

Qualidade em Saúde: tópicos para discussão

Ponto de
Vista

Health Care Quality: topics for discussion

8

*Ana Luisa Rocha Mallet**Hospital Pró-Cardíaco (RJ), Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro*

A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde é questão das mais atuais na prática clínica e na formulação das políticas de saúde. Vários são os aspectos envolvidos na definição de qualidade e várias são as suas formas de avaliação. Os avanços tecnológicos e os custos crescentes dos métodos diagnósticos e dos tratamentos são uma realidade e, particularmente na cardiologia, são muito frequentes, ainda que rotineiramente essa questão não seja percebida. A incorporação dessas novas medidas, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista social, deve ser amplamente discutida. Esse artigo busca trazer algumas reflexões sobre a avaliação da qualidade dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: Qualidade em saúde, Avaliação de saúde, *Guidelines*

Assessment of quality of health care is one of the most current issues in clinical practice and in the design of public health policies. There are several aspects involved in setting quality standards and assessment guidelines. The technological developments and the rising costs of diagnostic methods and treatments are now a reality, especially in cardiology, even though such matters are often overlooked. The incorporation of these new procedures both from a technical point of view and a social point of view deserves an open discussion. This paper aims at raising some thoughts on such a current issue.

Key words: Health care quality, Assessment of health, *Guidelines*

A discussão sobre a qualidade do atendimento em saúde é hoje uma questão fundamental, necessária no meio médico, a nível governamental e entre usuários do sistema de saúde. No entanto, para que a discussão sobre qualidade não fique apenas no terreno da subjetividade, é indispensável que algumas definições sejam explicitadas.

Quando se inicia a discussão sobre qualidade do atendimento em saúde, rapidamente se verifica a grande complexidade desse tema e a impossibilidade de abordá-lo em profundidade, em todos seus aspectos. Assim, serão discutidos os seguintes aspectos:

- Aspectos envolvidos na definição de qualidade
- Aspectos importantes na avaliação da qualidade
- Aspectos do processo de melhoria contínua da

qualidade dos cuidados cardiovasculares: “a ferramenta *guideline*”.

Qualidade: os seus componentes

Avedis Donabedian é reconhecido pelos profissionais de saúde envolvidos com a garantia de qualidade em saúde como uma autoridade em todos os aspectos dessa linha de estudo, principalmente nas questões teóricas e práticas de monitoração e avaliação de qualidade. Muitos dos conceitos citados a seguir são, portanto, provenientes de seus textos.

O conceito de qualidade em saúde envolve vários componentes, que podem ser reunidos em sete grupos, os chamados 7 pilares da qualidade¹:

1. Eficácia
2. Efetividade
3. Eficiência
4. Otimização
5. Aceitabilidade
6. Legitimidade
7. Equidade

As dificuldades em relação às definições ocorrem não só por problemas de tradução do inglês para o português, mas também pelo fato de que mesmo em cada uma dessas línguas há uma confusão de conceitos, que se superpõem, principalmente em relação aos três primeiros itens, como pode ser observado no Quadro 1, comparando-se a definição encontrada para esses termos no Novo Dicionário Aurélio² e no *Collins Cobuild English Dictionary*³:

Donabedian utiliza as seguintes definições para cada um desses termos, relacionando-os à qualidade em saúde:

• **Eficácia**

É a capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. A eficácia relativa de estratégias alternativas de diagnóstico ou de terapêutica é estabelecida através de pesquisas clínicas bem controladas. A estratégia mais eficaz de tratamento é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas.

A importância da definição de eficácia fica mais clara quando se discute o aspecto seguinte, a efetividade.

• **Efetividade**

É a melhora alcançada, ou que se espera seja alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. Através da determinação da efetividade pode-se identificar o quanto o cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia.

