
PEDRO LOPES FERREIRA

Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra
e Centro de Estudos Sociais
(Núcleo de Estudos da Saúde)

Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde

93

Aborda-se neste texto o problema da definição da qualidade de cuidados de saúde, especialmente em programas orientados para uma contínua melhoria da qualidade. Apresenta-se uma perspectiva genérica da definição de qualidade e das dimensões que a compõem e discutem-se três áreas de medição da qualidade de cuidados de saúde — estrutura, processo e efeito. Sublinha-se os esforços de vários investigadores para caracterizarem a

qualidade hospitalar e para a análise da perspectiva do doente. Finalmente, demonstra-se a necessidade de formação de equipas interdisciplinares para definir e medir a qualidade dos cuidados de saúde, integrando cientistas sociais de várias áreas, como a engenharia industrial, serviços de saúde, ciências da decisão, sociologia, e também investigadores das mudanças processadas nas organizações e técnicos de estatística.

ESTE texto centra-se na definição e medição da qualidade, particularmente a qualidade dos cuidados de saúde. A definição da qualidade dos cuidados de saúde tem sido tradicionalmente delegada nos médicos, com alguma (pouca) intervenção dos administradores hospitalares. Pensamos que, numa instituição de saúde, a melhoria da qualidade deve fazer parte das tarefas quotidianas de cada um e, para isso, a definição e medição da qualidade devem incluir o pessoal de enfermagem e os técnicos, além dos administradores e médicos. Os conhecimentos destes profissionais da saúde deverão ser combinados, centrando-se os esforços naquilo que os consumidores finais (os doentes) desejam e necessitam. A qualidade só pode ser melhorada pela integração de uma vasta variedade de critérios e conhecimentos.

O objectivo deste texto não é fornecer ao leitor uma definição de qualidade, antes se pretende apresentar alguns conceitos que o ajudarão a definir qualidade no seu próprio ambiente e condições de trabalho. Esta tarefa necessita da contribuição de todos os níveis do sistema de prestação de cuidados de saúde, assim como do apoio de outras disciplinas que normalmente lhe são estranhas.

Introdução

Iremos discutir a qualidade sob uma perspectiva genérica, apresentando definições e dimensões usadas para a medir, ficando a sua operacionalização dependente das características dos respectivos ambientes. Podem, no entanto, servir de base para apoiar o leitor no processo de definir qualidade. Finalmente, apresentaremos uma construção usada para medir a qualidade dos cuidados hospitalares.

O conceito de qualidade

Não há uma definição única para qualidade. Qualidade é muitas vezes definida em termos daquilo que é e daquilo que não é. Como uma primeira abordagem, pode usar-se uma lista de características considerada como uma definição provisória do que a qualidade é num determinado ambiente, e que poderá posteriormente ser tornada mais precisa. Deste ponto de partida, podemos iniciar a operacionalização da definição de qualidade e obter atributos mensuráveis.

É, no entanto, vital fazermos a distinção entre a definição de qualidade e as medidas "por procuração" usadas por nós como indicadores de qualidade. Um outro ponto importante é que os atributos e critérios que representam a qualidade não devem substituir aqueles que pretendem, embora imperfeitamente, medir. Se não tivermos tais cuidados, podemos falhar na tentativa de melhorar a qualidade e estaremos apenas preocupados em atingir níveis, estaremos apenas a trabalhar para manter o *status quo*.

Sempre que a melhoria contínua da qualidade for encarada por uma organização como um objectivo principal a atingir, um dos primeiros passos a dar é certamente o da definição do conceito de qualidade. Esta definição está, contudo, associada a factores de natureza subjectiva, tais como sistemas de valores, sendo portanto extremamente importante para um programa de melhoria de qualidade a capacidade de reconhecer tais valores, de os descrever de uma maneira operacional e de encontrar medidas apropriadas que validamente os reflectam. Pensamos que entender a qualidade num sentido genérico nos ajudará também a levar a cabo tais tarefas.

Aquilo que pode ser considerado qualidade por uns, pode também ser considerado inapropriado por outros. No entanto, embora o ditado "a qualidade está nos olhos de cada um" seja um pouco verdadeiro, certo é que a boa qualidade é geralmente reconhecida por todos. Quando há discordâncias, estas reduzem-se normalmente à relevância dos tipos ou das dimensões da qualidade. Há, de facto, uma interacção complexa entre definir qualidade, medi-la e estabelecer critérios para os deter-

minados níveis de qualidade. Iremos rever neste texto as taxinômias que alguns autores utilizam nas múltiplas tentativas de definir e medir a qualidade. Estas taxinômias podem ser vistas como um enquadramento que pode ser modificado pelo leitor quando encarar o problema da qualidade num determinado ambiente.

Garvin, no seu livro *Managing Quality* (1988) fornece-nos várias definições de qualidade, apresentadas na Tabela 1. Modificou, no entanto, estas definições, descrevendo várias dimensões que sugerem medidas de qualidade semelhantes às medições físicas. Garvin forneceu as seguintes dimensões ou medições de qualidade (Tabela 2).

95

Tabela 1 — Cinco Definições de Qualidade

Transcendente	Característica inerente e imensurável da qualidade — reconhecêmo-la quando a vemos.
Baseada no Produto	Variáveis mensuráveis e precisas que se identificam com a qualidade de um produto.
Baseada no Utilizador	Perspectiva idiossincrática e pessoal da qualidade e uma das mais subjectivas.
Baseada na Construção	A qualidade é determinada pela procura de um produto — se as pessoas o querem é porque é bom.
Baseada no Valor	Envolve qualidade e preço. Pode usar qualquer uma das medidas de qualidade acima descritas, mas compara-as com o custo do produto.

