

# Assegurar qualidade em medicina geral e familiar\*

ALBERTO HESPANHOL\*\*

## Resumo

*Segundo a Wonca, Assegurar Qualidade é um processo de actividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objectivo da melhoria contínua dos «standards» de cuidados médicos. A definição inclui o conceito de Melhoria Contínua em vez de inspecção. Segundo Ovretveit, «processos e pessoas perfeitas fazem um serviço de Qualidade ... havendo Melhoria Contínua da Qualidade quando se dá ao pessoal as aptidões e os métodos necessários para analisar os problemas e os processos de qualidade e o poder para fazer as alterações necessárias...». Por outro lado «a má qualidade do serviço resulta de processos mal desenhados e mal aplicados e quase nunca de pessoal preguiçoso ou incompetente... a Qualidade não resulta simplesmente do estabelecimento de «Standards», inspecções e exortações ao pessoal...». Assegurar Qualidade é um processo cíclico, consistindo em três dimensões: os passos num Processo para Assegurar Qualidade (seleccionar problemas de Qualidade, desenvolver «guidelines», recolher e analisar os dados, planificar e implementar mudanças e fazer o «follow up»), o papel dos vários grupos profissionais envolvidos (Qualidade para o cliente, profissional e de gestão) e a gestão para Assegurar Qualidade (estruturas, políticas, requisitos e os diferentes níveis em que ocorre).*

**Palavras-Chave:** Qualidade de Cuidados; Satisfação de Consumidores; Doentes; Cuidados Primários de Saúde; Clínica Geral; Medicina Familiar

## Conceitos de Qualidade em Saúde

Existem muitas definições de Qualidade em Cuidados de Saúde, variando desde fazer as coisas certas de uma maneira tecnicamente correcta até dar aos clientes o que necessitam e o que querem. Os vários grupos e entidades profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde, ao utilizarem definições diferentes, apresentam perspectivas também distintas acerca de uma boa qualidade<sup>1-3</sup>.

\*Baseado na Conferência de Encerramento das X Jornadas Mediterrânicas de Medicina Geral e Familiar, Albufeira, Setembro de 2003

\*\*Professor Associado Convidado do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Director do Centro de Saúde São João (Porto)

Os doentes e os profissionais de saúde, os governantes e os contribuintes dos serviços de saúde, os educadores e os investigadores dos jornais, rádio e televisão, cada vez mais se questionam acerca do que é ser um bom médico e como se pode criar um. A sociedade e os governantes utilizam uma mistura de processos de cuidados de saúde e de variáveis de resultados para definir a competência clínica e, quando possível, indicadores de cumprimento de determinados padrões, normas reguladoras e estruturas de serviço clínico. Mas será que a noção de Qualidade tem alguma coisa a acrescentar ao que o público e os governantes querem dos médicos, uma vez que a sua competência e o

seu desempenho podem ser especificados e verificados<sup>4</sup>?

Quando se trata de um médico, o adjectivo «bom» atesta terem sido cumpridos certos testes de competência. Enquanto que «um médico fraco» é, geralmente, aquele que tem boas intenções, mas possui conhecimentos ou técnicas inadequados à sua função, «um mau médico» é aquele que, apesar de ter conhecimentos técnicos adequados, tem más intenções, valores indesejáveis e até motivos perversos. Estas variedades de bom, fraco e mau médico são diferentes e podem, por vezes, coexistir no mesmo indivíduo<sup>4</sup>.

Uma das abordagens para definir «um bom médico» apoia-se nas capacidades técnicas de um cientista aplicado, ou seja que um «bom médico» combina os conhecimentos clínicos individuais com a melhor evidência externa disponível<sup>4</sup>.

Outra abordagem para definir «um bom médico» apoia-se nas capacidades interpessoais dos médicos, e que segundo o *General Medical Council*, do Reino Unido, citado por Hurwitz,<sup>4</sup> compreendem a vocação e as qualidades pessoais do médico, bem como a exactidão e uma mente ponderada, aberta à verificação e à aprendizagem através dos erros.

