

Hannu Vuori

Promoção de Pesquisa e Desenvolvimento
da Organização Mundial de Saúde

Como melhorar a qualidade dos serviços de saúde? Uma resposta criteriosa a esta pergunta implica escolhas estratégicas, em quatro níveis diferentes. Primeiro, é preciso escolher entre melhorar o sistema de saúde como um todo ou privilegiar determinados serviços. Em segundo lugar, é preciso definir que dimensão qualitativa se pretende imprimir aos serviços de saúde. Em seguida, chega a hora de escolher entre os diversos métodos de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. E, por fim, é preciso definir que ações corretivas devem ser levadas a termo. Todas estas escolhas trazem conseqüências sérias, do ponto de vista político, econômico ou social. Por isto, no momento de definir uma estratégia para a melhoria da qualidade da saúde, quem toma as decisões precisa, no mínimo, ter consciência das alternativas que se apresentam. O maior segredo de uma boa escolha é estar informado dos detalhes. E é exatamente nos detalhes que este artigo pretende se aprofundar.

* Texto apresentado originalmente com o título "Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde", no Seminário de avaliação dos serviços de saúde - Aspectos metodológicos, OPAS, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, novembro (21 a 25) de 1988. Tradução: Maria José Lindgren Alves

OS DETERMINANTES DA SAÚDE

Ter uma estratégia significa conceber um plano de como alcançar uma determinada meta, aproveitando os meios disponíveis. E o que fazer se o objetivo for a melhoria da saúde ou, pelo menos, o alívio da dor e do sofrimento e a restauração da capacidade funcional no limite possível? Como obter os meios? Para se alcançar esta meta, praticamente todas as sociedades, mesmo as mais primitivas, têm algum tipo de sistema de saúde. No entanto, cuidados e serviços de saúde não são os únicos fatores que influenciam a saúde. Nas sociedades primitivas era claro – e nas sociedades modernas a pesquisa cada vez mais vem redescobrimdo este fato – que a saúde é determinada por muitos outros fatores também.

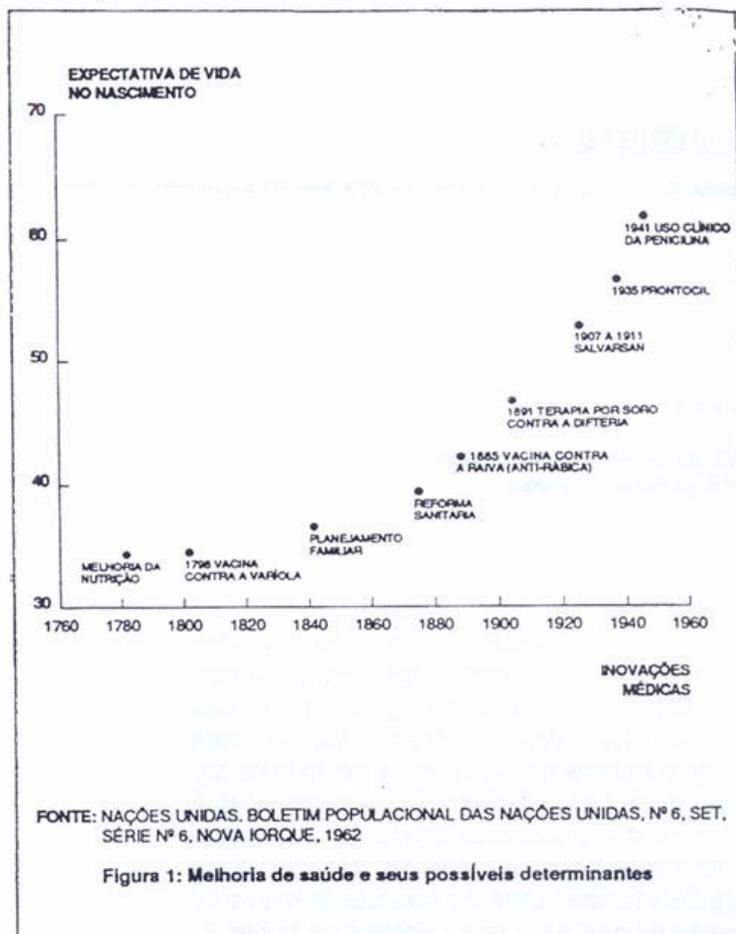
Parece haver, portanto, três opções principais para a melhoria da saúde da população e dos indivíduos: a manipulação de fatores externos aos cuidados de saúde, a criação de um sistema de cuidados de saúde e uma atenção especial a cada serviço dentro do sistema de saúde.

A escolha entre estas opções começa com a pergunta: os cuidados de saúde são, na verdade, a melhor maneira de melhorar a saúde da população? As respostas variam da alegação de que os cuidados em saúde são uma das maiores epidemias do nosso tempo (1), passando pela tentativa de posicionar a contribuição de cuidados de saúde em relação a outros fatores, até à idéia de que a saúde é um direito humano básico e que os países, portanto, têm obrigação de organizar os cuidados de saúde, como determina a Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 1988 (2).

