

# Qualidade de cuidados de saúde primários

LUÍS PISCO  
JOSÉ LUÍS BISCAIA

A qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores — é orientada para as necessidades, e não simplesmente para a procura, é de carácter pró-activo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Neste contexto, o objectivo último de um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade em saúde.

O ponto de partida para o desenvolvimento de uma abordagem sob o ponto de vista da qualidade em saúde situa-se na segunda metade da década de 80, através de um conjunto de actividades promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Após várias iniciativas, tanto no âmbito dos cuidados hospitalares como no dos cuidados de saúde primários, que tiveram lugar durante a década de 90, define-se em 1998 um «sistema de qualidade na saúde», cujas referências mais significativas são o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Pela primeira vez é inscrita no Quadro Comunitário de Apoio — Programa Operacional da Saúde — Saúde XXI — uma importante dotação financeira para uma política de promoção da qualidade em saúde.

Entre as iniciativas que recentemente tiveram lugar e aquelas que estão em curso ressalta o projecto sobre «monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde» (MoniQuOr).

□

Luís Pisco é clínico geral e director do Instituto da Qualidade em Saúde.

José Luís Biscaia é clínico geral no Centro de Saúde da Figueira da Foz.

## 1. Introdução

A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial.

Esta afirmação tão simples não reflecte as dificuldades e o já longo trajecto da qualidade na saúde, quer em termos de conceitos, quer de evolução metodológica.

Em relação aos conceitos, a sua evolução tem levado a que diversos autores proponham diferentes definições, que reflectem quer as suas diferentes perspectivas de abordagem, quer a necessidade sentida de adequar estes conceitos de qualidade, na sua maioria com origem na indústria, às especificidades da saúde.

De facto, a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores:

- Trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais;
- É pró-activa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado;
- Tem de reunir integradamente, como atributos, a efectividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

Por outro lado, existe hoje a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade, em geral, de

que os cuidados de saúde sejam de qualidade: acessíveis, adequados e efectivos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis.

A integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão, no respeito das suas necessidades e expectativas, é hoje também uma exigência natural. Já não basta o «fazemos o nosso melhor», é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.

Torna-se, assim, evidente que o desenvolvimento da qualidade, ou melhor, a sua melhoria contínua, tem de ser feito no âmbito de um sistema de qualidade na saúde que deve caracterizar-se por corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo de melhoria contínua, num quadro de responsabilidade e participação colectiva.

Assim, de entre as várias proposições para definir o conceito de qualidade na saúde, há três que actualmente parecem as mais adequadas e reúnem o maior consenso.

Heater Palmer define a qualidade como «um conjunto de actividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos».

Já a OMS identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde os seguintes: elevado grau de excelência profissional; eficiência na utilização dos recursos; riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos. Também a Associação Mundial dos Médicos de Família (WOONCA) assume a qualidade como:

«Qualidade a nível da clínica geral/medicina de família é um conjunto de actividades planeadas, baseadas na revisão e melhoria do desempenho clínico, com o objectivo de continuamente melhorar o nível de cuidados prestados aos doentes.»

Sendo embora diferentes formulações, em todas elas encontramos pontos comuns essenciais.

Assim, são claramente identificadas as diferentes *dimensões* da qualidade, designadamente a acessibilidade e a equidade, a eficiência e a efectividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais, as *componentes* da qualidade, com realce para os resultados e os processos que os determinam, bem como surge a melhoria contínua da qualidade como objectivo último do *sistema de qualidade*, cuja existência é fundamental para enquadrar o desenvolvimento da qualidade.

## 2. Evolução da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal

Em Portugal o desenvolvimento da qualidade na saúde tem tido um percurso com algumas oscilações, embora sempre com sentido progressivo, e um claro impulso positivo nos últimos quatro anos.