Fonte: Garvin 1989, pp.40-46.

Tabela 2 — Dimensões de Qualidade

Performance	Características operacionais primárias do produto (por exemplo, um automóvel com um depósito de gasolina de 70 litros pode ser considerado de melhor qualidade do que um outro com apenas 40 litros, com uma muito menor independência).
Características	Características secundárias que permitem diferenciar os produtos (por exemplo, possibilidade de um aparelho de televisão ser comandado remotamente).
Confiança	Probabilidade de um produto funcionar mal ou avariar. Mais adequada a bens duradouros do que a serviços ou produtos consumíveis instantaneamente.
Conformidade	Grau de adesão do produto a padrões previamente estabelecidos. Relacionada com os custos associadas à má qualidade (funções de perda de Taguchi).

Tabela 2 — Dimensões de Qualidade (cont.)

Durabilidade	Medida da vida do produto.
Manutenção	Facilidade que um produto tem em ser reparado, caso necessário. Inclui também velocidade de reparação, competência e cortesia no atendimento.
Estética	Medida baseada em opinião pessoal (qual o aspecto do produto, o cheiro, o sabor, a reacção ao tacto).
Percepção de Qualidade	Como é que o consumidor vê o produto, baseando-se na abordagem transcendente de que o consumidor reconhece a qualidade quando a vê.

Fonte: Garvin 1989, pp.49-60.

Definir qualidade é de facto uma tarefa complexa (¹). Examinando as dimensões de qualidade especificamente aplicadas aos cuidados de saúde, Palmer (1983) usou uma definição do Instituto de Medicina dos EUA, segundo a qual o principal objectivo de um sistema de garantia de qualidade deve ser o de tornar o mais efectivos possível os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e a satisfação da população, dentro dos recursos que a sociedade e os indivíduos decidiram gastar com tais cuidados. Palmer identificou cinco dimensões para a definição de qualidade de cuidados de saúde (ver Tabela 3) que ilustram os aspectos da necessária interacção entre preocupações clínicas e não-clínicas dentro de uma instituição de saúde.

Tabela 3 — Definições de Qualidade de Cuidados de Saúde

Eficácia	Característica de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde.
Eficiência	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde usados.
Acessibilidade	Grau de acesso aos cuidados de saúde, em face das barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural ou emocional.
Aceitabilidade	Grau de satisfação dos doentes em relação aos cuidados de saúde.

(¹) Aconselhamos o leitor mais interessado a ler o livro de Garvin para um tratamento mais pormenorizado destas definições e dimensões. Nem todas estas definições e dimensões são apropriadas a qualquer ambiente, em particular em tópicos clínicos ou de cuidados de saúde. No entanto, são úteis para nos ajudar a clarificar o conceito de qualidade, em particular em funções administrativas e de serviços.

**Tabela 3 — Definições de Qualidade
de Cuidados de Saúde (cont.)**

<p>Competência do Prestador de Cuidados</p>	<p>Capacidade do prestador de cuidados em usar nas tomadas de decisão o melhor conhecimento disponível, de modo a produzir consumidores sãos e satisfeitos. A competência do prestador de cuidados diz respeito às capacidades técnicas e de relacionamento interpessoal, assim como ao próprio sistema de prestação de cuidados e à maneira como ele funciona na globalidade.</p>
--	--

Fonte: Palmer 1983.

97

Os cuidados de saúde podem ser ao mesmo tempo eficazes e eficientes. Devemos obter a quantidade máxima de benefício dentro dos recursos disponíveis, o que pode exigir alterações no sistema de prestação de cuidados. Os responsáveis de um Centro de Saúde, por exemplo, que tentam equilibrar eficácia e eficiência restringindo o leque das escolhas disponíveis aos doentes, podem, no entanto, levantar a questão "como é que os consumidores deste Centro encaram esta decisão?" Mesmo com a restrição dos cuidados de saúde, o consumidor pode manter-se satisfeito se, por exemplo, a informação que lhe é prestada melhorar substancialmente, permitindo-lhe uma melhor gestão do seu estado de saúde e das alternativas que se lhe deparam para o melhorar.

Este exemplo ilustra a forma como as dimensões de qualidade (no nosso caso, eficácia, eficiência, percepção do consumidor e acesso) devem interactuar. Outras interacções serão específicas do ambiente em causa e devem ser determinadas pelas pessoas que conhecem esse ambiente.

"Qualidade de cuidados de saúde" é uma expressão muito difusa e por isso existem algumas dificuldades em definir este conceito assim como em medi-lo. No entanto, tem havido algumas tentativas.

Para melhor compreendermos o conceito de qualidade de cuidados de saúde, começemos por abordar dois outros conceitos. O primeiro é o conceito de saúde, tantas vezes definido sem no entanto haver uma definição universalmente aceite. A Organização Mundial de Saúde considera saúde "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (World Health Organization, 1978). Este conceito foi também definido por Capra (1983) como uma experiência de bem-estar resultante do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como as respectivas interacções com o am-

**Definição
de qualidade
de cuidados
de saúde**

biente natural e social. Ambas as definições colocam a tónica não no doente, mas em todos os indivíduos. De facto, as pessoas continuam a estar interessadas e participativas, mesmo quando estão com saúde, isto é, não estando doentes mas sendo potenciais consumidores de cuidados de saúde (Cruikshank, 1968).

O segundo conceito que necessita de ser definido previamente é o de cuidados de saúde. Costanzo e Vertinsky (1975) definiram este conceito como um serviço abrangente fornecido com o objectivo de produzir mudanças nos estados fisiopatológicos e/ou psicológicos das pessoas.