O pesquisador T. McKeown (3) acredita que nos países industrializados, a saúde do povo tem sido muito mais influenciada por fatores como nutrição, planejamento familiar e higiene geral do que pelos serviços de saúde. Nos países em desenvolvimento, o nível econômico e o nível educacional, particularmente o das mulheres, são determinantes fundamentais de saúde. A figura 1 ilustra a importância relativa de vários fatores na saúde, nos países industrializados (4).

A curva mostra a melhoria da saúde dos suecos num período de 200 anos (1760-1960) medida através da expectativa média de vida ao nascer. Sob a curva, podemos ver os serviços de saúde e as inovações médicas e acima, outros fatores que podem ter contribuído para a melhoria observada. Para os representantes do sistema de cuidados de saúde, o quadro é bastante sombrio: bem mais de metade da melhoria ocorreu antes que a medicina moderna tivesse qualquer coisa a oferecer.

Se houver interesse em aplicar a mensagem da figura 1 aos países em desenvolvimento de hoje, a escolha parece bastante clara – investir



em fatores fora do sistema de saúde e colher benefício duplo: melhoria da situação social em geral e melhoria da saúde. Mas isto não é tão fácil assim.

Nos atuais países em desenvolvimento, os cuidados de saúde e a medicina não são os mesmos da Suécia quando experimentou seu maior progresso em saúde. Hoje a medicina tem algo a oferecer. Os estudos sugerem que medidas de saúde, tais como a erradicação da malária e o controle das doenças diarreicas, podem ter sido os mais importantes fatores das melhorias que se observaram nos países em desenvolvimento (5).

Algumas medidas de controle dos problemas de saúde, como, por exemplo, a vacinação, podem ser mais baratas e mais facilmente implementadas do que a melhoria da situação socioeconômica geral de um país. Neste último caso, os progressos podem estar quase fora do alcance de muitos países. De qualquer modo os benefícios de tais medidas para a saúde só irão ocorrer após considerável demora.

Existe uma enorme pressão sobre a esfera política para tornar disponíveis as medidas de saúde já conhecidas como efetivas, embora os benefícios a longo prazo, inclusive os de saúde, de outras medidas possam ser maiores. Embora os especialistas em saúde pública, sob inspiração do utilitarismo benthamista, possam defender o benefi-

A escolha começa com a pergunta: qual melhor maneira de melhorar a saúde da população?

do máximo para o maior número de pessoas, praticamente todos os outros setores seriam contra tal escolha. As pessoas gostariam de ter benefícios imediatos, como os prestadores de cuidados de saúde de orientação clínica, que não estariam dispostos a abrir mão dos benefícios para os seus pacientes no interesse da população como um todo.

E o que é mais importante, a saúde é aceita como um valor humano básico, sendo a prestação de cuidados de saúde de responsabilidade da sociedade. Conseqüentemente, a escolha foi feita; a de estabelecer um sistema de cuidados de saúde.

O SISTEMA ESTÁ AI

Portanto, o sistema de saúde está aí; é aceito e esperado pela população; e tem meios efetivos a seu dispor. A tarefa é, pois, providenciar para que este sistema realmente beneficie o povo. Isto pode acontecer pela melhoria do sistema como um todo ou de seus componentes, isto é, pelos serviços específicos produzidos dentro do sistema.

Duas observações parecem claras neste contexto. Primeiro, não existe o melhor sistema. Um sistema de saúde será sempre resultado de diversos fatores: valores sociais e políticos da comunidade (por exemplo, a ênfase no coletivo *versus* o individual ou no papel do Estado *versus* o do setor privado), recursos disponíveis e desenvolvimento anterior (por exemplo, muitos países em desenvolvimento herdaram seu sistema de saúde do seu passado colonial). Como tais fatores não podem geralmente ser equilibrados de maneira ideal, acordos terão de ser feitos; e fazer acordos é a essência da política. A conclusão inevitável – gostemos ou não – é que o sistema de cuidados de saúde é o resultado de um processo político.

Apesar da natureza política inerente ao desenvolvimento do sistema de saúde, é possível estudar e comparar os diferentes sistemas de saúde e tentar identificar como eles funcionam, quais são suas forças e fraquezas; e depois esperar que esses dados forneçam àqueles que são responsáveis pelo desenvolvimento da atenção à saúde argumentos racionais, de modo que se possa chegar à melhor solução possível.

Em segundo lugar, enquanto melhorias no sistema de saúde e nos serviços de saúde estão, em princípio, interligadas e se apoiam mutuamente, elas se dirigem a diferentes grupos de pessoas que podem ter expectativas conflitantes. Muito freqüentemente, os políticos de saúde e os administradores estão interessados em melhoria do sistema, enquanto os prestadores diretos de cuidados de saúde (por exemplo, os médicos) e os consumidores tendem a estar mais interessados em melhoria dos serviços.

