

14.01 Qualidade no atendimento: Conceito, dimensões e desenvolvimento operacional



Bases conceituais e fatores determinantes da qualidade no atendimento. Os modelos de qualidade nas organizações e nos serviços de saúde destinados a atender as necessidades essenciais por meio de processos de melhoria contínua. O ciclo da avaliação a partir da perspectiva assistencial e orientação ao paciente

**Autoras: M^a Paz Rodriguez Pérez
Marta Grande Arnesto**

*Serviço de Medicina Preventiva e Gestão da Qualidade,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. SERMAS. Madrid*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Rodríguez Pérez MP. Grande Arnesto M. Qualidade no atendimento: Conceito, dimensões e desenvolvimento operacional [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumo:

E Neste tópico, o conceito de qualidade no atendimento é abordado do ponto de vista dirigido, fundamentalmente, aos profissionais da saúde. Por isso, ressaltamos a importância do componente científico-técnico e, muito especialmente, o componente de qualidade relacional. Conseguir que o atendimento prestado por um determinado serviço assistencial seja melhor daquele que é prestado nos serviços restantes de seu mesmo gênero implica: objetivá-lo, quantificá-lo na medida do possível e compará-lo com

Índice

1. *Introdução*
2. *Conceito de qualidade no atendimento:*
 - 2.1. *Componentes, determinantes e atributos.*
3. *Abordagem histórica*
 - 3.1. *Desenvolvimento cronológico*
 - 3.2. *Evolução para diferentes modelos nas organizações de saúde*
4. *Avaliação e melhoria da qualidade no atendimento.*
 - 4.1. *Aspectos a serem avaliados*
 - 4.2. *Métodos de avaliação. Ciclo de avaliação*
 - 4.3. *Definição de critérios, indicadores e padrões*
 - 4.4. *Técnicas para identificar e priorizar problemas*
 - 4.5. *Elaboração de estudos*
 - 4.6. *Análise dos dados*
 - 4.7. *A ação de melhoria ou ação corretiva*
 - 4.8. *A reavaliação*
5. *Técnicas de avaliação de serviços assistenciais*
 - 5.1. *Audit médico*
 - 5.2. *Círculos de qualidade*
 - 5.3. *Avaliação do risco nos serviços médicos*
 - 5.4. *Comissões clínicas*
 - 5.5. *Os programas de melhoria no Serviço/ Unidade de Atendimento*
 - 5.6. *Instrumentos para administrar o uso de recursos e reduzir seletivamente o uso inapropriado*
 - 5.7. *Percursos clínicos ou caminhos críticos (clinical pathways)*
6. *A satisfação do usuário*
7. *A organização e os modelos de qualidade no hospital. A orientação ao paciente e à excelência*
 - 7.1. *A estrutura organizacional para implantar o plano de qualidade no hospital*
 - 7.2. *European Forum for Quality Management: Um modelo de excelência*
 - 7.3. *A Certificação ISO*
 - 7.4. *A participação do paciente: O relatório Clinton e a resposta do Governo norte-americano*
8. *Referências bibliográficas*

padrões aceitáveis de serviços similares. Mas, não é suficiente, embora seja necessário, para atingir níveis elevados em indicadores que se referem ao determinante de qualidade científica e técnica (mortalidade, infecções, reinternações, etc.), também é necessário alcançar bons indicadores de qualidade relacional, a satisfação dos pacientes e de profissionais para prestarem uma excelente qualidade no atendimento.

Analizamos especialmente a evolução histórica dos programas de melhoria da qualidade por considerar que, do ponto de vista didático, seu conhecimento permite chegar a uma melhor compreensão dos modelos de organização que facilitam as estratégias de melhoria.

Na seção de avaliação insiste-se em que a qualidade consiste em “fazer bem feito o que precisa ser feito”. Isso significa que é preciso iniciar a avaliação dos serviços prestados avaliando a adequação dos mesmos, depois a sua excelência e, por último, a satisfação de quem os recebe. Apresentam-se os métodos para identificar e detectar problemas e como chegar à análise causal dos mesmos, que será o que nos permitirá propor possíveis estratégias de melhoria.

PERGUNTAS INICIAIS

- *O que entendemos por qualidade no atendimento?*
- *Quais são seus atributos e determinantes?*
- *Desde quando existe a preocupação pela qualidade no atendimento de saúde?*
- *É possível especificar o nível de qualidade prestado por um serviço de saúde?*
- *Como você pode melhorar os níveis de qualidade de um serviço?*
- *É necessário contar com uma estrutura organizada para melhorar a qualidade?*
- *Quem é o maior responsável pela qualidade no atendimento no hospital?*
- *Existem modelos de direção e melhoria contínua da Qualidade?*

1. - INTRODUÇÃO

Oferecer uma boa qualidade no atendimento significa conseguir fazer bem feito o que precisa ser feito em cada caso, em cada processo atendido, fazê-lo com o menor custo possível e de forma que aqueles que recebem esse tipo de ajuda fiquem satisfeitos. Ou seja, um atendimento de qualidade consiste em conseguir a adequação da prática clínica, a excelência dessa e a satisfação de quem a recebe. Isso requer a participação dos profissionais de saúde, dos profissionais que o planejam (gestores), e daqueles que o recebem (população atendida).

Alcançar esses três atributos no atendimento de saúde significa conseguir a qualidade técnico-científica e a qualidade relacional, ambas necessárias para falar de qualidade no atendimento.

A qualidade técnico-científica tenta aproximar a eficiência da prática clínica à eficácia que a ciência tem demonstrado, e de utilizar a mais eficiente. Além de torná-la acessível, equitativa e segura. Está focada nos processos atendidos.

A qualidade relacional refere-se à capacidade do sistema para comunicar-se com aqueles que recebem os serviços. Está baseada no respeito, dentre outros, dos princípios de ética assistencial e dos valores e preferências das pessoas que recebem o atendimento.

Partindo desse conceito de qualidade no atendimento, o objetivo deste trabalho é analisar os fatores que influenciam cada um dos determinantes e componentes da qualidade; as técnicas de avaliação disponíveis para determinar o nível que cada um deles atinge, bem como as estratégias para melhorá-los.

Por fim, apresentamos uma revisão dos modelos de gestão que ajudam as organizações a alcançar essas melhorias.

2.- Conceito de qualidade no atendimento

A Real Academia Espanhola define qualidade como a “propriedade ou conjunto de propriedades inerentes a uma coisa que permitem apreciá-la como igual, melhor ou pior que as restantes de sua mesma espécie”. Entendida dessa maneira, a qualidade da assistência à saúde é o conjunto de propriedades inerentes a um serviço assistencial, que permitem apreciá-lo como igual, melhor ou pior que os outros serviços do mesmo gênero.

A partir dessa definição derivam-se três características importantes:

- conceito de qualidade como termo relativo. Em nosso caso, como uma característica em relação a qualquer um dos vários componentes da assistência à saúde.
- que o conceito de qualidade leva implícito o de comparação (igual, melhor ou pior) e, por último,

Qualquer referência à qualidade de um serviço implica a avaliação do mesmo, a comparação com um modelo ou padrão e a aceitação da concorrência como estratégia de melhoria.

- a necessidade de contar com um padrão, norma ou modelo com o qual fazer a comparação.

No setor industrial a qualidade é definida como a “aptidão para o uso”, a “adequação à norma” ou a “capacidade para que um produto consiga o objetivo desejado com o menor custo possível”. No setor da saúde, essa definição levanta as seguintes questões:

- Qual é o produto final de um serviço de saúde? cura, melhora, satisfação?
- Quem deve definir o objetivo desejado?: os pacientes, os profissionais de saúde, a direção?
- Qual é o menor custo possível?