Efetividade:

Melhora real na saúde, com o cuidado a ser avaliado

Melhora ideal na saúde, com o melhor cuidado

A questão do custo do cuidado a ser realizado não é considerada na efetividade, sendo no entanto importante nos dois próximos pilares.

• **Eficiência**

Definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente.

Eficiência :

Melhora esperada na saúde com o cuidado a ser avaliado

Custo do cuidado

É possível que, em muitas situações, pequenas melhoras no cuidado não justifiquem um aumento desproporcional no custo, o que introduz a discussão sobre a otimização dos cuidados.

• **Otimização**

O quarto pilar da qualidade pode ser definido como o mais vantajoso balanço entre custos e benefícios. Esse aspecto se torna relevante quando os efeitos do cuidado não são avaliados apenas em termos absolutos, mas relativamente ao custo do cuidado.

Na Figura 1 podem ser observadas as conseqüências de se realizar adições progressivas ao cuidado em saúde. Embora essas adições sejam benéficas, a curva de benefício se achata:

Após certo ponto na progressão do cuidado, o balanço entre benefício e custo se torna adverso. Há duas opções no nível de qualidade desejado: no ponto B, onde se encontra o cuidado mais efetivo ou em A, onde o cuidado está otimizado.

• **Aceitabilidade**

A aceitabilidade se refere à adaptação do cuidado

Quadro 1
Elementos constituintes da Qualidade e suas definições

	Dicionário Aurélio	Collins Cobuild Dictionary
Eficácia (efficacy)	Qualidade ou propriedade de eficaz; eficiência	If you talk about the efficacy about something, you are talking about its effectiveness and its ability to do what is supposed to
Efetividade (effectiveness)	Atividade real, resultado verdadeiro: a efetividade de um serviço, de um tratamento; qualidade de efetivo	Effective means having a particular role or result in practice, though not officially or in theory
Eficiência (efficiency)	Ação, força; virtude de produzir um efeito; eficácia	The quality of being able to do a task successfully, without wasting time or energy

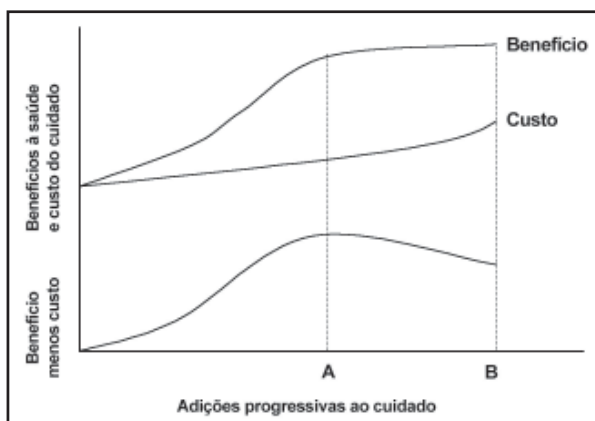


Figura1

Relações hipotéticas entre benefícios em saúde e custo do cuidado

Enquanto adições úteis, são feitas ao cuidado:

A - cuidado efetivo ótimo; B - cuidado efetivo máximo

de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende, em grande parte, da avaliação subjetiva do paciente do que seja efetivo, eficiente e ótimo. Entram também em consideração nesse ponto: a acessibilidade, a relação médico-paciente e a comodidade do tratamento.

- Acessibilidade:** a possibilidade de se obter cuidado quando necessário, de forma facilitada e conveniente, é um importante determinante de qualidade;
- Relação médico-paciente:** os pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, desejam que suas questões sejam respondidas e sua condição explicitada. Desejam participar das decisões sobre as medidas a serem tomadas. Uma boa relação médico-paciente contribui para a efetividade através da adesão e cooperação do paciente ao tratamento.
- Comodidade do tratamento:** o conforto e o ambiente agradável são considerados aspectos de qualidade para os pacientes, embora outros aspectos sejam percebidos como mais importantes.
- Preferências do paciente em relação à efetividade do tratamento:** os pacientes muitas vezes avaliam as conseqüências do cuidado sobre sua saúde de forma diferente da avaliação de profissionais e de outros pacientes. Isso ocorre provavelmente devido a expectativas diferentes relacionadas a condições sociais, ocupacionais e psicológicas, principalmente. Por isso, quando face a diferentes alternativas de tratamento, que podem oferecer diferentes relações de riscos e benefícios, é necessário discutir com o paciente a abordagem a ser realizada. O que se considera "melhor qualidade" varia de paciente para paciente, podendo ainda ser diferente do julgamento médico sobre o que seja o melhor.