Um «bom médico» será portanto aquele que consegue unir as técnicas e as sensibilidades do cientista aplicado às capacidades reflexivas do humanista médico<sup>4</sup>.

Na área da Qualidade em Clínica Geral, Campbell<sup>5</sup> identificou algumas componentes que podem ser referidas aos indivíduos e outras que podem ser referidas às populações.

As componentes de Qualidade para os utentes individualmente compreendem<sup>5</sup>:

a) **Efectividade clínica ou técnica:** esses serviços devem ser prestados

de uma forma competente sob o ponto de vista profissional. Segundo Marwick<sup>6</sup>, os aspectos clínicos ou técnicos dos cuidados incluem o processo diagnóstico, a gestão clínica, a morbidade e a mortalidade, as condições das instalações e do equipamento e o pessoal.

b) **Efectividade interpessoal:** esses mesmos serviços devem também ser prestados de uma forma competente sob o ponto de vista humano. Segundo Marwick<sup>6</sup>, os aspectos de relação interpessoal incluem a conduta do médico e do restante pessoal, os tempos de espera, a disponibilidade de marcação das consultas, o relacionamento médico/utente e o envolvimento no processo de tomadas de decisão.

c) **Acessibilidade:** os utentes devem ter acesso a uma variedade de serviços.

Ao conceito de acessibilidade, ou seja, a possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários nas condições mais convenientes e favoráveis, costuma associar-se o de disponibilidade, isto é, a capacidade e a atitude do médico para atender, ouvir, compreender e ajudar os seus doentes<sup>7,8</sup>.

As componentes de qualidade para as populações compreendem<sup>5</sup>:

a) **Equidade:** os indivíduos e os grupos dentro de uma população devem ter um serviço justo,

b) **Eficiência:** os recursos devem ser utilizados adequadamente numa perspectiva de custo-effectividade, entendendo-se eficiência como os efeitos ou resultados finais conseguidos relativamente aos esforços despendidos em termos monetários, de recursos e/ou de tempo<sup>9</sup>.

Para Ovretveit, Qualidade em Saúde consiste em satisfazer as necessidades dos que mais necessitam do serviço, ao mais baixo custo, e respeitando os limites e directivas da profissão e do contratante<sup>10</sup>. Esta definição é discutível como outra qualquer, mas é talvez a que mais nos agrada, pois é diferente de «economicismo», inclui preocupações de equidade e de exigências técnicas, engloba exigências éticas e exige obediência contratual. Na realidade, é importante não só dar satisfação aos utentes que recebem os serviços de saúde, mas também assegurar que todos os que necessitam de um determinado serviço poderão obtê-lo.

Contudo, não podemos entender qualidade só em termos de satisfação dos utentes e das suas necessidades expressas. Os utentes podem não saber do que necessitam ou podem pedir investigações ou tratamentos inapropriados ou prejudiciais. Temos portanto de incluir, a par do juízo dos utentes acerca do serviço, uma definição profissional das necessidades e um juízo profissional do modo como o serviço deve satisfazer as necessidades dos seus utentes. Ou seja, as necessidades são definidas não só pelos utentes, mas também pelos profissionais, tanto a nível individual como a nível populacional<sup>10</sup>.

Mas isto não basta para classificar um serviço de qualidade, pois pode ser ineficiente, desperdiçando recursos que podem ser usados para tratar outros utentes. Ou seja, um Serviço de Qualidade não é aquele que vai ao encontro das necessidades dos seus clientes a qualquer custo, mas sim o que usa os recursos da maneira mais eficiente possível. Finalmente, um serviço para ser de qualidade tem de cumprir determinados requisitos legais, éticos

e contratuais<sup>10</sup>.

Diferentes autores referem os aspectos da prestação de cuidados primários que consideram cruciais para a análise da Qualidade em Saúde. Para Ferreira<sup>11</sup>, os aspectos da prestação de cuidados a ter em conta quando se analisa a Qualidade em Saúde são os aspectos técnicos de aplicação do conhecimento e das tecnologias médicas, os interpessoais dos cuidados, os sociais e psicológicos, os éticos da interacção médico/doente e os da organização de cuidados, em termos de acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação.

