

# QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

OLIVÉRIO DE PAIVA RIBEIRO \*

FERNANDO M. CARVALHO, LUÍS MIGUEL M. FERREIRA, PAULO JORGE M. FERREIRA \*\*

## SIGLAS

CE – Conselho de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

**PALAVRAS-CHAVE:** Padrões de qualidade, satisfação do utente, gestão de cuidados.

## RESUMO

Para se garantir a qualidade nos cuidados de saúde é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um programa de garantia da qualidade, avaliar de uma forma sistemática a execução do programa e definir o modelo conceptual a aplicar.

A qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde actuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

## 1-INTRODUÇÃO

A qualidade nos cuidados de saúde justifica-se por várias razões, entre as quais destacamos as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de

---

\* Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

\*\* Alunos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

cuidados,) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde).

O Ministério da Saúde considera que a Qualidade, nesta área, apresenta algumas características específicas que a diferenciam da Qualidade Organizacional noutros campos e actividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não responder à procura, oferecendo sempre mais (PESSOA, 2005).

Neste sentido, algumas questões se levantam.

A acreditação das instituições hospitalares em termos de qualidade traz uma mais-valia para a prática diária? Quais as dificuldades para garantir a qualidade dos cuidados? Uma perspectiva economicista dos cuidados de saúde tem influência directa na qualidade dos mesmos? Quem é responsável pela avaliação da qualidade? Como elaborar um programa de garantia da qualidade e promover a sua avaliação sistemática?

Estas são algumas questões para as quais vamos sugerir algumas pistas de reflexão que pretendem, não tanto serem respostas, mas sim o início de um debate e troca de ideias para avaliar o caminho percorrido e perspectivar o futuro.

## **2- ABORDAGEM CONCEPTUAL**

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje fortemente assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se assim uma acção prioritária.

A abordagem da temática exige a conceptualização dos intervenientes neste processo, sendo que:

### **Saúde**

É o estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo, por tanto não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. É variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001).

### **Pessoa**

É um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos de natureza individual, o que a torna num ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação.

Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, o qual é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Ao interagir com o ambiente, modifica-o e sofre a influência dele na procura incessante do equilíbrio e harmonia. Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos individuais, o que permite entender que cada um assume e vivencia um projecto de saúde.

As funções fisiológicas são processos não intencionais, influenciados pela condição psicológica e pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa (OE, 2001).

### **Ambiente**

O meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

### **Qualidade**

Não é tarefa fácil definir o conceito de **qualidade** uma vez que este é em grande parte subjectivo. Tem diferentes semânticas quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.).

No léxico da língua portuguesa, qualidade é definida por propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; valor; distinção; plano elevado.

Nesta condição, o ser humano, ao longo da sua história, tem provado que na sua busca incessante em obter as melhores condições, de forma a satisfazer as suas necessidades, o aperfeiçoamento e melhoria das suas técnicas e invenções, tem-se pautado por uma força motriz que existe dentro de nós, e nos impele a procurar a melhoria. É pois uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.

No âmbito dos cuidados de saúde, e segundo a Associação Internacional de Epidemiologia, é considerada como um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes.

Significa ainda o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das acções e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação (auditoria/monitorização).

Exige pois uma visão partilhada por todos, norteadas por valores como os de solidariedade, de competência técnica e humana, conceptuais e de integridade. Procura a criação de um projecto integrado daquilo que se quer que o serviço seja, uma liderança efectivamente mobilizadora, a definição de prioridades, a fixação de objectivos (de qualidade, claros, precisos, realistas e mensuráveis). Para além disto, promove a implementação de sistemas de trabalho que respeitam o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos utentes e profissionais.

A necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua.

Inequivocamente abrangente, tem vindo a suscitar de forma crescente, várias reflexões sobre a sua importância, o seu dinamismo e a sua aplicação, consistindo num conceito evolutivo, determinado por um conjunto de características e em função de critérios próprios, onde se incluem o beneficiário dos cuidados (são ou doente), o profissional, o estabelecimento de saúde, com a sua estrutura e a sociedade.

BEWICK cit in. SALE (1998) refere que, para a melhoria contínua da qualidade, são fundamentais três pontos de acção:

- Os esforços para conhecer cada vez mais a fundo o utente e ir associando constantemente esse conhecimento às actividades diárias das organizações;
- Os esforços para modelar a cultura das organizações, principalmente através da acção dos líderes, no sentido de promover o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico;
- Os esforços para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho, através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e acções daí derivadas.

Para o referido autor quando estes três esforços são desenvolvidos em sincronia uma organização floresce e melhora continuamente.

