

Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas

Cristiane O. Mocelin de Carvalho
Camila Sardenberg
Ana Cristina de C. Matos
Miguel Cendoroglo Neto
Bento F. C. dos Santos

RESUMO

A busca da qualidade na prestação de serviços à saúde é uma necessidade técnica e social, e atividades de acreditação e certificação de organizações, inclusive na nefrologia, são cada dia mais freqüentes. Desse modo, os nefrologistas e a direção dos serviços de nefrologia precisam se familiarizar com as metodologias de melhoria da qualidade e incorporá-las nas atividades diárias para a obtenção dos melhores resultados possíveis em suas intervenções. O objetivo desse artigo é apresentar conceitos da "Qualidade". (**J Bras Nefrol 2004;26(4):216-222**)

Descritores: Diálise renal. Gestão da qualidade. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT

Quality In Health Care: Concepts, Challenges and Expectations.

The search for quality in health care organizations is a technical and social need and the activities of accreditation and certification, even in Nephrology, are every day more common. Therefore, nephrologists must become familiar with the use of the quality improvement methodologies in daily activities to obtain the best results from their work. This study presents some "Quality" definitions and concepts. (J Bras Nefrol 2004;26(4):216-222)

Keywords: Kidney dialysis. Quality management. Quality indicators.

Disciplina de Nefrologia da
Universidade Federal de São Paulo
– Escola Paulista de Medicina; e
Centro de Diálise Einstein –
Hospital Israelita Brasileiro
Albert Einstein, São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

A oferta de assistência ao paciente portador de insuficiência renal crônica com o objetivo principal de promover a melhora geral do seu estado de saúde e restabelecimento social, é um desafio para os profissionais que cuidam desta população, para os governos e convênios médicos. O Ministério da Saúde delega aos serviços de diálise a responsabilidade pela assistência médica que assegure a cada paciente assistido, a monitorização permanente de sua evolução clínica e uma exposição mínima aos riscos decorrentes do tratamento¹. Dessa forma, cabe aos nefrologistas corrigir as alterações que acompanham a perda da função renal, prestar atendimento efetivo e seguro para esta população de número e complexidade crescentes, oferecendo o tratamento mais apropriado à sua condição de saúde.

Recebido em 21/01/04
Aprovado em 15/09/04

Neste contexto, a busca por qualidade pelos serviços de atenção à saúde é uma necessidade técnica e social², e a adoção de um sistema de gestão da qualidade é uma decisão estratégica das organizações³. Além disso, a experiência de projetos anteriores sugere que leve diretamente à redução de custos. Os nefrologistas e a direção dos serviços de diálise precisam se familiarizar com a metodologia de melhoria da qualidade para a obtenção dos melhores resultados possíveis em suas intervenções⁴. Estas atividades precisam fazer parte do dia-a-dia das organizações prestadoras de serviços à saúde. Ainda, se o atrativo para o convênio com os serviços de saúde desviar-se de uma pura base de preços para uma combinação de preços, qualidade de serviço e de atendimento, a questão da qualidade tornar-se-á fundamental para a sobrevivência de muitas organizações².

Uma organização de saúde pode ser avaliada de várias formas, seja para satisfazer exigências legais, condições de classificação segundo a qualidade ou outro critério:

- **Habilitação, licença sanitária ou alvará:** é um processo executado por autoridade sanitária, o qual tem por objetivo identificar se a organização de saúde responde às exigências previstas em instrumentos legais. O licenciamento ou alvará de funcionamento é a permissão de uma autoridade do governo para que uma organização de saúde inicie legalmente seu atendimento à comunidade². No Brasil, os serviços de diálise são licenciados pela autoridade sanitária do estado ou município, atendendo aos requisitos da Resolução RDC N. 154 de 15 de junho de 2004.

- **Credenciamento:** credenciar é afirmar que um serviço ou um indivíduo demonstrou competência suficiente em uma atividade e que pode continuar desenvolvendo esta atividade por um período específico de tempo⁵.

- **Certificação:** significa dizer que foi atingido certo grau de treinamento ou desempenho pré-determinados⁵.

