

Qualidade e segurança nas instituições hospitalares e que estratégias para as implementar e garantir constituiu o tema da conferência que o IQS realizou no dia 20 de Fevereiro no auditório do Infarmed, em Lisboa.

ESTRATÉGIAS PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA NOS HOSPITAIS

A sessão de abertura desta conferência contou com a participação do secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, bem como com as presenças do director-geral da Saúde, Francisco George, da sub-directora geral da Saúde, Filomena Parra, do presidente da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Luís Pisco, e do vice-presidente do Infarmed, Hélder Filipe, além de uma plateia diversificada de profissionais do sector.

Para abordar o tema em questão foram convidados dois conferencistas estrangeiros, um deles já conhecido dos profissionais ligados à implementação do projecto IQIP-Portugal. De volta ao nosso país, Vahé Kazandjian, presidente do Center for Performance Sciences e responsável pelo projecto a nível internacional (IQIP – *International Quality Indicator Project*), veio desta vez falar sobre as diferenças e semelhanças entre qualidade e segurança. Por seu lado, Reli Mechtler, do Institute of Health System Research,

da Universidade de Linz, Áustria, apresentou a experiência que neste âmbito se vem desenvolvendo naquele país desde 1998.

Antecedendo a intervenção do responsável da Saúde, Margarida França, directora do IQS, fez uma breve apresentação e agradecimento aos convidados e passou a palavra a Alice Cardoso, directora-adjunta do IQS, a quem coube resumidamente aludir à metodologia do IQIP e aos respectivos indicadores e suas vantagens para os hospitais que os implementam em Portugal.

No uso da palavra, o secretário de Estado da Saúde relevou a Qualidade como uma componente fundamental do SNS e da melhoria contínua que se pretende ao nível do atendimento e da prestação do serviço. Valorizou o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo IQS em termos dos diferentes programas, da promoção de boas práticas e da divulgação de normas clínicas. Realçou as principais linhas de actuação do Ministério da Saúde, nomeadamente a atenção que está a ser dada a



novas áreas, como seja a prestação de cuidados aos idosos e a pessoas em situação de dependência. “Uma rede de cuidados continuados integrados – como referiu – que deverá desde logo atender e responder a critérios e exigências da qualidade”.

Ainda que sublinhando a sua falta de especialização em matéria da Qualidade, Francisco Ramos fez questão de reconhecer a mais-valia que as metodologias, ferramentas e requisitos que lhe são subjacentes, e que estão por demais validados e comprovados, comportam para as instituições que os implementam. Além disso, frisou a utilidade da troca de experiências e conhecimentos, bem como a oportunidade de se desenvolver um trabalho entre várias instituições como este que o projecto IQIP-Portugal proporciona. “É importante que não estejamos sós e que possamos comparar-nos quer entre os hospitais nacionais quer com os de fora que integram o IQIP. A saúde é uma actividade de risco, por isso a possibilidade de nos compararmos é uma forma de nos avaliarmos e podermos melhorar”.

No que refere à área da segurança do doente, Francisco Ramos afirmou ser esta igualmente uma prioridade, além de poder constituir um desafio para as próprias instituições de saúde se abrirem ao exterior e deixarem de funcionar muito voltadas para si próprias. Na sua opinião, “as instituições de saúde têm de preparar-se para dar novos passos e um deles pode ser no âmbito da segurança do doente. Nomeadamente, o obrigar-nos a ser transparentes na forma como trabalhamos os indicadores, na forma como os divulgamos e na forma como assumimos as conclusões. A área da segurança é realmente muito sensível, mas o caminho tem de ser este. Temos de abrir as portas e mostrar como trabalhamos, temos de ser cada vez mais transparentes e responsáveis”. Finalizou a sua intervenção fazendo votos de uma boa sessão de trabalho e de um crescente interesse dos profissionais de saúde por estas questões da Qualidade e da Segurança.

Reportagem de **Graziela Afonso**
Fotos de **Maria José Pinto**



Qualidade e segurança são o mesmo Temos apenas que aprender sobre as suas diferenças!

