

QUALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE*

JOSÉ LUÍS MEDINA, PEDRO CARNEIRO DE MELO

Serviço de Endocrinologia. Hospital S. João. Porto.

Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

RESUMO

A garantia de qualidade é uma preocupação relativamente recente mas que assume já um papel determinante no desenvolvimento e prestação dos cuidados de Saúde. A qualidade passa pela definição de objectivos e normas realistas e eficazes, pela aplicação de protocolos actualizados, e pela execução de auditorias (nomeadamente auditorias clínicas), no âmbito de um plano global que conte com o envolvimento e a motivação dos profissionais na sua estruturação e aplicação, juntamente com uma adequada estratégia de comunicação interna e externa. A implementação de formas estruturadas de avaliação, sustentadas por um bom conhecimento da realidade concreta, deverá ter reflexos práticos, nomeadamente pela optimização dos procedimentos com vista a melhorar a qualidade. Para além do incentivo governamental, a qualidade na saúde deverá ter, antes de mais, um firme apoio por parte dos profissionais da área.

SUMMARY

Quality in Health Care

Quality assurance is a relatively recent concern but already plays a major role in health care management and provision. Quality involves the definition of a comprehensive programme tailored by realistic and effective objectives and norms that include the structured review of procedures (namely clinical audits) and the use of up-to-date protocols. The involvement and motivation of health professionals, together with an adequate internal and external communication strategy, play a key role in the planning and application of these programmes. The use of programmed assessment, based on a solid knowledge of current practice, should have practical implications, optimising procedures in order to improve the quality of care. This commitment towards quality in health care should go far beyond governmental policy and should have clear support from health professionals.

*Texto baseado numa comunicação da Unidade de Endocrinologia do Hospital de S. João - Porto Maio 1999

INTRODUÇÃO

Cada vez mais se sente a necessidade de garantir e provar a **qualidade** na prestação de cuidados de saúde. Esta qualidade representa um imperativo da própria evolução da medicina actual, assumindo-se simultaneamente como causa e consequência dessa evolução.

A qualidade na Saúde surge também como uma resposta às crescentes exigências da população e dos profissionais, e como uma reacção à crescente concor-

rência nesta área. Na realidade, nos EUA as HMO (organizações de manutenção de saúde) foram *empurradas* para o **controlo e garantia da qualidade** pela competição com estruturas similares e pelo receio de potenciais acusações de sub-tratamento ao colocarem o controlo de custos à frente da adequação dos cuidados prestados.

Integrando todos estes aspectos, a gestão da Saúde está a mudar, desenvolvendo-se para fazer face aos crescentes

desafios que, a vários níveis, esta área vai enfrentando. Correspondendo à evolução verificada noutros sectores da economia e na gestão em geral, também as regras e pressupostos da gestão na Saúde estão em mudança no final do milénio. Embora só muito recentemente tenha começado a implantar-se em Portugal, a **qualidade** na Saúde assume-se claramente como uma inevitabilidade desejável que deverá ser parte integrante de uma mais vasta *cultura de qualidade*.

A qualidade dos cuidados de saúde foi, desde sempre, uma preocupação subjacente à sua prestação, mas debatia-se com problemas estruturais, designadamente por faltar objectividade nos parâmetros de qualidade e na forma como estes eram aplicados. A avaliação dos cuidados prestados era feita individualmente, mas raramente de forma continuada e estruturada, sendo a falta de tempo quase sempre apontada como o principal obstáculo à revisão da prática e à sua modificação e correcção. A realidade tem mostrado que a prática clínica e a **qualidade** dos cuidados médicos variam muito mais do que se possa imaginar.

A objectivação da qualidade tornou-se possível através da sistematização e do estabelecimento de **padrões**. Estes **padrões** garantem um determinado nível de qualidade, que poderá corresponder à **acreditação** junto de instituições específicas. Foi a necessidade de uma **garantia de qualidade** que levou à criação de estruturas próprias, dedicadas à promoção e verificação da qualidade dos cuidados de saúde, como é o caso do National Committee on Quality Assurance (NCQA), uma comissão independente que é responsável por um vasto programa de **acreditação** nos Estados Unidos¹.

