúde. Um achado de pesquisa é que aqueles utilizados refletem muito mais os dados internos à organização que os externos (Malik e Pena, 2003). Além disso, em realidades municipais os dados são coletados próximos do evento, mas são analisados, transformados em informação e apresentados para os tomadores de decisão algum tempo após o fato, o que prejudica a oportunidade das medidas corretivas, seja pensando em epidemias e surtos, mortalidade materna ou ainda repetição da não-disponibilidade de algum insumo estratégico.

Desde o final dos anos 1970 vem aumentando a utilização da metodologia epidemiológica na avaliação de sistemas, serviços, programas e ações em saúde. Fazem parte deste campo as avaliações tecnológica e econômica, que ajudam a decidir se cabe ou não colocar num município um equipamento ou um serviço novo. Assim, dados são definidos como observações com significado. Falar em falta de dados é ocioso, pois eles sempre existem. Podem estar distantes dos que os coletam, pois são potencialmente produzidos onde se realizam os serviços. Eventualmente podem ser ignorados pelos tomadores de decisão, pois observa-se que decisões são tomadas por distintos motivos, às vezes até em função de indicadores encontrados.

Indicadores são a maneira pela qual os dados são organizados para apontar parâmetros. A informação é produzida a partir da análise dos dados, feita por meio de processos interpretativos. Finalmente, o conhecimento é a articulação da informação com algum marco conceitual de referência (Escrivão Jr., 2004).

O que não se observa na realidade brasileira é o compartilhamento de informações, principalmente em caráter voluntário e entre organizações comparáveis. Menos ainda se verifica a utilização real dos dados disponíveis. Há exceções. Entre elas alguns sistemas de informações hospitalares (onde a utilização dos dados e a comparabilidade dos serviços é discutível), como o Sipageh, o CQH, o Sinha e o Quati (respectivamente da Unisinos, da Associação Paulista de Medicina, da Anahp e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira).<sup>2</sup>

Um sistema público utilizado pelos tomadores de decisão é aquele criado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), para gerenciar o seu esforço de passar hospitais públicos para a gestão de organizações sociais (Malik e Nicolletti, 2004), o que tem feito com que a própria SES considere que a qualidade dos serviços prestados nestes hospitais é melhor, atribuindo parte deste sucesso ao sistema de informações disponível.

Os sistemas nacionais, no Brasil, tanto os voltados a indicadores de saúde quanto alguns administrativos, voltados a orçamento e recursos humanos, são de preenchimento obrigatório pelos atores do sistema de saúde, entre os quais o município. A percentagem de preenchimento aumenta quando a informação determina o pagamento por algum serviço/procedimento realizado, mas não necessariamente a qualidade do dado é adequada, principalmente quando se considera seu baixo grau de utilização. Se os dados não são melhores porque são pouco utilizados ou se são pouco utilizados porque não são melhores é uma questão irrespondível, mas existe aí um círculo vicioso a ser rompido.

Afinal, desde os anos 1960 se fazem internacionalmente esforços nesse sentido (Azevedo, 1991). O mesmo esforço realizado em 1998 para trazer as questões de qualidade para os gestores de sistemas locais de saúde foi empreendido voltado para a área de informações (Carvalho e Eduardo, 1998). No entanto, apesar da importância deste tipo de iniciativa, para gestão, avaliação e qualidade, há de fato muito poucas experiências nacionais concretas a apresentar e divulgar. Começar cuidando dos seus relatórios e perceber a utilidade dos indicadores para a tomada de decisão já seria um início.

#### 4. Conclusão: quem (não) gosta de qualidade na saúde?

A discussão sobre qualidade em saúde costuma ser confundida com a rotulada gestão da qualidade total e isto faz com que ela seja, freqüentemente, rejeitada com base na premissa de que a gestão da qualidade visa, acima de tudo, a redução de custos. Para atingi-la, qualquer esforço é justificável, desde redução na mão-de-obra ou racionamento (não-racionalização) de serviços até a negação de princípios do SUS como a universalização. Países como o Canadá, também com sistemas de base universal, usam modelos de gestão avançados e têm uma agência nacional de acreditação. Isto não basta como motivo para o Brasil fazer o mesmo, mas certamente ajuda a contestar o fato de que qualidade e sistema único público e gratuito de saúde são incompatíveis.

---

<sup>2</sup> O sistema da Amib tem sido utilizado internacionalmente como *benchmarking* pelo menos no Mercosul.

O mundo vem se movimentando no sentido de aprimorar a gestão da área de saúde ou da intersectorialidade, pois são áreas onde os custos crescem e continuarão crescendo, em função do aumento nas necessidades e das demandas, associado às tecnologias cada vez mais complexas que, se por um lado ajudam a aumentar a duração da vida, por outro requerem recursos para seu desenvolvimento, instalação, manutenção e operação. Por sua vez, a maior duração da vida requer melhores serviços para garantir sua qualidade. Isto significa disponibilidade de computadores, de aparelhos de ultra-som, de redes de frio e de equipamentos para telemedicina.

