

# Melhoria contínua da qualidade em Medicina Geral e Familiar

LUÍS PISCO

**B**asicamente há duas estratégias alternativas possíveis para o Desenvolvimento da Qualidade e cujos pólos opostos são: um modelo estático de Garantia da Qualidade, baseado em avaliações externas e medidas punitivas, e, em contraste, um modelo dinâmico de melhoria contínua da qualidade baseado na identificação dos melhores resultados, na reflexão interna contínua e na auto-regulação da profissão. Não restarão muitas dúvidas sobre qual será o modelo mais atractivo para os profissionais e o que proporcionará melhores resultados<sup>1,2,3</sup>.

As actividades internas de melhoria contínua da qualidade devem ser preferencialmente voluntárias, contínuas e sistemáticas. Devem ser levadas a cabo pelos profissionais, individualmente ou em grupo, no seu dia a dia e nos seus locais de trabalho.

A responsabilidade pela gestão da informação, pela análise e disseminação dos resultados, assim como o formular de recomendações e introdução de mudanças deve permanecer no âmbito dos próprios profissionais numa base de sistemática auto-avaliação e auto-controle.

O desenvolvimento da qualidade de cuidados deve pois ser levada a cabo de forma descentralizada, deixando aos profissionais no terreno, a tarefa de iniciar e continuar actividades de melhoria da qualidade. Existem várias razões

para isso e uma das mais importantes tem a ver com o facto de ser produzida informação mais fidedigna e com mais qualidade quando os profissionais recolhem e tratam eles próprios essa informação. Por outro lado, a divulgação da informação e a tomada de medidas correctoras faz-se mais rapidamente a nível local através do diálogo e da avaliação inter-pares<sup>2,4</sup>.

A Garantia da Qualidade é habitualmente considerada como um processo interactivo composto de duas fases. Na fase de avaliação, a estrutura, o processo e os resultados da prestação de cuidados são examinados com a finalidade de identificar deficiências e reunir informação sobre as causas, prevalência e intensidade das áreas-problema. Na fase de melhoria, os resultados da avaliação são utilizados para propor medidas correctivas ou processos de adaptação para corrigir as deficiências identificadas. Uma vez introduzidas as medidas correctivas, completa-se o ciclo avaliativo com a repetição da fase de avaliação, para determinar o seu impacto e identificar outras deficiências na prestação de cuidados. Se as deficiências não tiverem sido adequadamente corrigidas pelas acções introduzidas, novas medidas deverão ser formuladas e introduzidas e continuará o ciclo avaliativo<sup>5,6</sup>.

A Garantia da Qualidade consiste, pois, no exercício formal e sistemático de: 1 – identificar problemas na prestação de cuidados, 2 – planear actividades para ultrapassar os problemas, 3 – reavaliar para assegurar que não

---

*Director do Instituto da Qualidade em Saúde*

foram introduzidos novos problemas e 4 – assegurar que as medidas correctivas foram efectivas<sup>7</sup>.

A Garantia da Qualidade vai assim um passo mais à frente que a Avaliação da Qualidade, ao requerer que sejam tomadas medidas correctoras das deficiências encontradas e ao assegurar-se que estas produziram as melhorias desejadas.

Estes processos de Garantia da Qualidade devem ser desenvolvidos e introduzidos pelos próprios profissionais depois de adaptados às características próprias de cada local de trabalho<sup>8</sup>.

Estes processos devem ser vistos como um conjunto de medidas, acções e procedimentos que têm como objectivo assegurar que os cuidados prestados aos doentes cumprem os critérios previamente estabelecidos. Este conjunto de acções e procedimentos devem englobar a totalidade da prestação de cuidados desde a identificação de necessidades de saúde de um utilizador até aos resultados da prestação de cuidados e aos ganhos em saúde obtidos<sup>9</sup>.

Trata-se, pois, de um conjunto de actividades, que de forma integrada e planeada procura a vários níveis do serviço de saúde obter de forma contínua os melhores níveis de qualidade de cuidados.

