

A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores*

MARIZA KLÜCK¹
JOSÉ RICARDO GUIMARÃES²
JAIR FERREIRA³
CARLOS ALBERTO PROMPT⁴

RESUMO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, está atualmente empenhado em um processo de busca de um padrão de qualidade assistencial, que representa hoje um imperativo técnico e social. Dentro deste processo, a definição do conjunto de indicadores que irão avaliar e monitorar este padrão de qualidade é uma etapa fundamental que deve levar em consideração, além da prática e da teoria já consagradas internacionalmente, a cultura e as características próprias da organização. Este trabalho relata o desenvolvimento e os resultados preliminares do projeto de pesquisa que tem por objetivo definir este conjunto de indicadores, implementar sua aferição sistemática, avaliar o impacto deste processo na qualidade da assistência prestada e validar os indicadores selecionados. Esta pesquisa se caracteriza como um estudo exploratório conduzido através dos métodos qualitativos de estudo de caso, "focus group" e uma enquete de opinião (*survey*). Foi definido um conjunto de 35 indicadores, cuja implantação iniciou em janeiro de 1999 e foi concluída em maio de 2002.

Palavras-chave – Epidemiologia hospitalar. Indicadores. Qualidade assistencial.

ABSTRACT

Care quality management at Hospital de Clínicas in Porto Alegre: indicators implementation and validation

The Hospital de Clínicas de Porto Alegre, the teaching hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul, is currently engaged in developing a clinical quality standard. This process includes the identification or development of indicators that are internationally recognized and takes into consideration the culture and characteristics of the organization. This paper describes the development process, and preliminary results, of the research project whose objective includes the definition of the clinical indicators, the systematic application and validation of the indicators and an analysis of the impact of the use of the selected indicators in managing clinical process quality. The exploratory phase of the project included: qualitative case studies, focus groups, and a survey among clinical health care professionals. This part of the project resulted in the identification of 35 indicators that were put into use for clinical quality control in January of 1999. The study was concluded in 2002.

Key words – Hospital epidemiology. Indicators. Quality in health care.

* Trabalho publicado nos anais eletrônicos do CBIS2000 – Congresso Brasileiro de Informática em Saúde.

1. Médica; Professora da Faculdade de Medicina da UFRGS; Mestre em Administração (Gestão da Informação); Doutoranda em Epidemiologia (UFRGS); Assessora de Gestão de Qualidade Assistencial e Coordenadora da Comissão de Prontoúrios do HCPA/UFRGS. E-mail: mkluck@hcpa.ufrgs.br
2. Médico; Cirurgião do HCPA; Mestre em Gastroenterologia; Membro da Comissão de Prontoúrios e Assessor de Sistemas de Informações Clínicas do HCPA. E-mail: jguimaraes@hcpa.ufrgs.br
3. Médico; Professor da Faculdade de Medicina da UFRGS; Doutor em Clínica Médica – Epidemiologia pela UFRGS e Assessor de Gestão de Qualidade Assistencial do HCPA. E-mail: jferreira@hcpa.ufrgs
4. Médico; Professor da Faculdade de Medicina da UFRGS; Mestre em Clínica Médica pela UFRGS e Vice-Presidente Administrativo do HCPA. E-mail: prompt@hcpa.ufrgs

INTRODUÇÃO

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. O Hospital brasileiro, por razões históricas, não vem respondendo adequadamente às necessidades de saúde da população, principalmente por falta e/ou ineficiência da rede básica de saúde, que acarreta uma sobrecarga de assistência ambulatorial. A prática gerencial é um fator crítico neste processo e lhe cabe definir o papel da instituição hospitalar dentro do sistema de saúde de sua região. Só assim o hospital poderá cumprir o seu papel social, exercendo uma assistência de qualidade a custos adequados, consoante com as necessidades de saúde da população.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na busca da melhoria da qualidade de sua atividade assistencial, está empenhado no processo de definição de indicadores, critérios e procedimentos adequados para avaliação desta qualidade. Estes indicadores devem servir como uma ferramenta de apoio aos administradores do Hospital na vigilância da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades para melhorá-la. A missão é, portanto, a de desenvolver indicadores válidos que sejam úteis no esforço de entender e melhorar a *performance* da assistência à saúde de seus usuários. O

projeto está sendo desenvolvido por um Grupo de Trabalho nomeado e coordenado pela Vice-presidência Médica do HCPA, composto por assessores e pelos coordenadores das diversas Comissões envolvidas diretamente com a assistência aos pacientes.