Numa intervenção coloquial e complementada com imagens muito expressivas dos conceitos que ia abordando, Vahé Kazandjian começou por questionar a arbitrariedade do modo de analisarmos e compreendermos as situações devido ao facto de cada um se colocar segundo o seu próprio ângulo. Uma situação que para ser ultrapassada no contexto da saúde conduz à necessidade de se criarem métodos que permitam medir e avaliar com rigor e objectividade o desempenho dos profissionais.

O *International Quality Indicator Project* (IQIP), de que Vahé Kazandjian é responsável a nível internacional, é um dos métodos experimentais usado em vários países e que, segundo ele, tem vindo a disseminar-se à medida que vão sendo eliminadas algumas barreiras que se colocam no seu início de implementação. Conforme referiu, além dos receios que qualquer avaliação produz, a reacção inicial dos profissionais à implementação do IQIP é considerar que a sua realidade hospitalar é diferente das demais. Ultrapassada esta fase, a questão que se coloca de seguida é saber como será possível aplicar os respectivos indicadores à realidade da sua própria instituição. Na sua opinião, o desafio para os profissionais de saúde está em obterem cientificidade dos seus actos e em fazer uso da metodologia do IQIP como uma estratégia positiva em vez de punitiva, em usar os indicadores de medição do desempenho clínico como uma forma de recompensa e não de castigo.

Acompanhando de perto a implementação do IQIP nos diferentes países, Vahé Kazandjian afirma que as questões que no dia-a-dia se colocam aos profissionais são muito idênticas independentemente do país a que pertençam, facto que facilita a colaboração internacional e, por consequência, ajuda a melhorar

o nível de conhecimento. Como sublinhou, “conhecer o que se passa nos hospitais é de extrema importância para que se possa equacionar melhores respostas e sobretudo actuar de forma preventiva. Mais do que resolver erros que ocorram, é mais importante e eficaz que sejam prevenidos e sujeitos a medidas que combatam a sua possível ocorrência. Prevenir é equacionar atempadamente erros potenciais e para que isso aconteça é necessário mudar o ambiente, ou seja, a envolvente face ao doente, mudar a cultura interna e as formas de actuar e, ao mesmo tempo, considerar o doente parceiro dessa estratégia de gestão do risco”.

Esclareceu que o IQIP em si é um programa que não lida directamente com os erros, com as más consequências de situações ou actos, que os seus indicadores visam, antes demais, medir e monitorizar o desempenho com vista a prevenir essas situações ou actos que mais cedo ou mais tarde provocarão a ocorrência de erros ou danos. Neste âmbito aludiu à questão da má utilização dos antibióticos, a qual levou a que hoje nos deparemos com doenças infecciosas em todo o mundo.

Preparar novas mentalidades

Além de se fomentar o conhecimento e partilha da informação e além de se mudar a cultura interna das organizações, promover a qualidade e segurança necessita igualmente de incentivos. No entender de Vahé Kazandjian, há que incentivar os profissionais, não necessariamente pela via financeira mas pelo seu empenho e contributo nesta matéria. Além disso, as comunidades, os utentes deverão acompanhar as mudanças para poderem manifestar o seu reconhecimento e nível de satisfação.

Recorrendo a uma imagem de 1938, mostrou que a prática da medicina na altura se situava exclusivamente no médico, enquanto que hoje ao falarmos de segurança, da sua avaliação e garantia, esse objectivo não é da exclusividade dos médicos. “Trata-se dum objectivo que é transversal à instituição, no qual também os médicos participam, não sendo contudo o elemento mais importante. A segurança do doente é uma actividade operacional, mecânica, nada tem de conceptual como tem, por exemplo, a qualidade. Quando equacionamos questões de segurança, estamos a interrogar-nos sobre se estaremos a dar a medicação certa, sobre se a iluminação é a mais correcta, sobre se os pavimentos estarão húmidos e escorregadios, sobre se a informação dada ao doente depois da alta é a mais correcta e suficiente ou sobre as razões de uma ambulância levar mais tempo a chegar à casa do doente que a entrega duma piza... São de facto questões muito concretas que fazem parte da performance do desempenho das instituições. Promover a segurança é uma forma de nos compreendermos, de compreendermos os nossos actos e de compreendermos as instituições onde trabalhamos. Daí a pertinência dos indicadores construídos com esse intuito, os quais, porém, apenas medem a realidade, mas não a alteram. Mudar a realidade, só as pessoas, os profissionais o podem fazer”, observa Vahé Kazandjian.