Finalmente, Donabedian definiu qualidade de cuidados de saúde como "o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes" (Donabedian, 1980, pp. 5-6).

Tem sido sempre extremamente difícil distinguir a definição de qualidade de cuidados da sua operacionalização. Entre os investigadores é fácil encontrar-se um consenso relativo à necessidade de, para se criar uma definição usável de qualidade de cuidados, enumerar os elementos que lhe pertencem, criando-se assim uma operacionalização da definição de qualidade de cuidados de saúde. É esta a ideia que se encontra subjacente à afirmação de Donabedian (1988) quando escreveu que é desastroso proceder-se a medições sobre a qualidade de cuidados de saúde, sem que haja uma definição precisa do que se entende por este conceito.

Da literatura existente nesta área, há dois elementos que imediatamente se destacam. O primeiro é a componente técnica dos cuidados, ou a função de curar, que corresponde à forma como as ciências da saúde são em geral aplicadas numa situação específica, tendo em conta o conhecimento e a tecnologia médicas disponíveis (Vuori, 1982). A sua preocupação essencial é a adequação dos processos de diagnóstico e de terapêutica, sendo a qualidade julgada em termos do que de melhor existe na prática. A qualidade técnica implica juízos acerca da competência dos prestadores dos cuidados, como por exemplo, eficácia e precisão das suas actividades e os riscos desnecessários que são corridos.

O segundo elemento — o aspecto interpessoal dos cuidados de saúde ou função de cuidar — engloba os elementos humanos dos cuidados e as relações sociais e psicológicas entre o doente e os prestadores de cuidados, as explicações acerca da

doença e do tratamento, assim como a informação recebida. Corresponde à forma como os prestadores de cuidados interatuam pessoalmente com os doentes em termos de consideração, amizade, paciência, cortesia, respeito e sinceridade. O processo de cuidar é normalmente considerado pelos doentes como um dos mais importantes quando avaliam a qualidade dos cuidados prestados (Donabedian, 1980; Hulka *et al.*, 1975; Ware e Snyder, 1975). Ambos os aspectos, técnico e interpessoal, são ciência e são arte; nem sempre é possível distinguir entre eles.

Os outros três eixos usados para avaliar e medir a qualidade dos cuidados de saúde são o acesso, a disponibilidade e a continuidade de cuidados. O acesso e a conveniência são factores respeitantes à recepção dos cuidados, tal como o tempo até obter uma consulta, chegar ao hospital, esperar para ser atendido, ou até, em alguns casos, a possibilidade de receber os cuidados em casa. Também componente do acesso aos serviços de saúde, a componente financeira é uma área que tem sido considerada na análise da qualidade de cuidados (Ware e Snyder, 1975). Em relação a este último atributo, os investigadores normalmente consideram como componentes o custo, os mecanismos de pagamento e o tipo de seguro de saúde existente. Como parte do acesso aos cuidados de saúde, os investigadores incluem ainda a facilidade em se aceder aos cuidados urgentes, o tempo que se leva a chegar ao local onde os cuidados são prestados (conveniência dos serviços) e a dificuldade de marcação de consultas (Ware *et al.*, 1983).

A dimensão seguinte representa a disponibilidade dos recursos, tal como o número de prestadores e as instituições. Corresponde ao número de clínicos gerais, de especialistas, de hospitais e ao equipamento disponível nos gabinetes e nas salas de tratamento.

A continuidade (i.e., ser sempre visto pelo mesmo médico) é a última dimensão usada para definir a qualidade dos cuidados. É incluída pois contribui para a obtenção de maior benefício ou utilidade (Donabedian, 1980), medindo a falta de interrupção dos cuidados necessários e a manutenção da interacção entre o doente (ou a família) e os prestadores de cuidados (Bass e Windle, 1972; Shortell, 1976).

A Tabela 4 apresenta as dimensões usadas para definir a qualidade dos cuidados de saúde ⁽²⁾. Outros estudos mostraram

(2) Estas quatro dimensões foram identificadas como escalas hipotéticas a partir de um questionário que media a satisfação dos doentes. Após uma análise factorial de segunda ordem, estes factores correspondem aos eixos ortogonais das atitudes dos doentes respeitantes aos cuidados de saúde (Kaiser *et al.*, 1971; Snyder e Ware, 1974; Ware *et al.*, 1983).

que estas dimensões podem ser medidas separadamente. Além disso, da literatura recente nesta área ressalta que as dimensões referentes às relações interpessoais, à qualidade técnica, ao acesso e conveniência e às finanças são as que mais têm sido usadas em estudos da qualidade de cuidados e avaliação da satisfação dos doentes.

Por fim, é também importante salientar que, sempre que falemos sobre qualidade, devemos especificar o que preten-

Tabela 4 — Dimensões da Qualidade de Cuidados de Saúde

I. Conduta do Prestador de Cuidados	
A. Função de curar	Medidas preventivas, eficácia, <i>follow-up</i> , prudência e discricção.
B. Função de cuidar	Informação prestada, confiança transmitida, consideração pelos sentimentos, cortesia e respeito.
II. Acesso aos Cuidados e Conveniência	
A. Acesso	Cuidados urgentes, conveniência dos serviços, acesso.
B. Finanças	Custo dos cuidados, mecanismos de pagamento, seguro.
III. Disponibilidade	
	Ter hospitais, especialistas, clínicos gerais e instalações bem equipadas.
IV. Continuidade	
	Continuidade de cuidados, médico regular.

Tabela adaptada de Donabedian (1980) e Ware *et al.* (1983)

demos significar com o termo: que aspecto de qualidade, qualidade para quem e com que objectivo, e qualidade de quem. Só depois de respondermos a todas estas questões seremos capazes de medir a qualidade dos cuidados de saúde.

