

Desde Janeiro de 2001 tem vindo a desenvolver-se a primeira fase do *Portuguese Quality Indicator Project* (PQIP), um projecto a que aderiram oito instituições hospitalares com vista à medição do desempenho clínico e à tomada de medidas para a sua melhoria. Neste momento ultimam-se os preparativos entre o IQS e o Centre for Performance Sciences (CPS), a estrutura de coordenação e desenvolvimento do projecto, para se iniciar uma nova fase que irá contar com a adesão de mais hospitais nacionais.

Vahe Kazandjian



Com a finalidade de dar a conhecer as especificidades e vantagens deste projecto deslocou-se a Portugal, em Setembro, o director do CPS, Vahe Kazandjian. O encontro realizou-se em Lisboa e nele esteve presente cerca de meia centena de hospitais. A sua vinda teve igualmente por objectivo a formalização desta nova fase do projecto entre o CPS e o IQS e entre ambos e os hospitais aderentes.

Aproveitando a ocasião, a Revista Qualidade em Saúde procurou saber qual a evolução e impacte que o projecto tem registado desde que foi criado há duas décadas nos Estados Unidos (QIP – *Quality Indicator Project*) e desde que se internacionalizou e estendeu à Europa e Ásia (IQIP – *International Quality Indicator Project*), bem como quais as expectativas futuras de Vahe Kazandjian para essas regiões em geral e para Portugal em particular.

Decorridos 20 anos desde o início da implementação do QIP nos Estados Unidos, qual o balanço que o CPS faz do seu impacte na qualidade global da prestação de cuidados nos hospitais aderentes?

Nos últimos 20 anos aprendemos valiosas lições, muitas delas até fazem parte do senso comum embora pareçam por vezes ser descobertas que fazemos. Na área da medição do desempenho e da qualidade em cuidados de saúde, as últimas duas décadas chamaram a nossa atenção para a importância do factor humano e para a necessidade de se introduzir novas estratégias de gestão de grupos e de indivíduos, os quais nem sempre estão prontos para as adoptar. Por exemplo, o simples facto de convencer organizações, governos e até os consumidores que a qualidade não

INCENTIVAR E DESENVOLVER O PQIP

é uma avaliação subjectiva levou-nos muitos anos. Em meados da década de 80 a qualidade era encarada como uma função que se confinava praticamente ao médico e à área clínica.

A alteração que entretanto testemunhámos, e que acredito que até certo ponto influenciámos, tem sido o transformar da medição do desempenho num empreendimento mais quantitativo e objectivo. Foi necessário dar “cientificidade” ao conceito da qualidade, misturar a medição objectiva com a avaliação algo subjectiva da qualidade. E posso dizer que temos assistido, a pouco e pouco, a uma mudança de mentalidades no sentido da aceitação dessa medição do desempenho como uma responsabilidade quantificável e mensurável das organizações prestadoras de cuidados de saúde. Uma outra mudança que temos observado tem sido ao nível da capacidade das organizações em adoptarem novas tecnologias e obterem informação atempada e adequada. Talvez a mudança mais importante tenha sido a capacidade de indivíduos e de organizações para interpretar dados e informações produzidos para si. E temos particular orgulho nisso, porque é nossa convicção que a nossa força não está necessariamente nos aspectos técnicos do nosso trabalho, mas na nossa capacidade em formar os utilizadores na melhor forma de usar essa informação para as actividades de medição do desempenho.

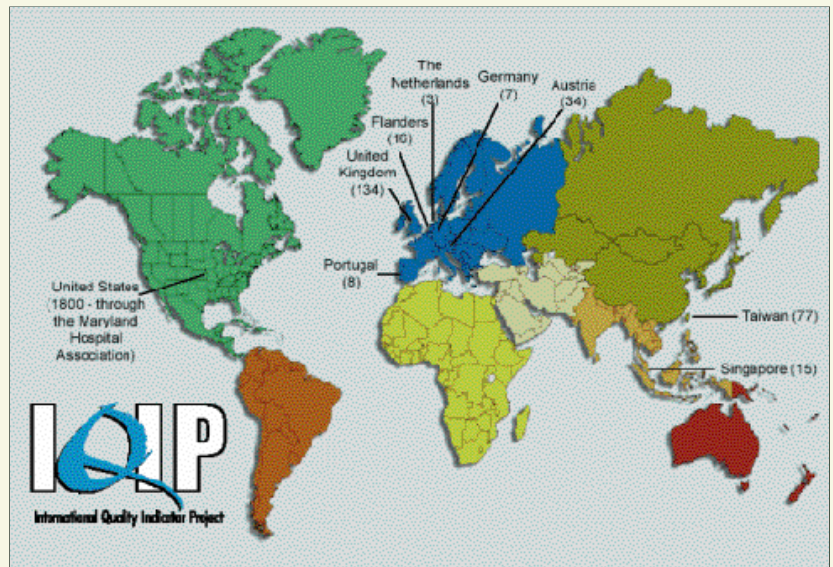
Que exemplos concretos pode assinalar, nomeadamente os que sejam directamente atribuíveis à prática continuada de comparação de indicadores de *performance* ou *benchmarking*?

