

Gestão da Qualidade em Anestesiologia

Dr. Alexandre Slullitel*

O conceito de controle da qualidade data da década de 1920, quando Walter Shewhart propôs a utilização de medidas estatísticas para verificação e controle de várias etapas da produção de um produto. Deming, aluno de Shewhart, ampliou os conceitos do mestre, e aplicou-os à reconstrução da indústria japonesa do pós-guerra. Os conceitos de Deming sobre a importância da gestão da qualidade na área industrial foram fundamentais para o movimento de globalização surgido posteriormente na década de 1990.

Inicialmente, a cultura da qualidade se restringia ao assim chamado “controle de qualidade”, que implicava exclusivamente a avaliação do produto ao final da linha de produção, quando de sua conclusão. Este conceito foi ampliado com a noção de “garantia de qualidade”, que se baseia na identificação prévia do cliente e de suas necessidades, com o objetivo de atender às expectativas dos clientes de maneira mais constante. Isto foi concretizado nas empresas sob a forma de certificação segundo um padrão estabelecido pela ISO (International Standardization Organization). Finalmente, passou-se a estudos das seqüências de atividades necessárias à produção, ambientada em ações de prevenção de defeitos, de forma a garantir a qualidade do produto fornecido ao cliente. Esta abordagem por processos permitiu que se estabelecessem controles dos métodos de produção visando

menor variabilidade do produto final entregue ao cliente. Ou seja, as etapas de produção estão vinculadas ao resultado final e aos objetivos comuns da empresa, partilhados pelos integrantes de diversos setores da empresa. Mais recentemente surgiu o conceito de gestão participativa. Neste caso, os profissionais são engajados no processo de melhoria. Assim, uma vez detectada a não conformidade do produto à norma (de produção), procede-se à análise interna, ao custo da modificação de relações hierárquicas e comportamentais dentro da empresa. Isto implica a partilha de conhecimento entre diversos setores da empresa, tendo como ganho o aumento das competências individuais. Isto promove também a modificação do próprio conceito de liderança. Isto é o que se denomina *gestão da qualidade total*.

Na área de saúde, os modelos de gestão da qualidade total foram surgindo, nos países desenvolvidos, inicialmente focados na necessidade de redução de custos na saúde. Posteriormente observou-se ser tal abordagem insuficiente para garantir a satisfação do cliente em relação ao produto final (assistência) e, então, passou-se a focar também nos resultados dos processos assistenciais. Na área da saúde, Avedis Donabedian foi um dos precursores da filosofia da qualidade aplicada aos setores de saúde. Na década de 1990, a qualidade era um instrumento diferencial que se estabelecia como



* *Título de Especialista em Anestesiologia e Medicina Intensiva e Atuação na Área de Dor. Vice-Diretor Científico da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo. Membro do Comitê de Anestesia Cardiovascular e Torácica da Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Médico Anestesiologista do Hospital Santa Paula e do Hospital Santa Helena-Unimed Paulistana.*

Figura 1. Processos vinculados à prática da anestesiologia.



vantagem competitiva. Nos dias atuais, a deficiência da qualidade é encarada como fator exclusivamente restritivo ao desenvolvimento de serviços de saúde.

QUALIDADE EM ANESTESIOLOGIA

A anestesia é um componente fundamental dos processos assistenciais cirúrgicos e diagnósticos. Portanto, sob a perspectiva da qualidade total, é indispensável que o processo anestésico seja igualmente controlado para garantia de resultados assistenciais com excelência. Do ponto de vista assistencial, podemos dividir o procedimento anestésico para fins de controle em algumas etapas, ou processos. Lembrando que processo é toda e qualquer etapa necessária para a concretização do produto final (assistência). Dependendo do detalhamento pertinente a cada situação, cada processo pode ser ainda subdividido em subprocessos. Assim, podemos destacar alguns processos da área de anestesiologia:

- avaliação pré-anestésica
- procedimento anestésico, propriamente dito

- analgesia e cuidados pós-operatórios
- visita pós-anestésica e avaliação de satisfação do cliente

Nem todos os processos podem ou devem ser o foco inicial da gestão da qualidade. Alguns processos devem ser definidos de forma prioritária. A *segurança* é uma das dimensões da qualidade da assistência, e que corresponde à expectativa principal dos pacientes em relação à especialidade. A opção inicial pode ser então sobre a identificação dos processos de risco (hipertermia maligna, alergia ao látex, intubação difícil, recursos de monitorização, gestão de eventos adversos, recursos humanos, etc.). Nesta área, é possível traçar paralelo com a aviação civil. Isto é, em ambos os casos o patamar elevado de padronização é determinante para a segurança. O serviço deve se antecipar à ocorrência de tais problemas procurando identificar, em cada etapa dos processos, o risco e prever a ação mais adequada e segura a cada tipo de risco específico.