FUNDAMENTOS PARA A QUALIDADE

Para se produzir uma melhoria da qualidade há, antes de mais, que reconhecer a necessidade de mudança. É este reconhecimento que será o motor de todos os procedimentos seguintes que deverão culminar com a **garantia de qualidade**. Para que a mudança se concretize, é fundamental contar com o empenho de todos os profissionais, estimulando a cooperação e o espírito de equipa, tanto mais que este envolvimento dos profissionais no programa de qualidade promove a sua autonomia e correspondente responsabilização, fazendo com que se sintam parte integrante da estrutura e do projecto e, como tal, beneficiários e co-responsáveis pelo seu êxito, ou pelo seu fracasso². O envolvimento dos médicos e de outros profissionais de saúde na avaliação e gestão da qualidade é não só desejável como também essencial para a melhoria da qualidade³. No fundo, tudo isto corresponde a uma das filosofias consagradas no meio

empresarial: cada elemento deve sentir que é parte da empresa - *a empresa somos nós*.

A **garantia de qualidade**, para ser efectiva e credível, tem de se basear nos mais recentes conhecimentos técnicos e científicos, demonstrados em estudos rigorosos, ou, quando for necessário, nos consensos elaborados por painéis de peritos. É assim que, por exemplo, a epidemiologia clínica pode contribuir de forma marcante para o esclarecimento das implicações de diferentes **padrões** de actuação clínica, destacando-se as meta-análises como um dos instrumentos mais valiosos para determinação do padrão de fundo de procedimentos (embora o número de áreas abrangidas seja, para já, relativamente restrito)⁴.

A Saúde tem muito a ganhar com a aplicação criteriosa das experiências e das técnicas usadas noutras áreas complexas e exigentes como sejam a aviação e a segurança nuclear, as quais desde há anos recorrem a métodos adaptados da psicologia, da estatística e da investigação operacional com o objectivo de reduzir as variações desnecessárias e evitar erros do sistema, aumentando a eficiência^{3,4}.

AVALIAR A QUALIDADE

No âmbito da aposta na qualidade surge a figura da **auditoria**, um sistema que permite *pôr em causa* o funcionamento de uma determinada estrutura ou organização, avaliando o seu desempenho e questionando os procedimentos (quantos deles sem uma base científica satisfatória), comparando a realidade observada com aquilo que seria esperado. Numa **auditoria** reconhece-se a boa prática e identificam-se as áreas deficientes levando, caso seja necessário, à modificação do sistema. A **auditoria** - que pode ser externa ou interna - traduz a necessidade de avaliar não só as políticas e procedimentos assumidos por uma instituição (as **normas**) como também os **padrões** adoptados na prática concreta^{1,2}.

A **monitorização** assume o papel complementar de um controlo *automático*, diríamos que *basal*, da qualidade, que corresponde à medição habitual de uma série de indicadores de qualidade dos cuidados de saúde, a fim de identificar problemas. As actividades desenvolvidas são avaliadas consoante estão ou não em conformidade com as **normas** estabelecidas; se se chegar à conclusão que em determinada área há dificuldades em atingir objectivos, deverá ser efectuada uma **auditoria**. A **auditoria** é uma *fotografia em pormenor* da actividade de **monitorização** num dado momento, é um *instantâneo* localizado espacio-temporalmente, enquanto a **monitorização** é uma *fotografia global*. No entanto, há que salientar a componente temporal das **auditorias**, pois

estas permitem igualmente, pela comparação entre diversos *instantâneos*, observar as mudanças nos **padrões** de actuação ao longo do tempo^{1,2}.

PRINCÍPIOS PARA UMA AUDITORIA CLÍNICA

As **auditorias clínicas** são derivantes específicas das **auditorias** gerais, desenvolvidas pelos clínicos com o apoio da direcção, tendo como objectivo assegurar a prestação de cuidados de qualidade aos utentes. Estas **auditorias** clínicas envolvem uma análise crítica dos cuidados (incluindo procedimentos de diagnóstico e terapêutica), da forma como são aplicados os recursos disponíveis, dos resultados obtidos e das implicações para a qualidade de vida dos doentes, determinando ainda a eventual necessidade de modificar procedimentos.

Entre os vários princípios a considerar numa **auditoria clínica**, o primeiro corresponde à definição de **objectivos**, os quais devem traduzir a **missão da estrutura assistencial** e a sua filosofia; só depois se deverá enveredar pelo desenvolvimento de **normas** para atingir os objectivos determinados - estas **normas** devem ser discutidas e estabelecidas pelo grupo e têm de poder ser medidas e validadas através de **critérios**. Depois de estabelecidos a filosofia, os objectivos, as **normas** e os **critérios**, o passo seguinte será implementar e monitorizar a mudança. Avaliando-se o desempenho existente em função do desempenho desejável através da **auditoria clínica**, identificam-se os aspectos positivos e negativos, os quais, juntamente com as propostas de mudança e as eventuais dificuldades na implementação das mesmas, deverão ser discutidos pelo grupo².