A resposta à primeira dessas perguntas parece clara. O produto final de um serviço de saúde assistencial é a alta do paciente. No entanto, a diversidade dos pacientes, do ponto de vista de sua morbidade e dos valores e preferências de cada um deles, fazem com que seja difícil quantificá-lo. A heterogeneidade e a dificuldade para medir os produtos resultantes do atendimento de saúde nos leva a focar nossa atenção na “cadeia de produção”. Nela, podemos distinguir uma função de produção técnica, que dá lugar a produtos intermediários (exames radiológicos, análises, etc.), e uma função médica (“alta do paciente”), que visa melhorar o nível de saúde. Assim como medir os produtos intermediários não implica dificuldade por ser tangíveis, não ocorre o mesmo com os produtos finais. Esses tentaram ser medidos mediante diferentes métodos, como internações, UBAs, UPAs, até outros mais completos, ainda em fase de desenvolvimento e implementação, como os sistemas de case-mix. Mas, todos esses sistemas classificam os pacientes em função da morbidade pela qual foram atendidos, sem avaliar outros aspectos-chave na qualidade no atendimento, como o ponto de vista do próprio paciente.

O objetivo a atingir, isto é, o padrão apropriado para esse produto final, variará em função de quem o definir. Enquanto no setor industrial ou manufatureiro, são os clientes que o fazem; no setor de saúde é necessário chegar a um “consenso” entre gestores, profissionais e usuários. Sem esquecer que o autêntico cliente

Iniciar um programa de melhoria da qualidade em uma organização implica identificar o serviço ou produto final prestado, o objetivo de cada um desses serviços com a participação de quem vai recebê-lo, quem o proporciona e quem o financia, assim como as possíveis estratégias para obter os melhores resultados com o menor custo possível.

é o usuário e é quem finalmente deveria definir esse objetivo. Para fazê-lo, teria que conhecer parte dos aspectos científico técnicos envolvidos no atendimento, bem como a disponibilidade de recursos financeiros, por isso delega-se aos profissionais e gestores esses atributos, e eles, por sua vez, têm que ter em mente os valores éticos e pessoais de seus pacientes.

Alcançar esse consenso passa por uma mudança cultural e social importante dentro das organizações de saúde.

Por outro lado, obter os objetivos com o menor custo possível é inevitável. Qualquer serviço que busca a qualidade deve trabalhar sempre visando otimizar versus maximizar. Não se trata de dar o melhor a uns poucos e sim de dar o ótimo à maioria. Nenhuma definição por si só responde a todas essas questões, só uma análise detalhada dos componentes do atendimento de saúde, assim como os atributos que cada um deles deve conter, poderia levar-nos a uma visão esclarecedora sobre o conceito de qualidade no atendimento de saúde.

2.1. Componentes, determinantes e atributos da qualidade no atendimento

Os profissionais da saúde tendem a definir a qualidade do ponto de vista dos cuidados dados ao paciente. Essa visão reforça no primeiro componente, a excelência técnico-científica, na qual os cuidados são dados e, em menor grau, na interação, ou qualidade da relação entre os profissionais como fornecedores da assistência e o paciente como receptor. Na maioria das vezes é o paciente quem reforça esse último componente.

Os principais determinantes da qualidade técnica são basicamente: a adequação dos cuidados dados e a habilidade com que tais cuidados são prestados. Alguns autores o descrevem como "fazer bem feito o que precisa ser feito". Depende da habilidade, conhecimento, competência, interesse, tempo e recursos disponíveis. Em síntese, da tomada de decisões dos profissionais de saúde e de sua capacidade e interesse para implementá-las.

A qualidade da relação entre profissionais e pacientes depende também de vários elementos: comunicação, capacidade de ganhar confiança e habilidade para tratar ao paciente com

Os componentes que determinam a qualidade de um serviço médico são: aspectos técnico-científicos, interpessoal e os aspectos de organização e distribuição de recursos. A presença dos três componentes é necessária para alcançar um alto nível de qualidade.

empatia, honestidade, tato e sensibilidade, bem como atender as preferências e valores de cada paciente. Nessa linha deve ser interpretada a definição do Instituto de Medicina Americana (Tabela 1) quando se refere aos resultados desejados e às expectativas dos pacientes.

Tabela 1. Algumas definições sobre qualidade no atendimento de saúde

Donabedian (1980): *"Tipo de cuidados que são esperados para melhorar uma medida do estado de bem-estar do paciente, depois de ter feito o balanço sobre perdas e ganhos previstos para acontecer depois do processo de atendimento em todos os seus componentes".*

Instituto de Medicina (1990): *"Grau no qual os serviços de saúde para um indivíduo ou uma população são capazes de incrementar ou obter os resultados desejados e esses são consistentes com os conhecimentos atuais da ciência".*

Uma visão global: *Grau no qual os serviços de saúde para um indivíduo ou uma população são capazes de incrementar ou obter os resultados desejados e esses são consistentes com os conhecimentos atuais da ciência e os recursos que a sociedade decidiu destinar para isso.*

O terceiro componente do atendimento de saúde é o **econômico-organizacional**. Inclui o ponto de vista das instituições ou organizações que devem procurar, numa situação de recursos limitados, a acessibilidade dos usuários, a capacidade de resposta e a otimização de sua utilização.

Nenhuma abordagem será válida se não incluir os três componentes que acabamos de descrever.

Os atributos básicos da qualidade no atendimento são mostrados na Figura 1.



3.- Abordagem histórica

A preocupação por atender os pacientes com a maior qualidade possível é antiga e integral para a prática clínica.

Já no ano 2000 a.C., na Babilônia, o código Hammurabi regulamentava o atendimento médico e, no Egito, encontram-se alguns dos primeiros padrões relativos à prática médica. O tratado de Hipócrates de Cos, ano 500 a.C., contém as primeiras bases éticas e legais de cumprimento obrigatório para os médicos, que ainda hoje continuam vigentes. Estavam dirigidos basicamente, a normatizar o processo da prática clínica. Os primeiros trabalhos de avaliação do atendimento de saúde foram realizados por epidemiologistas, como o Tratado sobre Política Aritmética, escrito no século XVII por sir W. Petty, um dos pais da epidemiologia moderna; compara os hospitais da cidade de Londres com os de Paris e chega a afirmações tais como que "os hospitais de Londres são... melhores que os de Paris, pois nos melhores hospitais de Paris 2 de cada 15 pacientes vão a óbito, enquanto nos piores hospitais de Londres, 2 de cada 16 falecem...".

A preocupação com o atendimento de pacientes com a maior qualidade possível é antiga e integral à prática clínica.

No desenvolvimento e implantação dos programas de melhoria da qualidade incluem tanto epidemiologistas, médicos e cirurgiões, como Sociedades Científicas e diferentes regulamentos ou ações governamentais.

3.1. Desenvolvimento cronológico

O século XX começou com a avaliação sistemática da qualidade no atendimento e abre um período em que diferentes modelos e estratégias nos programas de avaliação, convivem e acontecem ao longo de tempo. A seguir encontram-se alguns fatos e datas-chave na avaliação da qualidade no atendimento:

- **1912.** A situação precária que apresentavam os hospitais nos EUA no início do século (falta de serviços centrais, má organização, etc.) levou a associação de cirurgiões, **American College of Surgeons (ACS)**, a retomar a iniciativa de Codman, cirurgião do Massachusetts General Hospital, que perdeu o emprego por tentar que no atendimento de todos os pacientes se exigisse o cumprimento de uma série de padrões mínimos. Esses eram formados por cinco regras que deram origem ao chamado "Programa de padronização dos hospitais". Incluíam os requisitos mínimos para a prestação um atendimento de qualidade: qualificação do pessoal, qualidade e utilização de documentação clínica, tratamento e revisão do atendimento pelos colegas (peer review). A complexidade que foi se formando tornou-o demasiado oneroso para ser suportado unicamente pelo ACS.
- **1951.** O ACS cria uma plataforma organizacional junto com o American College of Physicians, a American Hospital Association, a American Medical Association e a Canadá Medical Association, constituindo a conhecida e cada vez mais ativa **Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)**.
- **1966.** Um marco na história do controle de qualidade surge com o **Avedis Donabedian**, que formulou a estratégia sobre a avaliação da qualidade no atendimento com base na estrutura, processo e resultados.
- **1972.** Surge em EUA a **Professional Standards Review Organization (PSRO)** com o objetivo de analisar a qualidade no atendimento prestado pelos hospitais que utilizavam os programas Medicare e Medicaid.