O objetivo principal deste trabalho foi o de avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada pelo HCPA, para melhor entender e melhorar a sua atuação, considerando a cultura organizacional, o contexto social, o perfil da instituição e de seus usuários e o envolvimento de seu quadro funcional neste processo. São objetivos secundários a definição e implementação de um conjunto de indicadores de qualidade assistencial mais adequado à instituição e ao contexto social; a definição da metodologia mais confiável para a coleta dos dados e seu tratamento; a avaliação do impacto deste processo na qualidade assistencial do Hospital, a validação dos indicadores selecionados e a definição do conjunto de dados e informações que deverão ser contemplados no projeto do "Prontuário Eletrônico", para que estes indicadores possam ser obtidos a partir do sistema de informações do Hospital.

*O Hospital brasileiro,
por razões históricas,
não vem respondendo
adequadamente às
necessidades de
saúde da população...*

O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi fundado em 1941, como parte integrante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é uma instituição pública de direito privado, sujeita à supervisão do Ministério da Educação e Cultura. O HCPA é um Hospital público que atende prioritariamente os pacientes do Sistema Único de Saúde (95% dos atendimentos). De acordo com dados de 2001⁽¹⁾, a capacidade operacional do HCPA é de 677 leitos; trabalham no Hospital 3.760 funcionários, 300 médicos-residentes e 250 professores da UFRGS. Na qualidade de um hospital geral, atende praticamente todas as especialidades médicas em clínica geral, cirurgia, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia e pediatria. É considerado um Hospital de excelência e de referência para diversas especialidades. Em 2001, o HCPA realizou 541.500 consultas ambulatoriais, 1.992.000 exames laboratoriais, 27.3003.894 e 28.700 cirurgias. A taxa de ocupação foi de 90,6%, com uma média de permanência de 9,7 dias e um coeficiente de mortalidade de 5,1%.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O referencial teórico que orientou este trabalho está fundamentado nos conceitos de qualidade em saúde e da importância dos indicadores no processo de garantir esta qualidade.

O que é qualidade em saúde

Segundo Donabedian⁽²⁾, antes de se pensar em avaliar a *qualidade da assistência*, tanto em termos gerais como em situações específicas, é

necessário que haja um acordo sobre como esta qualidade é definida e quais os elementos que a constituem. A definição de qualidade é complexa, pois deve fazer referência a todas as suas dimensões e dependerá do ponto de vista de quem a define. Um paciente que interna em um hospital para diagnóstico e tratamento de uma doença complexa e sai do hospital curado pode muitas vezes fazer uma péssima avaliação de seu tratamento, apenas porque considerou as instalações ou o horário de visitas inadequados. Diferentes autores têm dado diferentes enfoques a esta questão. Mas parece haver o consenso de que a qualidade assistencial é um conceito complexo e amplo, cujos componentes podem ser agrupados em sete atributos ou pilares fundamentais^(3,4):

- **Eficácia**, que é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

- **Efetividade**, que é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial de um "sistema ideal".

- **Eficiência**, que é a habilidade de obter ao melhor resultado ao menor custo, isto é, a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico.

- **Otimização**, que é o balanço mais vantajoso entre custo e benefício, ou seja, é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico.

- **Aceitabilidade**, é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência

à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência.

- **Legitimidade**, que é a conformidade às preferências sociais relativas aos aspectos acima, isto é, a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

- **Equidade**, que é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Portanto, a qualidade da assistência é avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões e esta não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica da assistência, mas por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento deste juízo de valor. Conseqüentemente, *Qualidade em Saúde* é um conceito fluido, abstrato e de complexa definição, mas que deve ser proposto em cada sociedade ou grupo social^(3,4).

Indicadores de Qualidade assistencial

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados⁽²⁾. **In-**

dicadores são variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. Os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência^(2,4). É a variável que descreve uma realidade, devendo para isso ter as características de uma medida válida em termos estatísticos, pois representam informações que devem servir à gestão do sistema em busca de sua melhoria contínua, da qualidade da assistência da instituição e da saúde dos indivíduos em especial.