Uma **auditoria clínica** pode incidir, por exemplo, sobre aspectos como a informação proporcionada aos pacientes sobre os procedimentos, as infecções pós-operatórias, os recursos humanos (número de elementos do pessoal e competências), a segurança dos registos e a sua confidencialidade, a alta dos doentes e cuidados pós-alta, a comunicação com o pessoal, ou as listas e tempos de espera. Há algumas questões que poderão orientadoras da realização de uma **auditoria**. Assim, e tomando como exemplo a revisão das áreas de cuidados clínicos, uma questão a colocar é: *porque é que se fazem as coisas desta forma?*, a que se seguem outras questões: *há outra forma de fazer as mesmas coisas? é possível melhorar?*. Este questionar dos procedimentos poderá alargar-se à análise das complicações, da segurança dos procedimentos, da atribuição de tarefas e competências, da utilização de equipamentos, ou da necessidade de alterar os recursos. Como é compreensível, constituem **alvos** naturais das **auditorias** as áreas com grande volume de cuidados,

assim como as áreas consideradas de 'alto risco' ou as áreas com custos elevados. Para além das **auditorias** regulares e periódicas, poderá determinar-se ainda a realização de **auditorias** em função da existência de uma queixa, reclamação ou incidente, por pressões exteriores ou por determinação interna da própria estrutura².

Uma **auditoria** envolve a recolha de informação pormenorizada acerca da actividade da estrutura assistencial, incluindo actas das reuniões, registos clínicos, planos de utilização, programas de promoção da qualidade, actividades de **acreditação**, para além, naturalmente, das **normas** acordadas na instituição. Importa garantir que os dados obtidos são apenas os necessários para o estudo em causa, e que são precisos, fiáveis, eticamente correctos e válidos. As áreas a submeter a **auditoria** deverão ser escolhidas em função da existência de **normas** monitorizadas e na qual o desempenho possa ser melhorado; quando não há ainda **normas** numa área, ou quando se vai iniciar um processo de **auditorias**, há alguns pontos básicos que poderão facilitar a sua estruturação e execução. A **auditoria** deve incidir sobre os **padrões** de actuação real, e não apenas nas políticas e procedimentos escritos, fornecendo para cada indicador o grau de cumprimento das **normas**. Desta forma evita-se a subjectividade e variabilidade que caracterizaram as primeiras tentativas de **acreditação** na década passada^{1,2}.

Os meios para a mudança podem depender da instituição, do responsável do serviço ou unidade, dos profissionais de saúde ou de outros elementos. A própria estrutura assistencial pode não ter condições para suportar a implementação das mudanças e há que tomar tudo isto em consideração no planeamento de um programa de qualidade.

Relativamente à dimensão do estudo nas **auditorias** clínicas, será aconselhável recorrer a amostragem, sendo que um estudo mais selectivo, pouco vasto, irá permitir um conhecimento mais profundo dos problemas em análise². As **auditorias** deverão ser efectuadas por um grupo em que cada membro será responsável por áreas específicas de trabalho previamente identificadas¹. Os auditores são os elementos que fazem a ligação entre o estabelecimento de uma **norma** e a **monitorização** da qualidade. Neste sentido, as **auditorias** clínicas devem ser executadas por aqueles que habitualmente prestam cuidados aos doentes, pois são quem melhor conhece a realidade e as suas dificuldades.

Os indicadores de qualidade devem ser periodicamente actualizados de forma a reflectir a evolução do conhecimento médico. No entanto, alguns indicadores devem manter-se inalterados para permitirem uma avaliação do progresso ao longo do tempo, enquanto novos indi-

cadadores poderão ser adicionados de forma a alargar o leque de áreas submetidas a controlo de qualidade⁵.

Assim, uma **auditoria** deverá ter em conta o seu âmbito e prazo de execução em função dos objectivos, os quais foram previamente estabelecidos e acordados pelo grupo auditor, devendo ser alcançáveis (realistas), mensuráveis (objectiváveis) e, naturalmente, concordantes com a estratégia e os objectivos do programa de qualidade global.

Não nos podemos, porém, esquecer que os resultados de uma **auditoria** e a **garantia de qualidade** se limitam ao objecto de análise específico, pois não há provas que demonstrem que os elementos referentes à qualidade de cuidados numa determinada área possam ser extrapolados para outras áreas de actuação, principalmente se estiverem em causa actividades diferentes. Embora seja previsível que se mantenha o nível de qualidade se os procedimentos obedecerem à mesma filosofia e às mesmas directivas, só a aplicação de sistemas de avaliação específicos poderá proporcionar a desejada **garantia de qualidade**⁶.