A preparação duma nova mentalidade e cultura hospitalar foi, na sua opinião, o que tornou possível compreender cada vez melhor a problemática da qualidade e agora a da segurança do doente. A criação da ideia de responsabilização pelos actos, a abertura para avaliar e medir a qualidade do serviço prestado e a satisfação de profissionais e utentes faz hoje parte do quotidiano de muitas instituições em todo o mundo. A segurança do doente terá também de fazer parte desse dia-a-dia. Neste novo contexto Vahé Kazandjian coloca a relação que deve existir com os erros e as falhas, abandonando-se a imagem, errada, que o acto médico é isento de erros e que os médicos são os melhores e, ao mesmo tempo, sem que isso gere insegurança e falta de confiança nos doentes.

Aludindo à publicação, em 2000, do primeiro relatório sobre segurança do Instituto de Medicina dos EUA, sob o título “Errar é humano”, salientou que a abordagem utilizada não foi no sentido de culpar os profissionais pelos erros cometidos, mas sim culpar o sistema que deu azo a tais erros. Com efeito, “não podemos fazer passar a ideia que não cometemos erros, porque cometer um erro não é uma falha de carácter. Vamos, sim, ter de questionar as razões em vez de se ficar a sofrer em silêncio com o erro cometido. Há que falar dos erros para retirar daí lições e partilhá-las para que sejam aprendidas. É neste contexto que vamos ouvir a experiência austríaca, à semelhança de centenas de experiências idênticas, que permitem que outros não tenham de passar por erros semelhantes e possam actuar de forma a preveni-los e evitá-los. É preciso ter uma estratégia para atender às fontes potenciais de erro antes de se começar a olhar para os erros propriamente ditos. Questionar a possibilidade de erros ocorrerem é estarmos a situar-nos no campo das probabilidades. Como lidar então com as probabilidades? Julgo que todos aprendemos, no contexto da problemática da qualidade e da sua melhoria contínua, que é no interior das organizações que essa melhoria pode ocorrer. Esta é uma receita para o sucesso. Ajuda-nos a não nos sentirmos ameaçados, a compreender o ambiente organizacional onde as coisas podem correr mal e a actuar preventivamente”.

Resultados possíveis

Através da utilização dos indicadores de avaliação no âmbito do IQIP, Vahé Kazandjian diz que foram dados instrumentos aos hospitais para atenderem à sua cultura interna organizacional e medirem as mudanças e os resultados das novas estratégias que foram introduzindo ao longo do tempo. Validada há vários anos em mais de 4000 hospitais, considerou que se trata duma ferramenta simples para medir as áreas potenciais em que as coisas podem correr mal e o modo como os profissionais conseguiram fazer a diferença e ultrapassar as dificuldades. “É a melhor forma dum profissional de saúde alterar a sua forma de actuar é realmente conhecer como os seus pares estão a fazer e a ter sucesso com isso. A vontade e o empenhamento em mudar advêm da comparação com os pares. É sem dúvida o processo mais persuasivo”, resumiu.

Na sequência da aplicação do IQIP uma das áreas de melhoria é a da informação sobre os doentes. Segundo

afirmou, “esta tem sido tradicionalmente uma das áreas mais fracas entre os cuidados de saúde que é preciso melhorar progressivamente. Ao contrário do medicamento, a área mais estudada, a informação sobre o doente é escassa e não está disponível na hora da decisão. Por exemplo, não sabemos quantos doentes são alérgicos a este ou aquele medicamento. Por exemplo, não sabemos que tratamento prévio tiveram antes de chegar ao hospital, facto que possibilitaria uma resposta mais ajustada”.