Um bom indicador deve apresentar três características fundamentais [6]:

- **Disponibilidade** – Os dados básicos para o cálculo do indicador devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas.

- **Confiabilidade** – Os dados utilizados para o cálculo do indicador devem ser fidedignos, isto é, deve ser capaz de fornecer o mesmo resultado se medido por diferentes pessoas em diferentes meios e diferentes épocas, em condições similares.

- **Validade** – O indicador deve ser função das características do fenômeno que se quer ou se necessita medir. Se o indicador reflete características de outro fenômeno paralelo deixa de ter validade, pois pode levar a uma avaliação não verdadeira da situação.

Além dessas três características fundamentais, um bom indicador deve ainda englobar o maior número possível das seguintes características adicionais:

- Simplicidade – Significa facilidade de cálculo e partir das informações básicas. De preferência, um indicador deve ser formado apenas por um numerador e um denominador, ambos compostos por dados de fácil obtenção.

- Discriminatoriedade – O indicador deve ter o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais, mesmo entre áreas com particularidades distintas.

- Sensibilidade – O indicador deve ter o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema de saúde ou dos resultados das ações de saúde numa determinada área, isto é, deve detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina.

- Abrangência – O indicador deve sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever. Indicadores muito abrangentes, como o coeficiente de letalidade hospitalar, o tempo médio de permanência ou o coeficiente de incidência das infecções hospitalares, são utilizados para avaliar o desempenho da instituição hospitalar como um todo.

Afora estas características científicas desejáveis, outros critérios adicionais são relevantes⁽⁶⁾: os dados necessários para o indicador devem ter utilidade para a tomada de decisão de quem o coleta ou da gerência do serviço; deve ser viável obter os dados necessários através de serviços de rotina ou de coleta de dados facilmente executáveis; os indicadores devem ser simples e inteligíveis e tanto o indicador quanto os processos de coleta e processamento dos dados devem atender a todos os critérios éticos.

METODOLOGIA E RESULTADOS ALCANÇADOS

A necessidade de definição, implantação e avaliação de um conjunto adequado de indicadores de qualidade assistencial foi percebida pela Vice-presidência Médica do HCPA, como forma de avaliar a assistência prestada, com os objetivos de melhorar a qualidade do trabalho assistencial do Hospital e de permitir a comparação adequada deste trabalho com o cenário nacional e internacional. O projeto se caracteriza como uma pesquisa exploratória e foi desenvolvido em seis fases distintas:

Fase 1: Na primeira fase foi realizado um Estudo de Caso no HCPA que, de acordo com Benbasat, Goldstein e Mead⁽⁷⁾, é adequado para capturar o conhecimento dos praticantes e desenvolver teorias a partir disso, com o objetivo de listar e analisar todos os indicadores atualmente disponíveis no SAMIS, e uma ampla busca de informações (bibliografia, Internet) buscando estabelecer o “estado da arte” da área nos cenários nacional e internacional. Após realizadas estas duas tarefas, foi redigido um *documento de referência* para dar orientação conceitual ao trabalho.

O Estudo de Caso realizado no Hospital nos permitiu obter a relação dos 23 grupos de Indicadores então medidos pelo SAMIS, dos quais quatro dizem respeito à qualidade assistencial, sete se referem à produção assistencial e de pesquisa, sete avaliam a qualidade dos prontuários e os demais analisam aspectos diversos da assistência. A revisão da literatura realizada foi bastante abrangente, através de consul-

ta à MEDLINE, aquisição de artigos pelo COMUT, importação dos manuais da JCAHO e busca na Internet. A análise deste material nos permitiu concluir que os resultados publicados pelo *QI Project*⁽⁸⁾ seriam aceitos como a principal referência teórica de nosso trabalho, devido à relevância deste projeto e sua preocupação com a melhoria contínua da qualidade da assistência e não apenas com a avaliação da eficiência dos hospitais.