Medição da Qualidade de Cuidados de Saúde

Donabedian, após analisar a investigação realizada nas áreas de qualidade de cuidados de saúde e de garantia de qualidade, sintetizou as seguintes três zonas de medição de qualidade: estrutura, processo e efeito (Donabedian, 1966, 1969). Esta trilogia tem sido desde então aceite como uma abordagem para medir a qualidade de cuidados de saúde, assim como um instrumento para classificar programas de garantia de qualidade. (Costanzo e Vertinsky, 1975; Lohr e Brook, 1984; Lohr e Ware, 1987). As definições de Donabedian (1980, 1988) para estrutura, processo e efeito são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 — Trilogia de Donabedian

Estrutura	Características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados de saúde, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor, e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham.
Processo	Conjunto de actividades que se desenvolvem entre prestadores de cuidados e doentes.
Efeito	Alteração no estado de saúde actual ou futuro de um doente que possa ser atribuída a anterior prestação de cuidados de saúde.

Estrutura corresponde às características físicas dos ambientes onde os cuidados de saúde são prestados (categorias de pessoal, especialidades oferecidas), ou às características dos prestadores de cuidados (qualificação académica e profissional dos médicos). Esta abordagem estrutural é baseada no pressuposto de que boas condições anteriores têm mais probabilidade de conduzir a um melhor processo de cuidados e a melhores efeitos ou consequências.

A ideia original desta abordagem *ex ante* pode ser encontrada no estudos pioneiros de Flexner sobre as escolas de Medicina americanas e canadianas (Bradbury, 1937; Flexner, 1950). Após ter visitado estas escolas, Flexner sugeriu que se considerassem importantes para a qualidade de cuidados factores como pessoal, recursos financeiros e instalações clínicas e de laboratório.

Uma medida para avaliar a estrutura pode ser, por exemplo, o número e qualificações do pessoal que presta os cuidados de saúde. Outras poderiam ser a localização geográfica e sócio-económica do hospital, a existência de seguros de saúde, o tipo de organização dos prestadores dentro do hospital, a forma de pagamento, o esquema existente para melhorar a qualidade de cuidados e o desenho e organização dos sistemas de cuidados de saúde.

No entanto, se basearmos a investigação apenas na estrutura, sem qualquer pesquisa em relação às eventuais correlações com os efeitos, poderemos chegar a conclusões imprecisas (Greene, 1976). Basear os esforços de melhoria de qualidade apenas na estrutura (mudando apenas regulamentações, por exemplo) pode também provocar falta de profissionais qualificados (porque os padrões são demasiado elevados), ou mesmo, inibir eventuais inovações. Mais importante, contudo, é a limitação do conhecimento sobre as relações (de causa e efeito) entre estrutura e *performance* (Ferreira e Sainfort, 1990).

A segunda componente da trilogia de Donabedian é o *processo*. Variáveis de processo são as que descrevem o que é feito pelos prestadores de cuidados e outros aos doentes, desde a admissão à alta, incluindo o planeamento de alta. Esta abordagem baseia-se nas elevadas correlações existentes entre conhecimento e tecnologia médica e efeitos (Kane *et al.*, 1977).

Parte-se também do pressuposto de que estamos interessados em conhecer a qualidade dos cuidados médicos aplicados. A qualidade destes processos tem sido definida na literatura de garantia de qualidade através de uma abordagem normativa. As normas para os aspectos técnicos dos cuidados são definidas pelo estado das ciências e tecnologias médicas, sendo o processo interpessoal regido por normas de sociedade e regras de ética. Lee e Jones (1933) foram dos primeiros a definir o que se entende por bons cuidados médicos como "o tipo de medicina praticada e ensinada pelos líderes reconhecidos na profissão médica num determinado tempo ou período de desenvolvimento social, cultural e profissional, numa comunidade ou grupo da população" (Bradbury, 1937: 3).

As rotinas tradicionais de estudo do processo de cuidados de saúde são a revisão de utilização e a auditoria médica (Brook e Lohr, 1980). A revisão de utilização baseia-se na avaliação das necessidades médicas dos serviços por profissionais de saúde e se estes serviços foram ou não prestados aos doentes (Goran *et al.*, 1975). A auditoria médica é definida por Vuori (1982) como uma determinação retrospectiva da qualidade de cuidados, com base no conteúdo do registo clínico (Fessel e Brunt, 1972; Hopkins *et al.*, 1975; Jacobs *et al.*, 1976). São também normalmente construídos programas de tratamento e protocolos para recomendar linhas de orientação para os diversos níveis de cuidados, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente. É, no entanto, aconselhável que estas linhas de orientação sejam ajustadas pelos utilizadores, tendo em conta o ambiente onde o cuidado é prestado. Devemos também ter em conta, tal como foi lembrado por Clute, que a inexistência de registos adequados não é incompatível com a prática de uma boa, ou mesmo excelente, qualidade (Clute, 1963). Isto cria, portanto, a necessidade de olharmos para o processo de cuidados de saúde com olhos diferentes dos tradicionais.

Não é possível ignorarmos a importância da abordagem processual da avaliação da qualidade. No entanto, devemos salientar que, se usarmos apenas variáveis processuais, estamos necessariamente a introduzir distorções na própria validade da avaliação (Brook e Williams, 1975). Uma delas é que a arte

de cuidar, assim como os aspectos cognitivos da prestação de cuidados (conhecimentos do prestador), não ficam registados em documentos escritos. Uma segunda distorção relaciona-se com o facto de toda a lógica em que a prestação de cuidados se baseou e que conduziu às diversas decisões raramente ficar documentada. Os registos clínicos não representam completamente o que se passa com o doente. Resultados que não alteraram o curso das acções raríssimas vezes são documentados. Por fim, alguns dos indicadores de bons cuidados de saúde usados nas variáveis processuais não são reconhecidos universalmente pela investigação. Muito daquilo que hoje é considerado como sendo uma boa prática da medicina não tem profundo fundamento científico (Donabedian, 1980).