O ponto de partida, ou o antecedente mais relevante, foi a organização em 1985 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) do Seminário Internacional «Évaluation des services de soins de santé primaires», com a colaboração da OMS e das Escolas de Saúde Pública das Universidades Livre de Bruxelas e Hebraica de Jerusalém, a que se seguiu o seminário «Avaliação e controlo da qualidade em serviços de saúde», co-organizado pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, OMS e Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP).

O passo seguinte foi a realização pela ENSP e pela DGCSP, entre 1987 e 1989, de seis seminários luso-espanhóis sobre «Garantia da qualidade em CSP», que foram dirigidos a médicos com responsabilidades de gestão local e regional e que já incluíam, para além dos aspectos teóricos e de sensibilização, a apresentação e realização de projectos no campo da garantia da qualidade.

O Núcleo da Saúde da Associação Portuguesa para a Qualidade promoveu em 1988, em Lisboa, o I Encontro da Qualidade dos Serviços de Saúde, de que resultou a publicação de um documento com artigos originais sobre avaliação da qualidade de programas de saúde e projectos nos centros de saúde e hospitais.

Os institutos de clínica geral integram no âmbito das suas actividades formativas, quer nos programas de formação específica em exercício, quer no internato complementar, vários módulos e cursos de introdução e formação na área da qualidade, garantindo, assim, uma disseminação e divulgação muito ampla no seio da clínica geral dos principais conceitos e metodologias da qualidade.

Do mesmo modo, as ARS e sub-regiões começaram, desde os finais da década de 80, e com um crescente empenhamento até finais de 1990, a promover acções de formação na área da qualidade.

Também na década de 90 foi desenvolvido no sector hospitalar um grande investimento em formação em qualidade na saúde, na grande maioria dos casos, no quadro da actividade dos serviços e/ou departamentos de educação permanente.

Surgiram também alguns projectos, resultado da iniciativa de grupos monoprofissionais e de algum voluntarismo, que, atendendo ao carácter pluridisciplinar da prestação de cuidados hospitalares, dificul-

taram a sua integração no ambiente hospitalar e a obtenção de resultados ao nível da prestação dos cuidados de saúde ou da sua organização.

Do ponto de vista estrutural, em 1993 a DGS fez sair uma circular normativa na qual se determinava que «devem ser criadas comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com as atribuições de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade». Esta circular teve poucos efeitos práticos, já que, mesmo nos serviços onde foram criadas, estas comissões foram, na generalidade, inoperantes.

A Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, criada no âmbito da DGS, foi, através de iniciativas de formação, assumindo um papel de sensibilização e divulgação de conceitos, dinamizando diversos projectos de avaliação e garantia da qualidade de âmbito nacional e regional.

Destes, merece realce um projecto de monitorização do desempenho de centros de saúde, através de um conjunto de indicadores que ao longo de três anos (1995 a 1997) envolveu cerca de 20 centros de saúde a nível nacional.

Nos grupos profissionais da saúde, especial realce para a APMCG pelo interesse e liderança que sempre manifestou nesta área, quer através de acções formativas, quer da realização de várias reuniões sobre esse tema, como o Encontro Nacional em Viseu em 1987, a reunião no Porto em 1988 e a sua participação, a nível internacional, no European Working Party on Quality in Family Practice — «EQUIP». Resumindo, nesta década (1986-1996) houve um grande investimento na formação em qualidade na saúde (cerca de um terço de todo o financiamento, segundo o relatório final da Intervenção Operacional da Saúde — II QCA), embora pouco integrado, já que desenvolvido por diversas entidades e sem uma consequência directa na realização de projectos de melhoria da qualidade.

Apesar disso, foram acontecendo múltiplos projectos isolados, com grande voluntarismo de lideranças locais, em vários hospitais e centros de saúde, embora com pouca sustentabilidade, dado o contexto existente.

Esta fase teve, no entanto, a virtualidade de «fertilizar o terreno», criando condições mais favoráveis de adesão e participação dos profissionais ao desafio da qualidade.

Em 1996-1997 há uma mudança significativa neste contexto.