Mas esta melhoria traz consigo novas questões. Construir um sistema que nos leve a ver para além do que é óbvio, que nos possibilite ver como as coisas se inter-relacionam, constitui um novo desafio. Nas suas palavras, “elevator a segurança do doente leva-nos a uma nova etapa, a de equacionar um indicador futuro de desenvolvimento, o qual integre indicadores agregados a nível hospitalar, indicadores específicos da doença e indicadores de segurança dos doentes. Além disso, a poder depois partilhá-los, facto que nos confronta com a questão da confidencialidade dos dados actualmente tão acerrimamente defendida. Em todo o mundo a utilização dos dados dos doentes é limitada, mas julgo que estas mudanças a que hoje assistimos irão pressionar as situações no futuro. Ainda não estamos prontos para isso, mas penso que os indicadores agregados de segurança do doente

são o nosso futuro e um desafio a enfrentar pelos profissionais de saúde nos próximos 10 anos”.

Qualidade é amor

O que é a Qualidade? Respondendo a esta questão, Vahé Kazandjian serviu-se da opinião dum seu antigo professor, o qual dizia, por um lado, que “a Qualidade não é grátis, tem de se pagar por ela”. Por outro lado, que “a Qualidade muda quando as pessoas mudam”. Quer isto dizer que, se o nível dos seus conhecimentos mudar, a Qualidade mudará também. E, ainda, que “a Qualidade é amor”. Ou seja, as pessoas só irão mudar se amarem aquilo que fazem, se o trabalho não for uma mera ocupação mas algo que cada pessoa ama e se empenha profundamente em fazer. Nesse sentido, Vahé Kazandjian remata: “É verdade que nem todos irão para casa pensar no seu trabalho ou acordam a meio da noite com uma ideia nova, mas a questão então é como vamos desenvolver um sistema que não se vê a si próprio como potenciador de erros, se não se conseguir chegar a toda a gente. Penso que há que chegar primeiro aos que compreendem a problemática da Qualidade e contar que depois os outros irão atrás”.

Concluindo a sua intervenção, Vahé Kazandjian, nascido na Arménia, cita três ditados que a sua mãe lhe costumava contar e comenta-os:

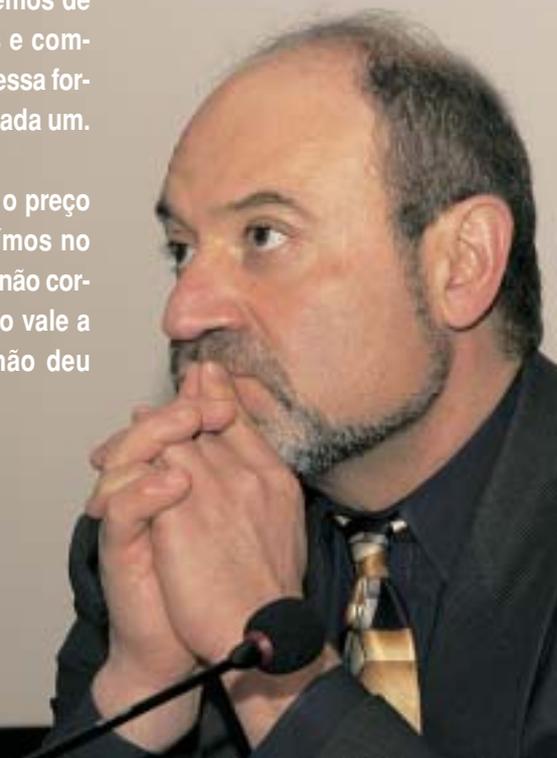
“Podes insistir em bater à porta de um surdo que ele nunca te responderá!” – também o sistema é surdo, como fazer então? Na minha opinião, procurando abrir a porta doutra forma, pensando em novas estratégias.

