

Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar?

Maria João Lage, Paulo Sousa

A centralidade que as questões da “Qualidade” têm na área da saúde é um fenómeno relativamente recente, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX (Deming, 1986; Juran, 1989).

A necessidade de um “sistema de qualidade” foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, na sua Meta 31 (OMS, 1985), e pelo Conselho da Europa na sua recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros (Biscaia, 2002), sendo consensual a sua definição como “*Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.*” (Biscaia, 2002.7).

A “gestão da qualidade” diz respeito ao “*Processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade*” (Imperatori, 1999). Resumidamente, podemos afirmar que este conceito congrega todas as funções envolvidas na determinação e obtenção da qualidade, através da trilogia planeamento, controlo e melhoria da qualidade (Souza, 2006).

Os principais objetivos da introdução de políticas de “melhoria contínua da qualidade” nos cuidados de saúde passa-

ram sempre por i) procurar promover e manter a saúde das populações; ii) estruturar os serviços de saúde de molde a satisfazer as necessidades dessas populações; iii) assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados; iv) garantir que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação fossem utilizados de forma racional e eficiente e, necessariamente, v) assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde (WHO, 2006). Assim, para a prossecução da “melhoria contínua da qualidade” dos cuidados, torna-se necessário efetuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e garantia da sua solução. O processo baseia-se na identificação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, na procura das melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos.

Um dos principais mecanismos (*ferramenta*) utilizados na “melhoria contínua da qualidade” é o Ciclo PDCA, que significa: Plan - fase em que se analisam as áreas/actividades ou processos que queremos melhorar; Do - fase de implementação da mudança/melhoria; Check - um passo crucial na medida em que é a fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; Act - depois de planear a mudança/melhoria, implementá-la e monitorizá-la, vem a fase em que se toma a decisão sobre o seu resultado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade (Walley; Gowland, 2004).

Da complexa combinação que envolve o processo, a tecnologia e a interação humana, que caracteriza o moderno sistema



de prestação de cuidados de saúde, é esperado que traga benefícios significativos para os doentes. No entanto, estão também envolvidos riscos, inevitáveis, que poderão ter consequências na qualidade dos resultados obtidos.

Uma das definições de qualidade nos cuidados de saúde mais ampla e difusamente conhecida é a que foi definida no documento do *Institute of Medicine* em 2001 (Institute of Medicine, 2001) e que operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões: evitar que os doentes sejam lesados pelos cuidados que têm como objetivo ajudá-los (segurança/*safety*); evitar tanto o uso insuficiente como excessivo dos cuidados de saúde (efetividade/*effectiveness*); implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa (centralidade no doente/*patient-centeredness*); intervir junto dos doentes na altura certa (oportunidade/*timeliness*); evitar o desperdício (eficiência/*efficiency*) e proporcionar uma qualidade invariável (equidade/*Equitability*). A segurança é uma das dimensões da qualidade. Grande parte do esforço despendido na investigação em saúde tem como objetivo a compreensão dos mecanismos da doença ou a eficácia da terapêutica. O movimento da qualidade e segurança do doente, por outro

lado, centra a investigação na segurança com que as intervenções em saúde são proporcionadas aos doentes, olhando para a forma como os sistemas e as equipas trabalham, face a face com o doente (Pronovost, 2009).

A segurança e a qualidade num sistema de saúde têm uma expressão individual e sistémica: o doente submete-se a cuidados progressivamente mais tecnológicos, invasivos e fragmentados numa organização que pretende garantir que o ganho em complexidade não se traduza simultaneamente em maior risco e lesão.

Qualidade e segurança são habitualmente difíceis de quantificar. Que definições usar? Quais as medidas adequadas para avaliar lesão, erro ou fiabilidade? São necessárias medidas objetivas e úteis que permitam a monitorização, pelas equipas de saúde, dos ganhos obtidos na implementação de planos de melhoria da prática clínica.

Nas equipas de saúde é frequente a incompreensão dos conceitos de qualidade e segurança. Com base na experiência de 12 anos da implementação de um programa de Qualidade e Gestão de Risco num Centro Hospitalar de Lisboa, tentamos

aqui responder a algumas das questões que são habitualmente levantadas sobre o tema.

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PODE CAUSAR DANO AOS DOENTES?

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), uma agência governamental nos Estados Unidos da América, tinha um orçamento previsto para o ano 2000 de dois milhões de dólares. Neste mesmo ano, com o seu patrocínio, foi publicado o estudo sobre os eventos adversos (incidentes relacionados com os cuidados de saúde que causaram lesão no doente) em hospitais americanos "To Err is Human" que, baseado nos dados apurados, calculou que 44.000 a 98.000 americanos morriam anualmente no hospital por lesões causadas pelos próprios cuidados de saúde. Os eventos adversos gastavam anualmente entre os 2% e 4% da despesa nacional em saúde.

Em 2001, o orçamento da AHRQ elevou-se para 50 milhões de dólares e, em 2012, para 450 milhões. O investimento realizado na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde traduziu-se na criação de campanhas, programas e alertas, de institutos e estruturas de gestão de risco. Assistimos na atualidade, finalmente, à tentativa de avaliar e monitorizar os ganhos do investimento feito.