e) **Custo do cuidado:** ainda que o método de tratamento e o preço sejam os mesmos, os pacientes podem sentir diferentemente o sacrifício financeiro envolvido e podem ter decisões diferentes em relação às privações que podem estar relacionadas a determinados cuidados médicos.

Quando são consideradas as expectativas do paciente, muitas variáveis são incluídas, o que pode alterar as estimativas de efetividade, eficiência e otimização. Essas particularidades fazem com que o critério de melhor qualidade possa necessitar uma especificação caso a caso.

· **Legitimidade**

A legitimidade introduz a questão social na discussão de qualidade: ao nível social, além do cuidado com o indivíduo, existe a responsabilidade com o bem-estar de todos. Frequentemente a sociedade tem uma percepção de custos bem diferente da percepção do indivíduo. A principal razão é o financiamento social da saúde por terceiros ou pelo estado. O que a sociedade considera cuidado ótimo varia, às vezes, de forma importante, da avaliação do que os indivíduos consideram ótimo.

· **Eqüidade ou justiça distributiva**

É o princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidados e seu benefício entre os membros de uma população. No nível social a distribuição eqüitativa do cuidado em saúde é realizada de acordo com uma política social deliberada.

A qualidade do cuidado em saúde é julgada de acordo com a sua conformidade a uma série de expectativas que se originam de três fontes: a ciência, que determina a eficácia; os valores e expectativas individuais, que determinam a aceitabilidade; e os valores e expectativas sociais, que determinam a legitimidade do cuidado. Assim, a qualidade não pode ser avaliada inteiramente em termos técnicos, já que as preferências dos indivíduos e da sociedade devem ser levadas em consideração.

A busca de cada um dos pilares da qualidade pode ser mutuamente reforçada, como no caso de um cuidado mais efetivo ser também o mais aceitável e o mais legítimo. Pode ocorrer também que essa busca seja conflitante entre os vários aspectos, quando então um balanço deve ser procurado.

Os maiores conflitos ocorrem quando as preferências sociais não estão de acordo com as preferências individuais, principalmente porque socialmente existem diferentes especificações de cuidado ótimo e eqüidade.

Após essa apresentação, fica claro o difícil desafio da profissão médica na missão de qualidade; ou seja, saber reconhecer e lidar com as discrepâncias entre as preferências sociais e individuais.

Avaliação da Qualidade

· Avaliação sob o aspecto de resultados

Geralmente a avaliação da qualidade é realizada com o objetivo de se detectar se algo precisa ser feito em relação a uma situação, e só posteriormente é que se avalia o sucesso ou não das medidas tomadas. Como a qualidade tem vários aspectos a serem considerados, em qualquer situação a atenção deve ser focalizada em alguns desses aspectos⁴.

Uma das formas mais utilizadas de se monitorar a qualidade baseia-se na análise de resultados. Esses resultados a serem avaliados são, no entanto, diferentes caso estejam sendo consideradas as inovações tecnológicas ou a qualidade de performance. A maioria dos médicos não é responsável pelo avanço da ciência no sentido de novas descobertas, mas tem interesse em saber se o que já é conhecido ou aceito como o melhor cuidado está sendo implementado. Nesse momento, a necessidade de avaliação da qualidade de performance torna-se necessária.

