

REFERÊNCIAS

Área Temática: Qualidade na Saúde

Título: Mecanismos de Voz dos Cidadãos Utilizadores de Serviços e Saúde

Nome do primeiro autor: Pedro Lopes Ferreira

Entidade: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Nome do outro autor: Vítor Raposo

Entidade: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Nome do orador: Pedro Lopes Ferreira

RESUMO

Nesta comunicação é descrito o sistema IAQH (Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar) desenvolvido no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e que engloba sub-sistemas de internamento de adultos e pediátrico, de consultas externas e de urgências de adultos e pediátricas.

INTRODUÇÃO

Nos anos 90 os cuidados de saúde sofreram grandes alterações nas suas estruturas e no relacionamento com a sociedade. Até então, os médicos mantinham-se no perfeito controlo da situação e no pleno direito de serem os únicos a avaliar a qualidade daquilo que faziam e no quase completo controlo das regras económicas sob as quais trabalhavam.

À medida que o século XX termina, os cuidados de saúde passam por uma segunda revolução, não uma revolução em teoria, mas uma revolução no controlo dos meios de produção. Esta moderna revolução é uma revolução de responsabilização (*accountability*) e de transferência de poder¹.

Assiste-se, de facto, a uma mudança do centro de poder. São as orientações terapêuticas e os protocolos de tratamento a beliscar a autonomia profissional dos médicos e a sua impunidade, são os prestadores directos de cuidados a enfrentar o direito dos doentes de participarem nas decisões clínicas, são os administradores a terem de se confrontar com áreas de gestão que sempre ignoraram e que sempre disseram não ser da sua responsabilidade, são os administrativos, ainda não considerados plenamente como profissionais de saúde, com todo o dever de receber os doentes e familiares com o máximo de respeito, cortesia e carinho, independentemente das condições em que trabalham, condições físicas,

emocionais ou salariais. E, por fim, são os próprios doentes a serem postos perante uma coisa que muitas vezes se esquecem: os seus deveres perante os serviços de saúde e os prestadores directos de cuidados e restantes profissionais. Não em termos subservientes como ainda é hábito, mas sim em termos exigentes de quem está a utilizar e a consumir um serviço a que têm direito e que, directa ou indirectamente, pagam.

Os utentes e a sociedade em geral começam já a responsabilizar os prestadores de cuidados sobre os serviços por eles prestados² e a “pedir-lhes contas” por actos de menos boa qualidade. Ao mesmo tempo, entre os prestadores, os gestores e os agentes de decisão política assiste-se também a um maior interesse em envolver os doentes nas actividades de garantia da qualidade e em tomar em consideração as avaliações que estes fazem dos cuidados prestados³. As tendências recentes têm sido no sentido da utilização de questionários aplicados aos doentes sobre as respectivas experiências com os serviços e com os resultados (ou impactos) dos cuidados prestados. Os estudos da satisfação dos doentes têm, assim, sido usados para documentar as perspectivas dos doentes.

A medição da satisfação em relação à saúde tem sido alvo de alguns debates não só em relação ao papel que os cidadãos devem ter no sistema de

¹ BERWICK, D. M., *et al.*, *Curing Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1990.

² IRVINE, D. e IRVINE, S.. *The practice of quality*. Oxford, Radcliffe Medical Press, New York, 1996.

³ EMANUEL, E. J. e EMANUEL, L. L., “Four models of the physician-patient relationship”, *JAMA* 1992; 267: 2221-2226.

cuidados de saúde, mas também em relação à utilidade das suas avaliações para continuamente melhorar a qualidade do serviço prestado.

Esta satisfação é muitas vezes analisada em três vertentes. São elas a do cidadão em geral, “o público”; a dos utilizadores activos dos serviços de saúde; e a dos utilizadores muito dependentes dos serviços de saúde como os doentes crónicos e os idosos⁴.

O presente artigo debruça-se essencialmente sobre a segunda perspectiva do conceito de satisfação. Assim, partimos do pressuposto de que os critérios que os “utilizadores” adoptam sempre que avaliam os cuidados que lhes foram prestados varia de acordo com o espaço médico físico no qual os cuidados são prestados.

Ora, neste contexto faz todo o sentido a criação de sistema válidos e fiáveis de medição da voz dos utilizadores dos serviços de saúde.

O SISTEMA IAQH

O principal objectivo do projecto Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar (IAQH) é fornecer medidas válidas das tendências da qualidade hospitalar tal como é apercebida e ajuizada pelos doentes.

Os itens medidos nos questionários são os que os doentes validaram como os mais importantes. Cada relatório fornece as pontuações mais recentes do hospital através de uma amostra aleatória de doentes (onda) enviada regularmente para a comunidade sobre as áreas de qualidade e as respostas a questões como:

- Como é que os doentes avaliam a qualidade do que consideram ser áreas-chave do hospital?
- Que sugestões fazem os doentes para melhorar a qualidade do hospital?
- Será que os doentes sentiram que foram ajudados durante a sua hospitalização — isto é, qual a sua percepção relativamente ao estado de saúde e à alteração do estado de saúde?
- Qual a probabilidade dos doentes falarem do hospital, de voltarem ou de o recomendarem a outros?

