

I MESTRADO EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

QUALIDADE EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Leonor Pinto Amaro

Porto, Agosto 2004

Trabalho elaborado por: Leonor Pinto Amaro

Orientador: Professor Doutor António Sarmento

AGRADECIMENTOS

Os trabalhos resultam geralmente de conjuntos de factores que permitem a sua concretização, e só muito raramente resultam de esforços individuais. Agradeço a todos os que contribuíram para que este trabalho se desenvolvesse.

Ao Exmo. Sr. Professor António Sarmento agradeço muito, pelo estímulo e confiança, que generosamente transmitiu.

Agradeço particularmente ao Departamento de Anestesia e Emergência Médica do Centro Hospitalar de Gaia na pessoa dos seus Directores, pelas oportunidades profissionais que me têm sido facultadas, que incluem áreas apaixonantes como a emergência médica.

ÍNDICE

	Pág.
1. Resumo do trabalho.....	3
2. Introdução.....	4
3. Situação actual da emergência pré-hospitalar em Portugal.....	6
4. Controlo de qualidade em emergência pré-hospitalar: revisão bibliográfica	9
5. Propostas e considerações finais.....	46
6. Glossário.....	49
7. Bibliografia.....	50
8. Anexos.....	54

1. RESUMO DO TRABALHO

A finalidade deste trabalho é propor modelos de avaliação e controlo de qualidade, aplicáveis ao sistema português de emergência pré-hospitalar.

Para tal, procedeu-se a uma breve análise da situação da emergência pré-hospitalar em Portugal.

De seguida, fez-se uma revisão bibliográfica sobre a qualidade em cuidados de saúde, apresentando alguns dos aspectos específicos relativos à emergência pré-hospitalar.

Finalmente, apresentam-se algumas das conclusões fundamentais.

Em anexo, apresentam-se um caso prático, e o modelo de um inquérito dirigido aos médicos das VMER's existentes, para uma avaliação preliminar de quais os principais problemas que em sua opinião existem no sistema.

2. INTRODUÇÃO

Melhor que emergência pré-hospitalar, a expressão “*pré-hospital care*” define o sentido do cuidar do doente, tantas vezes no extremo da curva de gravidade. Define sobretudo, a filosofia da preocupação com os cuidados prestados aos doentes.

Quais os modelos adoptados em Portugal em emergência pré-hospitalar? Serão estes os mais adequados?

Após 11 anos da minha entrada no sistema de emergência pré-hospitalar (1993 no CODU- Norte) e com o papel actual de coordenar a emergência pré-hospitalar no centro hospitalar de Vila Nova de Gaia, surgem questões sobre quais os caminhos a “guiarem” o futuro próximo da VMER de Gaia, actualmente com 9 anos de existência.

Indiscutivelmente o caminho percorrido foi relevante em vários aspectos importantes. Mas as dificuldades que esta VMER apresentava, levaram a coordenação a pensar nas questões principais que envolviam o seu funcionamento; e isto conduziu à questão qualidade.

Existe qualidade no pré-hospitalar? É possível ser melhorada?

Analisando os vários aspectos que são pertinentes nesta avaliação, necessariamente somos levados a pensar nos aspectos relevantes a introduzir na prática diária, e talvez mesmo a induzir melhoria de qualidade.

Porquê esta preocupação com a qualidade? Porque não apenas, a concretização de uma operacionalidade ideal?

Quando falamos em tratar doentes, temos constantemente de rever a forma como o fazemos. Mais do que um serviço prestado à comunidade, este será um serviço em que a qualidade poderá fazer a diferença; entre a vida e a morte, entre a total recuperação *versus* a recuperação com sequelas.

3. SITUAÇÃO ACTUAL DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL

No sistema de saúde português, a emergência pré-hospitalar é da competência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que em colaboração com as diversas entidades intervenientes no sistema, nomeadamente com os hospitais, mediante realização de protocolos de cooperação, fornece este tipo de serviços (emergência pré-hospitalar) à comunidade, e cuja actuação ocorre segundo um esquema de organização regional. Compete ao INEM o papel de organismo coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

A organização do SIEM, contém um conjunto de programas perfeitamente definidos que determinam a actuação dos diferentes intervenientes em cada fase.

Em Portugal, em 1989, com a entrada em funcionamento da 1ª viatura médica de emergência e reanimação (VMER) em Lisboa, iniciou-se a efectivação do socorro no local, deslocando ao local de ocorrência uma equipa, composta por um médico e um enfermeiro, quer se trate de domicílios, quer de via pública, ou ainda “*rendez-vous*” a ambulâncias que transportam doentes. Após início da descentralização dos serviços com a entrada em funcionamento da VMER no Norte em 1995 (VMER de Gaia, 4ª VMER nacional) alguns anos decorrem até à actualidade com 25 VMER's em funcionamento, idealmente devendo atingir toda a cobertura de área do território português a curto prazo.

As normas de funcionamento de todos esses postos móveis de emergência, obedecem às normas definidas e uniformizadas pelo INEM. As VMER' s são viaturas semelhantes entre si, no tipo de veículo utilizado, no material e equipamento que possuem, na formação básica da equipa constituinte, nos protocolos de actuação seguidos pelas equipas na avaliação e tratamento dos doentes, e no tipo de acompanhamento logístico que têm em termos de INEM. Mas diferem entre si, em vários aspectos, entre os quais, grau de operacionalidade, tipo de instalações que servem como “ base ”, rapidez da resposta (condicionada pelo tipo de tráfego e local de ocorrência, entre outros), modo de acondicionamento de material, modelo em que se inserem, com integração hospitalar ou não, tipo de investimento nos programas de formação (interna e externa), entre outras.

Apesar das diferenças descritas, há um conjunto de normas que são a base de funcionamento de todas as VMER' s, nomeadamente:

- Equipa tipo (médico e enfermeiro, o segundo conduz a viatura)
- Registos de material e fármacos (de preenchimento diário) (Folhas *check - list*)
- Registos de reposição de material e fármacos no *stock* (de preenchimento diário)
- Registos de ocorrências

- Supervisão directa do CODU por rádio e telefone (médico regulador e operadores de central CODU)
- Coordenação da VMER (médico coordenador e adjuntos de coordenação)

4. CONTROLO DE QUALIDADE EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR:

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na organização de sistemas prestadores de cuidados de saúde particularmente em emergência pré-hospitalar, deve estar implícito qual o papel da coordenação dos mesmos, a nível local, regional e nacional.

“ Os serviços médicos de emergência pré-hospitalar constituem a extensão dos cuidados médicos de emergência para a comunidade. A gestão forte do departamento de emergência é absolutamente essencial para um sistema de emergência efectivo e seguro. Para ser efectivo, um serviço médico de emergência deve ser planeado, organizado e conduzido a nível local”. (1)

A definição dessa estrutura é complexa, mas deverá ser estabelecida o mais correctamente possível, dada a importância dos objectivos a que se propõe.

“A medicina de emergência tem um papel chave na relação entre a comunidade e o hospital”. (*Peter Cameron*) (2)

O tema qualidade em pré-hospitalar, mais do que uma mera definição teórica, é sobretudo uma filosofia de tratamento diferenciado no local da ocorrência.

Na pesquisa bibliográfica sobre o tema qualidade em cuidados de saúde,

concretamente em emergência pré-hospitalar, são avaliadas duas teorias, não antagónicas, mas diferentes, na filosofia escolhida, métodos e resultados obtidos:

- AVALIAÇÃO DE QUALIDADE
- MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Neste texto serão desenvolvidos, aspectos relevantes de ambas as estratégias, que apresentam programas de trabalho distintos.

“ Um sistema seguro e efectivo de emergência médica, requer considerável dedicação e controlo, para fornecer o melhor tratamento possível aos doentes.