Melhoria do sistema pode significar mais recursos, melhor gerência, sistemas de informação mais efetivos, maior qualificação do pessoal

de saúde e melhoria de comunicação. Melhoria de serviços significa a introdução de um mecanismo sistemático de avaliação de qualidade de serviços de atenção à saúde individual, fornecidos por um único profissional a um paciente solitário.

OS COMPONENTES DA QUALIDADE

O que é qualidade em cuidados de saúde e serviços de saúde? Um profissional que lida com garantia de qualidade tende a usar a definição de qualidade científico-técnica: a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente. Uma vez mais, o caso não é tão simples; qualidade tem muitas facetas e autores diferentes podem empregar significados distintos para este termo. Hoje em dia, o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados. Estas incluem:

- efetividade
- eficácia,
- eficiência,
- equidade,
- aceitabilidade,
- acessibilidade,
- adequação, e
- qualidade científico-técnica.

Como metas de política de saúde, elas, em princípio, obedecem a uma hierarquia e a uma seqüência lógica (6). Primeiro e acima de tudo, os serviços de saúde têm que ser capazes de produzir o efeito desejado, isto é, têm que ser eficazes. No entanto, devido a fatores organizacionais, situacionais e outros fatores limitantes, um serviço com eficácia, tomado em seu uso rotineiro, nem sempre atinge seu potencial máximo. Portanto, a efetividade de um serviço – a relação de seu impacto real com seu impacto potencial numa situação ideal (num laboratório, por exemplo) tem que ser determinada. Serviços efetivos podem ser, por sua vez, proibitivamente caros. Deste modo, o próximo passo consiste em determinar sua eficiência, isto é, a relação entre o impacto real e os custos de produção. A demonstração da eficácia, efetividade e eficiência é a tarefa da pesquisa.

- Uma vez que a pesquisa produza a base de informação necessária, uma decisão em relação a que serviços produzir e como distribuí-los pode ser tomada. Diretrizes comumente aceitas são:
- equidade (distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população);
 - acesso (remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis);
 - adequação (suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda);
 - aceitação (fornecimento de serviços que estão de

O sistema de cuidados de saúde, quer gostemos ou não, é o resultado de um processo político

acordo com as normas culturais, sociais e outras, e com as expectativas dos usuários em potencial).

Outra vez estamos diante de uma situação em que as escolhas terão que ser feitas. A adoção da noção de critérios de priorização ao nível da política de saúde faz com que a abordagem tradicional e mais específica, de qualidade científico-técnica, seja postergada em favor de objetivos mais abrangentes dirigidos para as questões de efetividade, eficiência, equidade e acessibilidade. Pode haver razões legítimas para deixar para depois a adesão completa à qualidade científico-técnica, caso as questões mais prementes não tiverem sido resolvidas satisfatoriamente. É melhor oferecer alguns serviços a todos que excelentes serviços a uns poucos apenas.

QUE NÍVEL DE QUALIDADE?

Assim, a atenção à qualidade científico-técnica dos serviços de saúde pode ser a última prioridade, mas uma vez que tenha sido decidido que ela é foco da atenção corrente, o nível de cuidado qualitativamente adequado terá que ser escolhido.

Qualidade científico-técnica é uma questão de otimização e não de maximização. Os profissionais de saúde, em particular, sugerem frequentemente que o objetivo dos cuidados de saúde é tornar "disponível para todos o melhor que a medicina pode oferecer". Os políticos de saúde sabem que isto é simplesmente impossível, do ponto de vista econômico. Os profissionais de saúde experientes e observadores notaram que nem sempre é benéfico para o paciente levar ao extremo a qualidade científico-técnica profissionalmente definida. A figura 2 ilustra a relação entre benefícios, custos e qualidade científico-técnica do atendimento.

Mesmo os cuidados de qualidade muito baixa são custosos e os benefícios podem ser negativos. Com melhorias de qualidade relativamente modestas, pode-se comprar benefícios adicionais significativos, a baixo custo. Quando há uma melhoria na qualidade da atenção através do uso de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos mais completos e extensos, os custos começam a aumentar agudamente e os benefícios adicionais se aproximam do zero ou podendo até se tornar negativos, por causa do risco de problemas iatrogênicos e de falhas na comunicação. O nível qualitativo dos cuidados deve ser mantido dentro da área onde os benefícios são maiores do que os custos. Dentro desta área, o nível qualitativo ótimo fica no ponto onde a relação custo-benefícios alcança seu máximo (x2).