Para Pisco é necessário «...melhorar a Qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados... 'esperando-se'...um melhor desempenho profissional, maior respeito pela perspectiva, preferências e valores dos doentes, maior acessibilidade, equidade e, sobretudo, utilização optimizada dos recursos disponíveis...»<sup>12</sup>.

O primeiro conceito a surgir foi o da Avaliação da Qualidade, que envolvia a recolha, a medição e a análise de dados; contudo, os que trabalhavam nesta área logo se aperceberam que recolher informação acerca do desempenho não era suficiente. Era necessário estabelecer objectivos claros, bem como «guidelines» ou «standards» que permitissem a sua comparação com o desempenho observado. Depois, para Assegurar Qualidade dos cuidados, era necessário reconhecer onde se deviam operar as mudanças, tomando de seguida as medidas necessárias para as alcançar. Estava assim constituído o Ciclo para Assegurar Qualidade, que incorpora todos esses elementos: definir «gui-

delines», colher dados, actuar, monitorizar os resultados, regressando ao primeiro elemento. Assegurar Qualidade é, portanto, um processo cíclico<sup>6</sup>.

No caso específico dos laboratórios, ainda hoje se utiliza a expressão Controlo de Qualidade, dada a sua semelhança com o sector industrial e a objectividade com que é possível fixar valores de referência. Alguns autores continuam a entender a Qualidade nessa perspectiva de controlo ou de fiscalização, constituída por diversas actividades, eventualmente úteis e desejáveis, mas sempre exercidas retrospectivamente sobre o serviço já feito<sup>13</sup>.

A nossa perspectiva de qualidade é diferente, sendo partilhada com outros autores<sup>1.6.10</sup>. Está baseada num conceito de qualidade essencialmente proactivo, que se fixa em actividades programadas destinadas a aumentar ao máximo as probabilidades de o serviço que se vai fazer no futuro tenha qualidade, ou seja, que atinja um padrão pré-definido de qualidade. Esta nossa perspectiva é a já referida «*Quality Assurance*», que muitos em Portugal traduzem por Garantia de Qualidade, mas nós preferimos designar por Assegurar Qualidade, dado que o termo «garantir» tem na língua portuguesa um sentido mais afirmativo do que parece ser possível atingir nesta área e o termo «assegurar» significa garantir dentro de certos limites.

### Assegurar Qualidade

Segundo a Wonca, Organização Mundial dos Médicos de Família, Assegurar Qualidade é um processo de actividades planeadas baseadas na revisão e melhoria da execução com o objectivo da melhoria contínua dos «standards» de cuidados médicos<sup>1.6</sup>.

Esta definição dá uma ênfase especial à importância de um bom planeamento, organização e gestão de actividades para Assegurar Qualidade e à importância que esta tem como um processo para a melhoria contínua do desempenho médico e dos cuidados prestados aos utentes. Este planeamento deve ser formal e registado por escrito, não necessitando contudo de ser exaustivo. Assim, Assegurar Qualidade consiste num conjunto de actividades sistemáticas e contínuas, que incluem a formulação de «guidelines» e de objectivos para um bom desempenho profissional, a avaliação actual desse desempenho e as acções que visam modificá-lo, quando tal se torne necessário<sup>1.6.10</sup>.

A definição de Assegurar Qualidade inclui o importante conceito de Melhoria Contínua em vez de inspecção<sup>6</sup>. Segundo Ovretveit<sup>10</sup>, «processos e pessoas perfeitas fazem um serviço de Qualidade ... havendo Melhoria Contínua da Qualidade quando se dá ao pessoal as aptidões e os métodos necessários para analisar os problemas e os processos de qualidade e o poder para fazer as alterações necessárias...». Por outro lado «a má qualidade do serviço resulta de processos mal desenhados e mal aplicados e quase nunca de pessoal preguiçoso ou incompetente... a Qualidade não resulta simplesmente do estabelecimento de 'Standards', inspecções e exortações ao pessoal...»<sup>10</sup>.