O controlo médico pode ser directo (em linha) ou indirecto.

- Controlo directo (em linha) ⇒ É o fornecimento de comunicação médica directa com o pessoal, quer através de rádio, pessoalmente ou através do telefone. O director do sistema de emergência médica delega esta autoridade a outros médicos que seguem os protocolos segundo os quais os emergencistas tratam os doentes.
- Controlo indirecto (off-line) ⇒ É da responsabilidade do director da emergência médica. Tem 3 componentes essenciais:
 - Elaboração de protocolos
 - Responsabilidade médica. Avaliação de qualidade
 - Formação

A elaboração de protocolos determina que procedimentos é que o pessoal pré-hospitalar pode realizar, sob indicação médica da coordenação. Os protocolos não devem apenas referir-se ao tratamento, mas devem também especificar a utilização de material e equipamento. É da responsabilidade da coordenação aprovar o material médico utilizado pelo pessoal de emergência. Os protocolos devem ser revistos e re-escritos regularmente, de forma a serem actualizados à literatura corrente.

Avaliação de qualidade exige “fiscalização” regular e estudo do sistema. O coordenador deve envolver outros médicos, para reverem os protocolos existentes e sugerirem melhoria, quando são notadas deficiências.

Finalmente, o coordenador é responsável pela formação contínua dos operacionais do pré-hospitalar sob a sua orientação. O coordenador deve dirigir a qualidade e o conteúdo do treino.

Os médicos devem lembrar-se que têm a responsabilidade final, sobre a qualidade total do serviço médico do pré-hospitalar”. (1)

Segundo *Peter Cameron*, existe actualmente uma mudança de atitude em relação à organização da melhoria de qualidade, porque historicamente nos últimos 10 anos os padrões desenvolvidos para a avaliação de qualidade, levaram ao acumular inútil de numerosos dados, cessando na actualidade essa avaliação.

“Tradicionalmente, os Conselhos de qualidade foram criados com vista a identificar áreas de interesse, a instituir mudanças, e a medir os efeitos dessas mudanças. As estratégias que parecem ter resultado na melhoria do desempenho da, medicina de emergência, incluíram:

- Prêmios financeiros
- Centrar a melhoria da qualidade na inspeção
- Reuniões de avaliação de desempenho. Identificação de alvos potenciais a sofrer melhoria.
- Destaque na continuidade do tratamento dos cuidados pré-hospitalares, no hospital. A medicina de emergência como papel chave na relação entre o hospital e a comunidade”. (3)

“A filosofia tradicional da avaliação de qualidade, envolve a fiscalização, avalia as faltas ou erros, e é baseada na avaliação da culpa.

As teorias modernas de mudança, baseadas em filosofias de melhoria de qualidade total e melhoria contínua de qualidade, são adaptadas de modelos industriais e aplicados aos cuidados de saúde.” (4) e (5)

“Alguns termos são usados frequentemente ao falarmos de qualidade:

- a) Qualidade $\Rightarrow$ Significa fazer as coisas necessárias para ir de encontro às necessidades e expectativas (razoáveis) daqueles a quem fornecemos um

serviço, e fazer bem essas coisas, todo o tempo. É a medida pela qual os produtos ou os serviços vão de encontro ou ultrapassam as necessidades dos clientes. (5)

- b) Garantia de qualidade ⇒ É a revisão retrospectiva ou inspecção de serviços ou de processos, desenvolvidos para identificar problemas. É o sistema usado para estabelecer protocolos de tratamento de doentes; para monitorizar até que ponto os protocolos estão bem feitos. E para corrigir desvios não descritos aos protocolos. Isto implica intervenção, para corrigir as deficiências, e é vulgarmente conduzido a nível externo. (6)
- c) Melhoria de qualidade ⇒ O estudo contínuo e melhoria de um processo, sistema ou organização, com alteração dos níveis de qualidade a níveis mais elevados. (6)
- d) Melhoria contínua de qualidade ⇒ Uma teoria de abordagem, centrada no fornecimento de um serviço, que coloca as questões habituais necessárias, de tal forma, que o processo em si, conduz a uma contínua melhoria. Utilizando os dados clínicos, dados estatísticos e a dinâmica do grupo para desenvolver processos de qualidade. (2)
- e) Abordagem de qualidade total ⇒ Utiliza a abordagem da melhoria contínua de qualidade, e implica o consentimento de toda a organização na implementação de um plano de qualidade. (2)

- f) Indicadores clínicos $\Rightarrow$ Medidas de abordagem clínica e de resultado final do tratamento dos doentes. É através de testes de rastreio de populações que são colocados potenciais problemas. Servem também para ajudar a comparar dados a nível nacional. (2)
- g) Protocolos clínicos $\Rightarrow$ São referências que ajudam a guiar a prática clínica. Focam pontos de referência para rápida consulta, mas não devem ser considerados como imutáveis, e a sua utilização apropriada requer experiência clínica considerável. (2)
- h) Referências $\Rightarrow$ O uso das melhores práticas, de modo a torná-las em referências e objectivos para a melhoria.” (2)

A emergência pré-hospitalar é um sistema complexo, envolvendo não apenas um departamento isolado, mas envolvendo a relação com a comunidade e a interacção com os hospitais. O tipo de meios disponíveis para viabilizar o tratamento dos doentes, envolve factores de risco acrescidos para a equipa médica, tendo em conta necessidade de deslocação em viatura (sujeita às variações do tráfego e aos riscos inerentes à velocidade e ao percurso percorrido) acrescido do motivo de accionamento ser na maioria das situações, por doenças que põem em risco a vida bem como a necessidade de realizar trabalho em ambiente público ou na privacidade, com ambientes tantas vezes hostis. Sem dúvida são numerosos os factores de stress, a que os elementos clínicos das equipas estão sujeitos, e que

torna difícil manter níveis de qualidade elevados, e até avaliar os níveis de qualidade, já que os registos clínicos (fundamentais na avaliação posterior) são vulgarmente preenchidos de forma incompleta. Também o “*staff*” que constitui as equipas médicas, fazem-no de uma forma rotativa, e por períodos curtos de tempo, frequentemente sendo jovens e estando ainda numa fase de aprendizagem (internos complementares de especialidade, na maioria das situações) não ficando geralmente ligados a esta prática clínica em fases evolutivas posteriores da sua carreira.

É importante que todo o pessoal clínico esteja informado da estratégia desenvolvida (do processo de recolha de dados, dos meios de medida e de análise), de forma a efectivar a introdução de estratégias para melhorar o sistema.

Melhoria contínua de qualidade

“*Juran* identificou 3 processos universais de melhoria de qualidade:

1. Plano de qualidade $\Rightarrow$ Envolve a identificação dos intervenientes, quer internos quer externos, determinando as necessidades desses intervenientes, desenvolvendo processos que produzem esse serviço, e colocando então os planos em acção.
2. Controlo de qualidade $\Rightarrow$ Envolve a escolha das áreas a serem avaliadas, estabelecendo os indicadores, medindo o actual desempenho e agindo na diferença (entre a realidade e as referências).

3. Melhoria de qualidade (Implica criar a infra-estrutura para melhorar, identificar as necessidades específicas com vista à melhoria, estabelecendo um projecto de equipa com responsabilidades claras, e fornecendo as fontes necessárias de motivação e treino. As equipas usam as medidas de desempenho e descobrem formas de melhorar o desempenho. O processo deve ser sujeito a reavaliação para verificar a melhoria.