É também muito importante distinguir-se entre a medição do processo de cuidados e a melhoria desse mesmo processo. Donabedian ofereceu-nos um conjunto de instrumentos para determinar a *performance* de um médico, de uma enfermeira ou de um serviço de saúde. Tendo como preocupação o modo de fornecer uma boa medida, ele não se debruçou sobre os aspectos das relações entre o consumidor e os componentes do sistema de cuidados de saúde (i.e., um doente é um consumidor dos serviços do médico, sendo este um consumidor dos serviços do laboratório ...) ou sobre o que fazer após a detecção de uma situação de má qualidade manifesta.

Isto tem de ser levado a cabo usando uma visão sistémica mais larga e abrangente. Deming (1986) e outros têm afirmado que devemos olhar para o fluxo das coisas, sendo a melhoria da qualidade do processo fortemente baseada na completa compreensão acerca de como os vários componentes de cuidados de saúde agem conjuntamente. A avaliação da qualidade de cuidados feita pelos doentes é uma componente muito importante desta cadeia. Os líderes do movimento de melhoria da qualidade combinam os conceitos de estrutura e processo e colocam-nos dentro do sistema. O objectivo passa então a ser o da contínua melhoria do sistema (Berwick *et al.*, 1990).

Por fim, as variáveis que representam os *efeitos* dos cuidados de saúde reflectem o que aconteceu ao doente, em termos de palição, tratamento, cura ou reabilitação, permitindo assim medir o êxito e a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Além disso, estas variáveis podem também ser usadas para detectar efeitos negativos e iniciar estudos dos processos que os produziram ⁽³⁾.

⁽³⁾ Da literatura nesta área, quase todos os autores são unânimes em considerar que, desde que os efeitos sejam positivos não há qualquer necessidade

De entre os pioneiros que estudaram as variáveis de efeito, podemos apontar o francês P. C. A. Louis, os ingleses Florence Nightingale e E. W. Groves e o americano E. A. Codman. Louis, no século XIX, estudou os efeitos de determinados tratamentos; Nightingale criou e difundiu um sistema uniforme de coligir dados, obter estatísticas hospitalares e melhorar as condições dos cuidados prestados aos soldados britânicos. Com este sistema, no século passado, ela conseguiu detectar uma taxa de mortalidade muito alta entre os membros não combatentes das Forças Armadas britânicas, quando comparada com a dos civis britânicos (Lang, 1974). Finalmente, Codman foi o primeiro a pôr em prática a ideia de Grove (1908) de registar e analisar os resultados das operações cirúrgicas.

As medições dos efeitos lidam com questões como o comportamento do doente após a consulta: se melhorou, como é que a sua qualidade de vida foi afectada e qual a duração e natureza da recuperação. Isto corresponde a uma definição clínica de efeito. Outras medições, tais como índices de severidade, que não levam em conta a influência ambiental, a satisfação do doente pelos cuidados prestados ou a qualidade de vida são chamadas medições de resultado, não de efeito (*).

Para salientar a distinção entre efeito clínico e resultado, Gustafson *et al.* (1989) apresentaram o exemplo de dois doentes, um pianista e um professor de engenharia. Ambos tinham sofrido uma amputação de um dedo da mão em circunstâncias idênticas. Estes autores afirmam que é semelhante o resultado dos cuidados prestados a estes dois doentes; no entanto, com efeitos drasticamente diferentes, uma vez que a carreira de um deles está completamente destruída e outro *apenas* terá de se habituar a utilizar o teclado do computador com quatro dedos numa das mãos. Os autores deste exemplo defendem que, para avaliar ou tomar decisões acerca do sistema de prestação de cuidados, devemos utilizar medidas de efeitos. Em princípio, concordamos com esta nova perspectiva porque toma em conta a medição da satisfação do doente e a auto-avaliação do estado de saúde, áreas de investigação que consideramos extremamente importantes. Contudo, a abordagem clínica para a definição de efeito pode levar-nos a algumas dificuldades. Aceitando que

de se estudar os processos subjacentes (Donabedian, 1980). Discordamos por completo desta afirmação pois, mesmo quando os efeitos são positivos, é vital o estudo e a compreensão dos processos. Só assim seremos capazes de apontar e detectar as eventuais causas e explicar por que é que os efeitos produzidos foram positivos, e o que é que faltou quando ocorrerem efeitos negativos.

(*) Em língua inglesa, efeito é traduzido por *outcome* e resultado é traduzido por *output*.

o efeito é diferente e baseando a nossa análise nos efeitos, algumas questões poderão ser levantadas (por exemplo, deveriam, *a priori*, estes dois doentes ter sido tratados de maneira diferente? como é que os cuidados prestados podem, nestas circunstâncias, ser avaliados?).

A medição da qualidade de cuidados de saúde tem sido recentemente feita através do estudo das alterações nos estados de saúde (efeito e processo conjuntamente) (Chen *et al.*, 1975; Drummond *et al.*, 1987; Miyamoto e Eraker, 1985, 1988; Torrance *et al.*, 1982) e corresponde a uma abordagem mais lata do conceito de efeito. De facto, as funções física, psicológica e social são consideradas efeitos dos cuidados, tal como as atitudes dos consumidores e o seu comportamento em relação a esses cuidados ⁽⁵⁾.