- **1979.** Foi criada na Holanda a **CBO**, organização para a assessoria de hospitais em questões de qualidade e educação. Sem fins lucrativos, e embora de âmbito preferentemente nacional, também tem divulgação internacional como mostra a publicação do **European Newsletter on Quality Assurance**.
- **1980.** "Saúde para todos no ano 2000". OMS: "A partir de hoje até 1990, todos os Estados membros deverão ter criado algumas comissões eficazes para garantir a qualidade no atendimento aos pacientes no marco dos respectivos sistemas de prestação de serviços de saúde". "Esse objetivo poderá ser atendido se forem estabelecidos métodos de vigilância, contínua e sistemática, para determinar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes, tornando as atividades de avaliação e controle uma preocupação constante das atividades regulares dos profissionais de saúde e, finalmente, proporcionando a todo o pessoal de saúde uma formação que garanta e amplie seus conhecimentos".
- **1988.** P. Ellwood propõe o desenvolvimento de um programa para os EUA com base na orientação dos resultados do atendimento de saúde (outcomes management) que estabelece padrões e elaboração de guias de prática clínica.
- **1989.** D. Berwick preconiza o Continuous Quality Improvement (CQI) como um **modelo de melhoria contínua** para os serviços de saúde.
- **1990.** A JCAH impulsiona, com a **agenda para a mudança**, a incorporação dos modelos do CQI e a necessidade de orientar os programas voltados para a avaliação de resultados e a participação de todos os profissionais nos projetos de melhoria.

3.2. Evolução para diferentes modelos nas organizações de saúde

Nesta seção procuramos analisar as diferentes orientações desses programas no decorrer do século XX.

Até meados do século XX, grande parte das ações de avaliação

Os modelos de gestão da qualidade nas instituições de saúde evoluíram em três grandes etapas: a individual; a burocrática, próxima à época do controle estatístico da indústria; e os modelos de Melhoria Contínua, similares à época industrial da Gestão da Qualidade Total.

surgiam da iniciativa particular dos profissionais da medicina, epidemiologistas ou associações científicas. Essa etapa corresponde ao modelo profissional, caracterizado, basicamente por focar-se na avaliação das estruturas dos serviços e um pouco em resultados (Tabela 2). Também, no final do século XIX e inícios do XX começou o período do controle ativo da qualidade dos serviços de saúde, quando, após a Revolução Industrial, o setor manufatureiro inicia a passagem do controle passivo para o controle ativo da qualidade de seus produtos, do controle do consumidor ao controle realizado pelo produtor. Até então, os consumidores, quando adquiriam um produto que resultava ser deficiente em alguma de suas características, exigiam ser compensados por isso. Fazia-se assim um controle passivo da qualidade desses produtos. Gradativamente, a indústria assumiu a função de verificação da qualidade, tanto da matéria prima como do processo de produção e do produto final antes de lançá-lo ao mercado. Os produtores perceberam que, quanto mais irreversível e oneroso era o processo de produção, mais empenho precisava ser dado não em examinar a qualidade dos produtos, senão em elaborá-los com ela. Nos serviços de saúde, onde os erros são irreversíveis, essa iniciativa surge dos profissionais de saúde. Os modelos de avaliação (assessment) são os que predominam.

Por volta dos anos 60-70, os governos e financiadores começam a interessar-se pela avaliação do atendimento de saúde. Inicia-se o período **burocrático**, no qual as decisões dos profissionais começam a ser marcadas pelas regras da organização. Durante esses anos, começa a ocorrer uma mudança a partir da análise individual de padrões de atendimento para a análise estatística dos processos.

Tabela 2: Modelos de avaliação e melhoria da qualidade no atendimento

MODELO	Profissional	Burocrático	Industrial
TIPO DE DADOS	Estrutura resultados	Processo, estrutura	Processo, estrutura, resultados
TIPO DE MEDIDAS	Critérios implícitos	Critérios explícitos: eventos sentinela e técnicos	Critérios explícitos: indicadores ajustados à gravidade, qualidade de vida
CONCEITO Médico	Médico	Vendedor/ fornecedor	Associado
Paciente	Paciente	Beneficiário	Cliente

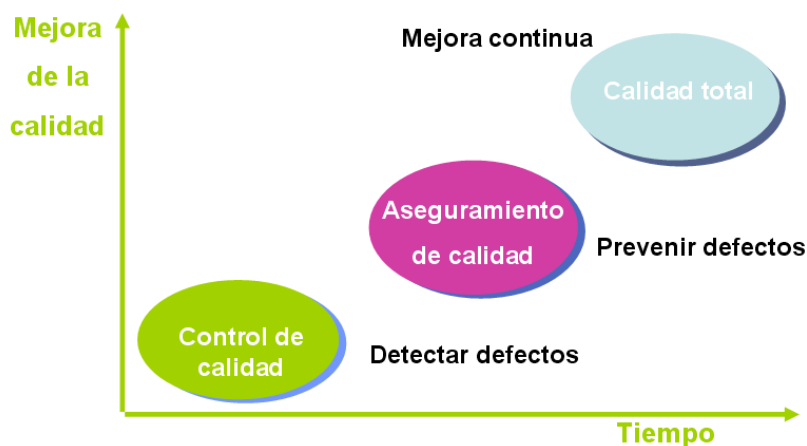


Figura 2. Evolução histórica da Qualidade

O modelo profissional foi o primeiro em existir e foi bem recebido pelos médicos. Os padrões profissionais foram revisados em pares e os mecanismos de controle da qualidade eram de responsabilidade de cada profissional (Figura 2). Por volta dos anos 70, o rápido desenvolvimento tecnológico da saúde, a variedade de técnicas complexas que foram surgindo, o trabalho em equipe e o surgimento de outros profissionais não médicos nos serviços de saúde (terapeutas, técnicos, etc.) fez com que a comunicação e a coordenação entre todos esses profissionais fossem motivos suficientes para o surgimento do modelo burocrático. As contradições desse modelo organizacional são as exigências feitas, por uma parte, pedindo a que as organizações realizem auditoria interna e, por outro, a obrigatoriedade de avaliação externa sobre o uso de recursos feita pelo desenvolvimento da Professional Standards Review Organization (PSRO) para os programas Medicare e Medicaid. Essas duas estratégias de auditoria externa e interna são causa do então, e ainda atual, ceticismo dos médicos sobre os programas de melhoria de qualidade. A etapa burocrática deriva dos modelos do Quality Assurance (Tabela 3).

A meados dos anos 80, nos EUA, começa a ser introduzido o modelo industrial nos serviços de saúde. O paciente passa de beneficiário a ser cliente. As atividades de garantia da qualidade são absorvidas por uma estratégia de melhoria contínua da qualidade, e a qualidade deve ser também uma preocupação dos líderes, diretores da organização, e estar sempre focada na busca das perspectivas dos clientes.