O objectivo das actividades de Garantia da Qualidade não é outro que não seja a identificação, avaliação e correcção de situações da prática clínica potencialmente melhoráveis. Um dos problemas da Garantia da Qualidade é que muitas vezes os maiores esforços têm ido para a medição e não para a acção.

Dois bons exemplos de processos de avaliação e de garantia da qualidade são os estudos efectuados no Centro de Saúde de Sintra e publicados no presente<sup>10</sup> e no anterior<sup>11</sup> número da Revista. Ambos os estudos utilizaram a

metodologia preconizada pelo Programa Ibérico<sup>12</sup> que nos anos 80 introduziu actividades de avaliação da qualidade em largas dezenas de Centros de Saúde em Portugal e Espanha.

O primeiro passo desse programa liderado pelos Professores Emilio Imperatori e Pedro Saturno com o apoio da OMS foi um seminário em Évora em Novembro de 1986 a que se seguiram muitos outros até final de 1989. É uma metodologia adaptada da originalmente descrita por RH Palmer<sup>13,14</sup>, uma Pediatra Norte Americana, que utiliza sistematicamente como ponto comum a todas as avaliações o Ciclo de Avaliação – detecção dos problemas a avaliar, desenho da avaliação, desenho e implementação das medidas correctivas e por fim reavaliação. Este esquema evita que a avaliação em si possa ser vista como um fim em si mesma, em vez de um meio para melhorar a prestação dos cuidados.

Quer na avaliação de qualidade no seguimento de hipertensos<sup>11</sup>, quer na garantia da qualidade em Saúde Materna<sup>10</sup>, foram utilizados para a avaliação critérios explícitos que especificam de forma correcta e inequívoca «o que se deve fazer» acompanhando-os de esclarecimentos e das excepções admissíveis.

Os critérios explícitos são habitualmente formulados expressamente para a avaliação, culminando um processo de investigação ou de discussão e consenso entre os profissionais implicados, o que favorecerá o grau de envolvimento dos profissionais na sua elaboração e posterior cumprimento<sup>15,16,17</sup>.

Um critério<sup>18</sup> é um fenómeno claramente definido e mensurável, relevante para a definição de Qualidade, e tão claramente definido que se possa dizer se está presente ou ausente. Um critério é, pois, um indicador com mais alguma coisa ou seja, precisão. É baseado em conhecimentos implícitos ou explícitos, por exemplo trabalhos científi-

cos ou consensos clínicos (por isso é um indicador), e, além disso, está tão claramente definido que pode ser estabelecido quando está presente ou ausente (por isso é um critério).

Tomando por exemplo a Hipertensão, o nível de pressão arterial diastólica é um indicador, e o critério que esse valor seja inferior por exemplo a 90 mm Hg.

Com base nesta definição podemos tentar definir um *standard* de cuidados. Após termos estabelecido um critério podemos medir a frequência do seu cumprimento, a que poderemos chamar nível de desempenho: o critério em conjunto com o seu nível de desempenho indica o *standard*.

Retomando o exemplo da Hipertensão, se o critério for que a pressão arterial diastólica seja inferior a 90 mm Hg, poderemos encontrar que isso ocorre em 55% dos nossos doentes hipertensos.

Poderemos depois discutir se esse *standard* que atingimos é aceitável, ou se deveremos estabelecer um outro *standard* que deva ser atingido. Ao discutir *standards* deve ficar claro que há diferentes *standards*, por exemplo ideal, óptimo, mínimo etc.

Na prática clínica cada um pode estabelecer os seus próprios *standards*, que podem ter vários níveis de exigência conforme as circunstâncias. Deve-se contudo assumir que, quanto mais importante for o indicador e quanto maior a evidência da sua relação com os resultados, mais exigente o *standard* deve ser.