Mas um processo de melhoria contínua de qualidade:

1. Exige uma comissão de coordenação
2. É centrado nos intervenientes (incluem primariamente os doentes mas também o “staff” e todos os relacionados com o funcionamento do sector – polícia, bombeiros, médicos reguladores da central 112, operadores de rádio, hospitais, etc)
3. É baseado no desempenho (exige dados exactos e relevantes do desempenho)
4. É centrado primeiro no sistema e no indivíduo secundariamente (mostrando que de facto um mundo perfeito não existe, mas a qualidade pode ser sempre melhorada num sistema).” (7)

“A controvérsia à volta da implementação de um programa de qualidade total correlaciona-se com o facto de ser um conceito relativamente novo no sistema de

saúde, e envolver uma filosofia considerável de mudança para os operacionais, em vários níveis do seu trabalho”. (2)

“ A sessão de melhoria de qualidade na organização dos sistemas de emergência médica, começa quando os responsáveis iniciam o processo de aprendizagem da teoria, das técnicas e do benefício da implementação de programas de qualidade.” (8)

ESTADIO I ⇒ PLANO

1. Aprender e compreender as estratégias de melhoria de qualidade
2. Avaliação da situação presente. Observação dos níveis de qualidade.
3. Traçar planos de acção para treino e orientação do programa de qualidade.

ESTADIO II ⇒ EXPANSÃO DE CONHECIMENTOS

1. É feita a estruturação necessária para a completa integração do processo de qualidade na estratégia do processo.
2. Todo o pessoal que intervém no sistema de emergência, é informado e participa no desenvolvimento da implementação da estratégia de qualidade.
3. Deve ser feita formação aos intervenientes acerca da estratégia da implementação da qualidade (regras e técnicas).
4. Tem de existir abertura e colaboração entre o “*staff*” e os responsáveis das organizações (a nível local, regional e nacional).

5. As organizações dos sistemas de emergência médica devem ser capazes de agir, para atingir os objectivos de qualidade identificados nos seus planos, e quando face a resultados negativos, rever e reiniciar os seus planos de acção com vista a atingir melhoria.

ESTADIO III (INTEGRAÇÃO E PRÁTICA

1. As actividades de implementação da estratégia de qualidade, influenciam claramente o processo organizacional do sistema.
2. A nível nacional e regional, existe menos ênfase na inspecção regular das agências locais, e mais ênfase no fornecimento de recursos, informações e treino, a nível local, que são importantes para o desenvolvimento e seguimento dos seus próprios planos para implementação de qualidade.
3. A todos os níveis (local, regional e nacional) o sistema de emergência médica promove e encoraja a formação contínua como uma estratégia fundamental.
4. O mais importante nesta fase, é encontrar resultados dos esforços da implementação de qualidade, como sejam, o aumentar da satisfação dos doentes, a melhoria do seu estado de saúde, a melhoria dos serviços prestados, e a qualidade do tratamento.

Assim, das categorias propostas por *Baldrige* (8) e as suas implicações na estrutura e alterações de procedimento na organização da emergência médica, salienta-se que os resultados mais importantes a encontrar são:

- Melhorar o estado clínico dos doentes do sistema de emergência médica
- Melhorar a qualidade dos serviços prestados
- Melhorar a eficiência do uso dos recursos disponíveis

PRINCIPIOS DE DEMING APLICADOS À EMERGÊNCIA MÉDICA

- A Emergência Médica pode e deve tornar-se melhor.
- Esforços para melhorar a qualidade da emergência médica devem ser contínuos.
- Registos e informação por escrito do modo de funcionamento, são essenciais para melhorar a qualidade dos sistemas de emergência médica.

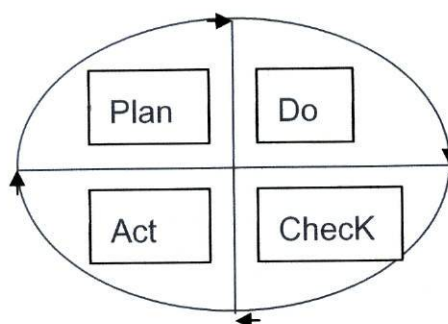
W. Edwards Deming foi um dos três pioneiros a revelar a importância do manuseamento, conhecimento e liderança, na promoção da qualidade. A qualidade é mantida e melhorada, quando os líderes, directores e trabalhadores percebem e assumam a constante satisfação dos clientes, através de um processo contínuo de qualidade.

Deming e o seu colega, *Shewhart*, promoveram o ciclo PDCA (“*Plan, Do, Check e Act*”)

□□□Ciclo PDCA (In “*A leadership Guide to Quality Improvement for Emergency Medical Services Systems*”)(8)

□□□

□□□□



□Assim em emergência médica, podemos

- Planear ⇒ Para implementar vigilância. Objectivos: melhorar a qualidade
- Fazer ⇒ Colocar o plano em acção
- Verificar ⇒ Constatar se o plano deu resultado
- Agir ⇒ Estabilizar a melhoria ocorrida. Avaliar aspectos negativos.

PDCA, é um ciclo contínuo, todas as melhorias verificadas no final de um ciclo PDCA, tornam-se a base do ciclo seguinte (para novo escalão de melhoria).

O processo de melhoria (PDCA) nunca termina, embora as melhorias dramáticas dos esforços iniciais, possam ser difíceis de manter.

Segundo *Deming*, a qualidade vem não da inspecção, mas da melhoria do sistema.

Em relação à coordenação, o mesmo autor sugere:

“Os coordenadores conhecem o trabalho que tem sido desenvolvido, e conhecem o desenvolvimento e complexidades com as quais os seus elementos têm de se defrontar. Devem assim, criar as oportunidades para os operacionais sugerirem melhorias, e devem agir rapidamente para responder às necessidades reais do processo. Devem estar preocupados com o sucesso, bem como com as falhas. Devem criar oportunidades de melhoria”. (8)

Este autor salienta a importância da liderança das equipas, na gestão de todo o processo.

“Antes de se conseguir medir a qualidade dos cuidados, deve-se ser capaz de descrever o que se faz. Para isso, é necessário identificar normas e critérios.

Para medir a Qualidade dos Cuidados, deve-se seleccionar a ferramenta correcta. As ferramentas são essencialmente sistemas de recolha de dados, que se baseiam em auditorias retrospectivas ou concomitantes.

A avaliação dos resultados implica comparar o que é com o que deveria ser, e identificar depois o que será necessário fazer para alcançar a qualidade de cuidados pretendida.” (9)

GESTÃO DE QUALIDADE TOTAL:

“ A Gestão da qualidade total, foi desenvolvida nos EUA por *W.E. Deming* e *J.M. Duran*, como uma filosofia empresarial para melhoria do desempenho no mercado.

Não é possível medir a qualidade dos cuidados, se estes não forem descritos com exactidão em termos mensuráveis. Uma das formas de o fazer é definir normas.

Para que as normas possam ter algum impacto nos cuidados prestados, elas precisam ser escritas por quem presta os cuidados diariamente; bem como reflectir uma investigação actualizada e baseada na prática quotidiana.

Devem existir apenas 5-6 normas globais. Logo que uma norma esteja garantida e alcançada, deverá ser implementada outra norma que melhore a qualidade dos cuidados. A norma antiga poderá ser revista ocasionalmente e monitorizada para garantir que os resultados continuam a ser atingidos.

Todos os elementos da equipa devem estar implicados, tanto no estabelecimento como na monitorização das normas.

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais que os prestam.” (9)

A avaliação de qualidade tem de recorrer necessariamente à avaliação quantitativa de dados, já que os dados qualitativos, embora de grande importância, poderão apenas ser sujeitos a avaliações subjectivas.

“Um programa de qualidade com sucesso, identifica e quantifica as áreas a melhorar. Alterações devem ser facilitadas nas áreas identificadas, através de formação dos profissionais.” (10)

Os trabalhos publicados sobre este tema, refletem a experiência de outros sistemas de saúde, que não o nosso, na orientação e gestão da qualidade. O conhecimento das abordagens descritas (sem pretensão a serem integralmente copiados) devem servir como referências a considerar, para a nossa realidade.