ISO 9001:2000: As normas da ISO 9001:2000 (*International Standardization of Organizations* - Organização Internacional de Normatização) especificam requisitos para um sistema de gestão da qualidade que podem ser usados pelas organizações para certificação, para a aplicação interna quando se pretende aumentar a satisfação do cliente, ou para fins contratuais quando uma organização necessita demonstrar sua capacidade de fornecer, de forma coerente, produtos/serviços que atendam aos requisitos do cliente e aos requisitos regulamentares aplicáveis³. Esta nova versão das normas da ISO, do ano 2000, parece ter sido parcialmente motivada pelas observações de que melhorias reais nos resultados não ocorreram automaticamente com a aplicação da versão de 1994. A ênfase era na consistência das

operações (“documentar o que você faz e fazer o que você documenta”), ao invés de ser na melhoria das operações⁶. O novo padrão é o efeito, o importante é formular um plano de ação. Há mais ênfase na interação e satisfação do cliente e na melhoria contínua, e o foco é na eficácia do sistema de gestão da qualidade em atender aos requisitos dos clientes. São quatro seções de normas que incluem a responsabilidade da direção, gestão de recursos, realização do produto – gestão do processo e medição, análise e melhoria³.

- **Acreditação:** o termo acreditar significa dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer crédito. Na área da saúde, acreditação é tecnicamente conceituada como “um procedimento voluntário, periódico e reservado, de avaliação dos recursos institucionais, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos”. A acreditação, portanto, representa um instrumento de aferição da qualidade, de caráter externo, o qual confere ao comprador de serviços a confiança de estabelecer negócios com uma organização de saúde que apresenta concordância com determinados padrões de qualidade². Na verdade, um sistema de acreditação pretende gerar uma consciência no setor da saúde sobre a melhoria contínua da qualidade assistencial, de tal forma que os gestores se sintam motivados a participar de um processo que ofereça efetiva contribuição para a elevação da qualidade assistencial. Em certo sentido, proporciona uma outra abordagem na solução de problemas para aumentar o desempenho assistencial da organização². O processo de acreditação é levado a efeito por equipes de avaliadores das instituições acreditadoras credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que analisam os níveis de conformidade com padrões estabelecidos em um manual de avaliação. Para a nefrologia, a ONA elaborou o “Manual de Acreditação de Serviço de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva” com a participação da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

- **Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ):** premiação máxima do desempenho de gestão das organizações, da “Gestão de Excelência”, é o reconhecimento do nível de desempenho de “Classe Mundial”, o que significa que a organização demonstrou possuir práticas e resultados comparáveis com os referenciais de excelência, podendo ser líder no seu setor de atuação. Este prêmio estimula a melhoria pela adoção dos fundamentos e conceitos da boa gestão que incorporam em seus requisitos as técnicas mais atualizadas e bem sucedidas de administração de organizações. Atualmente, os fundamentos da excelência que servem de referencial para os “Critérios de Excelência do PNQ” são os seguintes: liderança e constância de propósitos, visão de futuro, foco no cliente e no mercado, respon-

sabilidade social e ética, decisões baseadas em fatos, valorização das pessoas, abordagem por processos, foco nos resultados, inovação, agilidade, aprendizado organizacional e visão sistêmica. De acordo com as regras da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ), a organização ganhadora do prêmio assume o compromisso junto à sociedade de divulgar o seu modelo de gestão e as práticas de gestão consideradas exemplares⁷.

DEFINIÇÃO DE QUALIDADE

Qualidade, segundo o dicionário Aurélio, é a “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza. Dote, virtude”².

Na área da saúde, a definição de qualidade torna-se mais ou menos ampla dependendo do quão ampla é a definição de saúde e da responsabilidade da equipe clínica no seu atendimento. Significa que os envolvidos nos atos de saúde estão constantemente preocupados quanto às propriedades, benefícios e malefícios dos serviços prestados, desenvolvem atividades de aferição e aperfeiçoamento, para uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços. A gestão da qualidade é a adoção de programas desenvolvidos internamente ou segundo padrões externos, capazes de comprovar um padrão de excelência assistencial, a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e resultados⁸.

Os especialistas em qualidade sugerem que a adequada procura da qualidade não é uma questão de inspeção, padrões, limiares; não é uma série de decisões para aceitar ou rejeitar um funcionário, ou um médico, mas, ao contrário, é uma busca contínua de pequenas oportunidades para reduzir a complexidade desnecessária, o desperdício e o trabalho em vão, que permitirão, com o uso de métodos de melhoria da qualidade, atingir novos níveis de eficiência, satisfação do paciente, segurança, efetividade clínica e lucratividade⁸. A busca da qualidade tornou-se incremental, não dramática.