A discussão à volta da estrutura, do processo e do efeito pode ter dado a ideia de se tratar de uma mera distinção entre meios e fins. Esta divisão tripartida foi proposta por Donabedian como sendo "uma abstracção de certo modo arbitrária daquilo que na realidade é uma sucessão de elementos (menos claramente diferenciados, mas causalmente relacionados) de uma cadeia que provavelmente tem várias ramificações" (Donabedian, 1980: 84). Simon (1961) também afirmou que, numa cadeia deste tipo, é incorrecto distinguir-se entre meios e fins; devemos pensar numa cadeia ininterrupta de meios anteriores seguidos de fins intermédios que constituem os meios para outros fins (Simon, 1961).

Na secção seguinte apresentamos alguns ajustamentos que foi necessário fazer-se às dimensões de qualidade de cuidados para avaliar a qualidade de cuidados nos hospitais.

Ao estudarmos o caso concreto dos cuidados prestados por hospitais, necessitamos de fazer alguns ajustamentos às dimensões usadas para se avaliar e medir a qualidade desses cuidados. Têm sido definidas medidas de *performance* hospitalar

Avaliação da qualidade hospitalar

⁽⁵⁾ A mortalidade tem também sido frequentemente usada para medir o estado de saúde de uma população. Contudo, a proporção de mortes causadas por uma determinada doença é normalmente pequena, a mortalidade não é sensível a medidas qualitativas de garantia de qualidade e é influenciada pela estrutura etária da população. Por outro lado, as taxas de mortalidade ajustadas por hospital reflectem mais a distribuição dos doentes do que a distribuição dos cuidados de saúde. Mesmo com algumas medidas correctivas, tais como as de idade-específica e de doença-específica, nem sempre é possível ultrapassar estes inconvenientes. Dubois, por exemplo, num estudo baseado em modelos de regressão múltipla com informação de 205 mil altas de 93 hospitais americanos, encontrou quatro interpretações possíveis para as diferenças não explicadas de mortalidade: variação na codificação do diagnóstico, efeitos estruturais de selecção, severidade não explicada e diferenças na qualidade dos cuidados (Dubois *et al.*, 1987).

baseadas nos doentes e essencialmente destinadas a responder às seguintes duas questões:

- qual é a experiência de um doente hospitalar?
- como é que podemos obter avaliações da *performance* do hospital que reflectam as preocupações dos doentes?

Num estudo de seis meses sobre a satisfação dos doentes hospitalares, um grupo de investigadores, usando comentários e reuniões de grupo, obteve uma taxinomia de preocupações dos doentes composta por sete categorias apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 — Taxinomia das Preocupações dos Doentes

I. Sala de Admissão Antes e Durante a Admissão <ul style="list-style-type: none">A. Procedimentos / FunçõesB. PessoalC. Equipamento / Fornecimento / InstalaçõesD. VáriaE. Comentários Gerais
II. Urgência - Experiências de Pré-Admissão e Admissão <ul style="list-style-type: none">A. Procedimentos / FunçõesB. PessoalC. Ambiente e Equipamento: Salas de Tratamentos, Salas de Espera
III. Estadia e Alojamento <ul style="list-style-type: none">A. AlojamentoB. Alimentação e Serviços de Alimentação
IV. Cuidados na Enfermaria <ul style="list-style-type: none">A. Cuidados de EnfermagemB. Cuidados MédicosC. Outros Serviços de Cuidados de SaúdeD. Cuidados Gerais na Enfermaria
V. Procedimentos e Instruções de Alta <ul style="list-style-type: none">A. Procedimentos / ServiçosB. Pessoal
VI. Aspectos Gerais do Hospital <ul style="list-style-type: none">A. Serviços / Cuidados de Saúde / Tratamento / ProcedimentosB. PessoalC. Qualidade do HospitalD. Instalações Físicas e Equipamento
VII. Serviços de Contabilidade e Informações Financeiras da Estadia <ul style="list-style-type: none">A. ServiçosB. Pessoal

Fonte: Meterko, Nelson e Rubin 1990, Tabela 1.1, p. S5.

O primeiro nível desta taxinomia corresponde à sequência cronológica de uma estadia num hospital e o segundo nível corresponde aos comentários referentes a procedimentos,

funções, pessoal e instalações. Dois outros níveis, não apresentados nesta tabela, completam a taxinomia, pormenorizando, respectivamente, as áreas de procedimentos, pessoal e instalações, assim como alguns atributos relevantes para os doentes.

O instrumento usado neste estudo foi o questionário *Patient Judgments of Hospital Quality* (PJHQ). Com cinquenta itens do questionário (6), os investigadores realizaram uma análise factorial (componentes principais com rotação), identificando quadros comuns de entre as respostas provenientes dos doentes. As seis dimensões principais obtidas das avaliações dos doentes respeitantes aos cuidados hospitalares são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 — Escalas de Processo Hospitalar

<p>I. Enfermagem e Cuidados Diários II. Ambiente Hospitalar III. Pessoal Médico IV. Informação V. Admissão VI. Alta</p>
--

Fonte: Meterko, Nelson e Rubin 1990, Tabela 1, p. S25.

Este estudo pode ser considerado um estudo de primeira geração. Outros estudos se basearam neste, avançando um pouco mais no sentido de melhor equacionar e representar a avaliação feita pelos doentes sobre a qualidade dos cuidados hospitalares. É o caso, por exemplo, do Grupo para a Qualidade da *Hospital Corporation of America*, que desenvolveu o chamado *Patient Judgment System*. Este questionário utiliza onze escalas que medem as várias componentes dos cuidados de saúde. (ver Tabela 8)

Tabela 8 — As Onze Escalas de Qualidade

1 Admissão	Eficiência do processo de admissão, preparação para a admissão, atenção do pessoal de admissão às necessidades individuais do doente.
2 Cuidados Diários	Consideração pelas necessidades dos doentes, coordenação dos cuidados, ajuda e boa disposição, sensibilidade para os problemas.