A idéia de um conjunto de objetivos qualitativos também significa que os diferentes grupos de interesse – os políticos de saúde, os administradores, os prestadores de cuidados de saúde e os consumidores – podem ter diferentes pontos de vista sobre o que constitui alta qualidade ou, pelo menos, podem enfatizar aspectos da qualidade da atenção, diferentemente. Por exemplo, os políticos tendem a enfatizar a equidade e adequação enquanto a preocupação maior dos administradores é com a eficiência. Os prestadores e consumidores de cuidados de saúde compartilham o interesse na efetividade e na alta qualidade científico-técnica, mas o acesso e a aceitação são, provavelmente, metas mais importantes para os consumidores do que para os prestadores. Para se resumir os pontos acima mencionados, quando se fala de qualidade, é preciso especificar: os aspectos de qualidade, qualidade definida por quem e qualidade para quem.

Custos/Benefícios

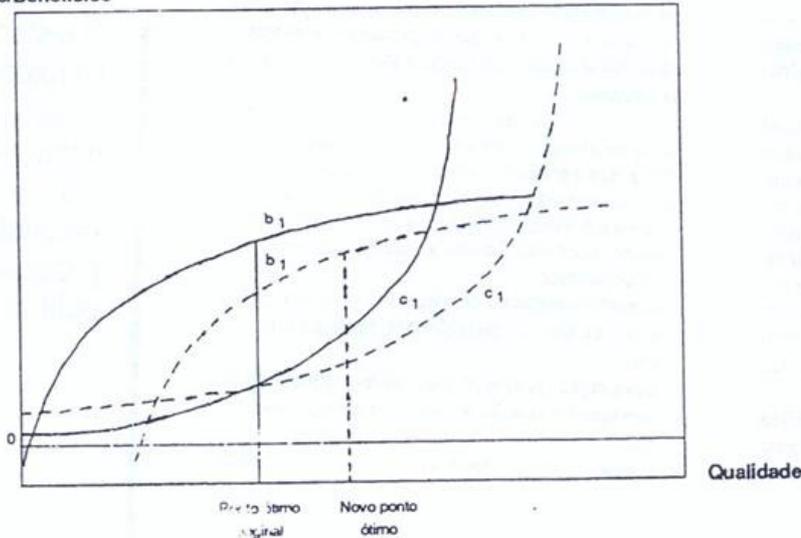


Figura 2

A qualidade científico-técnica é uma questão de otimização e não de maximização

A GARANTIA DA QUALIDADE

Em sentido restrito, garantia de qualidade se refere apenas às atividades relacionadas com a melhoria da qualidade científico-técnica de serviços de saúde prestados por um profissional de saúde a um paciente individual. Pode ser definida como a medida da qualidade real do atendimento com base em padrões preestabelecidos, seguida da implementação de ações corretivas adequadas, a fim de alcançar esses padrões. Garantia de qualidade consiste, pois, em dois componentes: um metodológico – medida ou avaliação da qualidade – e um corretivo. Ambos têm seus métodos e meios próprios.

Para classificar os métodos de avaliação, pode-se usar a analogia com o processo de produção. Quando o paciente entra no sistema de cuidados de saúde, aciona um processo de produção que consiste em: anamnese, diagnóstico, tratamento (incluindo reabilitação) e seguimento. Para tal processo, são necessários certos pré-requisitos como o sistema de saúde, os profissionais de saúde, instrumentais (*devices*) e drogas. Estes podem ser globalmente chamados de estrutura da atenção à saúde. O processo de atendimento deve levar a um resultado desejado expresso em termos de melhoria da saúde, da capacidade funcional restaurada ou alívio da dor e do sofrimento e da satisfação do paciente.

A. Donabedian (7) foi o primeiro a sugerir que os métodos de garantia de qualidade poderiam ser divididos em estruturais, de processo e de resultado. A dupla de pesquisadores Constanzo e Vertinsky (8) ilustraram esta abordagem como mostra a figura 3.

A ABORDAGEM ESTRUTURAL

O fundamento da abordagem estrutural consiste em que boas pré-condições têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em um resultado favorável do que pré-condições básicas precárias. Na abordagem estrutural o *input* do processo de cuidados de saúde, isto é, os recursos em termos de força de trabalho em saúde, instalações e equipamentos, é descrito e comparado com critérios e padrões estabelecidos.