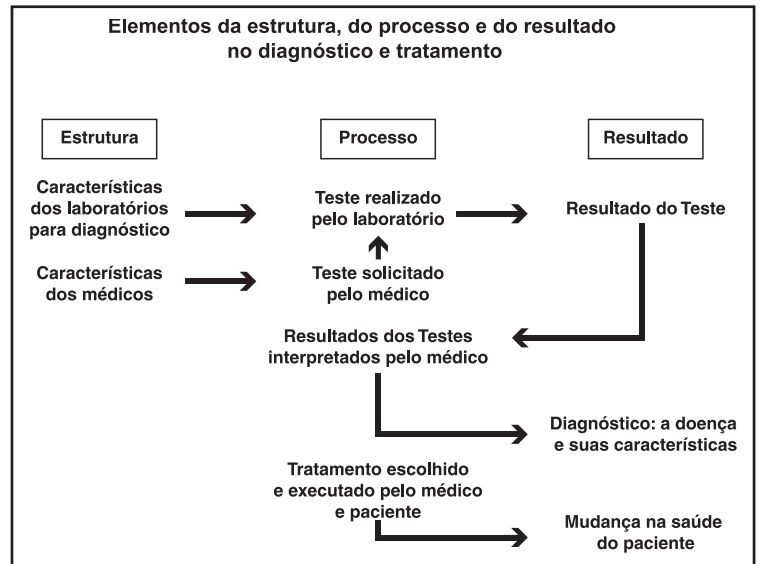
Quando se avalia a qualidade de performance procuram-se evidências, diretas ou indiretas, de que a melhor estratégia de tratamento foi selecionada e está sendo implementada da melhor maneira possível. As evidências disponíveis estão relacionadas a três momentos possíveis de avaliação: do nível da estrutura, do processo e dos resultados. Essas evidências não são atributos da qualidade, mas, simplesmente, tipos de informação a partir dos quais podem ser realizadas inferências sobre a qualidade do cuidado.

O esquema a seguir demonstra as características essenciais do paradigma estrutura-processo-resultado:

Estrutura → Processo → Resultado

Esses três tipos de informação só podem ser utilizados para avaliar qualidade se existir uma relação causal entre eles: a estrutura levando ao processo e o processo ao resultado. No entanto, muitas vezes não é fácil saber onde termina a estrutura e começa o processo, sendo algumas vezes arbitrária essa separação.

Como a relação entre os três momentos principais é de probabilidade, é necessário um número



relativamente grande de casos antes que se possa inferir que o cuidado realizado foi melhor ou pior.

Os estudos de qualidade baseados nos resultados podem focalizar apenas um dos aspectos desse paradigma: a avaliação da estrutura inclui a relação das propriedades físicas e organizacionais do local onde o cuidado é oferecido, o número e treinamento dos profissionais de saúde e os equipamentos disponíveis. Em relação ao processo, há interesse nas atividades realizadas no cuidado ao paciente, sendo considerados os testes e procedimentos apropriados para o diagnóstico, a terapêutica e o acompanhamento. Os resultados são geralmente medidos pelo estado de saúde e satisfação do paciente.

Algumas razões justificam a necessidade de se combinar a análise da estrutura, do processo e dos resultados na avaliação da qualidade em saúde:

- A possibilidade de se conduzir uma avaliação ampla da qualidade, já que certas categorias de informação podem ser mais indicativas de aspectos específicos do cuidado;
- A ajuda na identificação de locais e causas de falhas na qualidade e as sugestões sobre ações apropriadas (exemplo: modificação na estrutura e/ou no processo);
- A concordância nas inferências retiradas de vários tipos de indicadores, aumenta a confiança na validade dessas conclusões sobre qualidade;
- O desacordo nas inferências, retiradas de vários tipos de indicadores, sugere a presença de problemas que incluem os seguintes.
 - a) Dados incompletos, medidos de forma não acurada ou deliberadamente falsificados;
 - b) Resultados medidos em uma “janela de tempo” inapropriada, ou com um número insuficiente de casos;

- c) A relação entre processo, estrutura e resultado não é válida porque: o conhecimento disponível foi mal aplicado ou o conhecimento disponível foi adequadamente utilizado, mas não foi válido (o que significa que novas pesquisas são necessárias).