“Sempre que apontas o dedo a alguém, tens os outros dedos a apontar para ti!” – algo que os profissionais de saúde não gostam de ter, não gostam que se lhes aponte o dedo, isso é meio caminho para perderem a confiança no sistema e o amor pelo seu trabalho. Como ultrapassar isso

então? Há que olharmos primeiro para o nosso modo de fazer as coisas, temos de fazer uma análise dos processos e compreender porque estamos a fazer dessa forma. É o trabalho introspectivo de cada um.

“Sempre que a história se repete, o preço sobe!” – em muitas situações caímos no erro de repetir o que anteriormente não correu bem. O melhor é esquecer, não vale a pena insistir se à primeira vez não deu resultado.

Passando a palavra a Reli Mechtler, deixou o desafio à assistência para aprender com os bons exemplos, desta vez um exemplo vindo da Áustria.



Experiência austríaca

Reli Mechtler, do Institute of Health System Research da Áustria, veio falar de duas experiências no seu país, da implementação de indicadores de desempenho clínico no âmbito do IQIP (*International Quality Indicator Project*) e do projecto-piloto MEDSAFE sobre o uso seguro de medicamentos.



Começando por fazer uma descrição breve do seu país e do sector da saúde, assinalou a existência de 270 hospitais para uma população de oito milhões de habitantes. Situou em 2005 o início duma grande reforma no sector, abrangendo todos os prestadores de cuidados de saúde e tendo sido introduzidas penalizações financeiras para as instituições que não implementem mecanismos de controlo da qualidade. De acordo com esta nova legislação, cada instituição de saúde tem de implementar um sistema da qualidade, embora o modelo sob como fazê-lo não tenha sido definido.

A implementação do IQIP iniciou-se em 1998, com o apoio do Ministério da Saúde, em resposta à exigência de existirem meios externos de comparar os hospitais entre si. A coordenação nacional foi entregue à Universidade de Linz/Institute of Health System Research, com o objectivo de garantir independência e confidencialidade dos dados. Nessa altura foram seis os hospitais que aderiram ao IQIP e, em 2005, já foram 27 hospitais e três clínicas psiquiátricas que participaram no indicador psiquiátrico.

Sobre o apoio dado às instituições aderentes, Reli Mechtler afirma que esse se regista ao nível da definição dos indicadores mais relevantes em cada hospital, ao nível da recolha e utilização dos dados, da gestão da informação e da formação. Depois dos indicadores bem definidos, num máximo de dois ou três para garantir o sucesso, cada hospital tem uma equipa constituída por três a cinco pessoas, interdisciplinar,

normalmente chefiada por um médico. Embora dependendo dos indicadores escolhidos, em média, são aconselhadas 40 horas/mês para a fase de introdução e duas horas/mês para garantir a utilização rotineira do indicador.

Em relação à qualidade dos dados e sua garantia, e atendendo à vicissitude das alterações frequentes ao nível das equipas, foi adoptado um modelo específico de recolha dos dados independentemente de quem os recolhe, assegurando a constância da recolha e a introdução uniforme dos dados. Passou também a ser a universidade a fornecer o tratamento dos dados, com gráficos, relatórios comentados e a assegurar que pelo menos uma vez por ano se processe a comunicação a todo o hospital, depois de numa primeira fase se ter detectado ineficiências por parte dos hospitais para assegurar devidamente esses objectivos.

Considerando-se a comunicação importante, trimestralmente são promovidas reuniões de rotina, onde são anunciados e discutidos os números, bem como avaliado se houve ou não evolução e se são necessárias mudanças. Uma vez por ano realiza-se uma reunião com a direcção do hospital. Em termos da formação, esta processa-se duas vezes por ano, sobretudo para os novos membros que vão integrando as equipas.