A BUSCA DA QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

Na literatura há discrepâncias sobre quando se iniciaram as atividades que tratavam da qualidade no cuidado à saúde. Há descrições que variam de 30 a 3.000 anos atrás, mas certamente pode ser ao menos datada no início da história registrada da medicina⁸.

O processo de acreditação de organizações de saúde originou-se nos Estados Unidos, a partir de iniciativas da corporação médica em 1910. Desde então, foram

realizadas várias avaliações dos serviços hospitalares, ficando evidente a necessidade de um programa de padronização hospitalar. Em 1950, foi fundada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (atualmente *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde) que assumiu a responsabilidade pelo programa de acreditação. A ênfase foi dada ao trinômio “avaliação, educação e consultoria”. O programa de acreditação da *Joint Commission* constituiu-se no mais procurado e prestigiado na área hospitalar e, apesar da acreditação não ser obrigatória, há grande incentivo para que aconteça. São abordados três setores: funções de cuidado ao paciente como avaliação, educação do paciente e da família; funções da organização como liderança, prevenção e controle de infecção, e componentes estruturais essenciais como direção, administração, equipe médica e de enfermagem, e uso de medicação².

Em 1989, a Organização Mundial da Saúde iniciou trabalho sobre a questão da qualidade da assistência hospitalar na América Latina. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se assim, contribuir para “uma progressiva mudança planejada de hábitos, de maneira a provocar nos profissionais de todos os níveis e serviços um novo estímulo para avaliar as debilidades e forças da instituição, com o estabelecimento de metas claras e mobilização constante para o aprimoramento dos objetivos, a fim de se garantir a qualidade da atenção médica”².

No Brasil, a busca da qualidade nos serviços de saúde possui aproximadamente 60 anos. A Divisão de Organização Hospitalar (DOH), vinculada ao Ministério de Educação e Saúde da época, foi criada em 1941 com os objetivos de coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas relacionados à assistência a doentes, deficientes físicos e desamparados. Nos anos seguintes, foram realizadas avaliações dos serviços hospitalares, publicações de normas e portarias que regulamentavam os meios necessários para a implantação de um sistema capaz de avaliar a qualidade da assistência à saúde. Apesar das várias propostas, o sistema de avaliação acabou restringindo-se ao credenciamento de hospitais para venda de serviços ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)².

A década de 1980-89 foi marcada pela crise da Previdência Social. Neste período também ocorreu uma descentralização do modelo de assistência à saúde, com a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). Surgiu a necessidade de se criar instrumentos gerenciais que possibilitassem a avaliação dos serviços oferecidos. A partir de 1990 apareceram no

Brasil iniciativas relacionadas à acreditação hospitalar. Essas iniciativas tinham como intenção estimular os hospitais a desenvolver programas de qualidade e não necessariamente realizar a acreditação. Em abril de 1992, a OPAS promoveu em Brasília o primeiro seminário nacional sobre acreditação, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais da área da saúde. O manual de acreditação da OPAS foi apresentado durante este seminário e diferentes propostas a respeito do modelo de acreditação apropriado para o país foram discutidas. Concluiu-se, neste seminário, que o controle da qualidade dos serviços de saúde era relevante e oportuno, a acreditação seria um mecanismo válido para controlar esta qualidade e que o manual de acreditação proposto seria um instrumento/documento básico importante para iniciar o processo. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS). As atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas. Cinco foram os princípios norteadores desta estratégia: direcionamento para indicadores de resultados, com ênfase nos resultados desfavoráveis relacionados aos serviços de saúde e à comunidade; estabelecimento de programa nacional de acreditação, distinto daquele de regulação e concessão de alvarás de funcionamento; ênfase em ferramentas de qualidade, isto é, estímulo à utilização de gerenciamento da qualidade na administração em saúde; estabelecimento de protocolos clínicos básicos, desenvolvidos segundo as prioridades identificadas, avaliação da satisfação do usuário e o controle social².