Os métodos estruturais mais comuns são o credenciamento e a licença para exercício da prática do pessoal de saúde e a creditação de estabelecimentos de saúde. O credenciamento e a licença são em geral baseados no preenchimento de certos requisitos educacionais. Para renovar a licença podem ser requeridos a participação em processos de educação continuada ou a demonstração de *performance* qualitativa satisfatória medida pelo controle de qualidade. Quanto ao alvará, as instalações dos serviços de saúde são analisadas para verificar se estão de acordo com padrões previamente estabelecidos por vários critérios articulados,

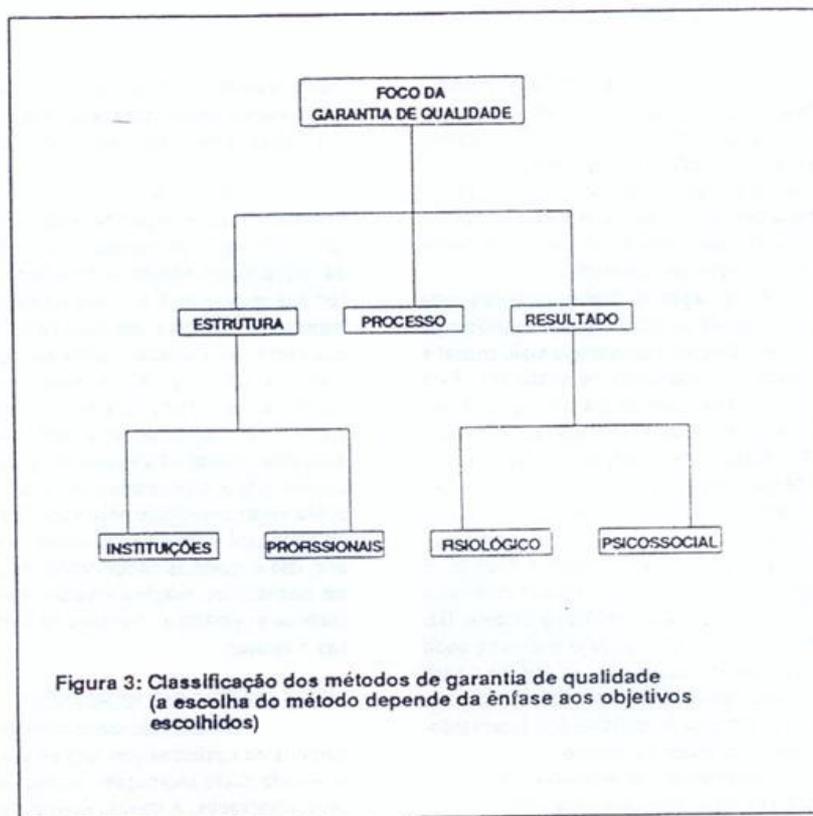


Figura 3: Classificação dos métodos de garantia de qualidade (a escolha do método depende da ênfase aos objetivos escolhidos)

como segurança (por exemplo, instalações elétricas), padrão de higiene (por exemplo, sistema de lixo e esterilização de equipamentos), nível de educação do pessoal (por exemplo, os que operam são cirurgiões especializados?) e padrão técnico do equipamento (por exemplo: o equipamento é moderno e bem conservado?).

A ABORDAGEM DE PROCESSO

O fundamento da abordagem de processo é simples: se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido. O método mais comum e mais rotineiramente utilizado de abordagem de processo é o de auditoria médica, que pode ser definido como uma avaliação retrospectiva da qualidade do cuidado, com base no registro médico. O uso da auditoria presume o desenvolvimento de um modelo de atendimento com o qual o atendimento real pode ser comparado. O modelo contém os itens que deveriam ou não ter sido executados. A abordagem tradicional de auditoria médica estabelece um comitê especial num serviço de saúde e seleciona, digamos que mensalmente, um tópico especial para auditoria. O tópico pode ser um diagnóstico ou uma operação. A seleção do

Quando o paciente entra no sistema de saúde, aciona um processo de produção

tópico era frequentemente bastante automática – “vamos analisar as cesarianas este mês e as apendicectomias no próximo”. Aos poucos foi sendo reconhecido que a garantia da qualidade, para ser efetiva na solução dos problemas e para ser aceita pelos prestadores dos cuidados de saúde, tinha que focalizar tópicos que todos os envolvidos reconhecessem ser um problema importante.

A abordagem de processo evoluiu cada vez mais no sentido de tornar-se um exercício de resolução de problemas cujo estágio mais crucial é a identificação de problemas de qualidade. Para identificar problemas, vários métodos podem ser usados, tais como: variação inesperada e/ou inexplicável na prestação de serviços, ocorrências de padrões de atendimento desviantes, eventos de qualidade obviamente má, além de diversas técnicas de pequenos grupos (por exemplo, grupos nominais). Uma vez identificado um problema potencial, o passo seguinte consiste em desenvolver critérios e padrões para o manejo adequado do problema. Daí por diante, todos os casos onde o problema pode ter ocorrido são checados com os critérios para verificar se os padrões aprovados foram observados. Finalmente, a comissão de auditoria fará recomendações em relação às ações de correção.

É também possível estabelecer comissões para áreas específicas que podem ser consideradas problemáticas. Uma comissão de patologia pode examinar todas as peças removidas cirurgicamente e verificar se alguma lesão patológica foi encontrada, que justifique a cirurgia e confirme o diagnóstico; uma comissão de transfusão de sangue pode verificar a adequação do uso do sangue, derivados e substitutos; uma comissão de antibióticos pode determinar se o uso de antibióticos está sendo apropriado etc.