O Ministério da Saúde assume, ao mais alto nível, a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental.

A DGS identifica funcionalmente uma subdirecção-geral para a sua dinamização e acompanhamento.

É assim que, enquadrada na elaboração e definição de uma estratégia de saúde, «a saúde, um compromisso — Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)», a qualidade foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais.

Foi conceptualizada e definida uma política da qualidade na saúde, consubstanciada na criação e desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde, como um dos pilares do desenvolvimento do SNS 21.

Em 1998 o sistema da qualidade na saúde é definido tendo como missão o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde.

Trata-se de substituir um voluntarismo bem-intencionado, mas com poucos resultados e continuidade a nível global, por um desenvolvimento sustentado, baseado num inequívoco compromisso da liderança, garantindo e potenciando uma participação responsável dos diversos actores, a definição de uma estratégia de actuação e a identificação de objectivos e compromissos explícitos e claramente calendariados.

Em 1999 são criadas as diferentes estruturas do sistema da qualidade:

- Conselho Nacional da Qualidade: órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, é responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde. É constituído por representantes dos cidadãos e associações de doentes das diferentes profissões da saúde e de entidades públicas e privadas;
- Instituto da Qualidade em Saúde (IQS): criado no âmbito do Ministério da Saúde pela Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, é um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, exercendo a sua actividade a nível nacional. Compete ao IQS a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Entre as suas atribuições encontra-se a prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, promover a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, assim como a promoção e o enquadramento da investigação e do desenvolvimento profissional contínuo.

Outro facto relevante e coerente com a estratégia delineada foi a inclusão no âmbito do III QCA, no Programa Operacional da Saúde — Saúde XXI, de uma medida específica para a melhoria da qualidade no valor aproximado de 7 milhões contos e para o período de 2000-2006.

Nestes quatro anos diversos projectos foram lançados e têm vindo a ser desenvolvidos sob a liderança do IQS, dos quais se destacam:

#### a) Monitorização da qualidade organizacional dos CS (MoniQuor CS)

Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, consiste num conjunto de 163 critérios, organizados em seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos), que permitem a auto-avaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa. Após a validação dos critérios em 1997, o processo iniciou-se por uma auto-avaliação voluntária em 1998, que tem sido repetida anualmente, tendo-se realizado em 1999 uma avaliação cruzada e estando prevista a primeira avaliação externa durante o ano de 2001.

Estas avaliações têm sido acompanhadas de informação de retorno personalizada a todos os CS participantes, comparando os seus dados com a média nacional, da região e sub-região de saúde.

Foi também enviada informação detalhada a todas as sub-regiões e regiões, com informação comparativa entre elas.

Foram publicados os resultados de 1998 a nível nacional, bem como a metodologia adoptada para a realização da avaliação cruzada.

Esta iniciativa teve uma ampla participação a nível nacional (*Quadro I*). Os resultados globais, embora não comparáveis devido a serem relativos a grupos diferentes de centros de saúde, demonstram consistência e valores muito semelhantes tanto entre as auto-avaliações de 1998, 1999 e 2000 como em relação às avaliações cruzadas de 1999 (*Quadro II* e *Figuras I a III*).

Na sequência da avaliação cruzada de 1999, a ministra da Saúde anunciou em Janeiro de 2000 um prémio de 150 000 contos para os seis centros de saúde que obtiveram mais de 80% de cumprimento dos critérios avaliados, tendo a cerimónia decorrido durante o XVIII Encontro Nacional da APMCG, em Março de 2001.

Encontra-se programado um período de consultas a várias instituições (Ordem dos Médicos e Enfermeiros, sindicatos e outros), assim como a alguns peritos em áreas específicas para rever, da forma mais participada possível, os critérios e as metodologias utilizadas, sendo previsível uma nova versão para 2002.

#### b) Qualidade organizacional hospitalar — protocolo IQS/KFHQS

O sistema português da qualidade previa a implementação de um sistema de acreditação das unidades de saúde, com um organismo a criar na sua alçada. Neste sentido, em 17 de Março de 1999 foi assinado um protocolo de colaboração entre o Ministério da Saúde e o King's Fund Health Quality Service (KFHQS).