É essencial promover uma estratégia de comunicação que divulgue o objectivo e os resultados das **auditorias**, de tal forma que os resultados possam ser partilhados em toda a organização para benefício dos doentes, evitando, deste modo, o desperdício de recursos. A informação e o esclarecimento irão também contribuir para que os profissionais conheçam melhor o seu contexto de trabalho e não sintam o programa de qualidade como uma forma de assédio ou como um meio dissimulado de contenção de custos ou de marketing. A comunicação dos resultados também deve ser dirigida aos órgãos de gestão, aos que definem as políticas da organização, assim como aos responsáveis pela concessão dos recursos necessários às mudanças identificadas. Esta comunicação deve funcionar como um elemento essencial para promover a cooperação, contribuindo para que a **auditoria** tenha um efeito construtivo, sendo óbvio que a confidencialidade deverá envolver tudo o que é necessário para fundamentar a **auditoria**⁷.

A REALIDADE NA BASE DA QUALIDADE

O estabelecimento de **normas** é fundamental para uma actuação estruturada e objectivável, pois é através da **monitorização** das **normas** que se poderá verificar o seu cumprimento e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, as **normas** devem ser definidas por quem presta os cuidados, estabelecendo os princípios para uma **boa prática clínica**; como tal deverão reflectir a posição concordante do grupo e conter indicadores de qualidade

para um conjunto de cuidados ou serviço específico, que possam ser medidos e validados. As **normas** podem ser utilizadas para obter informação em relação à **monitorização** de cuidados, à avaliação do nível de serviços, à identificação de deficiências, à comunicação de expectativas, à introdução de novos conhecimentos e à divulgação e esclarecimento sobre o que está a ser feito².

As **normas** devem ser frequentemente monitorizadas, verificando se a realidade prática corresponde aos objectivos propostos - *o que é* deve ser comparado com *o que devia ser* - e, se necessário, implementando medidas que levem à correcção do que não está de acordo com as **normas**. Através de **auditorias**, as **normas** devem permitir a identificação não só das áreas de excelência, mas também de áreas que necessitem de melhoramentos, registando-se os casos de não cumprimento das **normas** e a sua causa directa².

Um aspecto básico na instituição de **normas** é assegurar que as mesmas sejam **realistas** - enquadrando-se no contexto global - e **eficazes** - contribuindo para o atingimento dos objectivos definidos. É fundamental conhecer o terreno e as condições concretas de prática médica, sob pena de se adoptar uma estratégia inexequível.

As **normas** devem ter em conta não só o que fazemos mas também o que precisamos de ter para fazer. A avaliação da qualidade dos cuidados pode ser fundamentada em três componentes (que podem corresponder também a três tipos de **critérios**) tendo como base um elemento de referência que é a conjuntura (sendo que os dados conjunturais correspondem p.ex. às características dos doentes - indicações do tratamento, gravidade da doença, etc.). Assim temos:

Estrutura - os dados estruturais referem-se às características dos médicos e dos hospitais (p. ex. especialidade do médico) ;

Processo - os dados processuais são os que se referem ao contacto entre o médico (ou outro profissional de saúde) e o doente, e incidem sobre o que acontece durante o tratamento (p. ex. processos de decisão clínica, exames complementares solicitados, forma de administração do tratamento, prescrição de medicamentos);

Resultados - os dados dos resultados são os relativos ao estado de saúde do doente após os procedimentos efectuados e incluem a informação clínica (readmissão, complicações, mortalidade), a qualidade dos serviços e satisfação do doente, o estado de saúde e os custos (custo/doente, custo/procedimento, custos dos fornecimentos...)2,6,8.

O recurso a cada um destes tipos de informação para avaliar a qualidade dos cuidados apresenta as suas limi-

tações. De um modo geral considera-se que esta avaliação deverá basear-se nos dados processuais, desde que devidamente fundamentados nas evidências clínicas ou em consenso de especialistas⁶. Embora se possa considerar que um mau resultado não traduz necessariamente maus cuidados (poderá ser simplesmente porque a situação inicial era, já de si, muito má), a investigação em torno dos **critérios** de resultado tem evoluído de forma muito significativa, esperando-se que as doenças crónicas constituam uma das suas principais áreas de aplicação³.