Em 1995, a Federação Brasileira de Hospitais lançou o Instituto Brasileiro de Acreditação (INBRAH). Em 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como sendo um projeto estratégico do Ministério da Saúde, prioridade para o biênio 97/98. Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou um projeto chamado Acreditação Hospitalar. Em parceria com grupos nacionais que já realizavam atividades pioneiras de acreditação, foi desenvolvido um sistema de acreditação nacional. Em 1997, o PACQS transformou-se no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). O Programa Brasileiro de Acreditação propriamente dito foi oficialmente lançado em novembro de 1998. Em agosto de 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituído juridicamente. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras visando assegurar aos cidadãos brasileiros qualidade na assistência à saúde em todas as organizações prestadoras de serviços do país. Em 2000, estas institui-

ções passaram a ser credenciadas pela ONA, podendo atuar em âmbito nacional preparando os avaliadores e realizando os processos de acreditação².

O MODELO INDUSTRIAL DA QUALIDADE

Os pioneiros da qualidade acreditavam que a melhoria sistemática da qualidade pode ser não apenas uma teoria, mas uma ciência administrativa orientada por fundamentos estatísticos, da engenharia, psicologia e, acima de tudo, da experiência concreta. Todas as escolas de pensamento na área da qualidade compartilham uma abordagem básica: o pensamento científico no aperfeiçoamento contínuo dos processos utilizados na realização do trabalho em todos os níveis da organização⁹.

Nos últimos 50 anos, a história dos empreendimentos e esforços realizados pelos setores industrial e de serviços e a grande prosperidade das indústrias japonesas com a aplicação prática de modelos iniciados por Deming, Juran e Crosby, apontam para a existência de quatro estágios de realização dos objetivos da qualidade que podem ser considerados sucessivos ou coexistentes. São as alternativas de participação nas questões da qualidade da produção de bens e serviço⁸:

Estágio 1 – A qualidade pressuposta como a excelência dos agentes e dos meios com que trabalham: um elevado nível de capacitação científica e tecnológica ou de reputação dos agentes é suficiente para definir a qualidade dos bens e serviços que produzem.

Estágio 2 – O controle departamental da qualidade: as empresas são levadas a criar um controle interno dos produtos, como tarefa ou atribuição de um grupo de especialistas de um órgão ou departamento específico. Inicialmente, o método de inspeção aplica-se a cada item produzido, mas logo as técnicas de estatística passam a permitir o mecanismo de amostragem. Esta fase requer o estabelecimento de critérios ou normas estritas de qualidade, para avaliar o cumprimento ou conformidade às especificações técnicas adotadas pela empresa. O centro da atenção é mais o produto do que o cliente.

Estágio 3 – A garantia da qualidade: a preocupação é a detecção preventiva de falhas ou defeitos dos produtos reduzindo os custos resultantes da detecção *a posteriori* da má qualidade. Atua fazendo com que um complexo conjunto de requerimentos estabelecido por um departamento especializado em garantia da qualidade e repassado a toda empresa, seja atendido nas várias etapas por que passa o produto, o que reduzirá a ocorrência de causas de variação. Na área da saúde, refere-se à elaboração de estratégias tanto para avaliação de qualidade quanto para implementação de normas e padrões de con-

duta clínica através de programas locais ou nacionais. O centro da atenção é essencialmente o conjunto das atividades clínicas em seu alcance ou eficácia.

Estágio 4 – A gestão ou controle da qualidade total, Melhoria Contínua da Qualidade (total refere-se à gestão da qualidade por toda a empresa): este método, uma estratégia de administração, é descrito como um esforço contínuo de todos os membros da organização para satisfazer as necessidades e expectativas do cliente. A qualidade passa a ser uma tarefa coletiva, com enfoque no aprimoramento contínuo e no aumento da satisfação dos clientes. A busca da melhoria da qualidade ocorre pela motivação das pessoas envolvidas, vigilantes para terem um desempenho melhor e pelo uso de incentivos ao invés de inspeções e sanções. A responsabilidade pela qualidade é difundida para os dirigentes e trabalhadores da unidade, simultaneamente com a adoção de métodos participativos que permitam, aos distintos departamentos ou setores organizacionais, planejar, acompanhar e corrigir os rumos das ações pró-qualidade, bem como solucionar os problemas associados ao mau desempenho e à baixa produtividade. A alta direção assume a tarefa de iniciar uma forte mobilização interna de recursos (humanos e materiais) que passam a ser centrados no objetivo de obtenção da qualidade, tanto na cultura institucional como nos métodos concretos de trabalho. Há uma grande ênfase nos aspectos de educação contínua do pessoal de linha, incentivo à formação de times ou círculos da qualidade, que analisam e propõem soluções para certos processos de trabalho bem definidos. O time da qualidade se capacita em termos de conhecimentos de estatística para monitorar a produção e suas variações em condições diversas.