Para tornarmos mensurável o conceito de qualidade, procedeu-se à sua caracterização, onde termos como **eficácia** (relação entre objectivos propostos e objectivos atingidos), **eficiência** (relação entre resultados obtidos e recursos dispendidos), **equidade** (igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde), **acessibilidade** (grau de adequação entre o utente e o sistema de saúde, o qual implica o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de natureza geográfica, económica, cultural ou funcional – oferta de serviços adequada às necessidades da população), **satisfação** (dos prestadores de cuidados, dos utentes – condições físicas e ambientais em que os cuidados são prestados, aspectos técnicos, relacionamento interpessoal com os prestadores, consequências dos cuidados quer a nível fisiológico, quer psicológico, que pode gerar atitudes de cooperação, representando o bem-estar do utente que deve ser uma fonte de informação aquando da avaliação), **adequação** (relação entre os serviços disponíveis e as necessidades da população, quer no seu componente numérico, quer em termos de distribuição), **continuidade de cuidados** (articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados), **estrutura física e organizacional da instituição**, **competência profissional** (ao nível técnico-científico - “saber fazer” e relacional – “saber ser e saber estar”, relação de ajuda, respeito, empatia, congruência, saber escutar...).

### 3- QUALIDADE / BENEFICIÁRIO DE CUIDADOS

De acordo com ANDRÉ e ROSA (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nesta perspectiva, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflecte as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Para os beneficiários dos cuidados, esta assume um significado de independência, mais potencialidades de escolhas.

A perspectiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde (McINTYRE e SILVA, 1999).

As características reconhecidas como qualidade pelos utentes diferem das identificadas pelos clínicos.

Os beneficiários identificam como indicadores da qualidade um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz entre os que prestam os cuidados de saúde e os utentes e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados (TAYLOR cit in HOLMAN, 1992 ou 2000).

O método mais preciso para determinar as percepções de qualidade dos outros consiste, simplesmente, em perguntar-lhes. Quando os utentes se dizem insatisfeitos com os cuidados prestados, tentar corrigir a deficiência e descobrir o que para estes significa qualidade, pode permitir uma mudança no nível de satisfação (DUCHENE cit in HOLMAN, 2000).

Assim sendo, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades/ expectativas dos beneficiários, constituem um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade.

Tal indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando refere que *“Na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”*, considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual, *“a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”*.

No entanto, existem outros instrumentos de avaliação de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem, validados e aferidos para a população portuguesa, como o Newcastle Satisfaction With Nursing Scales e o formulário SUCEH no hospital e SUCECS no centro de saúde (PINHEIRO, 2003).

A importância de obtermos alguns indicadores sobre a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, só se torna verdadeiramente significativa a partir do momento em que essa prática seja levada a cabo com regularidade. Isso permitirá o controlo das melhorias implementadas e a actualização, em simultâneo, do conhecimento sobre o efeito das políticas e das intervenções na área dos serviços de saúde (PAÚL et al. 1999).

Desta forma procura-se “dar voz ao utente”, possibilitando-o de manifestar as suas opiniões sobre os cuidados, tornando-o num elemento participativo na tomada de posição em relação aos serviços de saúde e não um mero espectador ou simples utilizador.

Em Portugal, a evolução no que respeita a ganhos de saúde, está sem dúvida ligada à melhoria das condições socioeconómicas e estruturais, sendo prova o decréscimo das taxas de mortalidade. No entanto, surgem alguns indicadores que revelam um subdesenvolvimento cívico e de cidadania, como por exemplo a taxa de sinistralidade rodoviária, analfabetização e abandono escolar, estas últimas das mais altas da Europa, sendo os mesmos frequentemente ventilados nos mais variados órgãos de comunicação social.

Estarão desta forma criadas condições políticas e sociais para o desejado exercício de cidadania? Num país onde se prevê que o eixo do desenvolvimento pessoal e económico sofra pouca expansão devido a limitações socioeducacionais, de que competências dispõem os cidadãos para uma participação cívica e responsável na reestruturação do sistema de saúde?

Deixar que um indivíduo falte a um compromisso terapêutico por se encontrar fatigado pode ser visto como uma medida simpática e carinhosa, mas pode também ser visto como uma interferência no processo de reabilitação e no condicionamento físico do utente, podendo resultar no agravamento do seu estado, no que toca à perda de funções, e num readquirir de funções mais lento. Um ditado familiar, em reabilitação, diz que "*demora mais tempo deixar que a pessoa faça por si, do que fazer por ela*" (DUCHENE cit in HOLMAN, 2000). Talvez o primeiro aspecto dos cuidados de saúde a ser descurado seja aquele que se relaciona com a educação dos utentes e com a promoção do auto-cuidado.