Ao estabelecer *standards* para cuidados de saúde e ao avaliar do seu cumprimento é de primordial importância que os indicadores tenham sido bem escolhidos (isto é que sejam importantes, definíveis e modificáveis).

Nas avaliações de qualidade o que se faz é, pois, a comparação entre condições, requisitos, ou procedimentos, com a realidade. Para melhorar a qualidade e introduzir as mudanças

necessárias torna-se necessário adotar uma estratégia de resolução de problemas e elaborar um plano de acção. É importante estabelecer objectivos claros, como serão atingidos, com que métodos e como se medirão os resultados<sup>9,19</sup>.

A Qualidade não pode ser deixada ao acaso ou a avaliações ocasionais, deve ser monitorizada e melhorada sempre que necessário, de forma coordenada e através de uma estratégia de gestão.

A avaliação do desempenho do ponto de vista da qualidade tem que se iniciar pela sua avaliação, depois pela sua melhoria e por fim assegurar a sua manutenção. O aspecto essencial de qualquer actividade de melhoria da qualidade é centrar-se em obter os melhores resultados, fazendo contudo uma análise sistemática dos procedimentos utilizados para obter esses resultados, assim como das estruturas que os suportam.

Como mensagem final gostaria de dizer que não há como mudar a Qualidade final dos serviços sem a cooperação dos profissionais e sem mudanças de comportamento<sup>20</sup>.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berwick D. Continuous improvement as an ideal of health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-56.
2. Marquet R. Garantia de calidad en atención primaria de salud. Monografias clinicas en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1993.
3. Otero A, Saturno P. Evaluación y control de calidad en atención primaria. Em: Manual de atención primaria. Barcelona: Doyma, 1989.
4. Foz G, Corbella A, Brugulat P, et al. El control de calidad como herramienta útil para los equipos de atención primaria. Propuestas metodológicas para la detección y priorización de problemas y la fijación de criterios. Libro de

ponencias 8º Congreso Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valladolid, 1988; 119-27.

5. Donabedian A. La calidad de la atención médica. México DF: La Prensa Mexicana, 1984.

6. European Working Party on Quality in Family Practice. Basic Assumptions on Quality and Quality Development in General Practice/Family Medicine: A Statement by EQuiP. Report on the 6th Workshop. Gottingen, Germany; 1994.

7. Sunol R, Delgado R. El audit medico: un método para la evaluación de la asistencia. Control de Calidad Asistencial 1986; 1:27-30.

8. Corbella A, Saturno P. La garantía de calidad en atención primaria. Em: Organización del equipo de atención primaria. Madrid: Insalud, 1990 .

9. Lawrence M, Schofield T. Medical Audit in Primary Health Care. Oxford General Practice Series 25. Oxford University Press, Oxford 1993.

10. Carneiro L, Nunes J, Charondiére P. Garantia da qualidade em Saúde Materna: garantir tanto a qualidade como a formação permanente. Rev Port Clin Geral 2000; 16:139-152.

11. Palácios V, Nunes J. Avaliação de qualidade no seguimento de hipertensos. Rev Port Clin Geral 2000; 16:43-52.

12. Saturno P, Imperatori E, Corbella A. Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de Cooperación Iberica: diseños de proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

13. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

14. Palmer RH. Garantizar la calidad de la atención primaria de la salud. Aten Prim 1989; 6:209-12.

15. Fraser R, Kakhani M, Baker R. Evidence-based audit in general practice. Butterworth Heinemann. Oxford, 1998.

16. Ridsdale L. Evidence-based general practice: a critical reader. W. B. Saunders

Company. London, 1998.

17. Chambers R. Clinical Effectiveness Made Easy. Radcliffe Medical Press, 1998.

18. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract 1997; 3:103-8.

19. Marquet R, Guarga A. Evaluar la asistencia: el audit medico. Atención Primaria 1988; 5:552-8.

20. Nogueira R. Perspectivas da qualidade em saúde. Qualitymark. Rio de Janeiro, 1994.