Os protocolos são instrumentos que identificam e documentam os processos e as actividades correctas dentro de determinados prazos, para a obtenção de um resultado previamente acordado. Os protocolos devem ser actuais e devem estar adaptados à realidade clínica em que se inserem, tendo em conta as limitações técnicas, estruturais ou financeiras. Estes protocolos devem ser regularmente revistos à luz de novos conhecimentos e da experiência da sua aplicação na instituição. O recurso a protocolos bem estruturados e aplicados permite a análise crítica da estrutura, dos procedimentos e dos resultados, com um melhor controlo e **garantia de qualidade**, facilitando a **monitorização** e a realização de **auditorias**. As actuações protocoladas proporcionam também o contexto para o desenvolvimento de programas de investigação clínica, integrando esta na prática diária, fornecendo aos clínicos a informação necessária para compreender e modificar as suas próprias actividades a um nível pormenorizado e operacional⁸.

CONCLUSÃO

Embora tardiamente, a área da Saúde despertou para a necessidade de controlar e garantir a qualidade. Através de uma abordagem global e transdisciplinar, tem vindo a adaptar às suas idiossincrasias o *know-how* de outras áreas, desenvolvendo novas formas de actuação para assegurar o progresso sustentado na prestação dos cuidados de saúde.

O recurso a formas estruturadas de avaliação leva também a que se questionem as formas de actuação actualmente aceites, muitas das quais carecem de fundamentação científica sólida. Esta *autocrítica construtiva* deverá pôr em evidência os procedimentos insatisfatórios, um pouco à semelhança do que as empresas têm vindo desde há muito a fazer para otimizar procedimentos, reduzindo os custos e aumentando a eficiência global do sistema.

A aposta na qualidade pressupõe o envolvimento e a motivação dos profissionais, a par de uma adequada estratégia de comunicação intra-grupal e de divulgação

dos objectivos e dos resultados da intervenção.

A **auditoria** corresponde a uma forma crítica e sistemática de avaliar a qualidade que, juntamente com a **monitorização**, assegura o controlo da qualidade dos serviços prestados. Mas também importa que a implementação de formas estruturadas de avaliação, sustentadas por um bom conhecimento da realidade concreta, tenha reflexos práticos e que se traduzam na mudança dos procedimentos com vista a melhorar a qualidade.

A qualidade parece também começar a ser uma das apostas do Governo, materializada na implantação de estruturas específicas - como o Sistema Português da Qualidade na Saúde, englobando o Instituto da Qualidade na Saúde, a Comissão Nacional de Acreditação, a Agência de Avaliação de Tecnologias da Saúde e o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde - que se espera venham a apoiar o desenvolvimento e a melhoria da qualidade no sector⁹.

O controlo e a **garantia de qualidade** são também pressupostos fundamentais dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), estruturas dotadas de significativa autonomia de gestão, que contam com sistemas de **monitorização** e **auditorias** que garantem a qualidade dos cuidados de saúde prestados, assim como a sua viabilidade técnica e financeira.

Cada vez mais, na Saúde como noutras áreas, a qualidade é um objectivo alcançável e imprescindível.

AGRADECIMENTOS:

A Fernando Lopes e Helder Pereira agradece-se todo o apoio recebido.

BIBLIOGRAFIA

1. VENABLE RS, PAGANO R: The Long and Winding Road to NCQA Accreditation. *Drug Benefit Trends* 1996; 8 (11): 32-34,36.
2. SALE D: Garantia de qualidade nos Cuidados de Saúde. Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998.
3. BLUMENTHAL D: Quality of Health Care - Part 1: Quality of Care - What is it?. *N Engl J Med* 1996; 335:891-894.
4. BLUMENTHAL D: Quality of Health Care - Part 4: The Origins of the Quality-of-Care Debate. *N Engl J Med* 1996; 335:1146-1149.
5. EPSTEIN A: Performance Reports on Quality - Prototypes, Problems, and Prospects. *N Engl J Med* 1995; 333:57-61.
6. BROOK RH, MCGLYNN EA, CLEARY PD: Quality of Health Care - Part 2: Measuring the Quality of Care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-970
7. CHASSIN MR: Quality of Health Care - Part 3: Improving the Quality-of-Care. *N Engl J Med* 1996; 335:1060-1063.
8. HORN SD, SHARKEY SS, RIMMASCH HL: Clinical Practice Improvement: A Methodology to Improve Quality and Decrease Cost in Health Care. *Oncology Issues* 1997; 12 (1): 16-20.
9. MOREIRA C: Qualidade na Saúde: um compromisso (entrevista com José Luís Biscaia). *Revista Tanto Mais (ARS Norte)* 1999 Setembro.