Nos processos de gestão de qualidade, a referência ou procedimento operacional padrão (POP) descreve o conjunto

de operações cuja seqüência predefinida presta-se à realização ideal do produto. Corresponde à descrição formal escrita do processo e suas etapas. Os cuidados em estabelecimentos de saúde devem ser orientados por referências, recomendações ou diretrizes elaboradas por um conjunto de profissionais e passíveis de difusão a todos os membros da equipe participantes do processo. O objetivo é a uniformidade das práticas profissionais. Para exemplificar um tipo de procedimento operacional padrão, poderíamos citar a conduta no caso de via aérea difícil definida pelo projeto diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) (fig. 1).

INDICADORES

O indicador representa a coleta de informação associada à evolução de um fenômeno a ser observado em função de objetivos periodicamente definidos. Isto é, o indicador é a variável que descreve o elemento de situação do ponto de vista quantitativo. Representa a ferramenta de auxílio para a tomada de decisão de mudanças. Os indicadores podem medir *resultados intermediários* ou *resultados finais*. Os indicadores de resultados finais traduzem uma modificação do estado de saúde. A maioria deles são indicadores de resultados negativos: mortalidade em anestesia, evento adverso grave, morbidade grave (IAM pós-operatório, etc.). A satisfação dos pacientes representa também um indicador de resultado final. Os indicadores de resultados intermediários medem a atividade e a qualidade das diferentes etapas do processo. Por exemplo: taxa de procedimentos não agendados e taxa de intubação difícil imprevista. A maioria dos indicadores pode ser dividida em indicadores internos ou externos, com finalidade de uso interno ou externo. Os indicadores internos para uso interno são utilizados pela equipe no processo de melhoria da qualidade. A escolha destes indicadores acompanha a

fase de elaboração do referencial interno e responde aos objetivos da equipe de cuidados. Os indicadores externos para uso interno são propostos por sociedades de especialistas com a finalidade de alinhar e facilitar a atividade profissional. Os indicadores compartilhados se prestam à comparação dos resultados internos com resultados estabelecidos por outros serviços de referência ou dados da literatura mundial (*benchmarking*). Por exemplo, incidência de reoperação por sangramento após cirurgia cardíaca com uso de circulação extracorpórea, incidência de infecção após colocação de próteses ortopédicas, tempo médio de permanência na sala de recuperação pós-anestésica. O quadro 1 enumera alguns indicadores úteis no serviço de anestesia.

TABELAS DE BORDO

As tabelas de bordo são instrumentos de coleta de dados que relacionam os indicadores quantitativos ou qualitativos de origens diversas e lhes garantem uma visualização e interpretação clara e legível. Em 1992, pesquisadores da *Harvard Business School* conceituaram a assim dita tabela de bordo equilibrada (*balanced scorecard*), na qual os indicadores são organizados em quatro grupos:

- formação, desenvolvimento e inovação tecnológica
- desempenho dos processos internos
- satisfação do consumidor
- indicadores financeiros

A tabela de bordo deve ser acompanhada regularmente com frequência definida previamente, em função da estratégia adotada. Tal seguimento permite através de resultados intermediários a evidência de tendências e, portanto, a aplicação de medidas corretivas de forma mais rápida. Os indicadores de resultado final medem o grau de realização do objetivo, embora sejam analisados tardiamente para permitir a gestão prospectiva.