Fazer convergir os interesses do médico, da organização e do paciente pode ser “política e economicamente irresistível e eticamente gratificante”. Esta é a linha proposta pelo conhecido modelo do qual falaremos mais adiante, Melhoria Continua ou Continuous Quality Improvement (CQI).

Tabela 3. Modelos de Quality Assurance e Continuous Quality Improvement

<i>Características</i>	<i>QA</i>	<i>CQI</i>
<i>Ponto de vista Objetivo Mensuração Direção Ação</i>	<i>Reativo Obter a norma Esporádica Centralizada (Coor- denação) Recomenda</i>	<i>Proativo Atender necessidade cliente Contínua Descentralizada (ges- tão) Implanta</i>

4.- Avaliação e melhoria da qualidade no atendimento

4.1. Aspectos a serem avaliados

Uma vez analisados os componentes e a evolução da qualidade no atendimento, é possível deduzir que conhecer o nível de qualidade no atendimento prestado por um centro hospitalar envolve avaliar três grandes aspectos ou determinantes do mesmo: a adequação, a excelência e a satisfação da pessoa ou paciente que recebe esse atendimento. Desenvolver medidas que permitam conhecer com confiabilidade o nível que cada centro alcança para cada um desses determinantes é ainda um grande desafio no campo do atendimento hospitalar.

Com relação ao **grau de adequação** dos diferentes procedimentos aplicados aos pacientes, há um grande número de estudos que demonstram a variabilidade entre centros na aplicação dos mesmos. Por exemplo, a taxa de mulheres submetidas a cesáreas na Espanha varia entre 9,9 e 14,7 por cada 100 nascimentos entre as diferentes Comunidades Autônomas, com importantes diferenças de acordo com o financiamento dos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Embora nessas diferenças de uso podem estar pesando as diferenças na disponibilidade de recursos e o modelo de financiamento dos serviços de saúde,

Para conhecer o nível de qualidade no atendimento prestado por um centro de saúde é preciso avaliar três grandes aspectos: a adequação dos serviços prestados, a excelência na prestação dos serviços e a satisfação dos prestadores de serviços e de quem os recebe.

não parecem razões suficientes para explicar tais variações, que ainda permanecem entre os hospitais de um mesmo país ou região com igual sistema de financiamento e recursos similares.

Em segundo lugar, quando um procedimento tem demonstrado sua eficácia, o próximo passo consiste em torná-lo efetivo. Procurar a eficácia leva a obter a **excelência** de nosso trabalho. Entendido assim, promover a qualidade no atendimento é promover a efetividade e, sendo ambiciosos, é promover a eficiência, porque na demanda ilimitada de necessidades na qual se encontra o setor de saúde, especialmente o setor público, é obrigado a escolher a alternativa menos onerosa de todas as efetivas.

Por último, no que se diz respeito ao terceiro fator determinante, procurar a **satisfação** do paciente com o atendimento recebido, dando de forma compreensível todas as informações sobre seu processo para que este possa participar ativamente na tomada de decisões e para manter o comportamento ético, é uma das obrigações mais importantes de quem trabalha nesse setor.

Na década de 80, Avedis Donabedian formulou claramente que a estratégia para avaliar a qualidade de um serviço de saúde implica avaliar a estrutura (recursos), os processos e os resultados da mesma.

4.2. Métodos de avaliação. Ciclo de Avaliação.

Donabedian desenvolve a estratégia para avaliar a qualidade no atendimento, com base em:

- Análise da estrutura, recursos:
 - humanos
 - materiais
 - financeiros
- Análise do **processo** ou avaliação dos métodos empregados.
- Análise dos **resultados** como um estudo do produto obtido.

Embora pareça lógico pensar que, se a análise da estrutura e do processo é boa, assim também será o resultado, mas isso nem sempre é assim. O que deve ser tomado em consideração é que,

O ciclo da avaliação, embora simples, exige a utilização do método científico em cada uma das fases do mesmo.

se um deles, a estrutura ou o processo, falhar, o resultado da análise muito provavelmente vai abrigar resultados negativos.

Para melhorar a qualidade, é necessário um conhecimento prévio da realidade. O primeiro passo é decidir o que é que queremos mensurar (critérios), que ferramenta (indicador) vamos utilizar e que valores consideraremos como aceitáveis (padrões). Em segundo lugar, buscaremos aquelas fontes de dados que consideramos mais confiáveis. Uma vez coletados e analisados esses dados, teremos em nossas mãos uma informação que nos permitirá saber até que ponto estamos dentro do nível que tínhamos estabelecido como aceitável, e implementar ações de melhoria.

Normalmente, a avaliação está muitas vezes dirigida a monitorar os aspectos-chave para a qualidade no atendimento de uma organização ou serviço (infecção, mortalidade, aspectos relacionados com a farmácia, documentação, etc.) ou aquilo que foi identificado e priorizado como um problema para um serviço ou unidade.

Os passos são mostrados na Figura 3. Semelhante ao ciclo de avaliação e melhoria que acabamos de expor é o ciclo PDCA que inclui as quatro fases obrigatórias na melhoria da qualidade (Figura 4):

- A) Fase de Planejamento: Ter definido para onde vamos (Plano).
- B) Fase de Implantação: Fazer aquilo que planejamos (DO).
- C) Fase de Avaliação: Verificar se foi conseguido (Check).
- D) Agir de novo: Implantar medidas de melhoria ou ações corretivas (Act).

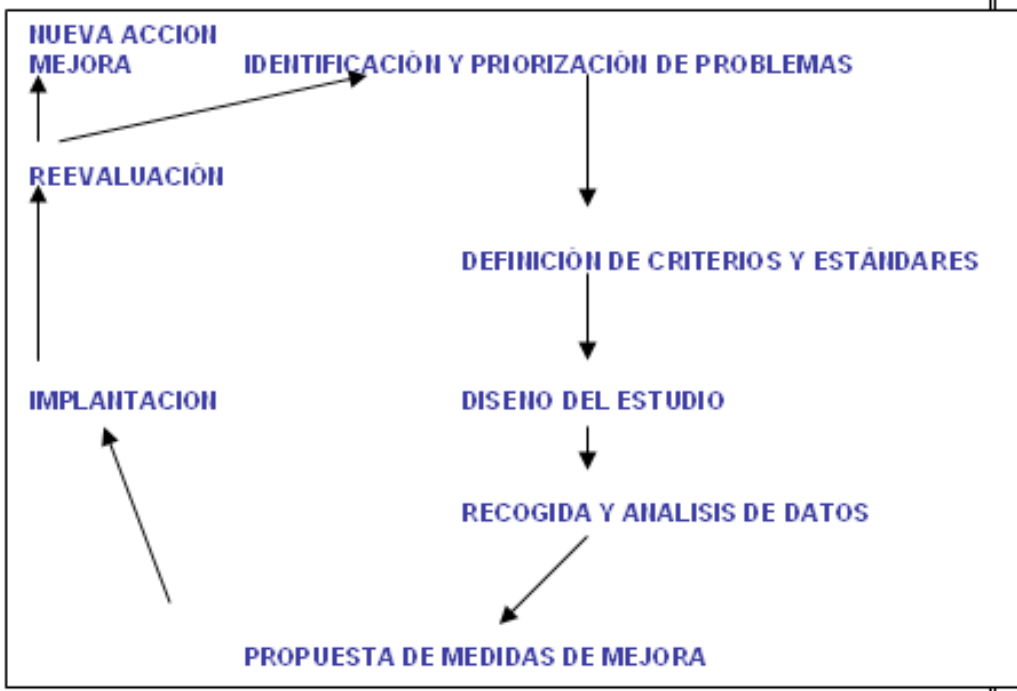


Figura 3. O ciclo da avaliação



Figura 4. PDCA

Definir um critério é definir o padrão daquilo que queremos medir.