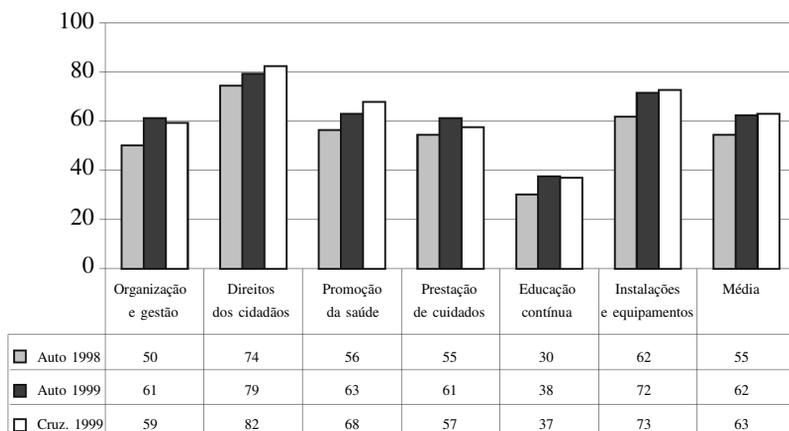
**Quadro I**  
Nível de participação de centros de saúde nas auto-avaliações e nas avaliações cruzadas do programa MoniQuor (1998-2000)

Número de centros de saúde que participaram na auto-avaliação 1998	290
Número de centros de saúde que participaram na auto-avaliação 1999	102
Número de centros de saúde que participaram nas duas auto-avaliações	82
Número de centros de saúde que participaram na avaliação cruzada 1999	110
Número de centros de saúde que participaram nas três avaliações	62
Número de centros de saúde que participaram na auto-avaliação 2000	110

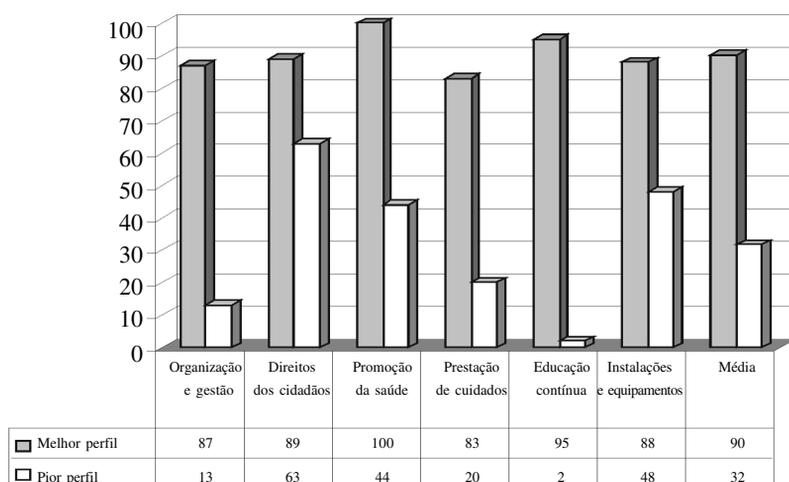
**Quadro II**  
Resultados globais das avaliações do MoniQuor nas seis grandes áreas de avaliação, expressos numa escala de 0 a 100 (auto-avaliações 1998, 1999, 2000 e cruzada 1999)

Avaliação	Organização e gestão	Direitos dos cidadãos	Promoção da saúde	Prestação de cuidados	Educ. contínua des. qualidade	Instalações e equipamentos
Auto 98	48	71	52	53	27	60
Auto 99	60	79	62	61	37	71
Auto 00	61	80	70	60	38	70
Cruz. 99	58	81	67	57	36	71