O mesmo percurso foi seguido pelo Reino Unido, com a criação, em 2000, de um sistema nacional de relato de incidentes e aprendizagem que, se considerarmos só o período de outubro 2011 a setembro de 2012, identificou 3.496 mortes e 8.067 lesões major em 1.364.465 incidentes relatados provenientes de cerca de 371 instituições de saúde. A estimativa de custos anuais

dos eventos adversos no Reino Unido, tendo em conta apenas o prolongamento da hospitalização, é de um bilião de libras (National Reporting and Learning System, 2012).

Em Portugal, foi estimado que uma incidência de eventos adversos, em doentes internados em hospitais, de 11,1%, verificando-se um prolongamento do internamento em cerca de 58,8% dos casos, sendo que, em média, esse prolongamento foi de 10,7 dias. Do total de eventos adversos identificados neste estudo piloto, 53,2% foram considerados evitáveis, (Sousa et al. 2011).

A INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE É, HABITUALMENTE, BASEADA NA EVIDÊNCIA?

Se considerarmos um dia passado na prática da assistência hospitalar ou no ambulatório, será difícil não identificar pelo menos uma das situações descritas no Quadro 1, relacionadas com "desperdício" de recursos que acompanha muitas vezes o profissional e a organização.

Outros aspetos deste "desperdício clínico" (*clinic waste*) são os atrasos diagnósticos, a variação nas intervenções efetuadas quando a evidência favorece claramente uma delas, a falta de comunicação entre os vários níveis de cuidados, a duplicação de medicação e de exames diagnósticos laboratoriais ou de imagem, a falta de coordenação levando a duplicação de cuidados e os tempos de espera exagerados para o doente obter o tratamento necessário.

Quadro 1: Categorias de "desperdício clínico" (*clinic waste*)

Categoria	Eventos adversos e complicações	Uso inapropriado de serviços clínicos	Atrasos ou descoordenação nos cuidados
Definição	Eventos adversos no doente hospitalizado	Uso sistemático de mais ou menos recursos do que os necessários (<i>Overuse</i> ou <i>Underuse</i>)	Fluxo deficiente Má comunicação e coordenação entre profissionais e com os doentes
Exemplos	Readmissão? Infeção associada aos cuidados? Infeção CVC? Infeção da ferida operatória? Pneumonia da ventilação? Erro / lapso na medicação?	TAC ou RMN em vez de ecografia Prolongamento do internamento Internamento desnecessário Uso inapropriado de Antibióticos	Atraso no resultado das análises Cama guardada Marcação ou desmarcação por falta de coordenação

CVC: Cateter Venoso Central; TAC: Tomografia Axial Computorizada; RMN: Ressonância Magnética

Adaptado de : Resar RK, Griffin FA, Kabacennell A, Bones C. *Hospital Inpatient Waste Identification Tool*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.

As medidas de melhoria que abordam a redução do “desperdício clínico” recorrem, habitualmente, à elaboração local de normas para a padronização de procedimentos e à realização de auditorias clínicas para avaliar, na prática, a concordância da atuação dos profissionais com os procedimentos e normas de orientação clínica elaborados.

AS ORGANIZAÇÕES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PROMOVEM UMA CULTURA DE SEGURANÇA?

Apesar da repercussão do erro e do desperdício na qualidade dos cuidados de saúde e apesar dos inúmeros programas para a melhorar, a implementação das medidas de melhoria é um processo lento. São problemas habituais a resistência à mudança e a existência de algumas barreiras institucionais. A implementação de uma cultura de qualidade e segurança do doente apresenta, pelo menos, três tipos de desafios (Pronovost, 2009):

- O recurso inevitável à multidisciplinaridade, já que é necessário intervir simultaneamente nas características físicas do local de trabalho, nas políticas e procedimentos, na tecnologia de informação, no desenho de equipamentos e no comportamento individual e da equipa, tendo em conta ainda a participação ativa do doente na identificação de riscos e problemas nos cuidados.
- O uso de metodologias pouco habituais como a análise de incidentes, os questionários, as entrevistas, as listas de verificação e outros métodos de investigação qualitativa.
- A falta de medidas padronizadas para medir o seu impacto.

Em muitas organizações, a submissão a um processo externo de acreditação constitui um motor determinante para que o esforço de implementação da qualidade e da segurança do doente seja transversal, coordenado nas medidas propostas e apoiado numa decisão permanente do conselho de administração.

QUAL A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DAS MEDIDAS DE MELHORIA IMPLEMENTADAS?