4.3. Definição de critérios, indicadores e padrões

Critérios: ao falarmos de critérios, definimos o padrão daquilo que queremos mensurar. Estabelecemos um instrumento de mensuração e, como tal, este deve ser válido (capaz de medir aquilo para o que foi desenhado), confiável (se mensurarmos várias vezes a mesma coisa, os resultados não poderão variar mais do que entre os limites de confiabilidade que tenhamos determinado) e **sensível** (se aquilo que mensuramos varia, o critério deve ser capaz de detectar essa variação).

Os critérios podem ser classificados em três tipos:

- De acordo com o momento em que são formulados. **Explícitos**, prévio à mensuração, ou implícitos, se depois de termos coletado um fato nos questionamos o que teríamos feito numa situação semelhante e valorizamos essa ação. Os critérios explícitos geralmente têm maior confiabilidade e validade.
- Se atender o critério está focado em um aspecto parcial do atendimento, como uma doença específica, falamos de critérios **específicos**. Se analisa aspectos mais abrangentes do processo assistencial teríamos critérios gerais.
- Quando fixamos um critério segundo a prática e os resultados previamente obtidos, estabelecemos um critério **empírico**. Se fizermos isso, em termos teóricos, considerando aquilo que consideramos como o melhor atendimento possível, estaríamos estabelecendo um critério **ideal**.

Outras características ou condições mínimas que devem ser exigidas de um critério são:

- Simplicidade (detalhados e precisos);
- Aceitabilidade (com base em um acordo geral para que sejam valorizados e aceitos por todos como um bom atendimento);
- Adaptáveis aos recursos dos profissionais e pacientes;
- Atualização.

Indicadores: Os dados obtidos para ser indicativos de uma situação ou contribuir com informação a respeito, precisam ter alguma elaboração. Os valores absolutos ou brutos devem fazer referência a algo ou alguém em forma de percentagens, razões, taxas etc., para permitir a interpretação e comparação.

Ex.: Vamos supor que em um serviço de cirurgia, 3 pacientes sofreram uma infecção causada por um ferida, não contribui com informação. Dizer que 3 pacientes dos 30 que foram internados este mês sofreram uma infecção, contribui mais. Dizer que, dos 230 dias de permanência que tiveram os 30 pacientes internados durante esse mês, 3 deles sofreram uma infecção, oferece ainda mais informação.

Padrões: são os valores do indicador que tem um critério e que atuam como limite entre o aceitável e o inaceitável.

Assim como os critérios, podem ser **ideais** ou **empíricos**. Por sua vez, os padrões ideais podem dividir-se em “ótimos” e “absolutos”. Enquanto os padrões ideais absolutos só aceitam valores de 0 ou 1 ou frequências de 100% ou de 0%, os ideais e ótimos permitem valores ou frequências intermediárias, baseadas nos resultados dos melhores hospitais ou opiniões de especialistas.

Os padrões empíricos costumam ser médias dos resultados obtidos das estatísticas ou pesquisas de centros similares.

Os padrões devem ser acordados e aceitos pelos médicos.

Os indicadores são os métodos utilizados para medir um critério.

Os padrões são aqueles valores do indicador que definem a faixa entre o aceitável e o inaceitável.

4.4. Técnicas para identificar e priorizar problemas

Na Tabela 4, constam alguns dos métodos de identificação e priorização de problemas mais comumente usados.

Ferramentas	Identificação	Priorizando
<i>Fluxogramas</i> <i>Tempestade de ideias</i> <i>Técnica de grupo nominal</i> <i>Gráfico de Pareto</i> <i>Diagrama de causa-efeito</i> <i>AMFE (Análise de Modos de Falhas e Efeitos)</i> <i>Gráfico de desenvolvimento</i> <i>Histograma</i> <i>Gráfico de controle</i> <i>Análise de campos de força</i> <i>Diagrama de dispersão</i>		

Tabela 4. Métodos para identificar e priorizar problemas.

a) Identificando problemas

Um problema é uma situação considerada como deficiente, seja pelo usuário ou familiares (cliente externo), pelos trabalhadores (cliente interno) ou pela organização. Geralmente, não é necessário procurar os problemas, eles chegam mediante qualquer um dos grupos que acabamos de mencionar. Sim, é necessário notar que todas as deficiências manifestadas são problemas reais. Os métodos que mais frequentemente são usados para identificar problemas são:

- Mediante indicadores. Eles podem basear-se numa relação (porcentagem de pacientes que sofrem reações adversas a medicamentos, úlceras por pressão, etc.), razão (médicos por leito, enfermeiras por leito, etc.) ou numa taxa (incidência de infecção, quedas, etc.), ou ser indicadores baseados em um evento sentinela (medem um fato grave e muitas vezes evitável).
- Mediante pesquisas de opinião. Nos centros hospitalares, podem ser de grande utilidade os

resultados obtidos a partir das pesquisas pós hospitalização que habitualmente são realizadas.

- Mediante métodos de consenso. Sem entrar em detalhes, mencionar tanto as técnicas Delphi como as de brainstorming, brainwriting e, especialmente, as técnicas de grupo nominal.

b) Priorizando problemas

Na definição de prioridades de problemas devem ser considerados em conjunto aspectos tais como o número de pacientes que são afetados por um problema, a gravidade do problema, a existência ou não de possíveis soluções e o custo das mesmas.

4.5. Elaboração de estudos

Uma vez identificado e priorizado o problema a ser melhorado, o próximo passo é realizar um estudo para conhecer os pontos fracos ou possíveis causa do problema com o objetivo de implantar as medidas corretivas adequadas. A elaboração de um protocolo de estudo para avaliar a qualidade no atendimento não difere de qualquer outra elaboração de estudo. Os passos a seguir, de forma resumida, incluem:

a) Definir a população-alvo ou amostra do estudo.

b) Relação temporária do estudo: retrospectivo, transversal ou prospectivo.

c) Tipo de dados: dados de estrutura, de processo ou de resultados.

d) As fontes de dados: histórico clínico, a observação, as estatísticas de internação e arquivos (especialmente, o Conjunto Mínimo Básico de Dados) e as opiniões dos pacientes.

O método de observação direta tem sido muito utilizado pela American Hospital Association (AHA) e, especialmente, para avaliar processos de enfermagem. A observação pode

Como os estudos de pesquisa, os estudos de avaliação requerem o uso rigoroso do método epidemiológico.

ajudar a avaliar a empatia das relações médico-paciente ou outras atividades do processo assistencial. Consiste em elaborar uma folha de observação na qual conste um determinado número de critérios cujo padrão só possa ser 0 (resposta negativa) ou 1 (resposta positiva). Com esse método, você pode obter um índice global da qualidade (IC) ($IC = \text{Respostas positivas} / \text{Total de respostas possíveis}$) para a unidade de estudo que foi selecionada. A opinião do paciente servirá para avaliar os aspectos profissionais, em muitas ocasiões, não considerados importantes. Existem diferentes tipos de pesquisas que podem variar em função do momento em que são feitas: (intra-hospitalização, pós-hospital, etc.) ou conforme sejam verbais, escritas, por telefone, etc.

e) Coleta de dados: definir claramente o formulário de coleta e as instruções para isso.

4.6. Análise dos dados

A análise dos dados permite comprovar se os padrões previamente definidos foram alcançados e, caso não seja possível, analisar os possíveis fatores causais. De preferência, a análise será realizada por mais de um avaliador, profissionais do assunto, aqueles que emitem uma opinião sobre se os desvios observados são ou não justificados (revisão por pares, colegas ou peer review).