A ABORDAGEM DE RESULTADO

O fundamento da abordagem de resultado é o mais evidente de todos. Como o objetivo dos cuidados de saúde é curar a doença, sustar sua progressão, restaurar a capacidade funcional ou aliviar a dor e o sofrimento, o sucesso e a qualidade da atenção à saúde podem ser medidos em termos da realização destes objetivos. Como foi anteriormente mencionado, a satisfação do paciente tem sido acrescentada à lista de resultados desejados.

O interessante é que a abordagem de resultados é talvez a mais antiga tentativa de avaliar a qualidade do atendimento. Um dos pioneiros foi o médico francês P.C.A. Louis que, na primeira metade do século XIX, estudou sistematicamente os resultados de vários tratamentos. Florence Nightingale propagou um sistema uniforme para coleta e apresentação de estatísticas hospitalares. A pesquisadora acreditava que elas poderiam ser usadas na determinação dos resultados de vários tratamentos. O cirurgião americano Codman foi o primeiro a implementar estas idéias sistematicamente. Regis-

trou o resultado imediato de todos os pacientes por ele operados, assim como reexaminou-os um ano e meio mais tarde, a fim de apurar o resultado final (9).

Hoje, os principais caminhos para desenvolver a abordagem de resultado passam pelo desenvolvimento de indicadores ou índices do nível de saúde e pela medida da satisfação do paciente. Um dos problemas é que, apesar de uma tradição honrosa na medicina, começando com Hipócrates que tentou estabelecer o prognóstico de um problema de saúde, a ciência médica não está realmente bem equipada para definir um prognóstico confiável. Conseqüentemente está faltando um dos elementos básicos da abordagem de qualidade – um padrão, isto é, o resultado esperado – com que se possa medir o resultado observado. É com freqüência mais fácil especificar resultados a serem evitados, isto é, como as complicações de procedimentos diagnósticos, reações adversas a drogas, morte materna e operatória, infecções de feridas operatórias e escaras.

PRÓS E CONTRAS DAS ABORDAGENS

A discussão sobre o melhor método de garantia de qualidade tem sido às vezes bastante acalorada. Cada abordagem tem seus defensores e seus adversários. A fraqueza maior da abordagem estrutural, por exemplo, está relacionada com os seus pressupostos de validade. Presume-se que uma boa estrutura leve a um bom processo e este, por sua vez, a um bom resultado. Quanto maior a cadeia de pressupostos de validade, maior a possibilidade de ligações fracas, insustentáveis logicamente e não comprovadas. Na atenção à saúde, a estrutura está claramente afastada do resultado. Mesmo as melhores pré-condições podem ser mal usadas enquanto que a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em precárias condições de trabalho.

Estudos têm demonstrado alguma correlação entre os fatores estruturais, tais como: tipo de prática, equipamento disponível e o tempo de treinamento, e o resultado dos cuidados de saúde. O consenso esmagador, entretanto, é que a validade da abordagem estrutural é fraca. A confiança em medidas estruturais pode até afetar negativamente a qualidade, como, por exemplo, nas situações em que as normas inibem a inovação. No entanto, admite-se que o sistema de alvará ainda tenha um papel a desempenhar na proteção contra charlatões. Alguns dados estruturais podem ser usados para detectar fraudes óbvias e, apesar do fato de uma boa estrutura não garantir resultado favorável, ela pode prevenir contra a deterioração de qualidade que poderia ocorrer caso não houvesse padrões mínimos ou outras proteções estruturais.

Tem sido feita uma crítica acirrada à abordagem de processo. O argumento mais crucial é que não há justificativa para seus fundamentos.

Uma boa estrutura leva a um bom processo e este, por sua vez, a um bom resultado

Os achados dos estudos que correlacionam processo e resultado são de algum modo equivocados. Outra fonte de crítica está relacionada com a base de dados usada na maioria dos estudos de processo: os prontuários médicos. Eles não dão necessariamente um quadro verdadeiro do que realmente aconteceu com o paciente. Procedimentos realizados podem não estar registrados devido à pressa, negligência ou porque os resultados não modificavam o curso do tratamento. Os prontuários geralmente dão apenas informações sobre os aspectos cognitivos dos cuidados, isto é, aqueles relacionados ao nível de conhecimento dos prestadores. Eles não dizem nada, por exemplo, sobre as atitudes dos prestadores ou suas habilidades psicomotoras para realizar cirurgias. Em consequência, existe uma tendência forte para desenvolver critérios e padrões somente para os aspectos do atendimento que são sabidamente registrados.