Devido ao facto de a qualidade ser percebida subjectivamente, os resultados dos cuidados ministrados podem ser difíceis de discernir para um leigo. Estes, constituem um dos principais aspectos da reabilitação, onde, tradicionalmente, os clínicos têm procurado uma forma de medir e controlar os pequenos, mas significativos, ganhos, em termos de funções e da independência dos utentes (DUCHENE cit in HOLMAN, 2000).

Possivelmente, parte deste problema poderá ser solucionado se forem criadas condições que possam dar lugar a um espaço interactivo e participativo, com consulta dos interessados de forma objectiva e regrada. A disposição de informação fidedigna e completa, numa forma acessível e clara, aliada à criação de mais e melhores comissões de utentes devidamente esclarecidas e, ainda, uma mudança de mentalidades das próprias classes políticas e dos profissionais de saúde.

Na enfermagem de reabilitação um significativo desafio, no que concerne em ir ao encontro das expectativas de qualidade dos utentes e famílias, consiste em informar e conversar, exactamente sobre as expectativas, o que irá aumentar a consciência e alterar a percepção, em termos de qualidade e satisfação (DUCHENE cit in HOLMAN, 2000).

Citando SIMÕES “*Uma sociedade que aproveita e potencia as capacidades dos cidadãos, o desenvolvimento económico harmonioso e um ambiente social sustentado, fazem mais pela saúde dos cidadãos do que a construção de hospitais ou a proliferação de consultórios e centros de diagnóstico...*”

#### **4- QUALIDADE/PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Por conseguinte, as associações profissionais da área da saúde têm um papel fundamental na criação de sistemas de qualidade e na definição dos seus padrões para cada um dos domínios específicos que caracterizam os mandatos sociais de cada uma das profissões envolvidas.

Neste contexto, e de acordo com a alínea b) do nº1 do art.30 do estatuto da OE, compete ao C.E. definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do nº2 do mesmo artigo e alínea b) do nº2 do art.37, compete, respectivamente, às comissões de especialidade e aos conselhos de enfermagem regionais, zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente.

Estes padrões tornam-se então precursores dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Daí a utilidade de serem estabelecidas guidelines, orientadoras da boa prática.

Neste seguimento, os enunciados descritivos elaborados pela O.E., com o intuito de uniformizar e ajudar as respectivas unidades de cuidados na obtenção da máxima qualidade de cuidados no exercício profissional, no sentido de estimular os enfermeiros a reflectir e procurar novas formas de fazer e fazer melhor, com os recursos disponíveis, traduzem essa mesma preocupação, dando assim visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes. Os enunciados descritivos traduzem a procura da excelência no exercício profissional, neste caso, da enfermagem, quando referem que:

- ***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”***. Para tal, torna-se fundamental, entre outros elementos *“a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade, a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados,”*;

- ***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes”***. Como elementos fundamentais temos, *“a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados, o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, a referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde, a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro e a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega”*;

- ***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”***. Para a sua concretização, o enfermeiro deve recorrer a elementos, tais como *“a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”*, deve recorrer, *“à prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados”*, deve recorrer *“ao rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem”*, deve *“referenciar as situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde”*, deve exercer *“a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro”* e deve *“responsabilizar-se pelas decisões tomadas, pelos actos que praticados e pelos que delega”*;

- ***“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde”***. Para tal deve promover *“a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem”*, deve executar *“o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade”*, deve recorrer ao *“máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade”*, deve *“optimizar as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o régimen terapêutico prescrito”* e deve promover

*“o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional”.*

Contudo, os prestadores de cuidados devem ter presente que os bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Torna-se evidente a importância da presença dos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico, que definem a boa prática de Enfermagem. Este deve ser o primeiro quadro de referência para a excelência.

Quando se fala de Deontologia, estamos na área do conhecimento sobre o apropriado, conveniente, o dever. A sua preocupação é a correção da acção, isto é, surge sempre a forma imperativa *“o profissional deve”*. Assim, neste contexto e em busca pela palavra *“excelência”* no código, surge explícito, no ponto 3 do art. 78, como um dos princípios orientadores da actividade dos enfermeiros – *“ a excelência na profissão em geral e na relação com outros profissionais”* e ainda no título do art.88 – *“O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício”*.