3.7. A ação de melhoria ou ação corretiva

O objetivo de qualquer programa de Melhoria da Qualidade deve ser a intervenção, a fim de evitar os problemas que foram encontrados. As causas desses problemas são muitas vezes do tipo organizacional ou de atitudes. Dependendo do tipo de problemas, a intervenção variará desde medidas que exigem a decisão de órgãos executivos, devido à necessidade de aumento ou redistribuição de recursos, até a formação e informação dos profissionais sobre os resultados do trabalho. Qualquer necessidade de mudança deve ser sempre bem documentada ou, caso contrário, será difícil obtê-la. Um relatório detalhado sobre as medidas ou alternativas de intervenção para solucionar o problema é feito, e o relatório sobre as medidas necessárias

para voltar a avaliar a eficácia de tais ações corretivas. Os relatórios devem ser apresentados para aqueles que tem a responsabilidade e a autoridade de implementar medidas corretivas. É necessário, portanto, que qualquer instituição ou organização tenha devidamente definido e assumido que, embora em última instância a responsabilidade maior recaia na Direção, deve ficar estabelecido quem são os responsáveis pela qualidade em todos os níveis.

4.8. A reavaliação

O ciclo não pode ser fechado até que a reavaliação das ações de melhoria seja realizada, para continuar com o planejamento da próxima fase de melhoria.

5.- Técnicas de avaliação de serviços assistenciais

5.1. Audit médico

- Na década de 50, eram frequentes nos Estados Unidos as auditorias externas nos hospitais. Para avaliar diretamente os profissionais e as organizações, criando certo desconforto. Como alternativas, surgem em 1960, pela Comissão on Professional and Hospital Activities (CPHA), o que hoje se conhece como audit médico, amplamente utilizado como método de controle de qualidade. O audit médico é definido como a avaliação retrospectiva da prática assistencial realizada por profissionais da área de saúde. Trata-se de uma autoavaliação das atividades médicas realizadas pelos responsáveis pelo atendimento. Dessa forma, é mais fácil conseguir implementar as mudanças que foram identificadas como necessárias. Parecem tender a avaliar aspectos concretos e pontuais da assistência.

5.2. Círculos de qualidade

Em paralelo com o desenvolvimento do audit médico nos hospitais dos Estados Unidos, é introduzido na indústria o conceito de uma nova gestão com responsabilidades compartilhadas e começam

A participação dos profissionais é fundamental desde o início dos estudos, visto que condicionará as resistências à mudança.

a serem desenvolvidos os chamados círculos de qualidade. Embora essa ideia dos círculos de qualidade tivesse nascido nos Estados Unidos, foi no Japão onde pela primeira vez foi colocada em prática e de onde se espalhou dentro do próprio Japão (com mais de um milhão de círculos) e mais tarde pelos Estados Unidos, França, Grã-Bretanha e na década de 80 para o nosso país. Esse processo foi adotado em alguns setores de saúde alguns anos depois. Os círculos de qualidade são formados por um grupo de voluntários que, utilizando uma metodologia comum, tratam de avaliar a assistência dada e implementar uma série de medidas para melhorar a qualidade da mesma.

Para que estes círculos de qualidade sejam efetivos é necessário:

- Que sejam apoiados pela Direção
- Que os participantes sejam voluntários e
- Que assumam que a qualidade é algo que é obtido entre todos.

5.3. Avaliação do risco nos serviços médicos

O alto índice de efeitos adversos apresentados pelos pacientes como consequência de intervenções médicas, bem como o aumento do número de reclamações que por essa causa ocorriam nos hospitais, junto com o aumento significativo dos custos levou, por volta de 1976, à Associação Médica e à Associação de Hospitais da Califórnia a implementar um sistema de melhoria da qualidade voltado principalmente a encontrar os eventos adversos que ocorriam nos pacientes (AP0) e que, em situações ideais, não deveriam ter ocorrido; segundo W. R. Fijer trata-se de medir a discalidade. Este processo implica os seguintes passos:

- Definir os critérios que descrevem eventos que não são consequência normal de uma doença nem de seu tratamento ou diagnóstico.
- Utilizar um padrão de 0% (não devem ocorrer, a não ser em casos marcados com o critério).

- Analisar o histórico do paciente para rever, posteriormente, a cada 3 dias e 2 semanas após a alta.
- Realizar um relatório síntese de cada paciente.
- Revisar e estimar os desvios dos padrões por serviços e por staff médico ou profissional ao que corresponda.
- Resposta imediata para os mesmos.
- Nova avaliação e estudo de tendências.

5.4. Comissões clínicas

Para avaliar a qualidade no atendimento em nossos hospitais, as comissões médicas são provavelmente o sistema de organização mais clássico. Diferentes regulamentos tem exigido a sua constituição.

Os órgãos são consultores em planejamento, controle e melhoria da qualidade.

Auxiliam na coordenação e no exercício de atividades de gestão. Para o seu bom funcionamento é importante definir seus objetivos e funções e contar com o apoio da direção.

Hoje em dia, eles são considerados verdadeiros grupos de melhoria na maioria de nossos centros.

<ul style="list-style-type: none">• Biblioteca• Catástrofes• Documentação clínica• Docência• Farmácia• Hemoterapia• Infecções• Pesquisa	<ul style="list-style-type: none">• Mortalidade• Salas de cirurgia• Sessões clínicas• Tecnologia e adequação de métodos diagnósticos e terapêuticos• Pronto-socorro• Tumores• Cuidados de enfermagem
--	--

5.5. Os programas de melhoria de Serviço / Unidade de Atendimento

O método proposto é descrito abaixo pela JCAHO.

Passos para a realização de um programa de qualidade

- **Passo 1.** Atribuir responsabilidades: grupo de pessoas.
- **Passo 2.** Descrever o campo de atuação: tipo de atendimentos ou serviços prestados.
- **Passo 3.** Identificar os aspectos mais importantes desses atendimentos ou serviços fornecidos. Aqueles que permitirão melhores resultados, aqueles que proporcionam um maior volume de trabalho, sobre os outros altos risco ou de áreas consideradas como problemáticas. Trata-se de responder às seguintes perguntas: Que atividades são tão frequentes que queremos ter certeza de que são de qualidade? Quais têm um impacto potencial tão importante para os pacientes que um erro poderia ser fatal? Quais são tão complicados que têm uma tendência natural para criar problemas?
- **Passo 4.** Identificar os indicadores. É preciso identificar indicadores adequados para os objetivos planejados e definir claramente o que se pretende medir com eles, qual é sua construção ou fórmula e que tipo de indicador é (estrutura, processo ou resultado, sentinela ou proporção).
- **Passo 5.** Estabelecer padrões para a avaliação. Cada indicador identificado ou selecionado deve estar acompanhado de uma medida específica que defina o melhor, permitindo determinar o momento em que deve ser realizada uma avaliação intensa. Os padrões podem ser obtidos a partir de um consenso entre os profissionais envolvidos, da bibliografia ou dos resultados de uma vigilância anterior. Em todo caso, devem ser individualizados.
- **Passo 6.** Coletar e organizar dados.
- **Passo 7.** Iniciar a avaliação.
- **Passo 8.** Realizar ações com base nas recomendações

das pessoas que realizaram a avaliação. Devem existir responsáveis com autoridade.

- **Passo 9.** Garantir a eficácia das ações e manter o objetivo ou, o que é o mesmo, determinar se as ações são efetivas por meio do “monitoramento” contínuo.
- **Passo 10.** Comunicar os resultados às pessoas e grupos relevantes. O departamento/ serviço comunica os resultados do programa de garantia de qualidade conforme a necessidade.