IQIP e a qualidade

Quanto à integração do IQIP nos sistemas da qualidade dos hospitais, Reli Mechtler deu o exemplo prático dum hospital que utiliza o *balanced scorecard* (BSC) como ferramenta de optimização da sua gestão. Para além de existirem os indicadores do IQIP, foi adoptado por este hospital um conjunto de indicadores internos monitorizados segundo esta ferramenta. Ao contrário dos indicadores do IQIP, estes indicadores desenvolvidos internamente não podem ser comparados com os de outros hospitais, mas ajudam a melhor medir o desempenho e a atingir os objectivos estipulados. Os seus requisitos são definidos em conformidade com esses objectivos estratégicos internos e os resultados vão depois espelhar se esses objectivos foram ou não alcançados. As medidas para provocar as mudanças impõem-se de seguida e ganham o envolvimento dos profissionais.

Exemplificando, Reli Mechtler mostrou três quedas documentadas e a forma como o respectivo indicador foi trabalhado. Num determinado hospital foram analisados os doentes que estavam numa posição de risco especial e avaliadas as condições que lhes eram proporcionadas com o intuito de reduzir o número de quedas verificadas e que lhes provocavam lesões. Foi desenvolvida uma *check-list* e os doentes ao serem admitidos passaram a ser avaliados por esta lista e a ser classificados segundo o seu nível de risco. O resultado foi bastante animador para os profissionais, que se sentiram motivados para prosseguir com o projecto.

Segundo outro exemplo, foi possível reduzir os regressos não planeados à unidade de cuidados intensivos, cujo número era muito elevado. Os doentes em risco de voltar à unidade passaram a ser devidamente avaliados e o mais importante que daí se concluiu é que havia que desenvolver orientações no seio da própria equipa.

Reli Mechtler deixou ainda um ponto de reflexão habitualmente feito por aqueles que têm integrado o projecto: “O IQIP é uma ferramenta muito útil, mas que tem de ser integrada no âmbito dum sistema da qualidade que já exista no hospital ou numa unidade.

É preciso que seja uma ferramenta integrada e não com existência isolada para que se possa processar a melhoria contínua”.

Projecto-piloto MEDSAFE

Igualmente promovido pelo Ministério da Saúde, o projecto-piloto MEDSAFE começou no início de 2004 e vai durar até 2007. O seu objectivo é fazer uma avaliação sistemática dos principais processos relativamente à utilização segura da medicação e do contexto no qual ocorrem esses processos. É um programa que visa, por exemplo, analisar as horas de toma da medicação, significando igualmente a promoção duma cultura de segurança. Quatro instituições-piloto integram o projecto, três de medicina geral e cirúrgica e um centro de enfermagem, além de dois hospitais do projecto IQIP.

Existindo nos EUA há meia dúzia de anos, o projecto-piloto MEDSAFE na Áustria encontra-se actualmente na quarta etapa num conjunto de seis etapas. Em cada instituição de saúde há uma equipa que trabalha em conjunto com a universidade, constituída por duas a cinco pessoas, pluridisciplinares: farmacêuticos, médicos, enfermeiros e um gestor da qualidade.

A avaliação baseia-se num questionário validado, dividido em 10 principais elementos-chave que se dividem em subcategorias. No total é um questionário com cerca de 190 perguntas. As respostas ao questionário proporcionam a discussão e análise e conduzem à definição de algumas estratégias. Como exemplos de estratégias de melhoria já implementadas, Reli Mechtler falou da rotulagem dos fármacos e embalagens e da nomenclatura, bem como da publicação de listas actualizadas de medicamentos. Está ainda em desenvolvimento um sistema informático de medicamentos.

Como reacção inicial habitual, a primeira vez que as instituições viram o questionário acharam que não era para si, que a sua realidade era muito diferente daquela que se vive nos EUA. Mas, como referiu Reli Mechtler, avançou-se para alterações e ajustamentos em conjunto, levando a que em 2005 se tenha iniciado esse primeiro conjunto de medidas de melhoria junto dos hospitais-piloto e se vá avaliar agora os respectivos resultados. Até Março de 2007, de acordo com os resultados que se forem obtendo, ficará definido o modelo a utilizar por qualquer hospital austríaco com vista à utilização segura dos medicamentos.