“Nos cuidados de saúde Americanos actuais, existem duas abordagens para a gestão da melhoria de qualidade:

1ª - Teoria das falhas

2ª - Teoria da melhoria contínua

Na primeira teoria, teoria das falhas, é definido que a qualidade é melhor encontrada através da descoberta das falhas. Advoga portanto a inspecção e inclui actividades como a certificação e o estabelecimento de regras para aceitabilidade, e requer pesquisa para criar linhas para a inspecção. Envolve a procura das falhas, observação dos dados de mortalidade e regulamento em vigor. Segundo este ponto de vista, cada um pode determinar a melhoria de qualidade, e a recompensa ou a punição das pessoas controladas, que não se preocupam o suficiente, para fazer o que sabem fazer, ou sabem ser certo. Esta abordagem condiciona uma atitude defensiva e medo da força de intervenção.

A 2ª teoria, teoria da melhoria contínua de qualidade, define que os problemas, e até as oportunidades para melhorar a qualidade, são geralmente construídos no complexo processo de produção, e estes defeitos na qualidade são apenas

raramente atribuídos a falha técnica, ou intenção benigna. Mesmo quando são cometidas falhas, o problema é geralmente não por falta de motivação ou de esforço, mas antes pela existência de um projecto pobre de trabalho, falta de liderança, ou propósito menos claro.

De acordo com esta visão, a melhoria real na qualidade, depende da compreensão e da revisão do processo de produção, na base dos dados acerca do processo ele mesmo.

A melhoria contínua é sem dúvida feita através da organização, por um esforço constante em reduzir tempo e complexidades inúteis. O centro da questão está na linha de produção, não no final da linha, e em aprender e não em estar na defensiva.

Os passos a seguir na teoria da melhoria contínua, são:

1. Os líderes que falam aos profissionais, devem estabelecer e adoptar uma visão a partilhar de um sistema de saúde sujeito a melhoria contínua.
2. Devem existir investimentos substanciais na melhoria de qualidade, incluindo tempo para a coordenação, investimento técnico e de capital, bem como investimento na formação e no estudo da compreensão do complexo processo de produção usados no sistema de saúde.
3. Deve ser estabelecido o respeito pelos profissionais de saúde assumindo que eles se esforçam muito, agem de boa fé, e que não falham naquilo que eles sabem ser correcto.

4. O diálogo entre clientes e fornecedores dos cuidados médicos, deve ser aberto e cuidadosamente mantido.
5. Aspectos técnicos modernos, linhas teoricamente criadas, para melhorar os processos, devem ser usados.
6. As instituições de saúde devem organizar-se para a qualidade.
7. Os “reguladores” devem ser sensíveis ao custo e eficácia de acreditar na inspeção para melhorar a Qualidade.
8. Os profissionais devem participar especificamente nos “métodos preferidos de cuidados”, em vez dos minimalistas “padrões de cuidados”.
9. Os médicos a nível individual devem juntar os seus esforços para a melhoria de qualidade. A melhoria de qualidade tem pouca hipótese de sucesso nos cuidados médicos, sem a compreensão, participação e liderança dos médicos a nível individual.” (11)

Os modelos adaptados para a implementação dos planos de qualidade em cuidados de saúde, são baseados sobretudo em modelos industriais, feitos a nível de empresas.

“Os peritos da qualidade em industria definem qualidade, como um esforço contínuo por todos os membros de uma organização, de ir ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes.

O reconhecimento e análise da variação é fundamental para a orientação de qualidade e particularmente importante nos cuidados médicos, onde existem múltiplas fontes de variação, que se combinam para causar variação nos resultados finais. Fontes de variação incluem por exemplo: doentes, condições prévias, apresentação, disponibilidade de exames de diagnóstico, e eficácia dos meios. Quando fontes múltiplas de variação estão presentes, observações isoladas fornecem informação insuficiente para tomar decisões objectivas. Decisões óptimas requerem aplicação de bases estatísticas a séries de observações.” (12)

“Avaliação de qualidade nos modernos sistemas de saúde têm duas vertentes centrais, o que é que deve ser estudado e quais os métodos pelos quais o estudo ocorre. Estrutura, processo e *outcome*, são tipicamente dados como potenciais objectos da investigação. Três métodos de investigação são tipicamente promovidos:

1. Revisão implícita ⇒ uso de grupos ou peritos para avaliar de que forma um sistema ou cliente, lida com indivíduos ou grupos de doentes.
2. Revisão explícita ⇒ envolve critérios específicos para tratamento, e revisão de registos/observações para verificar conformidade aos critérios.
3. Uso de eventos sentinelas ⇒ define classes de eventos inaceitáveis ou “bandeiras-vermelhas”, e depois investiga os eventos, usando revisões implícitas ou explícitas.” (13)

As diferentes fases de implementação do plano de qualidade, devem integrar o projecto prévio de definição do modelo implementado.

“Para que a qualidade seja melhorada e orientada, deve ser definida em termos de atributos específicos mensuráveis. O nível de qualidade é definido pelo nível dos atributos selecionados. Um sistema é uma sequência de acções através, e com interacções entre unidades funcionais que prestam um serviço. A natureza das acções das unidades e interacções podem ser explicitamente definidas (por exemplo por um protocolo) ou implicitamente definidas pelas normas de cultura local. Os sistemas combinam ambos os elementos explícitos e implícitos, na “forma habitual de fazer as coisas. Em qualquer sistema, deve existir uma certa percentagem de maus resultados, porque há um incontável número de vias causais que se inter cruzam através dos quais os maus resultados podem ocorrer, e para os quais nenhum sistema conta com tal.” (14)

Em programas de investimento de qualidade, como em todos os esforços desenvolvidos, a envolver recursos (humanos e materiais), surge inevitavelmente a questão do balanço entre, o custo versus os benefícios obtidos.

“Qual o custo da qualidade nos cuidados médicos?

Existem dois componentes dos custos da qualidade:

1. O custo de medir a qualidade⇒é o custo do programa de qualidade ele mesmo.

2. O custo da má qualidade⇒Menos facilmente definido, e potencialmente maior.” (15)

Embora citados numa forma reduzida, estes autores descrevem que embora seja mais facilmente mensurável o custo de implementar um programa desta natureza, do que medir o custo da ausência do mesmo, é evidente que o investimento na qualidade, condiciona a optimização dos recursos (técnicos, e humanos), com resultados observáveis ao longo do tempo, mesmo que não sejam quantitativamente avaliáveis, vão sê-lo qualitativamente.

“Embora baseados nos princípios conhecidos na avaliação de qualidade tradicional, o moderno processo de qualidade contém os aspectos *major* das tradicionais avaliações de qualidade, e é baseado nos métodos objectivos estatisticamente baseados, que não são controlados pelos médicos. Por exemplo, a revisão retrospectiva dos registos clínicos individuais, são substituídos por análise estatística de dados, e avaliados através de diagramas e gráficos de controlo.

A revisão tradicional da qualidade em cuidados de saúde foi construída no assumir implícito, que o pessoal clínico de uma forma geral e os médicos mais directamente são os únicos determinantes da qualidade dos cuidados aos doentes. As teorias de qualidade modernas, mostram que a qualidade é o produto final de uma interacção complexa de pessoas e sistemas de suporte, e que todo esse pessoal trabalhando

numa equipa coordenada, são essenciais para um elevado nível de qualidade no processo, e no desempenho. A orientação moderna de qualidade, envolve um paradigma complexo dirigido a uma cultura de qualidade institucional e prática.”

(16)

“A teoria industrial de orientação de qualidade identifica 3 processos: plano de qualidade, controlo de qualidade, e melhoria de qualidade.