5.6. Instrumentos para administrar o uso de recursos e reduzir seletivamente o uso inapropriado

Entre os métodos mais comuns podemos citar:

- *Gatekeeping*: médicos de atendimento primário como porta de entrada para o segundo nível de atendimento.
- Programas de segunda opinião: emissão de uma segunda opinião para indicar um procedimento.
- Gerenciamento de casos (*case management*), direcionados a doenças crônicas e/ou de idosos; do ponto de vista médico-social está previsto um atendimento individualizado.
- Planejamento de alta hospitalar: identificação ativa e precoce de pacientes que podem causar demoras no momento da alta (*bed-blockers*).
- Revisão da utilização: aplicação de critérios explícitos ou julgamentos de especialistas para monitorar a importância das intervenções.

Essas técnicas podem ser **prospectivas** (programas de segunda opinião, realização de testes de pre-admissão, programação adequada); **retrospectivas** (adequação da Renda e permanência: Appropriateness Evaluation Protocol), serviços de diagnóstico ou revisão sobre o uso de medicamentos ou intercorrentes (revisão simultânea de internação, planejamento de alta e atribuição da duração de permanência máxima).

No processo de gestão clínica, os percursos clínicos representam a linha mais idônea para a avaliação e melhoria.

5.7. Percursos clínicos ou caminhos críticos (clinical pathways)

São planos assistenciais multidisciplinares que são aplicados a pacientes com uma determinada patologia e de curso clínico previsível. Coordenam todos os aspectos da qualidade no atendimento, tanto os aspectos mais valorizados pelos profissionais de saúde (qualidade e coordenação técnico-científica entre profissionais de saúde) como os dos pacientes (informação e ajuste das expectativas), bem como aspectos de eficiência e gestão de custos.

A forma mais comum de apresentação dos percursos clínicos é a de uma matriz temporária, com divisões para dias/horas, onde são distribuídas todas as ações e intervenções. A informação é distribuída em categorias que ocupam os topos das filas da matriz, enquanto o tempo é representado nas colunas.

Tornam compatíveis algoritmos, protocolos e todo tipo de recomendações no atendimento ao paciente.

Algumas de suas vantagens: redução da variabilidade indesejada no atendimento, evitando ineficiências, informação redundante e decisões atrasadas; definição de responsabilidades de cada profissional, melhorando o ambiente de trabalho; segurança jurídica. São de grande utilidade na formação de residentes e uma valiosa forma de informar aos pacientes e acompanhantes. Eles informam o que esperar de um dia para outro e estabelece um compromisso da instituição, com o seu atendimento e cuidado.

6. A satisfação do usuário

A qualidade no atendimento percebido pelo paciente é determinada pela diferença entre as expectativas e a percepção dos resultados reais. Por isso, a satisfação dependerá em grande parte da informação ou expectativas que tenham nossos pacientes sobre a prestação de um serviço. Será, portanto, uma responsabilidade dos serviços envolver os usuários ou pacientes tanto para saber mais sobre suas necessidades e expectativas, como para ver em que nível conseguem atendê-las. A Tabela 5 apresenta as possíveis relações entre a realidade de um centro

As expectativas do usuário determinam em grande parte a satisfação com os serviços recebidos

ou serviço e a percepção que os usuários podem ter desse serviço. Assim, podemos ver que, em muitos casos, a realidade de nossos centros pode ser excelente enquanto nossos pacientes ou usuários não a percebem como tal, e vice-versa. Surgem desse modo um grande número de falsos positivos e falsos negativos que só a informação clara e verdadeira e o fato de tentar igualar as expectativas à realidade poderá evitar

Percepção	Realidade		
	iMAGEN	+	-
	+	1	2
-	3	4	

1. Situação idônea ou de verdadeiros positivos.
 2. Algo na organização não funciona e os clientes não estão cientes, uma situação de falsos positivos.
 3. Para nós, a organização funciona bem, mas os clientes não percebem isso, situação de falsos negativos.
 4. A organização tem problemas e os clientes sabem disso, numa situação de verdadeiros negativos.

São poucos os meios de participação que nesse aspecto utilizam os serviços de saúde. Para saber o que os usuários querem, temos as reclamações e as pesquisas de satisfação. Apesar de que toda reclamação deveria ser interpretada como uma oportunidade de melhoria, é comum que ao recebê-las não sejam entendidas nesse sentido, mas apenas como uma afirmação de que existe um defeito de percepção do paciente sobre a qualidade do serviço, o que, sem dúvida, também é verdade. O número de reclamações recebidas pelos serviços de saúde, embora esteja aumentando durante os últimos anos, é normalmente baixo. Razões, facilmente deduzíveis, fazem com que o paciente não reclame quando deveria fazê-lo e que, às vezes, faça isso quando não há nenhum problema real e sim percebido.

As pesquisas de satisfação começaram a ser generalizadas durante os últimos anos na maioria dos serviços de saúde. No entanto, a dificuldade de realizar uma pesquisa faz com que muitas delas não sejam corretas do ponto de de vista metodológico e que os seus resultados não tenham valor.

"Saber o que os usuários esperam de nós é apenas uma parte do desafio. A outra, a maior, é corresponder às suas expectativas".

7.- A organização e os modelos de qualidade no hospital. a orientação ao paciente e à excelência

7.1. A estrutura organizacional para implantar o plano de qualidade no hospital

A experiência adquirida nos últimos anos, nesses centros que tiveram um profissional dedicado a promover ações de qualidade, deu bons resultados. Segundo as características de cada hospital, o Coordenador do Programa de Qualidade dedica toda sua atividade a essa função, ou a combina com outras atividades de saúde.

O Coordenador do Programa de Qualidade desempenha funções na área de planejamento e de melhoria da qualidade. Assim, deve assumir dentre outras as seguintes funções:

- Assessorar à equipe de direção na elaboração do programa de qualidade do centro e de sua estratégia de implantação;
- Promover a constituição das Comissões Médicas e da Comissão Central de Garantia de Qualidade;
- Colaborar com a Direção na definição de objetivos tanto para o hospital, como fazem as Comissões Médicas, como para o Serviço;
- Coordenar o funcionamento das Comissões Médicas, incentivando a participação de todos os seus membros e garantindo a eficácia de suas sessões;
- Projetar o Plano de Acompanhamento e avaliação de objetivos e colaborar no controle e cumprimento dos mesmos;
- Dar apoio logístico e metodológico aos profissionais envolvidos nas atividades de melhoria da qualidade;
- Organizar e conduzir atividades docentes na melhoria da qualidade; e
- Promover a realização de atividades que visem a melhoria

É necessário contar com uma estrutura organizada para melhorar a qualidade. A responsabilidade máxima da qualidade no atendimento hospitalar cabe à Direção.

da qualidade, garantindo a divulgação interna e externa das mesmas.

7.2. European Forum for Quality Management: Um modelo de excelência

O foco na contenção de custos para a redução do uso inadequado dos recursos da saúde evita eventos adversos, reduz custos e melhora a qualidade. Eisenberg, em 1985, calcula que os médicos nos Estados Unidos, menos de 0,5% da população, tomam decisões que resultam no consumo de mais de 10% (gastos com a saúde nos Estados Unidos) do PIB. Esse critério, dentre outros, demonstra a necessidade de avaliar a eficácia de tais decisões e sua eficiência. Na prática, a baixa qualidade no atendimento costuma coexistir com ineficiência, uma vez que os custos da “não qualidade” no atendimento, da necessidade de reinternações inesperadas, do surgimento de infecções relacionadas com o atendimento de saúde, de reações adversas a medicamentos, de reações pós-transfusões, etc. e a necessidade de novos gastos suporta um elevado custo de oportunidade. Seria fácil ignorar os custos e assumir que a qualidade no atendimento é dada apenas por aqueles cuidados que esperamos que consigam alcançar os melhores resultados de saúde.