Qualidade e critérios explícitos

A motivação inicial para o desenvolvimento de critérios explícitos de avaliação de qualidade em cuidados de saúde foi o esforço para se estabelecer julgamentos consistentes e válidos de análise, suprindo assim as deficiências de análise e decisões subjetivas, mas também evitando o erro oposto: o de tratar os pacientes de uma forma puramente estatística⁵.

Quando critérios puramente implícitos são utilizados, um médico com autoridade em um determinado assunto, ao ser questionado sobre a qualidade do cuidado usa o seu próprio julgamento. A avaliação baseada em critérios explícitos é realizada de maneira diferente, já que esses critérios são especificados previamente. Apesar do trabalho envolvido no desenvolvimento dos critérios explícitos, uma vez estabelecidos, a avaliação de casos individuais requer pouco trabalho.

Os critérios explícitos têm dominado o campo de avaliação de qualidade, embora algumas limitações devam ser apontadas: eles só podem ser aplicados aos casos semelhantes aos utilizados para o seu desenvolvimento e não suprem todas as variações individuais⁶.

A abordagem por meio de critérios explícitos é mais barata e mais simples; uma vez desenvolvido o critério, é mais fácil seguir a sua aplicação, e uma vez explícito o critério, pode-se avaliá-lo. É fundamental a escolha dos responsáveis pela formulação desses critérios explícitos, já que o resultado de suas decisões pode ter um efeito bastante difuso.

Obviamente existe a possibilidade de um critério explícito ser usado como instrumento de controle. Sua utilidade e seus perigos não vêm de seu desenho, não são inerentes a ele, mas de quem os usa, de que forma e com que finalidade. Os critérios explícitos podem expandir a definição de qualidade e aumentar o seu nível, caso apropriadamente construídos e utilizados; caso contrário, podem levar a uma uniformidade opressiva e enganosa.

Quando os critérios explícitos são utilizados, não como representações completas de qualidade, mas

como instrumentos de triagem, que separa os cuidados de qualidade duvidosa dos aceitáveis, sua utilidade é reforçada e suas limitações atenuadas. Nesse contexto, algum grau de erro é inevitável e aceitável. Melhoras no desenho e na aplicação dos critérios explícitos podem reduzir esses erros, sendo particularmente promissor o desenvolvimento de árvores diagnósticas e/ou algoritmos⁷.

Guidelines na Prática Médica

Desenvolvimento

Os *guidelines* têm uma longa tradição na prática médica. Tradicionalmente, esses documentos eram desenvolvidos por médicos com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados ao paciente, através de informações que aumentassem a objetividade no processo de tomada de decisão. Os *guidelines* desenvolvidos por profissionais não-médicos têm aumentado, e a intensa pressão dos provedores de saúde pode criar um ambiente para o uso inadequado dessa ferramenta⁸.

Practice guidelines são determinações escritas que descrevem cursos preferenciais da ação clínica, faixas aceitáveis na prática médica ou respostas clínicas necessárias. Podem prover informações médicas valiosas e têm o intuito de aumentar a objetividade da decisão e a qualidade do cuidado médico.

Os *guidelines*, no entanto, podem ser organizados de várias formas, por vários grupos e com vários objetivos. Podem ser organizados por estruturas governamentais e por sociedades de especialistas, como os desenvolvidos pela *American Heart Association*, pela *American College of Cardiology*, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia ou mesmo por companhias seguradoras de saúde.