1. Estrutura e plano de qualidade:

- Identificar os intervenientes dos sistemas de emergência médica (os doentes e as suas famílias, os médicos, os hospitais, a comunidade médica, forças de segurança, a comunidade, e as entidades governamentais locais.
- Determinar as necessidades dos intervenientes
- Desenvolver acontecimentos que correspondam às necessidades dos intervenientes.
- Desenvolver processos que sejam capazes de produzir os acontecimentos. Sendo um processo, o sistematizar séries de acções em direcção a um objectivo.
- Transferir os planos resultantes para as forças operacionais.

2. Processo e controlo de qualidade:

Os sistemas de emergência médica precisam de estratégias, que avaliem e melhorem a sua credibilidade. Quase todo o controlo efectivo dos sistemas de emergência médica é exercido pelos seus funcionários. O controlo do processo é largamente uma função de auto-controlo pelos operacionais individuais do sistema. Os aspectos chave para o controlo da qualidade aplicado a sistemas de emergência são:

- Avaliação actual de desempenho
- Comparação do desempenho actual com os objectivos propostos
- Actuar na diferença

3. Resultados e melhoria de qualidade:

A moderna teoria de melhoria de qualidade aplicada aos sistemas de emergência, requer:

-Estabelecimento da infra-estrutura ⇒ A melhoria da qualidade é subtil e gradual, mas entrando na cultura organizacional envolve todos, desde os directores aos operacionais. A melhoria da qualidade falha se for vista como uma meta fixa. A função dos directores médicos é agirem como líderes e modelos, peritos clínicos, e construtores de consenso. A chave nos modelos de qualidade nos SEM é a capacidade dos directores em “deixarem seguir”. Apenas quando ao funcionário (que tem proximamente toda a capacidade de controlar o processo de cuidar) é

dado o conhecimento apropriado para escolher, a responsabilidade pelas suas acções, a partilha da autoridade para mudar o sistema, é que o sistema de emergência médica está a ser conduzido segundo um modelo de qualidade na prática médica.

-Identificar os projectos de melhoria e estabelecer equipas de projecto ⇒A coordenação deve dirigir a sua agenda para a melhoria baseada no consenso, e com a ajuda de peritos se necessário.

-Dar às equipas os recursos, treino e motivação para:

1.Diagnosticar as causas

2.Incentivar as soluções

3.Estabelecer controlos para gerir os resultados.” (17)

“A aproximação a um sistema com melhoria contínua de qualidade, é a de que a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, resulta da melhoria do sistema inteiro, mais do que do desempenho dos profissionais; é compatível com a aproximação a sistemas de cuidados de emergência médica. De uma forma geral, a actividade reparadora deve focar mais a atenção nos meios, do que nos desvios individuais ao protocolo.

A ênfase deve existir na educação e na formação contínua; as sanções devem ser reservadas para aquelas situações em que seja necessário proteger o público.

A JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) propõe 10 passos no processo de monitorização e avaliação, como modelo padrão, em direcção à qualidade dos cuidados fornecidos:

1. Designar responsabilidades
2. Delinear o tipo de cuidados
3. Identificar aspectos importantes do tratamento
4. Identificar referências
5. Estabelecer parâmetros
6. Recolher e organizar dados
7. Avaliar o tratamento
8. Actuar para solucionar problemas
9. Introduzir acções e melhorar documentos
10. Comunicar informações relevantes à organização do programa de qualidade

As definições correspondem a:

- . Padrão/referência = é um objectivo generalizado, atingível num modelo de excelência, e é usado para definir expectativas.
- . Indicador = um dado comportamento ou um resultado, que pode ser medido para determinar a conformidade com o padrão.
- . Limite = é um nível percentual estabelecido de conformidade aceitável, a partir do qual indica que deve ser iniciada a avaliação.

A avaliação de qualidade e a melhoria contínua de qualidade são essencialmente métodos divergentes.

A avaliação de qualidade (AQ) é fundamentalmente um mecanismo de identificação de problemas; enquanto que a melhoria contínua de qualidade (MCQ) é essencialmente um método que resolve os problemas. MCQ centra-se nos problemas do sistema e a AQ centra-se nos problemas das pessoas (individuais). A AQ usa a inspecção retrospectiva para reforçar referências mínimas e identificar problemas. A MCQ examina processos para identificar áreas para melhorar; os defeitos são analisados usando princípios estatísticos e quando identificados, são considerados como oportunidades para melhorar o processo.

No modelo de AQ, as referências ou padrões são objectivos generalizados atingindo modelos de excelência usados para definir expectativas.

No modelo de MCQ, as referências são baseadas nos melhores modelos práticos, que são encontrados no sistema.

As práticas tradicionais de AQ de revisão retrospectiva e de inspecção, não devem ser descontinuadas, contudo, mas devem ser usadas como instrumentos de estratégia do programa de qualidade total, e servir como um parâmetro de um vasto programa de MCQ.

Quando se desenvolve um programa de AQ em emergência médica, a estrutura deve ser desenvolvida em separado do conteúdo.

1º- A estrutura

2º- O conteúdo

O conteúdo do programa deve ser flexível, e responder às variações da melhoria contínua do sistema.

Deve envolver a participação de todos os elementos.

O conteúdo deve ser ditado pelas necessidades locais, circunstâncias e recursos disponíveis.

Aspectos importantes do programa de qualidade:

⇒A ênfase do programa deve ser a de produzir melhoria significativa do sistema, e não a de castigar.

⇒O programa deve abster-se de centralizar tudo num gabinete de qualidade, já que a participação de todos os funcionários é a única maneira de obter significativamente a melhoria do tratamento dos doentes.

(O programa deve ser orientado para o tratamento do doente, e existir não apenas “no papel”. Envolvendo as questões certas e evitando perdas de sentido nos dados recolhidos, recolhendo apenas os dados importantes a analisar.” (18)

Nos vários artigos publicados existe consenso de que a abordagem tradicional de avaliação de qualidade, revela problemas que são enfrentados por todos os sistemas. O focar a atenção nos aspectos negativos, usualmente conduz a reacções defensivas, e por outro lado pode haver manutenção da situação. As auditorias são vistas com suspeição por parte dos operacionais, que tentam como defesa, manipular o sistema.

Contrariamente na abordagem de melhoria contínua de qualidade, os funcionários tornam-se capazes de participar no sistema, aprendendo e colaborando nos esforços de implementação de qualidade.

“Os coordenadores têm a responsabilidade, não apenas dos doentes individuais, mas também de assegurar que os sistemas de emergência médica retirem o máximo de conhecimento das suas experiências. Cada processo em cada sistema, fornece informação que pode ser usada para examinar se os objectivos do sistema estão a ser cumpridos. Através da observação do processo e da utilização de cálculos estatísticos, os directores podem distinguir entre um sistema estável (isto é, sob controlo, apesar da variabilidade que ele contenha) e um sistema instável; e então identificar as causas especiais de problemas. Os directores de sistema devem determinar os limites de controlo do processo no sistema de modo a minimizar a hipótese de confundir causas especiais de problemas com causas comuns de problemas.

A elevada variabilidade de um sistema vulgarmente resulta de um propósito mal definido. Ocasionalmente a falta de plano de trabalho, também contribui para um fraco desempenho do sistema.

Cada sistema de emergência médica deve ter uma estratégia para a transformação em melhoria contínua de qualidade. Uma estratégia simples deve encorajar a começar com um pequeno componente, que pode ser acompanhado por um director sénior. Um projecto demonstrativo de sucesso, não importa se pequeno, começa com o processo necessário para a transformação do sistema.” (19)

Após a primeira iniciativa de abordagem de qualidade, e historicamente vista como o atributo de inspeccionar, e cabendo a responsabilidade dessa inspecção ao grupo efector, surgem na actualidade os métodos inovadores de qualidade, adaptados de modelos industriais e inicialmente aplicados pelos Japoneses. Estes métodos defendem que a qualidade é primariamente um processo humano, mais do que um produto final, e como tal actuando no próprio processo, poder-se-á prevenir os problemas do resultado final, talvez eliminando a necessidade de corrigir erros.

A JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) teve a responsabilidade de organizar o modelo de qualidade dos cuidados de saúde

contemporâneos, dando especial ênfase à monitorização e à avaliação contínua, em detrimento das auditorias retrospectivas.

“A orientação de qualidade total e a melhoria contínua de qualidade oferecem uma aproximação científica para a melhoria de qualidade, baseada em métodos quantitativos e desenvolvimento organizacional de princípios; realça os processos de mudança e compromissos de longo termo e oferece participação nas decisões que condicionam a melhoria. Os líderes devem criar a visão, estabelecer objectivos, desenvolver um plano de jogo; fornecer as regras, suportar as equipas, criar um ambiente que favoreça a qualidade, ser obcecados com as necessidades dos envolvidos no processo, incluindo os operacionais, e ser orientados pelos resultados, guiados pelo processo, e serem baseados em factos.

Para os constantes ajustes do processo e do desempenho, é necessário que consistentemente se procurem resultados melhores.

A proposta de melhoria de qualidade em cuidados de saúde, pode ser concretizada através de:

1. Competência/creditação (profissional e das organizações)
2. Recrutamento/acessibilidade
3. Utilização de recursos (eficiência/custos)
4. Eficácia (resultados esperados, avaliação de qualidade)
5. Segurança/risco (médico-legal)

6. Satisfação dos intervenientes

Os resultados de um estudo de grupos de profissionais de saúde pré-hospitalar, revelaram os 15 seguintes indicadores de qualidade em sistemas de emergência médica:

1. Satisfação dos doentes
2. Satisfação dos responsáveis
3. Resultado final dos doentes
4. Precisão nas saídas
5. Satisfação da tripulação
6. Qualidade da chamada
7. Desempenho
8. Tempos de resposta
9. Queixas/reclamações
10. Bem estar das equipas/saúde ocupacional
11. Funcionamento do equipamento
12. Custo/eficácia dos sistemas de saúde
13. Confidencialidade
14. Aspecto das equipas e do equipamento
15. Pesquisa/Inovações

A transição da avaliação de qualidade para melhoria contínua de qualidade requer compreensão e integração da avaliação de qualidade nos modelos de melhoria de qualidade.

Um processo de melhoria de qualidade, sugere que se exerce à volta do ciclo “planear-fazer-testar-agir”:

1. Propriedade do processo
2. Definir o processo e identificar necessidades dos intervenientes
3. Definir e estabelecer medidas
4. Verificar concordância com as necessidades dos intervenientes
5. Avaliação de resultados
6. Designar oportunidades e criar pontos a melhorar
7. Encontrar um novo modelo de desempenho, desenvolvendo planos de acção, determinando causas, testando e implementando soluções, e mantendo os bons níveis atingidos.” (20)

Embora a metodologia varie nas duas abordagens, existem aspectos valorizáveis em ambas, de forma quase complementar. A teoria de garantia de qualidade induz necessariamente a ideia de avaliação, de forma a permitir quantificar a mesma.

“É difícil identificar níveis locais de desempenho (referências/normas) que facilitem o desenvolver das actividades de melhoria de qualidade e avaliem o sistema de

emergência. As referências podem ser desenvolvidas para qualquer actividade objectiva da emergência médica, embora algumas referências que lidam com áreas subjectivas, como é exemplo o grau de satisfação com os cuidados pré-hospitalares, sejam mais difíceis de desenvolver.

Uma referência ou padrão pode ter diferentes formas. Pode ser uma linha de base ou objectivo mínimo que deve ser cumprido, pode ser um objectivo óptimo mas atingível, ou pode ser um objectivo que foi colocado intencionalmente elevado para estimular os esforços participativos. Referências inatingíveis podem ser pontos propícios a críticas ou litígio.

As referências são melhor desenvolvidas quando são construídas em consenso. O completo envolvimento do maior número possível de indivíduos e de organizações é importante. As referências devem ser tituladas para os sistemas individuais e nunca simplesmente copiadas de um livro de referências.

Quando as referências são introduzidas, devem ser explicadas e implementadas de uma maneira compreensível. Quando a mudança é necessária, é útil fazer todas as alterações simultâneas necessárias, para ser seguido de um período de estabilidade e integração.” (21)

Para definir quais as referências a utilizar, alguns autores sugerem a estratificação dos padrões, por exemplo segundo uma perspectiva de estrutura-processo-resultado:

“1. Padrões estruturais:

- A. Equipamento disponível
- B. Protocolos escritos
- C. Supervisão médica e plano de qualidade

2. Métodos de avaliação (avaliação e tratamento de doentes)

- A. Supervisão directa - Controlo médico/Comparação de diagnósticos de emergência com diagnósticos hospitalares. Revisão de registos clínicos/base de dados.

3. Métodos de Avaliação (manutenção de capacidade técnica)

- A. Supervisão directa
- B. Taxas de sucesso
- D. Resultados
- E. Auditoria” (22)

Quanto aos princípios de melhoria contínua de qualidade, envolvem:

- “1. Construir qualidade no sistema de emergência médica
- 2. Usar reforço positivo (contrariamente ao reforço negativo) no relacionamento inter-pessoal.
- 3. Quando surge um problema, examinar primeiro o sistema (não o indivíduo)
- 4. Definir claramente as expectativas
- 5. Esperar, mas limitar as variações no sistema de emergência médica

6. Investir continuamente na formação e ensino (que ajudam a responder efectivamente às necessidades dos doentes.

As referências em emergência devem ser claras, mensuráveis e reflectir as expectativas do sistema. Uma vez que são estabelecidas as referências, todo o pessoal deve receber formação sobre elas, após o que poderão ser implementadas. Há 5 referências que poderão ser usadas no sistema de emergência médica:

1. Indicadores de tratamento⇒definem técnicas de abordagem e tratamento dos principais problemas médicos (protocolos)
2. Tempo⇒ por exemplo, tempo de resposta, no local e de transporte
3. Actuação⇒ inclui os protocolos de actuação
4. Formação inicial⇒ inclui padrões mínimos para início de actividade
5. Equipamento ⇒ tipo, qualidade e manutenção do equipamento usado

Os protocolos deverão ser: cientificamente correctos, viáveis no local, e custo/efectivos.

As actividades de avaliação de qualidade devem ser prospectivas, concomitantes ou retrospectivas.” (23)

Na *avaliação prospectiva* existe o potencial de prevenir a ocorrência de erros, através do investimento inicial antes do doente receber o tratamento, através da formação inicial e programas de formação contínua, bem como avaliação periódica

de capacidade técnica. Na *avaliação concomitante* é feita uma observação enquanto o doente recebe o tratamento, ou mesmo após a chegada ao Hospital. E na *avaliação retrospectiva*, feita após o cuidar do doente, que sendo a menos benéfica das 3, será a mais frequente, e que implica a revisão posterior através de avaliação dos registos clínicos, e pode envolver revisões centralizadas em 1, ou 2 parâmetros contendo um elevado número de gráficos, avaliando não apenas os bons como os maus resultados.

Um artigo que exemplifica o uso contínuo da melhoria de qualidade (MCQ) refere-se ao tratamento de vítimas de trauma, no sentido de melhorar a qualidade, a eficiência e os resultados obtidos. Referindo que a mudança da abordagem de avaliação de qualidade para melhoria contínua de qualidade representam uma mudança cultural muito grande em cuidados de saúde. (24)

Quanto à análise dos dados recolhidos:

“Existem 6 aspectos do processo de interpretação de dados clínicos de desempenho:

- 1- Os observadores devem seleccionar um número relativamente pequeno de dados para observar.
- 2- Os dados devem ser interpretados num dado contexto
- 3- Deve ser verificada a importância dos dados

- 4- Os dados novos devem ser expressos numa distribuição de frequências, que permita tirar conclusões, entre uma série de observações e outra.
- 5- Uma certa variação (flutuação numa série de resultados) é inevitável, contudo uma rara, e indesejável variação pode afectar grandemente a qualidade.
- 6- Determinar a causa de variação indesejável, pode ser feita através de gráficos, diagramas de causa/efeito e mesas redondas. Através de diagramas e de folhas de registos podem ser identificadas causas vitais para a organização.