ANESTESIOLOGIA E ACREDITAÇÃO

Os sistemas de acreditação ou certificação externa da qualidade são metodologias que permitem auditar uma empresa (ou serviço) por um terceiro, que

Quadro 1. Indicadores de um Serviço de Anestesia

Indicadores globais

Número total de anestésias
 Número de pacientes anestesiados
 Número de pacientes por especialidade
 Número de anestésias locorregionais
 Número de intervenções canceladas
 Número de intervenções de urgência
 Número de anestésias por sala de cirurgia
 Tempo de permanência na sala de cirurgia
 Porcentagem entre gêneros feminino/masculino
 Idade média e extremos etários
 Anestésias em crianças com menos de 1 ano
 Anestésias em idosos acima de 75 anos
 Classificação ASA
 Eventos adversos (náuseas, vômitos, dor pós-operatória)

Avaliação pré-anestésica

Número de consultas pré-operatórias/pacientes anestesiados
 Número de consultas realizadas no leito de internação
 Número de consultas em benefício de outra instituição

Anestesia ambulatorial

Número de anestésias ambulatoriais
 Número de procedimentos cancelados
 Número de hospitalizações imprevistas

Anestesia obstétrica

Número de partos normais
 Número de anestésias obstétricas
 Número de cesarianas (% em relação ao número de partos normais)
 Porcentagem de cesarianas sob anestesia geral, raquianestesia, peridural
 Número de peridurais para analgesia obstétrica
 Número de consultas de anestesia no 3º trimestre
 Número de anestésias obstétricas sem consulta a distância

Recuperação

Número de pacientes admitidos na Sala de Recuperação Pós-Anestésica
 Número de pacientes admitidos diretamente em UTI (maneira programada ou não)
 Distribuição da duração da permanência na SRPA

de maneira mensurável possa afirmar aos clientes da empresa em questão de que esta se encontra em condições de fornecer produtos e serviços (assistência) com qualidade. Em 1999 foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), definida pelo Ministério da Saúde como a responsável pela avaliação da qualidade hospitalar. A metodologia da avaliação é distinta conforme as certificadoras, como no caso da ISO ou da JCI (*Joint Commission International*).

De acordo com a ONA, os serviços de saúde são avaliados conforme suas estruturas de níveis hierárquicos e padrões. O nível 1 analisa a segurança, o nível 2, a avaliação da gestão por processos e o nível 3, os sistemas de garantia e melhoria de qualidade.

Como itens de avaliação de segurança do nível 1, poderíamos incluir, por exemplo, a checagem periódica e a manutenção preventiva dos equipamentos como os aparelhos de anestesia, bombas de infusão e monitores multiparamétricos. Além disso, são considerados critérios para identificação de risco institucional (pacientes, médicos e equipe multiprofissional). A vacinação profilática da equipe médica contra a hepatite B representa outro exemplo de identificação de risco contra agentes biológicos. Neste quesito devem ser identificados, gerenciados e controlados riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança. No nível 2, sobre a organização dos processos, são avaliadas a identificação, definição, padronização e documentação dos processos. Isto implica o registro adequado do consentimento esclarecido, da avaliação pré-anestésica, a ficha de anestesia e da avaliação de satisfação com o ato anestésico. A maioria destes itens está balizada pela Resolução 1802/06 do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta os aspectos da prática segura do ato anestésico, servindo de referencial para a especialidade. No nível 3, verifica-se a

presença de indicadores de desempenho da atividade anestésica (quadro 1) e sua comparação com referenciais externos (*benchmarking*). Deve-se estabelecer uma relação de causa e efeito entre os indicadores. São também analisadas as eventuais oportunidades de melhoria do serviço em vista de eventuais pontos de fragilidades detectados na avaliação. Preocupa-se com o planejamento de melhorias contínuas em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnica-profissional e de procedimentos. Nesta fase, suponhamos que determinada equipe apresente elevada incidência de cefaléia pós-punção em determinado mês (variação maior que dois desvios padrão acima da média dos meses anteriores). A causa pode ser relacionada a: melhora na identificação dos casos até então subnotificados; mudança no material (agulhas) utilizado na realização de bloqueios; ou relacionada a determinado profissional que não esteja adequadamente treinado com técnica ou material utilizados. A correção do problema será distinta em cada uma das situações consideradas. No nível 3, avalia-se, globalmente, a capacidade do serviço de identificar o problema, executar as devidas correções e, finalmente, verificar o efeito da tentativa de correção do problema e respectivas conseqüências para o resultado final em termos assistenciais.

