

A ERA DA AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUAS DA QUALIDADE NOS CUIDADOS MÉDICOS

THE AGE OF CONTINUOUS EVALUATION AND QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTHCARE

Joaquim M.B. Pinheiro

Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Albany Medical Center, Albany, Nova Iorque, Estados Unidos da América

Acta Pediatr Port 2016;47:69-72

Na torrente de inovações tecnológicas da última década, a facilidade de comunicação e a disponibilização de informações têm alterado profundamente a interação entre os consumidores e os fornecedores de serviços. A esta evolução forçada não podem escapar os cuidados médicos e outros serviços de saúde. Uma perspetiva dos Estados Unidos (EUA), na fronteira destas mudanças técnico-sociais, deixará vislumbrar aspetos inevitáveis da prática clínica no futuro próximo em Portugal e no mundo. Algumas das reformas drásticas que decorrem da estrutura e financiamento dos serviços de saúde nos EUA serão só tangencialmente relevantes à realidade portuguesa, mas há pilares destas que são universalmente generalizáveis. Entre estes destaca-se o movimento para a melhoria contínua da qualidade (MCQ) e segurança nos serviços de saúde. A melhoria da qualidade não é uma noção nebulosa passivamente ligada ao progresso na ciência, mas uma disciplina científica com teorias e métodos específicos. Esta disciplina foi desenvolvida no século XX nos setores de produção industrial dos EUA, aperfeiçoada pela indústria japonesa durante a segunda metade do mesmo século e depois universalmente adoptada em métodos de gestão. Por último, tem vindo a ser aplicada formalmente nos cuidados médicos, de forma progressiva durante a última década. O principal estímulo para a aplicação dos métodos de MCQ à medicina foi a publicação de uma série de relatórios do Institute of Medicine nos EUA, na década de 2000. Nestes concluíam-se que o “sistema de cuidados de saúde é incapaz de proporcionar ao público a qualidade de serviços de saúde que este espera e merece”. O primeiro destes estudos, intitulado “Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro”,¹ estimava que dezenas de milhares de americanos morriam anualmente em hospitais devido a erros médicos, enquanto que o seguinte, “Cruzando o Abismo de Qualidade: Um Novo Sistema de Saúde para o Século XXI”,² recomendava o uso de métodos de MCQ para aproximar os resultados obtidos dos alvos desejados. Estes relatórios, baseados em múltiplos estudos sobre os sistemas de saúde, realizados por profissionais de saúde, revelavam objetivamente que existem grandes lacunas entre os cuidados realmente proporcionados aos doentes e aqueles recomendados pela melhor evidência disponível. As provas irrefutáveis de sub e sobreutilização e de

uso indevido de intervenções diagnósticas e terapêuticas comprovadas num outro estudo,³ contrastam com a opinião dos profissionais de saúde, que geralmente acreditam proporcionar aos doentes os melhores cuidados possíveis.

Existem portanto oportunidades óbvias para melhorar resultados na saúde pela aplicação otimizada da melhor evidência disponível, derivada formalmente de ensaios clínicos controlados. No entanto, estudos do Departamento de Orçamento do Congresso Americano (Congressional Budget Office) estimaram que apenas existia evidência clínica formal para apoiar cerca de 20% das decisões clínicas. Os métodos complementares de MCQ são especialmente úteis em especialidades como a pediatria e a neonatologia, onde a evidência clínica formal é diminuta devido à relativa escassez de ensaios controlados. Nesta área, a variedade de opiniões e experiências profissionais proporcionam uma significativa variação nas práticas e resultados obtidos, o que permite identificar as chamadas “práticas potencialmente melhores” que, não estando cientificamente comprovadas, estão associadas a resultados superiores. A aplicação criteriosa destas práticas, individualmente ou em conjunto de intervenções coordenadas, com monitorização contínua de processos e resultados clínicos, leva à melhoria contínua dos resultados na saúde. As características necessárias para desenvolver um sistema de saúde intrinsecamente inteligente são tratadas num relatório subsequente do Institute of Medicine: “O Sistema de Saúde que Aprende”.⁴

Nos EUA, têm sido publicados resultados impressionantes sobre intervenções realizadas a nível nacional (por exemplo, a Campanha para Poupar 100000 Vidas),⁵ a nível estadual (campanhas de prevenção de bacteremia associada a catéteres centrais em adultos,⁶ crianças⁷ e recém-nascidos⁸ ou prevenção da desnutrição pós-natal em recém-nascidos de muito baixo peso⁹) e ainda em instituições individuais.¹⁰ Assim, enquanto que há uma década se aceitava como normal uma taxa de bacteremia por catéter central em recém-nascidos de muito baixo peso de 20%, indicando uma complicação frequentemente inevitável, hoje fala-se em 0% como meta realista e atingível. Esta reviravolta, que redefine os desfechos “normais” e subiu a fasquia da qualidade, foi conseguida usando apenas métodos de MCQ, sem

existirem novas intervenções clínicas cientificamente comprovadas.