Não é de se estranhar, assim, as diferenças muitas vezes encontradas nos vários tipos de *guidelines*; pois, com certeza, partem de objetivos diversos. Como suporte de qualquer determinação sobre o que deve ser feito, está sempre uma orientação sobre o que vale a pena ser feito⁸.

Aceitação e complacência

Uma das barreiras para a aceitação dos *guidelines* clínicos tem sido a desconfiança, por parte dos médicos, sobre a motivação subjacente à sua organização. O objetivo é realmente a melhora na prática médica ou primariamente uma contenção de custos?

McDonald e Overhage acreditam que a forma de organização de *guidelines* contribui para a sua

aceitação. Os *guidelines* com sólidas bases científicas e que não se baseiam apenas em opiniões de *experts* são aqueles de melhor aceitação pelos médicos. Além disso, eles devem ser testados em pacientes reais antes de serem implementados, e também serem validados em trabalhos clínicos⁹.

Em um estudo que procurou avaliar a atitude dos médicos em relação aos *guidelines* clínicos, ficou evidente que as propostas organizadas por grupos de profissionais recebiam créditos maiores que aquelas organizadas por companhias de seguro, consideradas fortemente influenciadas por objetivos financeiros. O interessante é que essa atitude aconteceu mesmo quando o conteúdo do *guideline* era, na verdade, o mesmo¹⁰.

Embora a diminuição dos custos seja muitas vezes citada nos *guidelines*, há argumentos que sustentam que a melhora na qualidade do tratamento médico pode vir acompanhada de um aumento, e não diminuição, dos custos¹¹.

E como são os *guidelines* clínicos recebidos pelos usuários potenciais? E qual o nível real de implementação? Na Holanda, 80% dos médicos generalistas se mostraram favoráveis a *guidelines* nacionais, enquanto 65% dos membros do Colégio Americano Médico concordaram que poderia haver uma melhora na qualidade dos cuidados de saúde¹².

Esse alto grau de aceitação não se reflete, no entanto, em um alto grau de implementação. No estudo holandês citado, embora 84% dos médicos concordassem com as rotinas para o tratamento do paciente com diabetes, apenas 44% efetivamente utilizavam as orientações na prática clínica¹².

Por que a aceitação de determinadas medidas não se reflete na adoção dessas mesmas medidas na prática médica? Por que não se verifica uma melhora na qualidade de atendimento, como demonstrado na maioria dos estudos que se preocuparam em analisar a influência dos *guidelines* clínicos no cuidado médico? O principal fator responsável por uma implementação mais eficaz na prática de *guidelines* aceitos na teoria parece estar relacionado ao grau de envolvimento dos profissionais. Esse envolvimento pode existir a partir do momento em que os profissionais são responsáveis pela produção das orientações. Entretanto, se essa for a única forma capaz de mudar a prática clínica, poderia haver um gasto de tempo muitas vezes desnecessário com organizações de *guidelines* locais. Seria essa a única forma de envolver os profissionais? A complacência com um determinado *guideline* pode ser implementada não só pelo envolvimento na

formulação de suas orientações, mas também através de uma discussão profunda sobre o seu conteúdo¹⁰.

São assim considerados importantes aspectos que favorecem a implementação de um *guideline* na prática clínica: um elevado grau de envolvimento daqueles que farão uso das propostas nele incluídas (*guideline* interno), em contraste com uma proposta desenvolvida nacionalmente (*guideline* externo); *guidelines* que estejam associados a iniciativas educacionais são mais bem sucedidos que aqueles publicados nas melhores revistas médicas; estratégias de implementação que envolvam algum grau de feedback para o médico são também importantes para um melhor aproveitamento das medidas sugeridas¹¹. Esses aspectos citados podem ser resumidos em uma expressão: motivação intrínseca.

Guidelines e qualidade

O recente interesse no desenvolvimento de *guidelines* está relacionado com a evidência de variabilidade na prática clínica e tem sido sustentada, em parte, por considerações de contenção de custo.