(6) Na edição especial da Revista *Medical Care* (Meterko *et al.*, 1990), podem ser encontradas as características psicométricas deste instrumento: boa validade discriminante, consistência interna entre 0.87 e 0.95 através das seis escalas e ainda mais elevadas correlações inter-itens.

Tabela 8 — As Onze Escalas de Qualidade (cont.)

3 Informação	Facilidade em obter informação, instruções, informação à família e amigos.
4 Cuidados de Enfermagem	Competência do pessoal de enfermagem, atenção à condição dos doentes, resposta às chamadas dos doentes, preocupação, carinho e informação prestada.
5 Cuidados Médicos	Atenção à condição dos doentes, coordenação dos cuidados, disponibilidade, competência, preocupação, carinho e informação prestada.
6 Pessoal Auxiliar	Qualidade do pessoal de laboratório, raio-X, terapia física, terapia intravenosa, transporte.
7 Condições de Habitação	Privacidade, sossego, condições do quarto e da construção do hospital, disponibilidade de parque de estacionamento, condições para visitas.
8 Alta	Procedimentos e planeamento de alta, coordenação após a alta.
9 Facturação	Explicações aos doentes sobre os custos e como ler as facturas, eficiência do processo de facturação.
10 Processo Total	Medida composta baseada nos valores dados aos nove itens anteriores.
11 Lealdade	Intenção de recorrer ao mesmo hospital, probabilidade de recomendar este hospital ou de falar sobre ele a amigos.

Fonte: Nelson *et al.*, 1989, Tabela 2, p. 187.

O item 10 desta escala de qualidade (processo total de cuidados) é obtido pela soma das respostas às perguntas anteriores, numa escala de Lickert de cinco pontos, após terem sido transformadas linearmente para o intervalo de 0 a 100. Este processo é garantido por Hays *et al.* (1988) que, usando a análise de escala multicaracterísticas, testaram esta técnica de adição das pontuações. Trata-se, de facto, de um modelo multi-atributo aditivo de valor, com todas as dimensões igualmente ponderadas e com funções lineares de valor (⁷).

A validade e a consistência deste questionário foram verificadas, tendo mesmo sido obtido um alto nível de respostas (Nelson *et al.*, 1989). Com as propriedades psicométricas garantidas, esta estrutura é um bom começo para se aceder às experiências dos doentes acerca da qualidade da sua hospitalização. De facto, Ware e Berwick (Meterko *et al.*, 1990) mostraram que

(⁷) Estes pressupostos — escala de pontos igualmente espaçados e dimensões igualmente ponderadas — nem sempre são válidos e podem ser aceites. Os pesos variam de dimensão para dimensão e no tempo (Ferreira, 1990). As funções de valor (ou utilidade) também apenas raríssimas vezes são lineares.

estas dimensões constituem uma conceptualização multidimensional da avaliação da satisfação dos doentes referente à prestação dos cuidados de saúde no hospital.

Os tópicos que discutimos neste texto forneceram uma pequena ilustração da necessidade de alargar a tarefa de definição da qualidade para além da componente clínica. A monitorização da qualidade deve permitir uma melhoria contínua não só dos resultados/efeitos dos cuidados prestados, mas também dos métodos usados para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade, como por exemplo, encontrar maneiras de melhorar o paradigma estrutura, processo e efeito.

Defendemos a ideia de que a distinção entre qualidade clínica e qualidade não-clínica deve ser feita de um modo muito cauteloso. É necessário adoptar uma filosofia de melhoria contínua de qualidade e tornar todos os participantes da organização responsáveis pela qualidade. A ênfase deve ser posta no levantamento e na satisfação das necessidades e quereres do consumidor e o conceito de consumidor deve ser estendido para além do doente.

Para definirmos o conceito de qualidade, podemos começar por um conjunto de atributos e dimensões gerais. No caso da qualidade clínica, há um vasto número de experiências e teorias que permitiram estabelecer o paradigma de estrutura, processo e efeito. Este paradigma pode ser usado como base para a medição da qualidade, embora se espere de um programa de melhoria contínua de qualidade que as medidas, os produtos e os serviços sejam continuamente melhorados. Além disso, não podemos dar por concluída a tarefa de melhorar a qualidade no momento em que termina a prestação directa de cuidados; devemos preocupar-nos com a utilidade das intervenções e com a forma como a qualidade de vida foi afectada.

Para tentarmos conseguir uma melhoria de qualidade, necessitamos do apoio de outras áreas, tais como a de engenheiros industriais, investigadores de serviços de saúde e de mudanças nas organizações, estatistas, cientistas da decisão, sociólogos e outros cientistas sociais. A inclusão de profissionais com estes tipos de formação na definição e melhoria da qualidade parece-nos vital. ■