Na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e é cuidado modula-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar de que decorrem os outros princípios, estando imperativamente presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções. Aliás, assim o afirma o art.78 no ponto 1 – *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do Enfermeiro.”*

Em suma, o exercício da responsabilização profissional deverá ter em conta o reconhecimento e respeito pelo carácter único e dignidade de cada utente e caminhar, ao mesmo tempo, para a excelência, por via do aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento das competências. A formação contínua e em serviço, assim como o acesso a mais informação, assente em profundos conhecimentos científicos, vem proporcionar e desenvolver determinados aspectos que permitem colmatar os défices de desempenho identificados, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de Enfermagem (LEPROHON, 2002). Neste sentido, pode afirmar-se que o profissional de saúde (enfermeiro) deverá integrar à sua experiência prática individual a melhor evidência externa disponível, proveniente da pesquisa científica. A conjugação destas premissas designa-se por Enfermagem baseada em evidências (CRAIG et al,2003).

Pesa embora a necessidade de proceder-se a uma avaliação sobre a mesma (qualidade), através de indicadores de resultados previamente estabelecidos, com o objectivo de pôr em prática as inovações que se revelem necessárias, esta assume capital

importância para o crescimento e desenvolvimento dos profissionais no exercício das suas funções, na perspectiva da melhoria contínua no desempenho.

A avaliação é um processo sistemático para determinar a extensão em que os objectivos foram alcançados (GALHARDO, 1984).

A avaliação do desempenho dos elementos de enfermagem é desenvolvida de acordo com o Decreto-Lei nº437/91 de 11 de Novembro e legislação complementar, bem como da recente legislação designada por Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Função Pública ou SIADAP, a qual tem como objectivos principais, avaliar a qualidade dos serviços, responsabilizar e reconhecer o mérito, diferenciar níveis de desempenho fomentando uma cultura de exigência e motivação, potenciar o trabalho em equipa, identificar necessidades de formação, fomentar oportunidades de mobilidade e progressão profissional, de acordo com a competência e o mérito demonstrados, promover a comunicação entre as chefias e respectivos colaboradores e fortalecer as competências de liderança e de gestão, com vista a potenciar os níveis de eficiência e qualidade dos serviços.

Espera-se que seja um instrumento válido e fidedigno, medindo o trabalho realizado e desejável. Contudo, existe alguma controvérsia em redor deste modelo, nomeadamente a atribuição de quotas de classificação em função dos diversos graus de desempenho. Torna-se pois importante, na nossa humilde opinião, uma maior flexibilização do valor atribuído, que permita, ao mesmo tempo, uma avaliação global dos serviços, premiando aqueles (serviços/profissionais) que buscam a excelência.

Com o aparecimento de uma nova filosofia de gestão das instituições de saúde, em que são estabelecidos programas de contratualização limitados (ex: contratos por seis meses), interrogamo-nos de como será realizada a apreciação do desempenho destes profissionais de saúde?! Não estará em causa a sua motivação e, consequentemente, a qualidade dos cuidados ministrados?

No contexto da avaliação, os cuidados de enfermagem tem por objectivo principal a melhoria dos cuidados prestados aos utentes (DINIZ, 1995).

Para alguns autores, citados por BOTELHO (1998), constituem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros, os seguintes:

- Ausência de úlceras de pressão;
- Ausência de infecção e outras complicações que possam resultar dos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- Ausência de erros de medicação;
- Ausência de indicações de agressões físicas ou verbais;
- Ausência de queixas por parte dos utentes;
- Satisfação das visitas pelos cuidados que são prestados aos utentes;
- Satisfação dos utentes pelos cuidados que recebem.

Se acrescentarmos ainda a capacidade de inovação e vontade de mudança, estabelecem-se os requisitos para atingir um nível de excelência, de acordo com a Política Nacional de Saúde e a Cultura Institucional, pela resposta eficaz, eficiente e efectiva às necessidades e expectativas dos clientes. (CARVALHO et al., 2002).

## **5- QUALIDADE E CONTEXTOS ORGANIZACIONAIS**

Num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, quando todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis, as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem um atributo essencial, revelando ser uma necessidade e exigência na perspectiva dos vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos. Para a OMS (1986), por garantia de qualidade entende-se o resultado da medição do actual nível de serviços prestados, mais o esforço para modificar, quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados dessa medição.

Múltiplos são os factores que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos.

São portanto fundamentais meios para assegurar que os cuidados sejam adequados, respondendo às necessidades das pessoas e das famílias, coordenados e integrados com a garantia de qualidade.

Não podemos nunca ter da saúde uma visão puramente economicista, dado que, nesta área, para além dos princípios que norteiam o desenvolvimento económico e social, devem também prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos e o seu bem-estar (ESCOVAL, 2003).