Na interpretação dos dados é necessário cuidado ao considerar a importância dos dados de desempenho clínico, e os atributos que o originam.

- a) Relevância* (relativa importância do desempenho clínico dentro do processo organizacional)
- b) Abrangência* (envolve o correcto posicionamento dos recursos)
- c) Veracidade dos dados* (dados em número aceitável, fielmente representativos)

- d) *Validação dos dados* (como indicadores, a construção da amostra, dos critérios de validade e a cientificidade da validade)
- e) *Grau de variação* (influencia a melhoria de oportunidades. Geralmente maior variação dos dados, demonstra uma melhoria de oportunidades)
- f) *Controlo* (a ser efectuado por observadores, de forma interna e/ou externa).” (25)

Embora tenha havido um esforço em estudar e abordar o tema qualidade em emergência pré-hospitalar pelos vários autores revistos, salientam-se as dificuldades inerentes às teorias propostas. Concluindo alguns que os esforços iniciais desenvolvidos no sentido da avaliação de qualidade, não deverão ser inteiramente abandonados no futuro, devendo permanecer; no entanto, os seus objectivos deverão ser alterados, centrando-se em padrões de desempenho em lugar de desempenho individual. Necessariamente condicionando mudança cultural.

5. PROPOSTAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Só estudando os assuntos poderemos saber mais acerca deles. Até poderemos concluir nada saber, e iniciar então novamente o processo”.(26)

Em Portugal, na minha opinião, enquanto participante activa no sistema de emergência médica na última década, foi desenvolvida e alargada a emergência pré-hospitalar às populações de uma forma que se pretende descentralizada, crescendo em número as possibilidades de efectivar o socorro no local. Cabendo ao INEM, mediante os protocolos estabelecidos com os hospitais, o papel de coordenar e gerir os meios existentes, nomeadamente através das centrais CODU em funcionamento. Resta contudo ao hospital efectuar, a gestão e coordenação da VMER em funcionamento, cabendo-lhe a responsabilidade de assegurar a operacionalidade e garantir a qualidade dos serviços prestados.

Evidencia-se assim uma lacuna, entre entidade “patrocinadora” e entidade “efectora”, que pode ser maior ou menor, segundo vários factores envolvidos, e que deverão ser avaliados através de questionários do tipo do apresentado no anexo 2.

O elo existente entre o INEM e os hospitais, são necessariamente os coordenadores, a quem compete a gestão a nível hospitalar dos meios existentes.

Um passo importante em termos de investimento de qualidade por parte das entidades responsáveis, passa pela organização em termos de coordenação do pré-hospitalar. Um aspecto a considerar passa pela não existência de remuneração dos coordenadores de acordo com as funções desempenhadas, nem tempo de serviço para desempenhar as mesmas, permanecendo esta actividade em regime de “voluntariado”. Também os critérios de selecção para o cargo, não estão definidos, podendo a título de exemplo ser aceitável a realização de concurso com apreciação curricular, com envolvimento de elementos nomeados pelo INEM para elementos do Júri, não sendo assim apenas uma decisão de escolha hospitalar, baseada em critérios de escolha pessoal.

A formação contínua é dos pontos mais relevantes do processo de melhoria de qualidade. Os cursos que complementam a formação em pré-hospitalar, existentes deveriam ser facultados a todos os operacionais que trabalham em emergência pré-hospitalar, nomeadamente cursos avançados de trauma e suporte avançado de vida pediátrico.

Os programas de formação contínua envolvendo plano de formação interna de cada VMER, devem ter um lugar privilegiado de tutela por parte do centro de formação do INEM, devendo ser facilitados todos os meios por parte do INEM para facilitar esse investimento, não sendo aceitável que sejam considerados os esforços na formação interna como esforços individuais de cada VMER. Uma sugestão passa por exemplo pela elaboração no próprio INEM de um plano de

formação contínua anual, propondo os itens a serem abordados em cada VMER anualmente, e cabendo a decisão da calendarização desse plano ao hospital em questão, que será conhecedor das disponibilidades individuais dos operacionais. Isto significará aumentar a carga de trabalho do sector de Formação, mas de forma programada e organizada tudo será mais exequível. Sobretudo visando a melhoria da resposta individual dos operacionais, reflectida sem dúvida no envolvimento ao sistema de emergência e posteriormente no desempenho global do grupo.

Mais do que definir quais os indicadores objectivos a rever para avaliar desempenho individual, que certamente a curto prazo serão definidos pelo INEM e uniformizados em todas as VMER's, saliento a necessidade do investimento em termos de meios humanos e técnicos na emergência pré-hospitalar.

Só reconhecendo a importância dos objectivos a que nos propomos, poderemos direccionar os esforços no sentido de obter resultados com nível aceitável. Talvez o ponto de partida comece pelo reconhecimento interno a nível do próprio hospital da real dimensão do papel desempenhado pela emergência pré-hospitalar na sociedade actual, e que não se traduza exclusivamente pela procura dos culpados perante situações de litígio e/ou envolvendo os meios de comunicação social. Outro ponto de partida igualmente viável, passará pelo reconhecimento do próprio INEM da sua responsabilidade na manutenção dos níveis de funcionamento do pré-hospitalar, já que os responsáveis pela coordenação do sistema, têm de facto que se preocupar com os níveis de funcionamento do próprio sistema que criaram.

6. GLOSSÁRIO

- INEM = Instituto Nacional de Emergência Médica
- VMER = Viatura Médica de Emergência e Reanimação
- SIEM = Sistema Integrado de Emergência Médica = “ Conjunto de meios e acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com a intervenção activa dos vários componentes de uma comunidade – portanto pluridisciplinar - programados de modo a possibilitar uma acção rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico e terapêutica, podem acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente. “
- CODU = Centro de orientação de doentes urgentes
- AQ = Avaliação de qualidade.
- MQ = Melhoria de qualidade
- MCQ = Melhoria contínua de qualidade
- OTQ = Orientação total de qualidade

7. BIBLIOGRAFIA

1. "Emergency medicine – A comprehensive study guide." Fifth edition, Judith E. Tintinalli et als, 1, pp 1-22.
2. "Textbook of adult emergency medicine." Edited by Peter Cameron et als, 25(3), pp 598-600.
3. <http://pdm.medicine.wisc.edu>, 05.04.2004
4. "From quality assurance to quality improvement." Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and Emergency Care. O' Leary MR. Emergency Medicine Clinics of North America, 1992, 10 (3): 447-491.
5. "Industrial models of continuos quality improvement. Implication for emergency medicine." Mayer T A. Emergency Medicine Clinics of North America, 1992, 10 (3): 523-547.
6. "Quality assurance manual for emergency medicine." American College of Emergency Phisicians, Dallas, 1986
7. "The quality trilogy: a universal approach to managing for quality." Juran JM. Quality progress, August 1986, pp 19-24.
8. "A leadership guide to quality improvement for emergency medical services." Julho 1997.
9. "Garantia de qualidade nos cuidados de saúde." Diana Sale, Principia, Lisboa, 2000.