Conclusão

Referências Bibliográficas

110

- Bass, R. D.; Windle, C. 1972 "Continuity of Care: An Approach to Measurement", *American Journal of Psychiatry*, 129, 110.
- Berwick, D. H.; Godfrey, A.B.; Roessner, J. 1990 *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Bradbury, S. 1937 *The Cost of Adequate Medical Care*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Brook, R. H.; Lohr, K. N. 1980 *Quality Assurance in Medical Care: Lessons from the U. S. Experience*. Santa Monica, The Rand Corporation.
- Brook, R. H.; Williams, K. N. 1975 "Quality of Health Care for the Disadvantaged", *Journal of Community Health*, 1, 132.
- Capra, F. 1983 *The Turning Point*. Toronto, Bantam.
- Chen, M. M.; Bush, J. W.; Patrick, D. L. 1975 "Social Indicators for Health Planning and Policy Analysis", *Policy Sciences*, 6, 71.
- Clute, K. F. 1963 *The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*. Toronto, University of Toronto Press.
- Costanzo, G. A.; Vertinsky, I. 1975 "Measuring the Quality of Health Care: A Decision Oriented Typology", *Medical Care*, 13, 417.
- Cruikshank, N. 1968 "Assuring High Quality in the Health Professions through Consumer Utilization", in *Quality in Health Care*. Los Angeles, National Health Forum.
- Deming, W. E. 1986 *Out of Crisis*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology.
- Donabedian, A. 1966 "Evaluating the Quality of Medical Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166.
- Donabedian, A. 1969 *A Guide to Medical Care Administration. Volume II: Medical Care Appraisal — Quality and Utilization*. New York, The American Public Association.
- Donabedian, A. 1980 *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment.*. Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian, A. 1988 "The Quality of Care. How Can It Be Assessed?", *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743.
- Dubois, R. W. et al. 1987 "Hospital Inpatient Mortality. Is It a Predictor of Quality?", *The New England Journal of Medicine*, 317, 1674.
- Drummond, M.; Stoddard, G.; Torrance, G. 1987 *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford, Oxford University Press.

- Ferreira, P. L. 1990 *Intertemporal Stability of Patients' Quality Judgments*. University of Wisconsin-Madison.
- Ferreira, P. L.; Sainfort, F. C. 1990 "Structure-Process-Outcome: A Causal Model for Quality in Nursing Homes", in *Quest for Quality and Productivity in Health Services*, Chicago.
- Fessel, W. J.; Van Brunt, E. E. 1972 "Assessing Quality of Care from the Medical Record", *The New England Journal of Medicine*, 286, 134.
- Flexner, A. 1950 *Medical Education in the United States and Canada*. The Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching.
- Garvin, D. A. 1988 *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*. New York, The Free Press. 111
- Goran, M. J. *et al.* 1975 "The PSRO Hospital Review System", *Medical Care*, 13, 44.
- Greene, R. 1976 *Assuring Quality in Medical Care: The State of the Art*. Cambridge, Ballinger.
- Gustafson, D. H. *et al.* 1989 *Outcome Paper*. Manuscrito não publicado. University of Wisconsin-Madison.
- Hays, R. *et al.* 1988 *User's Guide for the Multitrait Analysis Program*. Santa Monica, The Rand Corporation.
- Hopkins, C. E.; Hetherington, R.; Parsons, E. M. 1975 "Quality of Medical Care: A Factor Analysis Approach Using Medical Records", *Health Services Research*, 10, 199.
- Hulka, B. S. *et al.* 1975 "Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective", *Medical Care*, 13, 648.
- Jacobs, C. M.; Christoffel, B.-A.; Dixon, N. 1976 *Measuring the Quality of Patient Care: The Rationale for Outcome Audit*. Cambridge, Ballinger.
- Kaiser, H. F.; Hunka, S.; Bianchini, J. C. 1971 "Relating Factors Between Studies Based Upon Different Individuals", *Multivariate Behavioral Research*, 6, 409.
- Kane, R. L. *et al.* 1977 "Relationship Between Process and Outcome in Ambulatory Care", *Medical Care*, 15, 961.
- Lang, N. 1974 *A Model for Quality Assurance in Nursing*. Ann Arbor, University Microfilms.
- Lee, R. I.; Jones, J. W. 1933 *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Lohr, K. N.; Brook, R. H. 1984 *Quality Assurance in Medicine*. Santa Monica, The Rand Corporation.
- Lohr, K. N.; Ware, J. E., Jr. 1987 "Advances in Health Assessment: Organization of the Conference and of its Monograph", *Journal of Chronic Diseases*, 40, 1S.
- Meterko, M.; Nelson, E. C.; Rubin, H. 1990 "Patient Judgments of Hospital Quality. Report of a Pilot Study", *Medical Care*, 28.

- 112 Miyamoto, J. M.; Eraker, S. A. 1985 "Parameters Estimates for a QALY Utility Model", *Medical Decision Making*, 5, 191.
- Miyamoto, J. M.; Eraker, S. A. 1988 "A Multiplicative Model of the Utility of Survival Duration and Health Quality", *Journal of Experimental Psychology General*, 117, 3.
- Nelson, E. C. *et al.* 1989 "The Patient Judgment System: Reliability and Validity", *Quality Review Bulletin*, 6, 185.
- Palmer, R. H. 1983 *Ambulatory Health Care Evaluation*. Chicago, American Hospital Publishing.
- Simon, H. A. 1961 *Administrative Behavior*. New York, The Macmillan Company.
- Shortell, S. M. 1976 "Continuity of Medical Care: Conceptualizations and Measurement", *Medical Care*, 14, 377.
- Snyder, M. K.; Ware, J. E., Jr. 1974 *A Study of Twenty-Two Hypothesized Dimensions of Patient Attitude Regarding Medical Care*. Springfield, National Technical Information Service.
- Torrance, G.; W., Boyle, M. H.; Horwood, S. P. 1982 "Application of Multi-Attribute Utility Theory to Measure Social Preferences for Health State", *Operations Research*, 30, 1043.
- Vuori, H. V. 1982 *Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology*. Copenhagen, World Health Organization.
- Ware, J. E., Jr.; Snyder, M. K. 1975 "Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services", *Medical Care*, 13, 669.
- Ware, J. E., Jr. *et al.* 1983 "Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care", *Evaluation and Program Planning*, 6, 247.
- World Health Organization 1978 *Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva, World Health Organization.