No essencial, os objectivos de uma política de qualidade devem ser estabelecidos com base nas expectativas e nos desejos dos clientes e da comunidade. Segundo SANTOS (2002), não é visível a centralidade no cidadão, pois muitas das vezes, a política de saúde assenta em regras e orientações de carácter normativo, que têm como grande objectivo preservar os serviços de factores contingenciais, inerentes às especificidades de planos assistenciais adaptados às necessidades individuais. Os serviços organizam-se em função de si próprios.

A inexistência de uma rede de serviços de saúde de carácter social que garanta, de uma forma eficaz e eficiente, o *continuum* de cuidados, acompanhando cada indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, e a falta de concretização de objectivos estratégicos que permitam a sua operacionalização aos diferentes níveis, com evidência

nos resultados, em termos de ganhos em saúde e baseados na participação, no comprometimento e na responsabilização dos profissionais nesses resultados, condiciona directamente o progresso por todos desejado. Esta posição é reforçada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, mencionando a falta de dispositivos de análise e direcção estratégica que enquadrem os actores da saúde, a falta de concretização de modo concertado das medidas já socialmente negociadas, politicamente assumidas e legalmente em vigor, assim como a desresponsabilização da administração da saúde aos diferentes níveis, acabando por agravar as disfunções do sistema.

Tais factos provocam grande variabilidade não só a nível dos resultados obtidos, mas também na prestação dos próprios cuidados de saúde. Enquanto variações na clínica podem ser compreensíveis, dado alguns condicionalismos (culturais locais, diferenças económicas), variações de resultados obtidos em condições práticas semelhantes já são questionáveis. Por isso muitas decisões clínicas parecem ser arbitrárias, altamente variáveis sem qualquer explicação lógica, o que pode representar para alguns utentes, cuidados de pior qualidade ou até mesmo prejudiciais.

Importa, pois, proceder à identificação dessas variações (problemas), de modo a estabelecer uma orientação estruturada e sistemática sobre as prioridades a seguir, permitindo uma melhoria contínua da qualidade.

Esta, pode ser construída a partir de procedimentos e recursos já existentes, tendo em conta a criação de condições ideais para uma maior rapidez e capacidade de resposta às necessidades das pessoas, com o mínimo de inconvenientes para elas (satisfação dos utentes) e a eficiência e efectividade dos serviços, passando pela motivação e estado de espírito dos profissionais.

Os hospitais são entidades prestadoras de cuidados que ocupam uma posição central no sistema de saúde e, por isso, neles se concentram e por vezes se esgotam os recursos financeiros, tecnológicos e humanos. Contudo, constata-se, ainda assim, não responderem às reais necessidades de uma população que afinal os suporta com a sua contribuição fiscal. Quem paga a saúde toma consciência de que tem direito de acesso à informação e aos cuidados de saúde, a optar de acordo com as suas preferências e a estar representado, efectivamente, nas decisões que lhe dizem respeito. Tem ainda direito a que sejam prestadas contas. (ESCOVAL, 2003).

Esta ideia é reforçada por SANTOS (2002) que considera o SNS uma estrutura pesada, burocratizada e cara, centrada nos hospitais, cuja actividade é fortemente condicionada pelos serviços de urgência que lhe inflacionam os custos e lhe constroem o funcionamento e a produção. Acrescenta, ainda, que o SNS está centralizado na actividade do médico, considerado individualmente ou como serviço, e não da equipa. Desta forma não se criam as sinergias desejáveis, não provocando os

ganhos de eficiência possíveis, não evidenciando os contributos dos diferentes intervenientes.

Às instituições de saúde compete adequar recursos, criar estruturas que propiciem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar condições e ambiente favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais.

Mais recentemente, procura-se evoluir para a gestão de qualidade total, que engloba o conceito de melhoria contínua da qualidade, consistindo em dirigir todos os esforços da organização para a melhoria do processo e para a prevenção de problemas, eliminando desta maneira o custo de os corrigir. Assegura que todos estão conscientes do modo como o seu trabalho, o seu desempenho, tem um efeito na satisfação das necessidades dos utilizadores dos serviços. Pressupõe uma filosofia de gestão que faz dos decisores verdadeiros agentes de mudança, permitindo criar um ambiente organizacional de permanente aprendizagem individual e colectiva.

Com a qualidade total, as empresas pretendem sobre tudo baixar os custos, os serviços de saúde melhorar a eficiência dos serviços, mas fundamentalmente, melhorar a área das “pessoas”, de modo a ter uma força de trabalho mais satisfeita e motivada, procurando o envolvimento e empenhamento total dos profissionais, o que requer por vezes modificação de atitudes. Para que essa mudança aconteça e no terreno haja resultados, é necessário que as crenças mudem (FISHBEIN cit in PESSOA, 2005).