A abordagem de processo pode ser também estática e dificultar inovações. Baseia-se no saber médico correntemente aceito. Se não houver incentivo para questionar este saber, práticas perniciosas podem ser perpetuadas ou a introdução de práticas novas e melhores pode ser retardada. No entanto, a abordagem de processo veio provavelmente para ficar. A razão principal é que resultados são difíceis de medir. Mais ainda, o desenvolvimento de critérios de boa assistência para os estudos de processo tornará os prestadores capazes de entender melhor suas próprias formas de trabalhar e desenvolver abordagens melhores e mais racionais. Finalmente, se se quer melhorar a assistência, isto tem que acontecer a nível do processo ou da estrutura. Resultados são sempre consequência de alguma coisa. Se os resultados são precários, há que se voltar ao processo e descobrir coisas a serem corrigidas. É provável, portanto, que, mesmo quando métodos práticos de resultados são desenvolvidos, se tenha que recorrer à abordagem de processo para identificar as ações corretivas necessárias.

Em princípio, a abordagem de resultado é a medida mais válida da qualidade da atenção. É muito importante para os objetivos da atenção à saúde; ela fornece os meios mais práticos de avaliar a qualidade de atendimento dado por um sistema e recebido por uma população definida; pode ser o melhor meio de comparar os prestadores, e resultados são o ponto de partida para todos os estudos relacionados à eficiência da assistência.

Na prática, resultados são difíceis de medir. A ocorrência do impacto final da atenção pode levar um tempo muito longo – mesmo anos. Conseqüentemente, o resultado poderá ser impossível de ser medido (por exemplo, o paciente pode ter-se mudado ou mesmo morrido de causa não relacionada com o episódio original do atendimento) ou os resultados têm expressão tão tarde que não têm impacto na prestação dos cuidados (por exem-

plo, o sistema pode ter mudado nesse meio tempo). Nem sempre há concordância quanto ao que constitui o resultado esperado mais relevante. Finalmente, um resultado descabido não dá necessariamente indicação sobre como pode ser melhorado. Neste sentido, a abordagem de resultado serve como mecanismo de triagem; ela indica áreas de problemas potenciais que podem ser mais bem estudadas pelas abordagens de processo e de estrutura.

Há várias outras escolhas metodológicas a fazer ao esquematizar e implementar uma proposta de garantia de qualidade. Elas incluem o *locus* da garantia da qualidade (por exemplo, atenção primária *versus* hospitais); o tipo de cuidado a ser coberto (por exemplo, todos os serviços prestados em relação a um diagnóstico ou operação; todos os serviços recebidos pelo paciente; todos os serviços produzidos por um prestador de cuidados de saúde; serviços produzidos dentro de uma enfermaria ou instituição; etc.); a fonte de informação (por exemplo, o prontuário médico ou do paciente); o tipo de critérios e o tipo de padrões (normativo *versus* empírico).

A CORREÇÃO DE DEFICIÊNCIAS

Por definição, a garantia de qualidade contém uma tentativa sistemática de corrigir deficiências observadas na qualidade do atendimento. As estratégias mais comuns são:

- medidas educacionais, tais como cursos de reciclagem;
- medidas organizacionais, tais como redistribuição de tarefas, reorganização do ambiente físico e fornecimento de certos recursos ou instalações;
- incentivos disciplinares, tais como promoção ou rebaixamento e incentivos pecuniários ou o contrário.

Acredita-se, muito freqüentemente, que a fonte de deficiências na qualidade da atenção é a falta de conhecimento por parte dos profissionais. Conseqüentemente, a educação, particularmente a educação continuada, é comumente oferecida como remédio padrão. A educação pode estar relacionada à qualidade dos serviços de saúde de quatro modos (10).

- Educação como garantia de qualidade: a educação básica visa a assegurar que um dos mais importantes componentes do sistema de saúde – pessoal de saúde – tenha potencial para produzir serviços de alta qualidade.
- Educação como remédio para qualidade deficiente: educação continuada é um dos meios mais comuns de retificar a situação, uma vez que se tenham detectado deficiências qualitativas na prestação de serviços.
- Educação do consumidor: o público tem que ser educado para distinguir entre alta e baixa qualidade e usar os serviços disponíveis adequadamente.
- Educação dos prestadores: os prestadores têm

Os prontuários médicos nem sempre dão um quadro verdadeiro do que aconteceu com o paciente

que ser educados para aceitar a garantia de qualidade, para usar os resultados da avaliação de qualidade e para fazerem, eles próprios, tal avaliação.

Muitos estudos têm demonstrado, contudo, que a fonte do problema nem sempre é falta de conhecimento. Pelo contrário, os prestadores muitas vezes sabem o que é considerado como prática adequada. O problema real pode estar nas suas atitudes. Enquanto a educação pode influenciar atitudes, a educação continuada comum que visa a transmitir "o conhecimento correto" é geralmente ineficiente. O mínimo necessário para o uso da educação como estratégia de correção é atrelar seu conteúdo aos achados das ações de garantia de qualidade.