Fornecendo a “voz do consumidor” sobre estas áreas-chave de qualidade, os resultados destes questionários constituem uma ferramenta válida para a gestão hospitalar, podendo ser usados (juntamente com informação obtida de outros

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Citizen's Choice and Patients' Rights, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

consumidores-chave como os prestadores de cuidados) para continuamente melhorar a qualidade dos cuidados hospitalares — processos diários, o desenho/redesenho de produtos e serviços a curto prazo e a planificação, a longo prazo, da instituição.

Actualmente, o Sistema IAQH é composto pelos seguintes módulos:

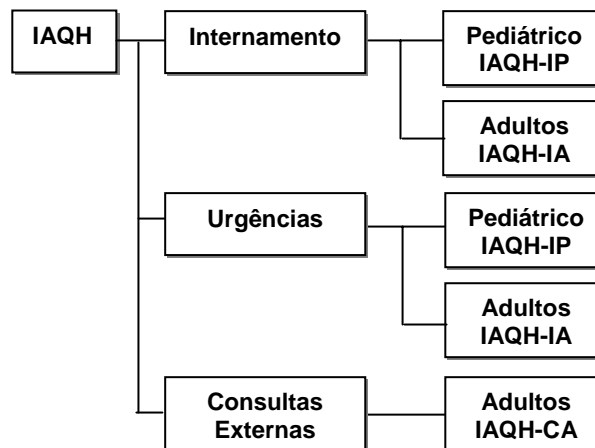


Figura 1: Módulos do IAQH

Cada um dos instrumentos de medição possui um conjunto de questões-chave nucleares para a avaliação dos aspectos da qualidade de cuidados hospitalares que medem o percurso do doente dentro do hospital, reflectido a sequência dos acontecimentos por eles vividos.

As questões-chave de cada um dos questionários foram adaptadas à especificidade de cada um dos serviços (internamento, urgências ou consultas externas) e ao tipo de doente (adulto ou pediátrico).

Apresentaremos a seguir a componente metodológica da selecção da população e os processos seguidos para a selecção da amostra, envio e recepção dos questionários.

POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Os doentes incluídos nestas análises satisfazem os seguintes critérios de inclusão:

- Internados com pelo menos 48 horas de estadia no hospital (internamento) ou experiência recente (urgências e consulta externa)
- Quaisquer diagnósticos
- Não falecidos no hospital.

Os dados referentes aos doentes são compilados para que se possa encontrar as distribuições conjuntas idade-sexo para cada serviço

(internamento), por cada tipo de urgência ou por cada consulta externa, assim como as distribuições de cada uma destas unidades. Com base nestes dados é seleccionada uma amostra proporcionalmente representativa das variáveis idade, sexo e local.

Após a selecção da amostra aleatória, são emitidas etiquetas autocolantes que permitirão enviar o questionário aos doentes. No sobrescrito de envio, sobrescrito com o timbre do hospital, para além do questionário são colocados uma carta de apresentação assinada pelo Conselho de Administração do hospital e um sobrescrito de resposta sem franquia (RSF) para os doentes devolverem o questionário preenchido. O endereço de destino deste sobrescrito RSF é o do Centro de Estudos e Investigação em Saúde, entidade científica responsável pelo projecto. O envio é feito pelo Conselho da Administração, numa demonstração de adesão ao projecto e de assunção desta actividade como parte integrante da prestação de cuidados; a recepção, por outro lado, é feita para uma outra entidade completamente desligada do hospital, conseguindo-se assim mostrar a real separação e independência do tratamento da informação em relação à prestação dos cuidados.

PRINCIPAIS RESULTADOS

As taxas de respostas dos indivíduos variaram entre 25-30% (urgências) e 35-40% (internamento e consultas externas). Por outro lado, os respondentes aderiram muito entusiasticamente ao questionário aproveitando-o para enviar recados ao Conselho de Administração e sugerir iniciativas de melhoria de qualidade.

As distribuições da idade, do sexo e do tipo de internamento, consulta ou urgência provaram não existir qualquer enviesamento entre a amostra enviada – que já é sempre representativa da população – e a amostra recebida via postal. Assim, temos *a priori* garantias de que as conclusões a extrair dos estudos são de confiança, pois as amostras utilizadas são o mais representativo que é possível obter-se, tendo em conta a informação fiável existente nos sistemas de informação dos hospitais.

De uma maneira geral, há a realçar uma relativa satisfação dos doentes em relação aos prestadores directos de cuidados, quando comparada com os aspectos de acesso ou organizacionais das instituições.

As áreas administrativas limítrofes dos cuidados directos (admissão, alta) são aquelas onde se regista maior insatisfação por parte dos doentes.