Existem numerosos exemplos de utilização da análise comparativa para a melhoria do desempenho. Talvez o mais comum e que atravessa todo o sistema de cuidados de saúde seja o dos partos por cesariana. Temos levado a cabo muito trabalho sobre a saúde da mulher, incluindo as cesarianas, e esta tem sido uma área de particular interesse para mim. Como indicador, o parto por cesariana é interessante porque as mulheres em trabalho de parto não estão doentes e portanto não são verdadeiros pacientes. Na maioria das situações, o parto é uma condição de saúde muito positiva, que pode ou não ser bem gerida por forma a obter-se o melhor resultado para a mãe e para o recém-nascido. A cesariana, como indicador, inclui também a preferência da paciente, que é um aspecto muito importante para compreender o estabelecimento de prioridades de indicadores em cada hospital. Por exemplo, a cesariana, a histerectomia para patologia não cancerosa, a cirurgia ortopédica e alguma revascularização cardíaca, todas incluem preferência do paciente para além da adequação clínica da intervenção. Em situações como estas, em que pacientes e organização trabalham em conjunto os aspectos de melhoria, temos notado melhorias muito mais palpáveis sentidas por ambos. No CPS temos uma publicação que relata continuamente todas as histórias de sucesso, bem como publicações académicas sobre casos específicos estudados.

IMPACTE INTERNACIONAL DO PROJECTO

Que ensinamentos colheu o CPS com o processo de internacionalização do projecto para fora do contexto americano?

Diria antes demais que o *Quality Indicator Project* não é um projecto americano, é uma abordagem científica independente de qualquer ambiente de cuidados de saúde ou estrutura de dados de saúde. Nesse sentido, é uma abordagem epidemiológica que se fundamenta em métodos e técnicas clínicos e em estatísticas e protocolos já comprovados, com o fim de medir e avaliar tendências do desempenho ao longo do tempo e através das organizações. Portanto, foi natural que este projecto tenha sido levado para fora dos Estados Unidos, uma vez que a ciência não tem fronteiras. A evolução do seu processo de internacionalização baseia-se na simples descoberta do nosso trabalho.



Como caracteriza a evolução da adesão ao nível da Europa e quais as perspectivas futuras?

A Europa iniciou a sua participação no QIP em 1992. Os primeiros hospitais europeus faziam parte da Northern Health Care Authority do serviço nacional de saúde do Reino Unido. Ao longo do tempo e através da demonstração de um verdadeiro impacto nas actividades de melhoria do desempenho, os hospitais do Reino Unido expandiram a sua participação e demonstração de melhorias nos cuidados de saúde. Após quase 12 anos de colaboração, o Reino Unido é agora o país, para além dos Estados Unidos, com mais hospitais neste projecto: mais de 150 em Setembro. Outros países europeus, tais como a Áustria e a Alemanha, têm vindo a aderir ao projecto ao se aperceberem de como ele é útil para atingirem as suas metas e objectivos. Neste momento mantemos contactos com vários países e esperamos que a Itália e a Espanha sejam os próximos a juntar-se a nós já em 2005.

O impacto do IQIP nos hospitais da Europa, nomeadamente do Reino Unido, foi idêntico ao registado pelo QIP nos EUA?

O impacto do IQIP nos hospitais europeus, em particular do Reino Unido e da Áustria, tem sido muito similar ao que observámos nos Estados Unidos. Os resultados observados são muito semelhantes ao próprio desenho do QIP. Ou seja, se o QIP é um método científico, e é para medir o desempenho e avaliar o impacto sobre a mudança de práticas, os resultados também parecem ser independentes dos sistemas de saúde e do ambiente envolvente. Por exemplo, quando lidamos com infecções contraídas no hospital, mortalidade ou tempos de espera, verificamos que as experiências dos Estados Unidos acabam por servir de guia a problemas idênticos que se registam nos países europeus ou nos asiáticos. A medição é genérica e, em muitos casos, parece que os problemas e as suas soluções são também genéricos. Este tipo de resultados é muito reconfortante, pois sustenta a nossa convicção de que uma colaboração global é não só desejável como muito possível.

Mas houve necessidade de alterações ou ajustamentos determinados pelo alargamento do QIP aos hospitais europeus?