O MODELO DA QUALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE

Na área da saúde, no período 1960-1970, o modelo de gerenciamento da qualidade era o *Quality Assurance*, baseado na garantia de padrões mínimos de qualidade através da monitorização do desempenho de casos individuais pelo uso de indicadores que determinavam se atingiam certo padrão, se estavam dentro de limites aceitáveis. Problemas com este modelo tradicional levaram à experimentação da abordagem industrial do modelo de Melhoria Contínua da Qualidade¹⁰, na década de 1980. De acordo com esta teoria, a melhoria da qualidade depende da compreensão e da revisão dos processos de produção/prestação de serviços baseadas nos dados gerados pelos próprios processos. O foco é na melhoria contínua por toda a organização através de empenho constante para se reduzir o desperdício, o trabalho refeito

e a complexidade. A atenção mudou da revisão de casos individuais para a análise estatística de padrões de assistência ofertados.

Os serviços de assistência à saúde são diferentes da indústria tradicional em aspectos fundamentais e esses aspectos devem ser levados em consideração. Entretanto, quando analisados os princípios básicos do modelo industrial da qualidade total, eles claramente são aplicáveis na área da saúde⁹:

- O trabalho produtivo é realizado através de processos. As atividades realizadas (processos) que transformam “entradas” em “saídas” devem ser identificadas, compreendidas e gerenciadas. A análise do sistema segundo a visão de processos leva ao melhor entendimento do funcionamento da organização, permite a definição adequada de responsabilidades, a utilização eficiente de recursos, a prevenção e solução de problemas, a eliminação de atividades redundantes e a identificação clara dos clientes e fornecedores.

- A moderna teoria da qualidade é centralizada no cliente; deve existir sólida relação entre cliente e fornecedor. Os clientes internos são os médicos, enfermeiros, funcionários e os clientes externos são os pacientes, as fontes pagadoras, outros médicos e demais compradores de serviços.

- A principal fonte de falhas de qualidade são os problemas no processo, o foco é no sistema e não na pessoa. Quando se examinam os processos críticos de organizações, verifica-se que a principal fonte de anomalias não se encontra nas pessoas, mas nos processos. O prejuízo de um paciente atendido em uma organização de saúde raramente se deve à simples falha dos profissionais de saúde; mais frequentemente resulta de imperfeições em interações complexas entre indivíduos ou problemas na interface da pessoa com tecnologias sofisticadas, produtos e sistemas organizacionais. Assim, torna-se evidente que a prestação de serviços à saúde oferece também o risco de falhas, o que torna necessários o conhecimento e a organização dos processos e sistemas na tentativa de redução e mesmo do impedimento da ocorrência de eventos adversos.

- A má qualidade tem alto custo, a prevenção é preferível à detecção de problemas. Os custos do desperdício, do trabalho refeito, da complexidade excessiva e da falta de confiabilidade são tão elevados na saúde como o são na indústria, além de conter o agravante da possibilidade de dano ao paciente. O propósito do gerenciamento da qualidade é de melhorar o processo para atingir um alvo de qualidade e não de reagir a desfechos inadequados. Uma das maneiras de resolver um problema é projetar novamente o processo. Mesmo que a consequência da assistência prestada em uma certa situação seja um desastre, a qualidade deve

ser julgada como boa se a assistência, no momento em que foi prestada, estava em conformidade com a prática que seria esperada alcançar os melhores resultados.

- Entender a variabilidade do processo é a chave para melhorar a qualidade. Controlar a qualidade significa, em parte, gerir os processos de forma que eles se tornem previsíveis. Os processos imprevisíveis não levam à qualidade consistentemente excelente e tendem a ser inerentemente falhos.

- O controle da qualidade deve concentrar-se nos processos vitais. Dados úteis para melhoria da qualidade abundam nos serviços de saúde.

- A moderna abordagem à qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico e faz uso regular de certas ferramentas estatísticas para entender processos e descobrir causas de falhas e de variação (fluxograma, diagrama de causa e efeito, gráfico de controle, histogramas, diagramas de Pareto, boxplot e diagrama de dispersão). Estas ferramentas de melhoria da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde devido à educação científica e técnica que a maioria dos profissionais da área recebe em seu treinamento.