O modelo conceptual de Assegurar Qualidade pode ser desenhado em três diferentes perspectivas ou dimensões, as quais podem interagir entre si:

- a) os métodos ou os passos num processo para Assegurar Qualidade (Como?)
- b) o papel dos vários grupos profissionais envolvidos (Quem?)

c) a gestão para Assegurar Qualidade (Onde?)<sup>1.6</sup>.

Em primeiro lugar iremos debruçar-nos sobre os diferentes *Passos num Processo para Assegurar Qualidade*. Assegurar Qualidade consiste num conjunto de actividades contínuas e sistemáticas, realizadas de um modo cíclico. Segundo Grol<sup>1.6</sup>, este Ciclo para Assegurar Qualidade incorpora vários elementos, passos ou actividades:

#### a) Seleccionar aspectos relevantes da qualidade

Aspectos são abstrações da Qualidade que podem ser escolhidos em resposta à constatação de determinados problemas, à existência de determinados interesses por parte de quem escolhe, a uma análise sistemática de problemas de qualidade ou como parte de uma revisão mais abrangente do desempenho<sup>1.6</sup>.

Para escolher os aspectos da Qualidade devemos definir prioridades, seleccionando em primeiro lugar aqueles que forem mais importantes, embora poucos, estendendo depois a lista a aspectos menos importantes. Podemos incluir desde aspectos técnicos ou de relação interpessoal até aspectos de estrutura, processo ou resultados desses mesmos cuidados de saúde. A Qualidade dos cuidados foi classificada em 1980 por Donabedian em medidas de estrutura (por ex. edifícios, pessoal e recursos), de processo (por ex. o que é feito e como é feito) e de resultado (por ex. o resultado para o doente e os custos com os cuidados de saúde)<sup>1.6.14</sup>.

#### b) Estabelecer «Guidelines»

O passo seguinte, após a escolha dos aspectos da qualidade a estudar, consiste em formular as características necessárias para a existência de cuidados de saúde de qualidade,

que Grol designa por «guidelines»<sup>1,6</sup>, e que incluem o estabelecimento de critérios e «standards» em relação a esses aspectos seleccionados.

Os critérios são aspectos mensuráveis do desempenho desejado, enquanto que os «standards» são expectativas ou requisitos de desempenho.

#### c) Avaliar os cuidados de saúde actuais

O passo seguinte, após o estabelecimento de critérios e «standards», consiste em avaliar o que está a acontecer no momento presente, o que implica a colheita de dados de uma forma válida e fiável e a sua comparação com essas «guidelines». Segue-se o «feedback» desses resultados para os profissionais de saúde, para que possam utilizá-los para introduzir alterações<sup>1,6</sup>.

#### d) Planear e implementar mudanças

O passo seguinte, após a análise dos dados e a definição das melhorias, consiste em actuar no sentido da mudança sempre que tal se mostre oportuno. Para isso é necessário procurar as resistências à mudança, seleccionar a intervenção, planificar e implementar a mudança<sup>1,6</sup>.

#### e) «Follow-up»

O passo final, após a implementação das mudanças, consiste em avaliar os resultados e fazer o «follow up» para averiguar se o desempenho foi realmente alterado. Dado que Assegurar Qualidade é um processo cíclico, o resultado final desse «follow-up» pode conduzir à revisão das «guidelines», à escolha de novos métodos para recolha de dados ou à selecção de novos tópicos para revisão<sup>1,6</sup>.

De seguida iremos debruçar-nos sobre o papel dos *Grupos envolvidos no Processo para Assegurar Quali-*

*dade*. Na realidade a Qualidade em Saúde requer o cumprimento de um determinado número de requisitos e de interesses de grupos envolvidos, muitas vezes conflituosos. A Qualidade Total em Saúde implica a abordagem de três diferentes dimensões:

a) **Qualidade para o Cliente**, que consiste na medida em que o beneficiário do serviço o percebe como correspondendo ao que ele deseja, ou seja, na opinião do utente sobre até que ponto o serviço lhe dá o que ele quer e espera,

b) **Qualidade Profissional**, que consiste em dar ao utente o que o profissional julga que ele necessita, ou seja, um julgamento dos profissionais relativamente a até que ponto o serviço preenche as necessidades dos clientes, tal como definidas pelos profissionais, e relativamente aos métodos e processos utilizados para satisfazer essas necessidades,

c) **Qualidade de Gestão**, que consiste no melhor uso dos recursos dentro dos limites e directivas impostos pelas mais altas autoridades, ou seja, o uso eficiente e produtivo dos recursos de modo a satisfazer os requisitos dos utentes, dentro dos limites das normas e directivas prescritas<sup>1,6,10</sup>.