A necessidade de definição, implantação e avaliação de um conjunto de indicadores de qualidade assistencial foi percebida pela Vice-presidência Médica, como forma de avaliar a assistência prestada

Fase 2: Para que o conjunto de indicadores selecionados refletisse a realidade da instituição e levasse em conta a percepção e necessidades dos seus provedores de assistência, optamos, na 2ª fase do projeto, por formar oito grupos de discussão (Administração, Comissões Clínicas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Emergência e Ambulatórios, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetria e Pediatria) para trabalhar com a técnica de “focus groups” que, conforme Morgan⁽⁹⁾, é uma téc-

nica útil como meio de coleta de dados ou como suplemento de métodos qualitativos e quantitativos e deve ser utilizada como um instrumento preliminar ou exploratório, pois seus resultados podem ser utilizados em métodos quantitativos como amostras representativas.

As reuniões de “focus groups” foram realizadas no período de outubro a dezembro de 1997, de acordo com o cronograma previsto. Todas as opiniões manifestadas (críticas, qualidades e problemas do HCPA, sugestões de indicadores, etc.) foram redigidas durante a reunião por um relator, de acordo com o consenso dos grupos. Após as reuniões, estas manifestações foram transcritas em um banco de dados para análise. Foram obtidas exatas *500 manifestações* nas 10 reuniões.

Fase 3: Análise e seleção dos indicadores sugeridos e encontrados na literatura: das 500 manifestações compiladas, 305 diziam respeito à área assistencial e 195, à área administrativa. Das 305 manifestações sobre a assistência, 187 se referiam à instituição como um todo e 118 a setores específicos. As 187 manifestações sobre assistência geral foram então analisadas pelo grupo de coordenação do projeto, com base nas características exigidas de um indicador (Disponibilidade, Confiabilidade, Validade, Simplicidade, Discriminabilidade, Sensibilidade, Abrangência, Utilidade e Ética), obtendo-se uma relação de 43 indicadores de qualidade assistencial, aos quais foram agregados nove, selecionados pelos coordenadores através de revisão bibliográfica, obtendo-se um *conjunto de 52 indicadores sugeridos*.

Fase 4: O conjunto de indicadores sugeridos foi então submetido a uma enquete de opinião (“survey”), através de um questionário. Este conjunto foi avaliado por cerca de 120 pessoas (membros dos “focus groups”, chefes de serviços médicos e de enfermagem e membros da administração central do HCPA), através de um questionário que apresenta uma escala do tipo Likert com cinco opções: muito importante, importante, indiferente, pouco importante e dispensável. Os

resultados foram avaliados através da atribuição de notas (de 0 a 10) a cada indicador. Dessa forma, foram identificados 35 indicadores, considerados pelo grupo como sendo aqueles de maior relevância. O conjunto de *35 indicadores selecionados* foram agrupados em 11 categorias, conforme descrito no Quadro 1.

Fase 5: Documentação e implantação das rotinas. Nesta fase, o conjunto selecionado de Indicadores Assistenciais institucionais está sendo documentado de acordo com as

Quadro 1 – Indicadores selecionados

| | |
|---|--|
| 1. Permanência Média de permanência hospitalar Tempo de permanência na Emergência | 7. Ambulatório Consultas realizadas / consultas programadas Exames complementares por consulta |
| 2. Mortalidade Mortalidade perinatal Mortalidade com causa indefinida Mortalidade geral Mortalidade perioperatória Percentual de necrópsias | 8. Cirurgia e bloco cirúrgico Cancelamento de cirurgias Cancelamentos de procedimentos ambulatoriais AP com diagnóstico de neoplasia com margens comprometidas Reintervenção não programadas Tempo de espera para cirurgia Índice de internações não programadas após procedimentos ambulatoriais |
| 3. Resolutibilidade Índice de retorno à Emergência Índice de readmissões em um período de 15 dias após a alta Índice de retorno à CTI | 9. Infecção Taxa de Infecção cirúrgica Taxa de infecção por procedimentos invasivos Infecção hospitalar geral |
| 4. Prescrição Taxa de substituição de antibióticos Prescrições não padronizadas | 10. Cesarianas Taxa de cesárea Taxa de cesárea em pacientes sem cesariana prévia |
| 5. Prontuários e informações Prontuários incompletos Sumário de alta incompleto Taxa de prontuários com primeira consulta em branco | 11. Geral Questionário - satisfação dos pacientes Questionário - satisfação dos profissionais Acidentes de trabalho |