Assim sendo, a cultura organizacional positiva é imperativa para a introdução da qualidade total num serviço.

Em Portugal, há uma clara assunção de uma política de qualidade em saúde, tendo sido criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, com vários projectos e programas em desenvolvimento no âmbito da melhoria da qualidade. Existe, ainda, um diploma legislativo que determina a criação de comissões da qualidade em todas as organizações de saúde.

Projectos na área da qualidade organizacional, com a criação de um sistema de certificação para os hospitais, têm sido desenvolvidos em parceria com o Health Quality Service, o King's Fund e o MoniQuOr para a melhoria continua nos centros de saúde.

A elaboração de manuais da qualidade na admissão e encaminhamento dos utentes, a sua aplicação avaliada por auditorias internas e externas, assim como uma aposta na qualificação dos serviços de aprovisionamento hospitalares, constituem-se em elementos fundamentais na promoção da melhoria continuada do desempenho nos cuidados de saúde.

No âmbito do Plano Nacional de Acreditação, colocou-se a gestão do risco na ordem do dia. Através desta, procura-se a redução da incidência de acidentes e erros, resultando assim em práticas, sistemas de trabalho e premissas mais seguras, assegurando uma maior consciência do pessoal relativamente ao perigo e às

responsabilidades. Pretende-se, deste modo, providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado. O sub produto obtido é uma redução do risco. O risco e os danos resultantes quando a sua gestão não é eficaz limitam a qualidade da prestação de cuidados e empregam recursos que poderiam ser melhor utilizados de outra forma. Uma gestão do risco, coesa e eficaz, é benéfica para os doentes, o público, os profissionais e para a própria organização. Ou seja, permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a segurança dos profissionais/utentes, uma vez que as falhas são identificadas e uma maior eficácia na utilização dos recursos e desenvolver a capacidade de aprender com os erros.

Na área da modernização da gestão, a continuação da utilização e desenvolvimento do QualiGest, constituído por um conjunto de critérios para a avaliação da qualidade na gestão das organizações de saúde, assenta nos princípios da qualidade total.

Existem ainda outros modelos, nomeadamente da European Foundation for Quality Management (PISCO, 2001)

Também em Enfermagem podemos referir o desenvolvimento de alguns projectos como o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (M.A.Q.C.E.H.), que possibilita a comparação entre os cuidados prestados e as normas previamente estabelecidas e acordadas. Posteriormente, várias associações profissionais de enfermeiros, por solicitação do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, elaboraram padrões e normas de prestação de cuidados de enfermagem de âmbito nacional.

Uma gestão de pessoal inadequada, em que as suas necessidades não são levadas em conta, a sua opinião parece não ter importância, desmotiva e compromete todos os esforços de qualidade aos diversos níveis, oferecendo resistência à introdução de bons standards de actuação (PISCO, 2001).

Por outro lado, as novas possibilidades de gestão de recursos humanos não podem pôr em causa a estruturação e desenvolvimento das carreiras, motor e garante da melhoria das prestações (Fórum Nacional de Política de Saúde, 2001).

A necessidade de adaptar uma filosofia de gestão onde se introduz o principio da contratualização, fomentando a competição é hoje uma realidade em saúde, uma vez que tem havido uma grande preocupação em estudar uma forma de desenvolver um trabalho que satisfaça, ao mesmo tempo, utilizadores e prestadores de cuidados.

O planeamento das necessidades e prioridades, da racionalização, da análise custo/benefício, da eficiência técnica e científica, da avaliação da qualidade, da equidade e rentabilidade, são realidades que colocam inevitavelmente novos desafios (SOLA;SOUZA, 2002).

Nesta perspectiva, uma questão se coloca: Como controlar os custos sem colocar em causa a saúde dos utentes e, ao mesmo tempo, manter satisfeitos os profissionais de saúde?

Um dos objectivos dos novos modelos de gestão é a descentralização da tomada de decisão. Com efeito, os Centros de Responsabilidade Integrada constituem níveis intermédios de gestão, baseados num processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais por áreas homogéneas de actividade, com dimensão adequada e com afinidade funcional.

Nesta base, o Decreto-Lei nº19/88 aprovou a Lei da Gestão Hospitalar, regulamentada pelo Decreto-Lei nº3/88, consagrando que os hospitais deveriam organizar-se e serem administrados em termos empresariais e em termos de criação de centros de responsabilidade com níveis intermédios de gestão. Mais tarde, o Decreto-Lei 374/99 de 8 de Setembro veio concretizar esta ideia, na medida em que se acreditou nas suas vantagens.