A excelência, a inovação e a antecedência são as três chaves para o sucesso no futuro das organizações. A excelência para Barker é a chave para o sucesso por um tempo, depois será a porta de entrada, o pré-requisito para qualquer organização. Nem o controle estatístico do processo, nem a melhoria contínua, nem o benchmarking, etc., são suficientes para melhorar. Somente a busca e o aprendizado contínuo de toda a organização serão o caminho para continuar sobrevivendo.

Na Europa, 14 empresas líderes tomaram, em 1988, a iniciativa de criar a Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade Total (EFQM), criando em 1991 o Prêmio Europeu à Qualidade. Em 1994, essa Fundação estabeleceu um grupo de trabalho para o setor público com o objetivo de adaptar o modelo para o sistema de saúde, educação, prefeituras e outros setores públicos, publicando atualizações periódicas.

O modelo EFQM (European Forum for Quality Management)

esquematiza claramente os critérios necessários para o sucesso de uma organização, bem como os critérios para avaliar seus resultados. Após tudo o que foi exposto, fica clara a influência dos fatores de organização de uma empresa, a política de motivação e incentivo dos funcionários ou a forma de realizar os processos chave dessa organização para obter excelentes resultados.

Esse modelo, movido pelo princípio da participação, liderança e a autoavaliação, não é outra coisa que um modelo de gestão de uma organização que procura alcançar a melhoria contínua da qualidade de seus serviços.

O modelo EFQM de 2003 foi atualizado em 2010, simplificando seus termos e melhorando sua validade para todas as atividades e setores. Estão incluídas as novas tendências emergentes e os tópicos de interesse de 'Criatividade e Inovação', 'Sustentabilidade', 'Governança Corporativa', 'Agilidade Organizacional', 'Gestão de Riscos', 'Promoção de produtos e serviços' e 'Gestão dos Fornecedores'.

No novo modelo, foi revisada e simplificada a ponderação dos critérios, mantendo ao mesmo tempo o valor 'igualitário' entre a capacidade de uma organização por meio dos 5 critérios agentes e o desempenho oferecido a todos os grupos de interesse nos 4 critérios resultantes. Cada um mantém 50% do total.

A Figura 5 apresenta um resumo dos critérios agentes e dos resultados desse modelo, assim como a ponderação que alcança cada critério no modelo.



O EFQM promove a *Autoavaliação* como um processo chave da atividade de uma organização. Trata-se de uma análise abrangente e sistemática das atividades e resultados de uma organização que é comparada com um modelo de excelência empresarial (normalmente de uma organização líder no setor).

Permite identificar os pontos fortes a serem mantidos e aproveitados ao máximo, e outros que precisam de maior desenvolvimento, as áreas de melhoria.

Facilita a possibilidade de promover e comparar, mediante *Benchmarking* a excelência com outras áreas da organização ou com outras da mesma ou diferente natureza.

A autoavaliação não consegue por si só melhorar a organização, mas oferece uma imagem do estado da organização em um determinado momento, o que permitirá a implementação de ações de melhoria.

7.3. A Certificação ISO.

Estabelecer um sistema de qualidade de acordo com as normas ISO é uma responsabilidade da Direção que deve ser estabelecida para cada uma das funções definidas no sistema de qualidade.

A *International Organization for Standardization (ISO)* foi constituída em 1947, e hoje reúne mais de 130 países em uma organização adequada, com responsabilidades definidas e recursos adequados. É uma associação não governamental cuja missão consiste em promover o desenvolvimento da padronização em uma grande variedade de campos e atividades, facilitando a troca de conhecimento e cooperação internacional.

A família de normas ISO 9000 é a base para o desenvolvimento de um sistema de gestão de qualidade. As mais utilizadas ISO 9001, 9002 e 9003, fornecem as bases para chegar a sistematizar e desenvolver os padrões necessários para obter a certificação. O uso desses padrões é totalmente compatível com qualquer outra estratégia de gestão da qualidade. A norma ISO 9000:2000 é uma introdução às principais normas e um elemento essencial das novas séries principais das normas sobre sistemas de gestão da qualidade.

7.4. A participação do paciente: O relatório Clinton e a resposta do Governo norte-americano

Em 1999, o Presidente Clinton solicitou à AHRQ um relatório sobre os erros médicos. O relatório foi elaborado em um tempo recorde de três meses com a participação de diferentes organismos, e declara abertamente que os erros médicos são um dos principais motivos de óbito e lesão em EUA.

O Instituto de Medicina estima que entre 44.000 e 98.000 pessoas falecem nos hospitais do país, anualmente, como resultado de erros médicos. Isso significa que mais pessoas falecem devido a erros médicos que por acidentes de trânsito, câncer de mama ou AIDS.

Para evitar esses erros, o relatório levanta uma série de estratégias que abrangem, principalmente, o registro dos mesmos e a análise de fatores causais que visam estabelecer medidas preventivas, além de envolver diretamente os pacientes em seu autocuidado (relatório completo no site: www.ahcpr.gov).

A resposta do Comitê para a Qualidade do Governo norte-americano:

Nossos pacientes devem ter a certeza de que estão recebendo os cuidados adequados para as suas necessidades e que esses são consistentes com os conhecimentos e as possibilidades oferecidas pela ciência atualmente. No entanto, essa não é a realidade de muitos pacientes, tanto dentro como fora de nosso meio. O Comitê Assessor para a Qualidade dos Estados Unidos aceita que os problemas de qualidade no atendimento estão em todos os meios, e que a diferença que existe entre os cuidados que um grande número de pacientes recebe e os que deveriam receber não é um pequeno gap, senão um abismo que existe entre ambos.

A partir desse relatório, a Segurança do Paciente começou a estar presente na agenda das Organizações e Instituições, impulsionando a cultura de Segurança da OMS em todos os países, e começaram a ser desenvolvidas várias estratégias, dentre as quais está o envolvimento dos pacientes na sua própria segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GRAHAM, N. O., ed. (1995). *Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution*. Maryland, 1995.

Um bom texto que aborda a evolução dos modelos de direção e gestão nos serviços de saúde visando a melhoria da qualidade no atendimento. Bastante focado no sistema de saúde dos Estados Unidos, sua leitura permite extrapolar a experiência desse país para outros meios como o nosso. Colaboraram nele grandes especialistas em avaliação de saúde, como Wennberg ou A. Donabedian.

2. JURAN, J.M. (1990). *Juran y el liderazgo para la Calidad. Un Manual para Directivos*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

Destinado a diretores de qualquer setor, embora não faça referências específicas ao setor de saúde, a sua leitura é recomendada para todos aqueles que querem exercer funções de direção e planejamento em serviços de saúde. Um manual para os dirigentes que integra nos modelos de direção a perspectiva da gestão da qualidade de qualquer empresa.

3. VARO, J. (1993). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de Gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.

Um dos poucos textos em espanhol que oferece uma visão geral sobre a qualidade dos serviços de saúde, tanto da perspectiva do planejamento como da gestão e metodologia da avaliação. É um texto adaptado ao nosso meio.

4. WENZEL (1993). *Quality Assurance. Perspectives for Clinicians*. Williams & Wilkinsons, 1993.

Especificamente destinados a profissionais que desenvolvem seu trabalho no campo clínico. Wenzel, um prestigioso epidemiologista especialista em doenças infecciosas, consegue com esse texto aproximar a teoria à realidade do dia a dia dos serviços hospitalares. Apresenta um grande número de programas e indicadores para o acompanhamento dos diferentes serviços. Urgências, cirurgias, anestesia, etc.