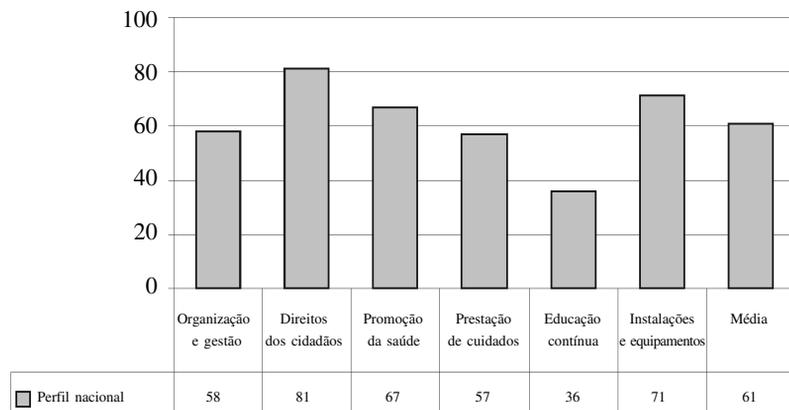
**Figura I**  
Evolução dos resultados nas três avaliações do MoniQuor em 62 centros de saúde, expressos numa escala de 0 a 100 (auto-avaliações 1998, 1999 e cruzada 1999)



**Figura II**  
Avaliações cruzadas 1999 de MoniQuor. Resultados expressos numa escala de 0 a 100. Melhor e pior perfil



**Figura III**  
Avaliações cruzadas 1999 de MoniQuor. Resultados expressos numa escala de 0 a 100. Perfil nacional



O Health Quality Service oferece actualmente, no Reino Unido, um processo único de acreditação, criado especificamente para as organizações de saúde, constituindo a mais importante entidade acreditadora do país.

O protocolo prevê como principais objectivos a cooperação no desenvolvimento de projectos de investigação da qualidade na saúde e de metodologias e instrumentos para a melhoria contínua da qualidade, o desenvolvimento e validação para a realidade portuguesa da metodologia e normas do KFHQS e a gestão e apoio da participação neste programa, no primeiro ano, de um máximo de cinco hospitais nacionais. O seu âmbito temporal é de cinco anos, que se desdobram em três fases distintas: (1) aprendizagem do processo de acreditação de hospitais e sua aplicação; (2) estabelecimento da infra-estrutura e gestão da transição; (3), por último, revisão e avaliação do sistema e consequente definição do tipo de colaboração desejada por ambas as partes.

Em Setembro de 1999, cinco hospitais celebraram contratos de adesão ao programa de acreditação do KFHQS, nomeadamente os hospitais do Barlavento algarvio — Portimão, Doutor José Maria Grande, Portalegre, Santa Marta, Lisboa, Fernando da Fonseca, Amadora, e S. Teotónio, Viseu.

No início do ano 2000 aderiram o Hospital Garcia de Orta, Almada, e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e em Setembro de 2000 nove novas unidades formalizaram processos de acreditação, designadamente os Hospitais de São Marcos, Braga, Geral de Santo António, Porto, S. José, Lisboa, D. Estefânia, Lisboa, José Luciano de Castro, Anadia, Dr. Francisco Zagalo, Ovar, S. João, Porto, e os Centros Regionais de Coimbra e Porto do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

Assim, também no âmbito hospitalar, a ênfase no desenvolvimento da qualidade foi igualmente posta na área da qualidade organizacional, tentando garantir um desenvolvimento sustentado e integrado do sistema da qualidade.

### c) Projectos de melhoria contínua

A criação e disseminação de instrumentos e metodologias da qualidade foi assumida como um dos elementos essenciais para a melhoria da qualidade.

Foi pela DGS publicado em 1999 e divulgado em ficheiro electrónico um protocolo de auto-avaliação da qualidade no «diagnóstico e tratamento da depressão» para utilização pelos médicos de família individualmente ou em grupo.

### d) Manual da qualidade na admissão e encaminhamento

Projecto que visa melhorar os procedimentos no âmbito do atendimento e circuito do utente nas instituições de saúde.