Finalmente iremos debruçar-nos sobre a *Gestão para Assegurar Qualidade*. Esta perspectiva diz respeito a três aspectos fundamentais: que condições são necessárias para estabelecer um Sistema para Assegurar Qualidade (estruturas, políticas, pré-requisitos, recursos e actividades educacionais), como deve estar organizado e a que nível deve ser gerido o processo para Assegurar Qualidade. Este processo pode ser organizado e gerido a nível central (internacional, nacional ou regional),

local, da unidade de saúde e do indivíduo<sup>1,6</sup>.

Ao nível Nacional ou Regional as organizações devem estar envolvidas no estabelecimento de regulamentos, na criação de políticas, na colheita de informação, no desenvolvimento de «guidelines» e de métodos para Assegurar Qualidade. As estruturas representativas das classes profissionais podem construir «standards» para a acreditação do desempenho profissional dos seus associados, as entidades governamentais podem elaborar «standards» para a contratação ou o financiamento dos cuidados de saúde e as associações de utentes podem desenvolver «standards» para a realização do consentimento informado por parte daqueles que procuram os cuidados. Ao nível local os grupos de profissionais ou de utentes podem desenvolver métodos para Assegurar Qualidade que reflectam as realidades locais. A Qualidade pode variar com o grau de urbanização, a idade, o sexo e a composição étnica da comunidade ou com a existência de características geográficas ou indústrias específicas. Ao nível da Unidade de Saúde a gestão para Assegurar Qualidade depende do tipo e da dimensão da unidade, assim como do tipo e número de profissionais envolvidos, enquanto ao nível individual cada profissional deve dispor de instrumentos que lhe permitam determinar as suas necessidades formativas, observar o seu desempenho e escolher os métodos adequados para a sua melhoria<sup>1,6</sup>.

#### Referências Bibliográficas

1. Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Utrecht: NHG; 1993.
2. Campbell M. What is quality in general practice? Update 2001 (15 Nov): 426.
3. Fortuna A M, Amado J, Mota C, Lima

MR, Pinto M. Avaliação da qualidade do Centro de diagnóstico pré-natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Avaliação da Qualidade*, 2001; 19(2): 55-80.

4. Hurwitz B. O que é ser um bom médico e como se pode criar um? *BMJ* (Ed. Port.) 2002; 11: 424-5.

5. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Qual Health Care* 2001; 10:152-8.

6. Marwick J, Grol R, Borgiel A. A framework for quality assurance. Australia: WONCA; 1992.

7. Baleiras SJ, Ramos V. A gestão da prática clínica pelo médico de família. VI-Acessibilidade e continuidade de cuidados. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9:116-24.

8. Morrel D. *The art of general practice*. Oxford: Oxford University Press; 1991.

9. Comissão de Classificação da Wonca. *Glossário para a Medicina Geral e Familiar*. Lisboa: APMCG; 1997.

10. Ovreteit J. *Health service quality. An introduction to quality methods for health services*. London: Blackwell Science, 1992.

11. Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual. *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 53-62.

12. Pisco L. A qualidade na Saúde. *Directório da Qualidade*; 2000. p. 14, 65.

13. Qualidade e serviços de saúde: evolução e perspectivas. In *Direcção Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 1997. p. 129-40.

14. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260: 1743-8.

**Endereço para correspondência:** \_\_\_\_\_

Departamento de Clínica Geral  
Faculdade de Medicina do Porto  
Alameda Prof. Hernâni Monteiro  
4200-319 Porto

Recebido para publicação em 23/12/03  
Aceite para publicação em 02/03/04