normas prescritas pela Organização Mundial da Saúde, que prevê que cada Indicador tenha claramente definidos seus objetivos, os dados que o geram (desde sua coleta até o processamento), os cálculos previstos, o padrão aceitável para seus resultados, as estratificações possíveis, etc. Como resultado, será editado o *Manual de Indicadores Assistências do HCPA*. Ao mesmo tempo, os indicadores foram analisados por um grupo constituído por representantes do projeto e do Grupo de Sistemas, com o objetivo de definir o conjunto de dados que irão compor a base de dados sobre os pacientes (prontuário eletrônico), a fim de garantir que todos os dados necessários para a obtenção dos indicadores estejam presentes.

Fase 6: Validação e avaliação do impacto. Os indicadores começaram a ser calculados de acordo com as novas definições a partir de maio de 1999, com periodicidade mensal e com uma política de ampla divulgação dos resultados através de relatórios e da Intranet do Hospital. Estes indicadores estão sendo acompanhados e serão avaliados na fase final do projeto, para que sejam verificadas suas validades, isto é, para sabermos se estes indicadores estão realmente medindo o fenômeno ao qual se propõe. O impacto da introdução destes indicadores na prática de gestão será avaliado após um ano de implantação completa dos mesmos.

Concomitantemente, o HCPA está iniciando, motivado por sua partici-

pação no Programa de Acreditação Hospitalar, o projeto de definição, implantação e avaliação dos Indicadores setoriais, que são aqueles indicadores para avaliação e acompanhamento de processos específicos em cada Serviço do Hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A meta a que se propõe o HCPA é a melhoria contínua da qualidade da assistência ao paciente e o IQA-HCPA é parte de um projeto mais amplo de Gestão Assistencial e se insere no conceito do "Ambiente da Qualidade" do HCPA. Por sua relevância e impacto na avaliação e na melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes do HCPA, acreditamos que este trabalho deva ser conduzido com rigor metodológico e considerando a ativa participação de todos os grupos de profissionais responsáveis pela área assistencial do Hospital.

Temos a convicção de que estes resultados irão causar um grande impacto na instituição, que deverá desenvolver uma cultura mais preocupada com a qualidade do produto final de seu trabalho, que é o de bem atender à população do Estado na busca de soluções para seus problemas de saúde.

O domínio da questão da qualidade assistencial é indispensável para uma gestão hospitalar racional. Sem esta, não poderemos julgar a produtividade ou a eficiência do nosso trabalho ou mesmo chegar a uma razoável alocação de recursos. O importante é entender que o conceito

de qualidade é, em ampla medida, um construto social. Representa nossas concepções e valores sobre a saúde, nossas expectativas sobre a relação cliente-provedor e nossos pontos de vista sobre os legítimos papéis das instituições de saúde. A garantia da qualidade reflete claramente nossa participação na responsabilidade individual e pública e nosso grau de comprometimento à igualdade de acesso e usufruto da saúde.

REFERÊNCIAS

1. HCPA - Relatório Anual 2001.
2. DONABEDIAN A. The Quality of Health: How can it be assured? JAMA 260: 1743-1748, 1988.
3. DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 114: 1115-1118, 1990.
4. GASTAL FL. Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade dos serviços de internação psiquiátrica. São Paulo: UNIFES-EPM/SP, Tese de Doutorado, 1995.
5. SARACENO B; LEVAV I. La Evaluación de Servicios de salud Mental en la Comunidad: In: Temas de Salud mental en la Comunidad. Washington, D.C.: OPS/PALTEX n. 19: 56-77, 1992.
6. CAMINHA J A N, CASARIN A, BUENO I. Indicadores de Saúde. Revista ATM74, Faculdade de Medicina UFRGS, 1974: 25-59.
7. BENBASAT I; GOLDSTEIN D K; MEAD M. The case research strategy in studies of IS. MIS Quartely, Setembro 1987: 368-386.
8. QI Project, Maryland, EUA. www.qiproject.org
9. MORGAN DL. Focus Group as Qualitative Research. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol. 16. EUA, 1988. 85 pág.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 21/7/2002.
Data da aprovação: 25/9/2002.