Os *guidelines* podem diminuir a variabilidade na prática clínica. Por exemplo: alguns médicos podem não oferecer a opção de revascularização miocárdica aos pacientes fumantes por considerá-los menos merecedores do procedimento, sendo esse preconceito contra usuários de cigarro não aceitável, já que o fumo não é considerado contra-indicação nem mesmo relativa à cirurgia.

Outro exemplo: não existe explicação, do ponto de vista científico, para uma diferença na realização de cirurgia de revascularização entre americanos e afro-americanos, como demonstrado, em 1993, por Johnson et al., já que a apresentação clínica e a história natural são semelhantes nos dois grupos de pacientes que chegam às unidades de emergência com IAM¹³.

Uma maior implementação de medidas sabidamente eficazes e o abandono de medidas comprovadamente não-benéficas é uma outra boa perspectiva face aos *guidelines*. Por exemplo: embora o valor do tratamento profilático pós-IAM com betabloqueador tenha sido mais bem investigado do que quase todos os tratamentos na doença cardíaca, este tratamento ainda não se tornou parte da rotina da prática clínica. Muitos médicos preferem se aventurar no novo e não-comprovado, e que eles esperam tenham efeitos dramáticos, do

que assimilar os benefícios relativamente pequenos que estão disponíveis de tratamentos testados¹⁴.

Críticas

Embora a proliferação de *guidelines* cardiovasculares seja uma realidade, o impacto sobre a prática clínica permanece pouco determinado. Um dos principais aspectos abordados em trabalhos que verificam a aceitação dessa nova realidade na Medicina é a crença de que esse tipo de comportamento possa comprometer a autonomia profissional e a satisfação com a prática médica¹⁵. Muitas vezes o médico percebe os *guidelines* como restritivos e ameaçadores, embora nunca seja demais lembrar que a existência de uma orientação não implica em nenhuma obrigação¹⁶.

Essa ameaça à liberdade do médico tem sido denunciada por muitos como uma ilusão usada para proteger vantagens e poderes profissionais e para perpetuar práticas clínicas ineficazes¹⁶. Alguns são ainda mais incisivos e talvez exagerados ao considerarem que esse tipo de posicionamento representa uma capa para a ignorância ou uma desculpa para o charlatanismo, sendo de qualquer forma um mito que impede um avanço real¹⁴.

Uma outra crítica aos *guidelines* é a de que poderia haver uma inibição da pesquisa e da inovação com o seguimento de medidas firmemente delineadas. A constante revisão das orientações diante de novos avanços na área médica e a flexibilidade para a aceitação de novas evidências permitem que o seguimento dos *guidelines* não funcionem como impedimento para o avanço médico. Os próprios *guidelines* trazem no seu interior sinais de que novidades precisam aparecer quando indicam a inexistência de medidas que sejam realmente eficazes para algumas situações. No entanto, existirá sempre um período entre o aparecimento de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica nova eficaz e sua incorporação como uma diretriz geral. Os *guidelines* podem não refletir os últimos avanços e novas modalidades de diagnóstico e tratamento⁸, devendo por isso ser atualizados regularmente para que os avanços médicos possam ser incorporados.

Os *guidelines* clínicos podem dar origem a determinados fluxogramas de investigação diagnóstica ou de abordagem terapêutica. O seguimento desses organogramas permite que

seja feita uma coleta de dados sobre a frequência e as causas dos desvios de rota; isso permite, após um determinado período de tempo, uma reavaliação crítica do caminho previamente adotado¹⁷.

Guidelines na prática clínica

Os *guidelines* são derivados de estudos populacionais e nem sempre são aplicáveis àquele indivíduo que vai se consultar. Essa individualização do paciente é papel do médico, que conhece não só a doença, mas também como essa doença se manifesta naquele indivíduo particular. Essa atuação médica depende do reconhecimento e da confiança existente na relação médico-paciente e não pode de forma alguma ser substituída por qualquer *guideline*. Assim, a aplicação das orientações contidas em um *guideline* não pode ameaçar o reconhecimento do indivíduo¹⁸.