A melhoria contínua de qualidade é um paradigma dinâmico, fundamentalmente diferente do tradicional controlo de qualidade. Enquanto este se baseia na revisão retrospectiva de dados para verificar que se atingiram padrões mínimos preconizados, permitindo assim a manutenção de acreditação, a MCQ pretende definir *a priori* as novas metas, monitorizando continuamente dados que permitam verificar se as tendências correntes nos levarão eventualmente aos alvos desejados, a curto prazo. O uso deste paradigma exige transformações significativas na prática clínica de profissionais e instituições, bem como na gestão dos sistemas de saúde.

O Institute for Healthcare Improvement (www.ihc.org) tem sido a organização que mais ímpeto tem imprimido ao movimento de MCQ nos cuidados médicos, tanto nos EUA como internacionalmente. Fundado na década de 1990 por Donald Berwick, um pediatra de Massachusetts, este instituto desenvolveu filosofias, métodos científicos e ferramentas que permitem aos prestadores de cuidados de saúde aprender e colaborar no rumo ao Objetivo Triplo (*Triple Aim*), otimizando o desempenho dos cuidados de saúde com foco simultâneo sobre a saúde da população, a experiência dos utentes com os cuidados médicos e ainda o custo *per capita*. O Institute for Healthcare Improvement utiliza métodos abrangidos pela Ciência da Melhoria, uma ciência multidisciplinar aplicada, que enfatiza a inovação, o uso de ensaios práticos em ciclos rápidos sucessivos e a propagação de intervenções aparentemente benéficas, a fim de conhecer as alterações que produzem melhorias. Os trabalhos de melhoria são enquadrados no Modelo para Melhoria (*Model for Improvement*), uma ferramenta simples e eficaz para efetuar mudanças positivas. O Modelo para Melhoria faz três perguntas:

1. Que objetivo queremos alcançar?
2. Como saberemos quando uma mudança constitui uma melhoria?
3. Que mudanças podemos introduzir e que resultarão em melhoria?

Utiliza depois ciclos rápidos e sucessivos de quatro fases: Planear - Fazer - Verificar - Agir (*Plan - Do - Study - Act*) para ensaiar pequenas mudanças que visam um melhor desempenho. Enquanto que o Institute for Healthcare Improvement aplica o Modelo para Melhoria nos seus trabalhos clínicos, podem utilizar-se modelos alternativos e métodos análogos mais complexos, por exemplo, o Seis Sigma. Todos estes sistemas utilizam técnicas e ferramentas mais ou menos sofisticadas em todas as fases, desde o planeamento à análise qualitativa e quantitativa, sendo as últimas baseadas no

controlo estatístico de qualidade, incluindo os gráficos de controlo.¹¹ A todas estas atividades estão sempre subjacentes os dados cada vez mais disponíveis como produto da informatização e da comunicação.

Se os conceitos abordados no parágrafo anterior lhe parecem mais abstratos, esotéricos ou soporíferos do que aliciantes, encontra-se o leitor no estado de espírito da grande maioria dos profissionais de saúde nos EUA há uma década. Atualmente, o movimento da MCQ infiltra todos os aspetos da medicina americana. Na educação, conceitos básicos das ciências de avaliação clínica e melhoria começam a integrar os *curricula*, enquanto para internos dos ciclos complementares em especialidades e sub-especialidades, a participação em atividades de rotina clínica e projetos específicos de MCQ se tornou obrigatória, segundo normas do Accreditation Council for Graduate Medical Education. Para os pediatras no ativo, a manutenção de certificação requer participação em dois projetos de MCQ cada cinco anos. Nos hospitais e em clínicas ambulatoriais, os serviços designam diretores para qualidade e segurança. Os trabalhos académicos, orientados pelas normas SQUIRE, podem ser publicados nas secções de MCQ em revistas de alta tiragem (por exemplo, *Pediatrics*, *Journal of Perinatology*), ou em revistas dedicadas exclusivamente à qualidade clínica. A colaboração com outras instituições e a partilha anónima de dados clínicos permitem acelerar a aprendizagem em comum, tal como o Registo Nacional de Muito Baixo Peso em Portugal¹² ou a Vermont Oxford Network (www.vtoxford.org), a nível internacional, na qual participam mais de 1000 unidades de cuidados intensivos neonatais. Os resultados comparativos da qualidade de hospitais são publicados *online* por agências federais, estaduais, organizações independentes e revistas leigas. Nos EUA, os pagamentos a instituições e profissionais individuais estão cada vez mais ligados a índices de qualidade dos seus serviços.

Mas, sendo os índices de qualidade necessariamente baseados em características quantificáveis, como definimos “qualidade” na saúde, em termos concretos e mensuráveis? Resumindo, a qualidade clínica não se cinge à ausência de erros diagnósticos e terapêuticos durante a visita médica, mas incorpora também a efetividade traduzida nos desfechos clínicos e, ainda, as vertentes da satisfação do doente, da sua função e do valor acrescentado para a sociedade – definindo-se o valor pela relação qualidade / preço. As várias dimensões da qualidade constituem a bússola de valores clínicos, que orienta as intervenções mais apropriadas na saúde. A satisfação do doente individual e as perspetivas sociais implicam valores socioculturais e contextuais, subjacentes às conhecidas diferenças transculturais na avaliação

da qualidade. Em Portugal, o Objetivo Triplo seria naturalmente explicado como o “Bom, Bonito e Barato”.