Todos os organismos envolvidos neste projecto, apesar das dificuldades sentidas a diversos níveis, fizeram ponto de honra em terminarem os seus manuais da qualidade para a primeira etapa da admissão e encaminhamento de utentes dentro dos prazos previstos: 15-30 de Dezembro de 2000. A situação deste processo em finais de 2000 está resumida no *Quadro III*. Globalmente, a quase totalidade das instituições tem os seus manuais (referentes a esta primeira fase) concluídos. O atraso na aprovação dos manuais pelos conselhos de administração tem causado um considerável atraso técnico ao projecto, pondo em causa o seu término nos prazos previstos e desmoralizando os profissionais que puseram um notável empenho na sua elaboração e conclusão atempada.

Nesta fase, a maioria das instituições está a realizar acções de sensibilização interna para divulgação das práticas preconizadas no manual da qualidade e para envolvimento de todos os profissionais que no dia a dia terão de aplicar as instruções de trabalho decorrentes.

As dificuldades sentidas pelos profissionais envolvidos na aplicação das práticas decorrentes dos manuais da qualidade serão alvo de apreciação pelos gestores do manual da qualidade com o objectivo de as tornar o mais adequadas e *user friendly* possível. Teve início a partir de 15 de Fevereiro de 2000 o planeamento de auditorias às práticas preconizadas nos manuais de admissão de doentes já concluídos e promulgados.

Pretendeu-se com isso consolidar as práticas instituídas, moralizar as práticas das instituições, reconhecer e valorizar o esforço dos profissionais de saúde e conselhos de administração envolvidos e criar — a curto prazo — o reconhecimento externo pelos utentes do esforço de qualidade em curso. Das auditorias que vão realizar-se haverá a confirmação da conformidade das práticas instituídas com as regras estabelecidas no manual da qualidade, o que pode ser evidenciado publicamente através de uma declaração de conformidade.

Um processo deste tipo redonda sempre no reconhecimento público das novas práticas de qualidade instituídas.

Se nos primeiros meses haverá que consolidar os benefícios internos que esta maior disciplina das suas práticas de atendimento acarreta, numa fase imediatamente seguinte serão os utentes — assim se espera — os principais arautos e os mais directamente benefi-

ciados pelas medidas que agora se iniciam. A consolidação desta primeira fase leva a que, a breve trecho, possam estender-se a outras áreas destas mesmas instituições as práticas e metodologias agora iniciadas.

Uma vez terminada a primeira fase de construção dos manuais da qualidade para a admissão de utentes, a *task-force* nacional, nomeada pelo Ministério da Saúde (e constituída pela coordenadora do projecto por parte do IQS, Filipa Homem Christo, e pela Dr.<sup>a</sup> Fernanda Dias, pelo professor Pedro Lopes Ferreira, pela Dr.<sup>a</sup> Ilda Palos e pela Dr.<sup>a</sup> Antonieta Baião Martinho), tem já em curso um relatório circunstanciado de desenvolvimento e concretização deste projecto.

**e) Avaliação da satisfação dos utentes (Europep — satisfação com o médico de família e o centro de saúde)**

Instrumento de avaliação do grau de satisfação dos doentes, validado pelo CEIS, Faculdade de Economia de Coimbra, foi publicado e divulgado em ficheiro electrónico pela Direcção-Geral da Saúde. Foi aplicado no universo da ARSLVT em 1999.

O IQS, através do protocolo celebrado com a entidade autora deste instrumento de avaliação, o CEIS da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, estendeu a sua aplicação, durante os anos de 2000-2001, a todas as ARS.

**f) Quali gest (qualidade na gestão)**

O *quali gest* é um modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão, de excelência organizacional, que tem vindo a ser desenvolvido em parceria com a APQ (Associação Portuguesa para a Qualidade), baseado no modelo da EFQM (European Foundation for Quality Management).

A primeira experiência de aplicação desta metodologia de diagnóstico da qualidade da gestão em todos (100%) os centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Aveiro foi iniciada em Dezembro de 1999.