Tão freqüentemente quanto o papel da educação é enfatizado como instrumento de melhoria de qualidade, o papel da organização é desprezado. É bem possível que a divisão corrente do trabalho impeça as pessoas mais bem qualificadas de fazerem seu trabalho, ou que elas não tenham os recursos. Mudanças organizacionais muito simples ou mesmo mudanças no ambiente físico (por exem-

plo, colocar o aparelho de pressão de maneira a ser facilmente usado pelo médico durante o atendimento) podem, às vezes, fazer maravilhas.

Tanto os incentivos negativos quanto os positivos têm sido usados para corrigir deficiências na qualidade da atenção. Uma experiência comum tem sido a de que incentivos positivos, sejam eles fatores de satisfação profissional e intelectual ou de recompensa financeira, funcionam melhor que sanções punitivas.

A garantia de qualidade não é monolítica, não podendo ser uniformemente implementada por toda a Europa, por exemplo. Tem que estar ligada às necessidades e à estrutura do sistema de saúde de cada país. Certas linhas gerais podem, contudo, ser dadas tanto para projetos pequenos, limitados a uma instituição, quanto para propostas nacionais. Somente quando projetos pequenos e, se necessários, experimentais mostrarem a necessidade, aceitação e factibilidade da garantia de qualidade, deve ser considerada a possibilidade de um programa nacional. O quadro seguinte destaca o conselho dado por um grupo de trabalho da OMS para introduzir a garantia de qualidade (11). ■

O PEQUENO É MELHOR

Antes de partir para um sistema nacional, uma boa idéia geralmente é começar com projetos experimentais de pequeno porte. Para tanto, os seguintes princípios podem ser úteis:

- Demonstrar uma necessidade: a melhor maneira de fazer isto pode ser mostrar que existem variações nos cuidados e seus resultados.
 - Use motivos profissionais: fale de motivos com os quais os profissionais de cuidados de saúde possam se identificar. A contenção de custos pode não ser um destes motivos, mas a responsabilidade social de profissionais altamente capacitados é certamente um.
 - Comece com experimentos: antes de introduzir um sistema, mesmo num único serviço, experimente várias abordagens.
 - Comece pequeno: não seja superambicioso. Limite o escopo e objetivos a algo de que se possa dar conta.
 - Seja simples: evite abordagens complicadas que tornem difícil a análise e a interpretação dos resultados.
- Envolver todos os interessados: a participação da comunidade é um princípio a ser seguido também na garantia da qualidade.
 - Permita que os profissionais de saúde decidam quais são os objetivos qualitativos mais importantes e deixe-os identificar quais são os problemas de qualidade mais importantes a serem trabalhados.
 - Use incentivos positivos: sanções punitivas tendem a colocar os profissionais contra a garantia de qualidade. Se o esquema deve resultar em economia de recursos deixe os profissionais decidirem como as economias devem ser usadas.
 - Forneça *feedback*: comunique, em todos os estágios, a todos os grupos interessados, as decisões e achados até aquele ponto. Peça-lhes que interpretem o significado dos resultados e que façam sugestões quanto às ações corretivas.

Mudanças organizacionais muito simples ou mesmo mudanças no ambiente físico podem às vezes fazer maravilhas.

REFERÊNCIAS

- (1) Illich, I. Limits to medicine. Medical nemesis: The exploration of health. London, Marion Boyars, 1976.
- (2) World Health Organization, Geneva. *Basic Documents*. Thirty-seventh edition, 1988.
- (3) McKeown, T. *The role of medicine. Dream, mirage, or nemesis?* London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- (4) Vuori, H. "Nutrition and health - A historical perspective". In: *Nutrition Research*. Sahi, T., Huunan-Seppala, A. & Seppanen, R. (eds.). Yrjo Jahns-son Foundation, Helsinki, 1983.
- (5) World Health Organization, Geneva. *Health research strategy for health for all by the year 2000*. Report of a Subcommittee of the Advisory Committee on Health Research, 1986.
- (6) World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. *Efficiency of medical care*. Report on a symposium (Brussels, 1972-1974). E também Vuori, H. *Quality assurance of health services: Concepts and methodology*. Public Health in Europe. N° 16. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1982.
- (7) Donabedian, A. *A guide to medical administration*. New York, American Public Health Association, 1966b.
- (8) Constanzo, G. & Vertinsky, I. Measuring the quality of health care: a decision oriented typology. *Medical Care*, 13: 417-431: 1975.
- (9) Codman, W.A. *A study in hospital efficiency. The first five years*. Boston, Thomas Todd, 1916.
- (10) Vuori, H. Education and the quality of health services. *Health Policy and Education*, 1: 67-69, 1979.
- (11) World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. *The principles of quality assurance*. EURO Reports and Studies Series. n° 94, 1985.

all
35
10
sid
ex
ill