Igual fenómeno é visível sempre que se aborda a área da informação prestada ao doente e/ou a familiares ou a área da alimentação. A título de exemplo pode citar-se que 10-20% dos doentes não sabem em que serviço estiveram internados ou que, mesmo tendo em conta os números elevados de “falsas urgências”, a muito mais de metade dos doentes não é nada dito relativamente à decisão de recorrer às urgências como primeira instância. A falta de apoio durante as refeições e o exagerado tempo de espera entre estas são os principais factores que, em termos dos cuidados diários, motivam a insatisfação dos doentes.

Os défices de condições de estadia, nomeadamente do quarto, da enfermaria ou das instalações sanitárias, aparecem a seguir no rol de queixas dos doentes.

Como vimos atrás, é aos profissionais directos de cuidados (médicos e enfermeiros) que são dadas as mais altas classificações, embora a indisponibilidade destes profissionais para estarem presentes ou ouvirem e informarem os doentes seja muitas vezes referida.

Em resumo, para além de não haver um grande cuidado para exercer funções pedagógicas de formação, há défices de informação, aspecto muito sentido pelos doentes.

Os doentes exercem o seu direito de se queixarem, apontam com grande perspicácia áreas merecedoras de melhoria, mas em geral, não deixam de estar suficientemente satisfeitos com os cuidados, levando mesmo a afirmar que, se necessitassem, voltariam ao hospital ou o recomendariam a amigos e familiares.

CONCLUSÃO

Os doentes estão a ter um papel activo cada vez maior nos debates sobre os cuidados de saúde, questionando os cuidados médicos prestados e querendo participar na garantia da qualidade. Esta participação dá-lhes a oportunidade de compreenderem as diferentes opções de tratamento, de fazerem escolhas informadas respeitantes aos cuidados médicos e de se tornarem co-responsáveis pelos resultados dos cuidados. É, por isso, importante que os doentes participem e se envolvam nas actividades de garantia da qualidade dos cuidados médicos. Só assim é possível aos investigadores dos serviços de saúde — quer sejam prestadores de cuidados, gestores, políticos de saúde ou investigadores em saúde não inseridos no sistema de prestação — iniciar esforços de construção de instrumentos e mecanismos para garantir a qualidade de

cuidados de acordo com as expectativas dos doentes.

Encontrámos alguns pontos negativos que nos parecem indesculpáveis mas que, assumindo uma posição proactiva, são excelentes indicadores que entendemos deverem ser usados pelos responsáveis do hospital para melhorar (e em muitos casos sem qualquer investimento financeiro adicional) a qualidade dos serviços prestados.

Mas mais importante de tudo é que demos voz aos cidadãos e a possibilidade de eles, quer anónima, quer abertamente se esse for o seu desejo, manifestarem as suas opiniões sobre os serviços que lhes foram prestados durante o seu internamento e até avaliarem os prestadores de cuidados.

Uma das principais funções dos cuidados de saúde deve ser fornecer bem-estar aos doentes. Esta perspectiva, baseada em percepções e valores dos doentes, requer que decisões importantes acerca dos benefícios e riscos sejam partilhadas com os doentes e que os prestadores de cuidados sejam considerados como trabalhando em seu nome. Parafraseando Berwick e Stoddart, os doentes não devem mais ser considerados como observadores desiludidos da prestação de cuidados ou como as vítimas últimas dos maus cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BERWICK, D., "Health thyself or heal thy system: can doctors help to improve medical care", *Qual Health Care* 1992; 1: S2-8.
- BERWICK, D. M, *et al.*, *Curing Health Care*, Jossey-Bass, San Francisco, 1990.
- CLEARY, P. D. e McNEIL, B. J., "Patient satisfaction as an indicator of quality care", *Inquiry* 1988; 25 Spring: 1-12.
- DEMING, W. E., *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for the Advanced Engineering Study, 1986.
- DONABEDIAN, A., *The definition of quality and approaches to its assessment*. vol I. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- EMANUEL, E. J. e EMANUEL, L. L., "Four models of the physician-patient relationship", *JAMA* 1992; 267: 2221-2226.
- FERREIRA, P. L., A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: Portugal, Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999.
- IRVINE, D. e IRVINE, S.. *The practice of quality*. Oxford, Radcliffe Medical Press, New York, 1996.
- JURAN, J. M., *Juran on planning for quality*. New York, NY: Free Press, 1988.
- METERKO, M. *et al.*, Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care*, 28, 1990.
- NELSON, E. *et al.*, "Gaining customer knowledge: obtaining and using customer judgments for hospitalwide quality improvement", *Topics on Health Research Management*, 11 (3), 1991: 13-26.
- NOLAN, T. W., Quality as a organizational strategy. Comunicação apresentada na Annual Quality Conference : Philadelphia Area Council for Excellence; 8 May, 1990; Philadelphia, PA.
- SALTMAN, R. B., "Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: A conceptual framework", *International Journal of Health Services*, 1994 24 (2):201-229.
- SEGALL, A. e BURNETT, M., "Patient evaluation of physician role performance", *Soc Sci Med* 1980; 14A: 269-278.
- WARE, J. E. *et al.*, Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planing* 1983; 6: 247-63.
- WILLIAMSON C. *Whose standards? Consumer and professional standards in health care*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Citizen's Choice and Patients' Rights, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.