**g) Linhas de orientação clínica**

Em 1998 foi definido um protocolo entre a DGS e a Ordem dos Médicos para integrar as «recomendações

**Quadro III  
Manuais da qualidade na admissão e encaminhamento dos utentes dos serviços de saúde. Ponto da situação em finais de 2000**

Serviços de saúde	Situação
<b>ARS Norte</b>	
Hospital de Viana do Castelo	Finalizado e promulgado
Hospital de Chaves	Finalizado e promulgado
Hospital de Guimarães	Finalizado e promulgado
Centro de Saúde de Carvalhosa	Finalizado e promulgado
Hospital Maria Pia	Finalizado e promulgado
<b>ARS Centro</b>	
HUC — S. medicina nuclear	Finalizado e promulgado
HUC — CE endocrinologia	Finalizado
Hospital de Leiria	Finalizado
Hospital de Estarreja	Finalizado
Centro Hospitalar de Coimbra	Finalizado e promulgado
Centro de Saúde da Figueira da Foz	
<b>ARS LVT</b>	
Hospital de Santa Maria	Finalizado e promulgado
Hospital Curry Cabral	Finalizado e promulgado
Hospital de S. Francisco Xavier	Finalizado
Hospital de Setúbal	Finalizado
Centro de Saúde de Benfica	Finalizado e promulgado
<b>ARS do Alentejo</b>	
Hospital de Elvas	Finalizado e promulgado
Centro de Saúde de Évora	Finalizado e promulgado
<b>ARS do Algarve</b>	
Hospital de Faro	Finalizado
Centro de Saúde de V. R. Santo António	Finalizado

terapêuticas», projecto de desenvolvimento de linhas de orientação clínica pelos colégios da especialidade, nos programas de melhoria da qualidade de âmbito nacional a implementar. Este protocolo nunca teve uma verdadeira execução prática.

A Sub-Região de Saúde de Setúbal iniciou em 1998 um projecto de formulário por patologias — grupo de médicos de família, farmacologistas e farmacêuticos — e elaborou linhas de orientação terapêutica num conjunto de patologias mais frequentes. Foram elaborados seis protocolos e divulgados por todos os médicos da Sub-Região, encontrando-se em fase de avaliação do seu impacto na prática clínica.

Está para publicação pelo IQS o documento «Normas de orientação clínica — manual de instruções para elaboração, distribuição e implantação prática», da autoria do Prof. A. Vaz Carneiro.

#### **h) Avaliação da satisfação dos profissionais**

Questionário para a avaliação do grau de satisfação das expectativas dos profissionais de saúde, foi desenvolvido e validado na Sub-Região de Beja pelo Dr. Luís Graça.

Publicada e distribuída em ficheiro informático pela DGS a versão para os profissionais dos centros de saúde. A APMCG fez a sua aplicação a nível nacional aos médicos de família no ano 2000, estando os seus resultados para publicação.

#### **i) Publicações em qualidade**

O IQS iniciou em 2000 a publicação de uma revista periódica, *Qualidade em Saúde*, e de um *Boletim Informativo* sobre qualidade.

### **3. O futuro**

O presente é claramente sedutor. Importa, no entanto, perspectivar o futuro.

Há duas questões fundamentais com que se defronta hoje o desenvolvimento da qualidade na saúde em Portugal:

- Como garantir a sustentabilidade do desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde e, logicamente, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde;
- Que consequências do investimento efectuado, dos projectos desenvolvidos.

São, no fundo, duas formulações diferentes de um mesmo desafio, já que as respostas a uma e outra serão naturalmente sintónicas e sinérgicas.

Não sendo o objectivo deste texto o delinear de orientações estratégicas, propõe-se para reflexão e discussão a criação de um modelo de desenvolvimento da qualidade em serviços de saúde de tal forma explicitado que torne possível o seu acompanhamento objectivo e regular.