Houve muito poucos ajustamentos nos projectos durante a sua expansão pelos países europeus e asiáticos. Acima de tudo, essas alterações foram de nomenclatura. Por exemplo, no Reino Unido, “emergency room” chama-se “accidents and emergency”, enquanto na Áustria não se faz distinção entre as “swing beds” e as camas normais. De um modo geral, posso dizer que não houve alterações ao projecto ou à análise.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS E MELHORIA CONTÍNUA

Qual o nível de confidencialidade dos dados e da informação agregada decorrentes da aplicação do projecto?

A informação que o projecto recolhe não contém a identificação dos hospitais. É atribuído um código a cada hospital e é o coordenador nacional do projecto que pode fazer a correspondência entre esses códigos e os nomes dos respectivos hospitais. Não estamos interessados em conhecer o desempenho individual dos hospitais. O que nos interessa saber é a capacidade da organização para lidar com as várias questões e problemas e demonstrar mudança. Portanto, em nenhuma das nossas publicações ou apresentações foram os hospitais identificados pelos perfis de desempenho ou pelo seu nome. Esperamos também que a confidencialidade dos resultados do projecto seja igualmente mantida pelos hospitais participantes. No contrato que assinamos no início da nossa colaboração com cada país ficam claramente assinaladas as limitações à forma como estes dados podem ser tornados públicos e usados para fins fora da esfera da melhoria e avaliação do desempenho.

O QIP constitui-se ao nível de cada hospital como uma ferramenta para a melhoria contínua. Será a informação por ele gerada compatível com a sua utilização em processos de acreditação ou de contratualização de cuidados de saúde?

O QIP é uma ferramenta para a melhoria contínua do desempenho e uma iniciativa baseada puramente na participação voluntária. O CPS não é um organismo de acreditação ou de elaboração de normas. Não afirmamos saber o que é acertado fazer e, nesse caso, julgar os hospitais quando têm um desempenho diferente. De facto, esperamos que as organizações adoptem o QIP em conjunto com outras actividades e que a sua experiência e preparação cultural para a qualidade e para a responsabilização os ajudem quando se candidatem à acreditação.

EXPECTATIVAS PARA OS HOSPITAIS PORTUGUESES

Do que conhece da realidade dos hospitais portugueses, quais os benefícios mais imediatos que estes poderão esperar da implementação do projecto?

O primeiro benefício para os hospitais portugueses, tal como tem sido

para todos os outros hospitais à volta do mundo, é a percepção interna de que uma abordagem sistemática foi adoptada. O benefício imediato dessa observação é um aumento e uma mais-valia de comunicação entre diferentes fornecedores dentro da instituição, o que é um pré-requisito para qualquer melhoria na área da Qualidade. Com frequência os profissionais e os departamentos parecem trabalhar de forma isolada e não compreendem como o seu desempenho afecta os pacientes, os recursos da organização e a própria continuidade dos cuidados. As melhorias serão apoiadas por ligações que os hospitais portugueses estabelecerão com hospitais noutros países do mundo ao aprenderem sobre melhores práticas. O benefício mais importante para os hospitais portugueses seria não só aprender o que os outros estão a fazer e conhecer qual o “estado da arte” nos indicadores, mas também metamorfosear diligentemente o IQIP para um projecto verdadeiramente português (PQIP), eventualmente através duma colaboração com o CPS no sentido de se aperfeiçoar os indicadores e interpretar as observações no contexto da realidade portuguesa.

Como correu o encontro com os hospitais portugueses e com o IQS?

Correu muito bem, tal como já tinha corrido anteriormente. Esta não foi a minha primeira visita a Portugal nem a minha primeira conversa com os profissionais hospitalares e com o director do IQS, de quem aprecio a sua visão e liderança. Reconheço uma grande dedicação do pessoal do IQS à Qualidade, visto terem já um historial de actividades e posturas que demonstram a sua dedicação à causa da melhoria dos serviços. Sublinho com agrado a participação das chefias hospitalares neste encontro e o prazer que tive de discutir individualmente com algumas delas. Penso que o momento é importante e que o ambiente na Europa, e em particular em Portugal, é muito conducente a colaborações desta natureza.

As minhas expectativas são de que a colaboração seja capaz de demonstrar, em primeiro lugar, uma compreensão sistémica do que se passa nos hospitais portugueses em relação a níveis de desempenho em cada indicador e, ao longo do tempo, demonstrar como a participação contínua faz a diferença. Espero também que uma nova geração de profissionais de saúde se desenvolva através de projectos desta natureza e tome conta da causa da Qualidade. aguardo por isso com grande expectativa vir a trabalhar com o IQS e os seus profissionais, bem como aprender e partilhar mais melhorias do desempenho com os hospitais e as organizações de cuidados de saúde de Portugal.

Entrevista de **Graziela Afonso**