Os usuários reivindicam cada vez mais serviços e atenção. Toda a literatura de marketing e de satisfação em serviços de saúde aponta, porém, para o fato de que dificilmente o índice de satisfação dos usuários é abaixo de 70%. Algumas pesquisas mostram inclusive que, quando isto ocorre, a avaliação do serviço utilizando modelos de avaliação externa (no caso acreditação da ONA) também apresenta valores críticos. O Canadá, ainda considerado um caso exemplar de sistema de saúde, tem apresentado na imprensa leiga ou em revistas de informação semanais a insatisfação de seus cidadãos com o sistema. Ao mesmo tempo, filmes candidatos ao Oscar como *Invasões bárbaras* apontam pontos críticos no acesso aos serviços, semelhantes aos problemas levantados no Brasil.

Entre os raros fatores que facilitam o início da discussão da qualidade nos serviços de saúde está o interesse por parte dos financiadores em saber pelo que pagam, o aumento na utilização de instrumentos de regulação e o crescimento da importância da vigilância sanitária, no sentido de reduzir os riscos para os cidadãos. Além das razões ideológicas que repudiam o termo de qualidade e a introdução de métodos e técnicas gerenciais importados no setor, cabe perguntar quem pode se opor à idéia de melhorar o que se oferece na área de qualidade de vida e de saúde. O discurso politicamente correto defende o oferecimento de cada vez mais e melhores serviços. No entanto, falar em qualidade pressupõe a existência da não-qualidade e para isto é fundamental submeter-se a processos de avaliação. A disponibilidade para esta atitude é rara, pois pressupõe a identificação dos erros de responsabilidade do técnico, do gestor, dos financiadores, dos auditores... e ter seus erros identificados não é um comportamento fácil de esperar.

Perceber que as dificuldades para avaliar sistemas ou serviços são um problema cultural não altera as condições de trabalho, mas com frequência paralisa os gestores. Tentar mudar a realidade é mais difícil, implantar uma cultura nova requer constância de propósitos, possibilidade de trabalho de longo prazo e visão estratégica. Caso contrário, não há sentido em fazer sistemas de informação e alimentá-los, porque eles serão utilizados “por outros”. Neste cenário não há por que investir em reformas de estrutura, pois desenhar um programa de impacto na mídia ou comprar um equipamento que tenha visibilidade pode oferecer resultados mais rápidos e mais adequados a algum propósito que não seja unicamente a saúde.

### Referências bibliográficas

- AZEVEDO, Antonio C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, 1991.
- BERWICK, Donald M.; JAMES, Brent; COYE, Molly J. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, v. 41, n. 1, p. 130-139, 2003.
- CARVALHO, André de O.; EDUARDO, Maria B. de P. *Sistemas de informação em saúde para municípios*. São Paulo: Peirópolis, 1998.
- DEVER, G. E. Alan. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1984.
- DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
- ESCRIVÃO JR., Álvaro. *Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da Região Metropolitana de São Paulo*. São Paulo: Eaesp/FGV, 2004.
- MALIK, Ana M.; NICOLLETTI, Mariana X. *Qualidade em hospitais públicos no estado de São Paulo*. São Paulo: Eaesp/FGV, 2004.
- ; PENA, Fabio P. M. *Administração estratégica em hospitais*. São Paulo: Eaesp/FGV, 2003. (Relatório n. 21).
- ; SCHIESARI, Laura M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Peirópolis, 1998.
- MASSARO, Ayrton; SCHOUT, Denise. AVC no Brasil: um problema de saúde pública. *Jornal do Cremesp*, v. 206, p. 12, out. 2004.
- MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, Juan C. A. Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade. In: GARIBE, Roberto; CAPUCCI, Paulo. *Gestão local nos territórios da cidade*. São Paulo: Secretaria Municipal das Subprefeituras, 2004.
- OVRETVEIT, John. *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Copenhagen: WHO's Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
- SCHIESARI, Laura M. C. *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros*. 2003. Tese (Doutorado) — FMUSP, São Paulo.
- VELOSO, Germany. *Análise de terceirização em serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos em hospitais privados: aplicação de modelos de decisão "make or buy" em hospitais*. 2004. Dissertação (Mestrado) — Eaesp/FGV.
- VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

*Sites para consulta*

[www.ona.org.br](http://www.ona.org.br)

[www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/morbidade](http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/morbidade)

[www.portal.saude.gov.br/saude](http://www.portal.saude.gov.br/saude)

[www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)