Duas das pedras angulares do corrente movimento de MCQ, a disponibilidade de dados e a comunicação aberta, são já universais. Os utentes portugueses podem aceder a sítios como www.doctoralia.com.pt e obter avaliações dos seus possíveis médicos, feitas por outros doentes. A informatização dos processos clínicos e das funções administrativas na saúde só aumentarão. No entanto, os resultantes megadados, a sobrecarga de informações e a fiabilidade das conclusões daí derivadas são desafios ainda por superar e alvos correntes de tecnologias da ciberinteligência clínica tal como o projeto Watson da IBM. Enquanto a informação e a mudança são novas constantes da vida profissional dos clínicos, alguns autores professam que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é um imperativo ético para médicos modernos.¹³

Na fronteira da evolução do sistema de saúde nos EUA, importa ainda apontar uma perspetiva até agora descuidada – a dos clínicos. À inegável satisfação profissional de participar em esforços que melhoram a qualidade na saúde, junta-se alguma perda de controlo profissional e a fadiga de mudança, que conduzem à crescente incidência da síndrome de *burnout*, o esgotamento psíquico que ameaça as funções profissionais e pessoais. O *burnout* do médico ameaça diretamente o Objetivo Triplo, por estar associado à menor satisfação dos doentes, a piores resultados na saúde dos utentes e a um possível aumento de custos. Recentemente, foi recomendado que o Objetivo Triplo seja substituído por um Objetivo Quádruplo, que incluía a melhoria da qualidade de vida dos médicos e outros profissionais de saúde.¹⁴ Os sistemas de saúde que desenvolvemos têm aprendizagem contínua, com profissionais mais bem informados, que aplicarão deliberadamente princípios de gestão da qualidade, acelerando a taxa de melhoria dos resultados

clínicos. As decisões clínicas mais informadas trarão ao médico um controlo e eficácia inéditos, que se deviam traduzir em satisfação profissional. Cumprir-se-ia assim o objetivo quádruplo de ter serviços de saúde que, em termos simples, aliam o bom ao bonito, barato e bem disposto.

Palavras-chave: Melhoria da Qualidade; Qualidade dos Cuidados de Saúde/tendências

Keywords: Quality Improvement; Quality of Health Care/trends

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Correspondência

Joaquim M.B. Pinheiro
pinheij@mail.amc.edu

Recebido: 24/09/2015

Aceite: 14/12/2015

Referências

1. Corrigan JM, Donaldson MS, Kohn LT, McKay T, Pike KC. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000.
2. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
3. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL, et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:1515-23.
4. Institute of Medicine. The learning healthcare system: Workshop summary. IOM roundtable on evidence-based

medicine. Washington: National Academies Press; 2007.

5. McCannon CJ, Schall MW, Calkins DR, Nazem AG. Saving 100,000 lives in US hospitals. *BMJ* 2006;332:1328-30.
6. Pronovost PJ, Watson SR, Goeschel CA, Hyzy RC, Berenholtz SM. Sustaining reductions in central line-associated bloodstream infections in Michigan intensive care units: a 10-year analysis. *Am J Med Quality* 2015.
7. Miller MR, Niedner MF, Huskins WC, Colantuoni E, Yenokyan G, Moss M, et al. Reducing PICU central line-associated bloodstream infections: 3-year results. *Pediatrics* 2011;128:e1077-83.
8. Schulman J, Stricof R, Stevens TP, Horgan M, Gase K, Holzman IR, et al. Statewide NICU central-line-associated bloo-

dstream infection rates decline after bundles and checklists. *Pediatrics* 2011;127:436-44.

9. Graziano PD, Tauber KA, Cummings J, Graffunder E, Horgan MJ. Prevention of postnatal growth restriction by the implementation of an evidence-based premature infant feeding bundle. *J Perinatol* 2015;35:642-9.

10. Pinheiro JM, Furdon SA, Boynton S, Dugan R, Reu-Donlon C, Jensen S. Decreasing hypothermia during delivery room stabilization of preterm neonates. *Pediatrics* 2014;133:e218-26.

11. Carey RG, Stake LV. Improving healthcare with control charts: Basic and advanced SPC methods and case studies. Milwaukee: ASQ Quality Press; 2003.

12. Cunha M, Bettencourt A, Almeida A, Mimoso G, Soares P, Tomé T. O recém nascido de extremo baixo peso. Estado aos 2-3 anos. Resultados do Registo Nacional de Muito Baixo Peso de 2005 e 2006. *Acta Pediatr Port* 2013;44:1-8.

13. Holmboe E, Bernabeo E. The 'special obligations' of the modern Hippocratic oath for 21st century medicine. *Med Educ* 2014;48:87-94.

14. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-6.