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO

A avaliação da satisfação com o ato anestésico (incluindo analgesia pós-operatória) é um processo bastante complexo. Existem algumas dificuldades relacionadas à expectativa do cliente em relação ao procedimento. Isto depende de experiências prévias com anestésias, do nível educacional do indivíduo e da qualidade da informação fornecida previamente pelo anestesiológico sobre a anestesia e suas etapas. Por vezes,

é difícil para o cliente individualizar os fenômenos decorrentes da anestesia propriamente dita daqueles fenômenos vinculados à cirurgia ou ao procedimento. A literatura nos fornece alguns exemplos de escalas de avaliação de satisfação relacionadas a etapas dos processos anestésicos. Estas escalas foram devidamente validadas em populações do exterior. A Escala de Satisfação de Iowa (Iowa Satisfaction Anesthesia Scale) consta de 11 itens relacionados a situações peculiares aos processos anestésicos. Uma segunda escala mais complexa, denominada Escala de Experiência com a Anestesia Geral (Échelle de Vécu avec l'Anesthésie Generale-EVAN-G) foi elaborada na França, e consta de 26 questões sobre as diversas etapas do paciente no processo da anestesia.

É preciso ressaltar que a apresentação pessoal e do serviço em questão são cruciais para a retenção da identificação do profissional e da equipe responsável pelos cuidados anestésicos. É recomendável a utilização de cartões de visita que permitam a lembrança do profissional responsável pelo atendimento, bem como o contato com o serviço em questão caso o cliente venha a ter necessidade de esclarecimentos no futuro.

CONCLUSÃO

A demanda por qualidade é uma exigência do setor assistencial na área de saúde. A anestesiologia integra vários processos assistenciais vinculados à assistência do paciente cirúrgico e daqueles candidatos a procedimentos diagnósticos. A elaboração do planejamento com metas e objetivos é fundamental para a concretização de processos capazes de fornecer o produto final com qualidade. A participação da anestesiologia em programas de acreditação contribui não apenas para o aperfeiçoamento pessoal e institucional, mas para a melhoria do atendimento prestado pelos especialistas

como um todo. A gestão da qualidade é um instrumento de grande valia para a evolução da especialidade e que culminou na evolução da anestesiologia para a medicina perioperatória. O anestesiológico vem progressivamente adquirindo posição de destaque na sua contribuição para o resultado dos procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. A gestão da qualidade certamente representa instrumento para viabilizar a demonstração das realizações das equipes anestésicas e permitir posicionamento estratégico dentro da rede de atenção à saúde. ♦

REFERÊNCIAS

1. Holtzer S, Petit J. Amélioration de la qualité des soins : dynamique, méthodes et outils. In : Organisation, Qualité, Gestion du Risque en Anesthésie-Réanimation. 1 ed. Paris: Ed. Masson. 2003;9-35.
2. Samain E, Marty J. Le processus anesthésique: cadre réglementaire, description des étapes. In: Organisation, Qualité, Gestion du Risque en Anesthésie-Réanimation. 1 ed. Paris: Ed. Masson. 2003;37-57.
3. Couto RC, Pedrosa TMG. Avaliação das metodologias certificáveis de garantia de qualidade. In: Hospital Acreditação e Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2 ed. 2007;301-313.
4. Diego LAS. O anestesiológico e o processo de acreditação hospitalar. In: Medicina Perioperatória: pré-operatório, anestesia, reanimação, pós-operatório e tratamento da dor. 1 ed. Rio de Janeiro: SAERJ. 2006;1001-1008.
5. Mellin-Olsen J et al. Guidelines for safety and quality in anesthesia practice in European Union. Eur J Anaesth 2007;24:479-482.
6. Jeske HC et al. The impact of business cards on physician recognition after general anesthesia. Anesth Analg 2001;93:1262-1264.
7. Auquier P et al. Development and validation of a perioperative satisfaction Questionnaire. Anesthesiology 2005;102:1116-1123.
8. Dexter F et al. Development of a measure of a patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. Anesthesiology 1997;87:865-873.
9. High Reliability Organization Project. <http://www.apsf.org/initiatives/hro.msp>.
10. Organização Nacional de Acreditação. <http://www.ona.org.br>

Endereço para correspondência:

Serviço de Anestesiologia,
Analgesia e Dor - Av. Santo Amaro, 2.468
3º andar - Vila Olímpia - CEP 04556-100
São Paulo - SP.