Este modelo de gestão caracteriza-se por defender um conjunto de princípios e valores que engloba a prestação de cuidados de saúde centrada no utente e na família. Tem como princípios melhorar a acessibilidade, a qualidade no atendimento, o desempenho dos profissionais, a eficiência na utilização dos recursos, o desenvolvimento profissional da equipa de saúde e a satisfação dos clientes.

Assenta ainda em pressupostos que definem a cultura do serviço, pretendendo nortear a conduta dos profissionais para espírito e trabalho de equipa, respeito pelo trabalho, conhecimento da missão/visão/princípios e valores preconizados, informação, formação e envolvimento de todos, dedicação, profissionalismo e rigor no desempenho e, finalmente, na partilha dos resultados e atribuição de prémios de produtividade, em função do desenvolvimento de boas práticas de desempenho.

Na opinião dos enfermeiros, a articulação das diversas peças do sistema organizacional da saúde deve garantir a acessibilidade aos serviços, a participação dos agentes no planeamento, a dotação de recursos e o controlo de execução – efectivados de forma a evidenciar, objectivamente, a qualidade da prestação de cuidados (Fórum Nacional de Política de Saúde, 2001).

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados constitui-se como uma obrigação legal (cf. Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro), com implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, aos cuidados especializados e área da gestão, tal como referido no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem. Assim, quando refere que “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem*”, tendo como elementos importantes “*a existência de um quadro de referências para o exercício*

*profissional de enfermagem, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional, o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade”.*

Desta forma compete aos enfermeiros responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar acções que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Espera-se dos profissionais e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (ESCOVAL, 2003).

## **6- PONTOS-CHAVE**

O conceito de qualidade está directamente relacionado com o conceito de saúde.

A Qualidade na Saúde pode assumir-se em três dimensões complementares:

1. Na prática profissional, considerada quer a nível de processos, quer a nível de resultados;
2. Como elemento central de gestão organizacional;
3. Como marca de garantia e segurança, obtida através da Certificação e/ou Acreditação vista na perspectiva do utilizador dos serviços de saúde.

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional.

A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflecte-se na melhoria dos cuidados prestados e por isso revela-se uma acção prioritária.

As pessoas, elementos internos (profissionais) e externos (cidadãos) são o factor mais importante das organizações, pelo que a sua atitude poderá auxiliar aos processos de mudança necessários à operacionalização de projectos da Qualidade.

## **7- NOTA CONCLUSIVA**

Como conclusão deste trabalho, pode-se então afirmar que as exigências crescentes do cidadão contribuinte/utente e as potencialidades de interacção com as novas tecnologias de informação e de comunicação, convergirão rapidamente a favor de novas formas de organização e gestão centradas no cidadão.

Há ainda, uma necessidade de introduzir uma visão estratégica na gestão dos serviços de saúde e olhar de outra forma para a governação desta, de maneira que possa ser pautada de eficácia e transparência nos instrumentos que utiliza. Dos gestores, espera-se um aumento do nível educativo e a utilização da informação e do conhecimento, pois é urgente introduzir evidência científica no processo de decisão sobre as questões de saúde.

Para além disso, a melhoria contínua e sistemática dos cuidados baseia-se em alguns princípios gerais, que se devem ter sempre em consideração, nomeadamente:

- As experiências, necessidades e opiniões dos utentes devem ser utilizadas regularmente;
- Deve ser uma parte integrante do trabalho diário de todos os profissionais;
- É uma responsabilidade profissional de todos os prestadores;
- Não deve ser utilizado de forma punitiva, mas sim em forma de auto-avaliação e auto-regulação;
- Deve haver preferencialmente uma abordagem multiprofissional;
- Basear-se numa abordagem positiva e numa liderança empenhada;
- Não se basear em suposições, mas sim na formulação de objectivos de qualidade e na recolha de informação;
- Basear-se nas metodologias e nos princípios científicos.

Será de referir que não bastará aprovar projectos de qualidade. As instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrar em conflito com ela.

A “qualidade”, para os prestadores de cuidados de saúde, constitui o reconhecimento formal (avaliação de desempenho) e informal (opinião pública), o

apoio, a formação e uma perspectiva de “carreira” atraente. Para as instituições é determinada pelos incentivos, cuidados integrados e pelos resultados mensuráveis.