Assim, utilizando a clássica tríade de Donabedian, identifica-se um conjunto de medidas e de indicadores que se espera possam contribuir para uma leitura e análise da evolução da qualidade na saúde (*Quadro IV*).

### **4. Conclusão**

A melhoria contínua da qualidade na saúde é essencialmente um processo de mudança.

Trata-se de mudar de:

- Uma prática baseada na experiência para uma prática baseada na «evidência científica» e na escolha informada do cidadão;
- Uma melhoria baseada só no desempenho profissional para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros;
- Uma qualidade monodisciplinar para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de cuidados de saúde;
- Uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade.

A gestão deste processo de mudança representa um grande desafio para todos.

No fundo, criar e desenvolver uma cultura da qualidade na saúde é a tarefa e o desafio que, individual e colectivamente, temos de assumir.

---

## Quadro IV

### Áreas e indicadores para a monitorização do desenvolvimento do sistema da qualidade em saúde

---

#### ESTRUTURA:

- Enquadramento legal: de que forma é sustentada esta política da qualidade:
  - Manter clara a missão do sistema da qualidade: a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.
  - O sistema da qualidade na saúde deve ser objecto de decreto-lei, dotando o IQS de verdadeira autonomia administrativa e financeira.
  - Criação da agência de avaliação de tecnologias de saúde e da agência de acreditação na saúde.
- Financiamento: de que forma e que percentagem do orçamento nacional e local é alocada para a qualidade.
- Contratualização da qualidade: a qualidade como critério e objecto de contratualização.
- Relatório anual da qualidade: a demonstração do que é feito e como é feito. Uma exigência de transparência e responsabilização.
- Desenvolvimento de um sistema de informação ao serviço dos utilizadores, e não determinando e limitando as suas necessidades: instrumento fundamental para a monitorização.

#### PROCESSO:

- Número de CS com auto-avaliação e avaliação externa com o MoniQuOrCS.
- Monitorização da evolução do perfil do MoniQuOr.
- Percentagem de CS com inquéritos de satisfação dos doentes e dos profissionais.
- Número de projectos de melhoria da qualidade.

#### RESULTADOS:

- Avaliação do desempenho (exemplo: a criação de um sistema de indicadores de resultados).
  - *Tracer*: a monitorização da acessibilidade, efectividade, continuidade e resultados em doenças e problemas de saúde tipo.
  - Evolução dos resultados dos inquéritos de satisfação dos utentes e dos profissionais.
- 

## □ Referências bibliográficas

EUROPEAN WORKING PARTY ON QUALITY IN FAMILY PRACTICE — Basic assumptions on quality and quality development in general practice/family medicine. Finland : Stakes, 1994.

IMPERATORI, Emílio — Garantia da qualidade : uma estratégia nos cuidados de saúde primários. [Em foco]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 7 : 2 (1989) 29-32.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde, um compromisso : a estratégia de saúde para o virar do século : 1998-2002. Lisboa : Ministério da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde : MoniQuOrCS. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde — Qualidade organizacional hospitalar : Protocolo IQS/KFHQS. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 1999.

RECOMENDAÇÃO N.º 17/97 DO CONSELHO DE MINISTROS DA CEE — Desenvolvimento e implantação de sistemas de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde, 1997.

## □ Summary

### QUALITY IN HEALTH CARE

Quality in health has certain features that differentiate it from other sectors — it focus on health need rather than only on health care demand, it is of a proactive nature and benefits from being approached jointly with other health care features. The first initiatives relating to health care quality in Portugal took place during the mid 80's and were driven by the General Director of Primary Health Care and the National School of Public Health. During the 90's a number of different quality development initiatives took place in both primary health care and hospital settings. These led to the adoption, in 1998, of the concept of a «quality system for health». Key elements of these system are the National Health Quality Council and the Institute for Quality in Health. As a consequence, and for the first time, important financial resources were allocated promoting quality in health. Among the many initiatives recently initiated or taking place now, special emphasis is placed on the project on monitoring organisational development in health centres.