O total envolvimento dos funcionários é crucial, há necessidade de motivação e de participação de todos. Os médicos, cujo envolvimento na busca da qualidade parece ser pequeno, precisam compreender, participar do processo, estar cientes de que estas atividades não têm a finalidade de fiscalização ou regulamentação de suas decisões clínicas. Precisa haver adesão para o sucesso das iniciativas.

A formação de equipes interfuncionais da qualidade pode ajudar na melhoria dos processos dos serviços de saúde. Permite que sejam analisadas e discutidas as interdependências.

A administração da qualidade emprega o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade.

É necessário instaurar mecanismos para escutar a “voz do cliente” e sintonizar o planejamento do serviço com estas modulações. Avaliações sistemáticas da percepção dos pacientes e do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde devem ser incluídas na avaliação dos serviços de saúde.

MEDIDAS DE DESEMPENHO

Algumas medidas do desempenho das organizações (indicadores) têm sido utilizadas para se avaliar a qualidade da assistência à saúde dos pacientes. Os dados podem ser referentes à estrutura (atributos da instalação onde é prestado o atendimento), aos processos (as atividades realizadas na prestação da assistência ao paciente)

ou aos resultados/desfechos (efeito da assistência na saúde do paciente ou de populações). Precisam ser medidas precisas, completas, de uso e compreensão fáceis⁴.

As medidas de desempenho ajudam a avaliar a eficácia dos protocolos clínicos implantados, a efetividade da execução dos processos e apresentam oportunidades de melhoria quando são comparados com referenciais externos (*benchmark*) ou do próprio serviço¹⁰.

Para a população de pacientes renais crônicos terminais em tratamento dialítico, a taxa de mortalidade, de hospitalização e a adequação da dose do tratamento dialítico ofertado, o tratamento da anemia, a manutenção do acesso vascular e a avaliação da qualidade de vida podem ser utilizados no acompanhamento da assistência prestada. Outras variáveis também necessitam ser controladas como os fatores de risco para doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo/sedentarismo), estado nutricional, controle do diabetes mellitus, níveis de cálcio, fósforo e do produto cálcio-fósforo, tratamento da osteodistrofia renal.

Para o “tratamento” dessas oportunidades de melhoria pode-se utilizar o ciclo “PDCA: *Plan, Do, Check, Act*”, instrumento do modelo de melhoria contínua da qualidade. O ciclo é simples, intuitivo e parece a abordagem de diagnóstico diferencial na resolução de problemas clínicos¹¹:

Plan (planejar): Começa com o reconhecimento de um problema que requer melhoria, o qual é estudado usando artigos de consenso ou de pesquisa. Segue a análise do processo em questão, que inclui a avaliação do pessoal, procedimentos e equipamentos envolvidos com a seleção de um elemento do processo que possa ser o responsável pelos resultados. Finalmente ocorre o planejamento de uma intervenção.

Do (implementar): envolve a coleta de medidas de desempenho antes e após a implementação da mudança. Essas medidas de desempenho devem incluir uma medida do desfecho esperado e do suposto elemento do processo.

Check (checar): o resultado desta nova prática é então estudado para se avaliar se ocorreu melhora dos resultados.

Act (agir): se o resultado for positivo, as práticas clínicas são aperfeiçoadas para se tornarem permanentes. Se não ocorrer a melhora esperada, então novo elemento do processo potencialmente envolvido no desfecho é selecionado e novo ciclo se inicia. A melhora inclui também a redução de porcentagens e a redução da variabilidade das porcentagens ao longo do tempo.

Os projetos de melhoria da qualidade (*Quality Improvement Projects – QIP*), segundo Berwick, são projetos de curta duração, de pequena escala, com reflexão intrínseca do resultado/desfecho da ação. Permitem a