A revisão sistemática de 158 estudos ilegíveis descrevendo a implementação de medidas de melhoria da qualidade e segurança nos cuidados terciários publicados depois de 2000, identificou 61 estudos que mencionavam alguma metodologia para o cálculo de custos (Etchels et al, 2012). Foram selecionados para este estudo 8 objetivos de segurança (eventos

adversos, infeção nosocomial, úlceras de pressão, retenção intraoperatória de objetos estranhos, cirurgia ao lado errado, nefropatia por administração de contraste, trombo embolismo venoso nosocomial e lesão decorrente de queda) e seis estratégias de melhoria (lavagem das mãos, equipas de resposta rápida, utilização de bundles e listas de verificação, ordens automáticas para a paragem de medicação e utilização de códigos de barras na medicação). Os autores encontraram apenas quatro estratégias para as quais os estudos existentes forneciam evidência sólida de boa relação custo – benefício: a reconciliação da medicação orientada pelos farmacêuticos, a utilização de “bundles” para diminuir a infeção associada aos cateteres centrais nas unidades de cuidados intensivos, o uso de clorhexidina para os locais de inserção de cateteres vasculares e a contagem manual de compressas no tempo intraoperatório.

“(...) a qualidade e a segurança em saúde devem ser vistas como partes integrantes e indissociáveis da prestação de cuidados de saúde e não como um acessório, um privilégio ou uma responsabilidade ‘apenas’ de alguns.”

Com o patrocínio do *National Health System* (NHS), do Reino Unido, foi implementada em 2004 a “Safer Patient Initiative”, recorrendo à utilização de “bundles” de cuidados baseados na evidência dirigidos a oito processos clínicos, com o objetivo de reduzir a variação na prática clínica. Foram englobados 20 centros hospitalares e propostas para monitorização 47 medidas de processo e de resultado. Na avaliação do projeto, efetuada em 2011, todos os hospitais melhoraram em pelo menos metade das medidas. Nos cuidados intensivos verificou-se uma melhoria em 72% das medidas, particularmente na incidência de pneumonia associada à ventilação, infeção associada aos cateteres venosos centrais e septicemia nosocomial por *Estafilococcus Aureus Multiresistente* (MRSA).

De acordo com Vincent (2011), é difícil perceber como podemos tornar os cuidados de saúde mais seguros e mais difícil ainda consegui-lo. No entanto, entender a importância em melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados e acima de tudo em desenvolver e aplicar estratégias nesse sentido é um

desafio tão importante como entender os sistemas biológicos nos quais a medicina atua. Pelo exposto facilmente se depreende que a qualidade e a segurança em saúde devem ser vistas como partes integrantes e indissociáveis da prestação de cuidados de saúde e não como um acessório, um privilégio ou uma responsabilidade “apenas” de alguns.

A avaliação dos ganhos obtidos pelas medidas de melhoria da qualidade e segurança dos doentes deve, por isso, basear-se na definição de objetivos claros, na determinação de dados referentes a períodos de pré e pós intervenção, no estabelecimento de medidas de processo e resultado e na possibilidade de avaliação e comparação de dados entre instituições. A mudança de paradigma, da forma como as questões de qualidade em saúde e segurança do doente deve ser encarada, de uma lógica de mais despesa, para uma visão de investimento, representa uma abordagem inovadora em saúde, contribuindo para acrescentar valor, quer ao nível de ganhos em saúde (maior efetividade e segurança), quer em termos económicos (eficiência e oportunidade) e sociais (equidade e centrada no cidadão/utente/doente).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BISCAIA, J. L. – Qualidade em saúde : uma perspectiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*. 6 (2002) 6-10.
2. DEMING, W. E. – Out of the crisis. Cambridge: Center for Advanced Engineering. Massachusetts' Institute of Technology, 1986.
3. Etchells E, Koo M, Daneman N, McDonald A, Baker M, Matlow A, Krahn M, Mittmann N (2012) Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 21: 448-456
4. IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lisboa: Edinova, 1999.
5. JURAN, J. M. – Juran on leadership for quality. New York: Free Press, 1989.
6. KING, S. B. [et al.] – ACC/AHA/SCAI 2007 update of the clinical competence statement on cardiac interventional procedures. *Journal of the American College of Cardiology*. 50 : 1 (2007) 82-108.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
8. Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, Sexton B, Pham JC, Berenholtz SM (2009) Framework for Patient Safety Research and Improvement. *Circulation* 119, 330-337
9. Resar RK, Griffin FA, Kabcenell A, Bones C. *Hospital Inpatient Waste Identification Tool*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. (Available on www.IHI.org)
10. Sousa P., Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C (2011) Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Escola Nacional de Saude Pública, 1ª edição, maio 2011.
11. SOUSA, P. – Patient Safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*. 19 (2006) 309-318.
12. Stiefel M, Nolan K. *A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care and Per Capita Cost*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Available on www.IHI.org)
13. Vincent, C. (2010) *Patient Safety*. London, Wiley Blackwell
14. WALLEY, P. ; GOWLAND, B. – Completing the circle: from PD to PDSA. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17 : 6 (2004) 349-358.
15. WHO – Quality of care: a process for making strategic choices in health system. Geneva: World Health Organization, 2006



Paulo Sousa, Diretor do Mestrado em Segurança do Doente e Docente da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.



Maria João Lage, Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria Médica, Gestora do Risco Clínico do Hospital de Dona Estefânia (CHLC, E.P.E) e Doutoranda em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.