Os *guidelines* podem oferecer benefício para o “paciente médio” mas não para um paciente específico. Quanto maior for a variação de resposta a um tratamento, menos se deve confiar em um estudo baseado na análise populacional para decisões individuais; quanto maior o número de pessoas envolvidas em um estudo, maior a possibilidade de se detectar uma redução de risco da perspectiva populacional e mais provavelmente essa redução de risco não está disponível para um indivíduo.

Com a utilização cada vez mais ampla do computador, todos esses avanços e os avanços posteriores, devem ser vistos como facilitadores e não como substitutos da prática médica, liberando o médico para um maior contato com o paciente e para resolver problemas individuais muitas vezes não abordados por *guidelines* construídos a partir de estudos populacionais.

Vale ressaltar que o grau de satisfação dos médicos em relação às padronizações dependerá de quem tome essas decisões: se os profissionais de saúde, se homens de negócio, se o governo ou as agências seguradoras. A qualidade das medidas sugeridas nos *guidelines* é fundamental para possibilitar o alcance do duplo objetivo de melhora na saúde da população e satisfação dos médicos¹⁹.

Os *guidelines* não são estáticos e devem ser constantemente atualizados, absorvendo as mudanças no conhecimento e na prática médica, obtidos particularmente através de resultados de trabalhos randomizados. Ao mesmo tempo, os

guidelines devem honestamente referir as grandes áreas de incerteza no manejo de muitas condições, indicando as áreas em que as evidências são incompletas ou inadequadas, ajudando assim a identificar prioridades para a pesquisa, e apontando onde as evidências são fortes, contribuindo para a melhora no cuidado com o paciente²⁰.

Referências

1. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114:1115-118.
2. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
3. Collins Cobuild English Dictionary. London: Harper Collins Publishers. 1995.
4. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Rev Bull.* 1992;18:356-60.
5. Donabedian A. Advantages and limitations of explicit criteria for assessing the quality of health care. *Health and Society.* 1981;59:100-105.
6. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Rev Bull.* 1986;12:99-108.
7. Greenfield S, Lewis CE, Kaplan SH, Davidson MB. Peer review by criteria mapping: criteria for diabetes mellitus. *Ann Intern Med.* 1975;83:761-70.
8. Berger JT, Rosner F. The ethics of practice guidelines. *Arch Intern Med.* 1996;156:2051-2056.
9. McDonald CJ, Overhage JM. Guidelines you can follow and can trust: an ideal and an example. *JAMA.* 1994;271:872-73.
10. Tunis SR, Hayward RSA, Wilson MC, et al. Internists' attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med.* 1994;120:956-63.
11. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of vigorous evaluations. *Lancet.* 1993;342:1317-322.
12. Onion CWR, Wallay T. Clinical guidelines: development, implementation, and effectiveness. *Postgrad Med J.* 1995;71:3-9.
13. Johnson PA, Lee TH, Cook F, Rouan GW, Goldman L. Effect of race on the presentation and management of patients with acute chest pain. *Ann Intern Med.* 1993;118:593-601.
14. Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ.* 1983;287:1237-238.
15. Feder G. Which guidelines to follow? *BMJ.* 1994;308:470-71.
16. Hart O. Protocols or guidelines, or neither? *BMJ.* 1993;306:816.
17. Culyer A. The promise of a reformed NHS: an economist's angle. *BMJ.* 1991;302:1253-256.
18. McCormick. Death of the personal doctor. *Lancet.* 1996;348:667-68.
19. Brook RH. Practice guidelines and practicing medicine: are they compatible? *JAMA.* 1989;262:3027-3030.
20. Haines A, Feder G. Guidance on guidelines: writing them is easier than making them work. *BMJ.* 1992;305:785-86.