equipes assistenciais locais a autonomia de analisar os componentes de seus processos, isolar seus problemas, implementar suas soluções e monitorizar seus resultados. Requerem apenas informação suficiente para a tomada do próximo passo, são mais úteis localmente, cada qual com suas condições especiais, são mais baratos e mais tempo-eficientes que a pesquisa clássica. Além disso, são mais efetivos. Apesar de não ter o rigor da pesquisa clássica, esta metodologia é extremamente apropriada para a melhoria de resultados¹¹, para o uso mais eficiente de recursos com a possibilidade de redução de custos. Deming e outros pioneiros da qualidade argumentam que essa nova forma de administrar empresas concorre decisivamente para o aumento da produtividade e da margem de lucro, embora isso só possa ocorrer numa perspectiva de longo prazo. No princípio, a melhoria requer investimentos adicionais de tempo administrativo, capital e experiência técnica. A uma maior qualidade fatalmente irá corresponder uma capacidade maior de se manter no mercado. Quando se implanta um amplo e corajoso programa de qualidade, há entusiasmo e incremento da motivação no trabalho, cujo efeito colateral é o aumento da produtividade⁸. Mas a meta principal é melhorar os processos, o nível de desempenho de um processo-chave e não a redução de custos. O início das atividades de melhoria com o foco na redução de custos pode desviar a atenção da equipe da melhoria do processo em direção à mera redução de custos. Além disso, quando os processos tornam-se melhores, os custos totais usualmente caem.

CONCLUSÃO

Todos têm pressupostos e defesas sobre a qualidade, mas falta a disciplina da experiência administrativa, a incorporação da metodologia da qualidade no plano estratégico e nas atividades diárias, a educação e o treinamento da organização inteira⁹. Cada vez mais as atividades de acreditação, certificação, o uso de medidas de desempenho serão utilizadas para a tomada de decisões pelas organizações de saúde, pelos compradores de serviço e pelos pacientes. O sucesso da implementação destes processos irá depender fundamentalmente das ações locais dos nefrologistas, da equipe clínica e dos pacientes¹².

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Equipe do Centro de Diálise Einstein (Dra. Érika Rangel Bevilacqua, Dra. Maria Cláudia Cruz Andreoli, Enf. Moacir de Oliveira, Enf. Ilson Jorge Iizuka, Nutricionista Rosana Maria Cardoso, Psicóloga Christiane Karam, Enf^a. Mariana Fresieiras

Costa, Enf. Denis Faria Moura Jr, Enf^a. Cláudia Regina Lasselva) e Equipe da Qualidade do Hospital Israelita Albert Einstein (Enf^a. Ana Paula Novaes e Biomédico Daniel Luiz Di Pietro, Dra. Maria Pilar Tisner – Diretora da Divisão SADT do HIAE).

REFERÊNCIAS

1. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Portaria 82]. [Publicado no Diário Oficial da União; 2000; Fev 8].
2. Quinto Neto A. Processo de acreditação: A busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa: **Palmarica**, 2000. p. 136.
3. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas: NBR ISO 9001 [Sistemas de gestão da qualidade – requisitos]. Rio de Janeiro, 2001.
4. Klinger AS. Clinical practice guidelines and performance measures in ESRD. **Am J Kidney Dis** 1998;32:S173-S176.
5. Wish JB. Role of external oversight in quality activities: accreditation, credentialing, licensure, and deemed status. **Am J Kidney Dis** 1998;32:S177-S181.
6. Are you ready for real continual improvement? Core Business Solutions [online] 2003. Disponível: http://www.thecoresolution.com/resources/corenewsletter/newsletters/cn0403/CoreNews_Apr03.htm
7. Critérios de Excelência 2003. O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho e o aumento da competitividade [online]. Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, Biblioteca virtual. Disponível em: <http://www.fpnq.org.br>
8. Graham NO. Quality in health care: theory, application, and evolution. Maryland: **Aspen Publishers**; 1995.
9. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. Traduzido por Santos JCB. São Paulo: **MAKRON Books do Brasil**; 1990.
10. Wish JB. Introduction to quality improvement. **Am J Kidney Dis** 1998;32:S161-S164.
11. Goldman RS. Continuous quality improvement in ESRD: the role of networks, the United States Renal Data System, and facility-specific reports. **Am J Kidney Dis** 1998;32(6 Suppl 4):S182-S189.
12. Klinger AS, Haley WE. Clinical practice guidelines in end-stage renal disease: A strategy for implementation. **J Am Soc Nephrol** 1999;10:872-7.

Endereço para correspondência:

Cristiane Oshiro Mocelin de Carvalho
Av. Bandeirantes, 804 – Jd. Londrilar
86010-010 Londrina – PR
Fone: (43) 3323-9191
E-mail: cmocelin@uol.com.br