Poderá ainda acrescentar-se, e no caso particular dos enfermeiros, que estes promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde. Consequentemente, os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde. Prevê-se como vantajoso que o enfermeiro assuma o papel de pivot no contexto da equipa, como elemento dinamizador na gestão e qualidade de cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, Orlando; ROSA, Daniel – *Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes* in *Enfermagem Oncológica*, Ano 1, n.º3, Julho 1997, p. 23-33.
- BOTELHO, José Rodrigues – *Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem* in *Revista Servir*, Volume 46, n.º5, Set.-Out. 1998, p. 262-266.
- CARVALHO, A., et al., *Processo de Contratualização de Recursos Humanos*, 1ª Ed., Coimbra, Quarteto Editora, 2002, p.19.
- COLAÇO, Maria de Lurdes; TRANSMONTANO, Maria – *O que disseram da qualidade os utentes* in *Revista Sinais Vitais*, n.º40, Janeiro 2002, p. 55-58.
- CRAIG, Jean; SMYTH, Rosalind – *Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros* • Loures, Lusociência, 2003.
- Decreto regulamentar n.º3/88, *Publica alterações aos órgãos de funcionamento hospitalar*, D.R., I Série, n.º 256-2, (22-01-1988).
- Decreto-Lei n.º10/04, *Cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública*, D.R. I Série-A n.º 69 (22-03-2004) 1586-1589.
- Decreto-Lei n.º19/88, *Aprova a Lei de Gestão Hospitalar*, D.R. I Série, n.º 248- (20), (21-01-1988).
- Decreto-Lei n.º2/93, *Aprova o regulamento da avaliação do desempenho da carreira de Enfermagem*, D.R. II Série (30-03-1993).
- Decreto-Lei n.º374/99, *Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*, D.R., I Série-A, n.º 219, (18-09-99), 6489-6493.
- Decreto-Lei n.º437/91, *Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem*, D.R.I Série-A (08-11-1991).
- DINIZ, Edite Pedra Nobre – *Avaliação da qualidade de cuidados* in *Revista Servir*, Volume 43, n.º2, Março. - Abril 1995, p. 69-78.

- ESCOVAL, Ana – Revista da Ordem, n.º 10, Outubro 2003, p.24.
- GALHARDO, Luísa et al – *Uma forma de estruturar o ensino e a aprendizagem*, Edição Livros Horizonte, Lisboa, 1984.
- HOLMAN, Shirley P. – *Enfermagem de Reabilitação*, 2ªEd. – Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, 2000, p.97-110.
- KEMP, Nars; RICHARDSON, Eileen – *A garantia da qualidade no exercício da enfermagem* – ACEPS, Lisboa, 1995.
- LEPROHON, Judith – *Revista da Ordem*, n.º5, Janeiro 2002, p.26.
- McINTYRE, Teresa; SILVA, Sofia – *Estudo Aprofundado da Satisfação do Utentes dos Serviços de saúde da Região Norte: Relatório Final Sumário*. ARS-Norte e UM, Junho de 1999.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Conhecer os caminhos da Saúde* – Relatório de Primavera 2001 – Síntese, p.58.
- OMS, Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance, 1986.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade*, Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º2, Março de 2001, p.15.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, *Fórum nacional de política de saúde* – Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º4,Outubro de 2001, p.12.
- PAÚL, Constança; MARTIN, Ignácio; Roseira, Luís – *Comunidade e Saúde: Satisfação dos Utentes e Voluntários*, Porto: Ed. Afrontamento, 1999.
- PESSOA, Maria – *A Qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde* – in: Revista Portuguesa de Enfermagem – Amadora – n.º4 (Outubro/Novembro/Dezembro 2005), p.49-52.
- PINHEIRO, 2003
- PINTO, António – *Práticas de enfermagem baseadas na evidência* – in: Revista Portuguesa de Enfermagem. – Amadora, N.º 3 (Julho/Agosto/Setembro 2005), p.31-34.
- PISCO, Luís – *Revista Ordem dos Enfermeiros*, n.º3, Junho de 2001, p.35 e p.37
- PONTES, Manuela – *Gerir cuidados de Enfermagem para garantir a qualidade dos serviços de saúde* in Revista Nursing, Ano 10, n.º16, Nov. 1997, p. 32-33.
- RIBEIRO, Ana Leonor Alves – *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e Validação de um Instrumento de medida*; Porto: s.n., 2003 – Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem.
- SALE, Diana – *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde*, Principia, Publicações universitárias e científicas, Lisboa, Fevereiro de 1998.

- SANTOS, João – *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º5, Janeiro 2002, p.22-23.
- SIMÕES, Almeida; LOURENÇO, Domingos, in: *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*
- SOLA, Emília; SOUSA, Noémia – *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º6, Março de 2002, p.31