10. "Quality assurance in SEM systems." R A Swor. Emergency Medicine Clinics of North America, 10(3), August 1992, pp. 597-610.
11. "Continuing improvement as ideal in health care." DM Berwick. New England Journal of Medicine, 320(1), January 5, 1989, pp.53-56.
12. "The case for using industrial quality management science in health care organizations." G Laffel, D Blumenthal. JAMA, 262(20), November 24, 1989, pp.2869-2873.
13. "Theory and practice for measuring health care quality." DM Berwick, MG Knapp. Health Care Financing Review, Ann. Supp. 1987, pp. 49-55.
14. "Continuous quality improvement: concepts and applications for physician care." SB Kritchevsky, BP Simmons. Journal of the American Medical Association. 26 (13), October 2, 1991, pp. 1817-1823.
15. "The cost of quality in health care." DT Overton, LM Delene. Emergency Medicine Clinics of North America. 10(3), August 1992, pp. 549-545.
16. "Commentary. total quality management for physicians: translating the new paradigm." MD Merry. Quality Review Bulletin-Journal of Quality Improvement, March 1990, pp 101-105.
17. "Quality management." JL Ryan. In Prehospital Systems and Medical Oversight, 2nd Ed. ^a Kuehl (Ed.), New York: Mosby Yearbook, Inc, 1994, pp. 217-246.

18. "Concepts in SEM quality management." RM McDowell. In quality management in prehospital care. RA Swor (Ed.), National Association of SEM Physicians. Mosby-Year Book, Inc, 1993, pp.14-28.
19. "Closing the loop: discard bad applies or continuously improve EMS?" SJ Davidson. In quality management in prehospital care. RA Swor (Ed.), National Association of SEM Physicians. Mosby-Year Book, Inc., 1993, pp. 55-69.
20. "The evolving change in paradigm from quality assurance to continuous quality improvement in prehospital care." CJ Mattera. Journal of Emergency Nursing, 21(1), February 1995, pp. 46-52.
21. "Developing standards for EMS quality improvement." A Kuehl. In quality management in prehospital care. RA Swor (Ed.), National Association of EMS Physicians. Mosby-Year Book, inc.1993, pp.29-35.
22. "Evaluation of system components." J.Pointer. In quality management in prehospital care. RA Swor (Ed.), National Association of EMS Physicians. Mosby-Year Book, Inc., 1993, pp. 36-48.
23. "Continuous quality improvement in EMS." SS Polsky, JC Jonhson. In principles of EMS systems, WR Rousch (Ed.), American College of Emergency Physicians, 1994, pp. 291-311-
24. "Toward continus quality improvement in trauma care." LE Eastes. Critical Care Nursing Clinics of North America, 6(3), September 1994, pp. 451-461.

25. "Clinical performance data: A guide to interpretation." MR O' Leary. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1996.
26. "Regras básicas de investigação clínica". Rogério A F Gonzaga.
27. "Manual de investigação em ciências sociais". Trajectos. Raymond Quivy, Luc Van Campenhoudt
28. "Metodologia das ciências sociais". Augusto Santos Silva, José Madureira Pinto.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I

É apresentado como exemplo da aplicação de alguns dos conceitos teóricos revistos, o funcionamento da VMER do Centro Hospitalar de Gaia, de forma a observar no “algoritmo” quais os aspectos já existentes (a manter, e idealmente a melhorar) e quais os aspectos a introduzir de novo.

ALGORITMO DE FUNCIONAMENTO ACTUAL NA VMER DE GAIA:

I. A NÍVEL DO SISTEMA

1. REGISTOS DE MATERIAL (Check-list da carga = realização diária)
2. REGISTOS DE FÁRMACOS (Check-list da mala médica e de reserva = realização mínima diária/ final cada saída)
3. REGISTOS DE STOCK (Check-list do material e fármacos da base = realização mínima diária)
4. REGISTOS DE INCIDENTES FÍSICOS (registos imediatos na ocorrência e na resolução, revistos regularmente no minimo semanalmente)
5. REGISTOS DE OCORRÊNCIAS (registos feitos em cada turno, revistos regularmente no minimo semanalmente)
6. REGULAMENTO INTERNO DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

II. A NÍVEL CLÍNICO

1. DESEMPENHO CLÍNICO

1.1 REGISTOS CLÍNICOS

1.1.1 FICHAS OBSERVAÇÃO MÉDICA (registos imediatos na ocorrência, revistos regularmente no mínimo semanalmente)

1.1.2 BASE INFORMATIZADA DE DADOS (registos imediatos na ocorrência, revistos regularmente no mínimo semanalmente)

1.1.3 ARQUIVO CLÍNICO

1.2 REGISTOS DE INCIDENTES CLÍNICOS (registos imediatos na ocorrência e na resolução, revistos regularmente no mínimo semanalmente)

1.3. INDICADORES (a serem instituídos mediante directrizes do INEM)

1.4. *FOLOW-UP* (registos hospitalares. Via telefone pós-alta) (a serem instituídos mediante directrizes do INEM)

1.5. REGISTOS ESCRITOS DE DOENTES E FAMILIARES (arquivados os existentes)

1.6. COMUNICAÇÃO SOCIAL (arquivados os existentes nomeadamente publicações escritas)

2. FORMAÇÃO EM EMERGÊNCIA

2.1 INEM

2.1.1 FORMAÇÃO BÁSICA (curso ministrado pelo INEM, com avaliação e estágios práticos)

2.1.2 FORMAÇÃO DE FORMADORES (seleccionados elementos a integrar bolsa de formadores do INEM)

2.2 FORMAÇÃO INTERNA (realização mensal 2 horas, integradas no plano de formação interna anual, temas teóricos e casos clínicos apresentados pelos operacionais da VMER ou por prelectores convidados)

2.3 FORMAÇÃO EXTERNA

2.3.1 INTER VMER'S (realização trimestral, no centro de formação do inem, apresentação de temas teóricos, *journal club* e caso clínico, INEM-Norte)

2.3.2 CURSOS DE RECICLAGEM (definida a regularidade dos mesmos pelo INEM)

2.3.3 OUTROS CURSOS (ATLS, APLS, etc)

2.3.4 MESTRADOS (emergência, catástrofes, etc)

2.3.5 BOMBEIROS (feita a nível individual por alguns elementos, a integrar futuramente plano de reuniões regulares com bombeiros da área)

2.3.6 ESCOLAS, CÂMARAS, ETC (a integrar no futuro a articulação com a comunidade, com investimento na formação)

Na observação deste algoritmo prático, estão descritas as estruturas existentes e também as que são ainda apenas projecto. Constata-se porém que depois de descritas no papel, são várias já as características reguladoras e protocoladas, que conferem a preocupação em assegurar qualidade nos serviços prestados.

8.2 ANEXO II

Modelo de questionário destinado a avaliar de forma preliminar alguns dos problemas sentidos pelos médicos que trabalham nas 25 VMER's existentes em Portugal.

Questionário a médicos de VMER A QUALIDADE NO PRÉ-HOSPITALAR

(responda por favor às questões colocadas, no anonimato)

CONTEXTO SOCIAL

1. Pensa que a emergência pré-hospitalar no actual contexto em Portugal está a ter um papel relevante na sociedade?

SIM	NÃO
☐	☐

FORMAÇÃO

2. A sua VMER tem sessões de formação interna?

SIM	NÃO
☐	☐

3. Qual a periodicidade dessas sessões?

mensal

☐

trimestral

☐

semestral

☐

anual

☐

4. A sua VMER tem participado em reuniões Inter -VMER'S?

SIM	NÃO
☐	☐

5. A sua VMER tem plano de formação interna para o ano corrente?

SIM	NÃO
☐	☐

6. Vê importância nesse tipo de acções (formação interna e inter-VMER's)?

SIM	NÃO
☐	☐

7. Acha que os temas abordados nessas reuniões têm importância clínica?

SIM	NÃO
☐	☐

8. Acha que a escolha dos temas pode ser melhorada?

SIM	NÃO
☐	☐

8.1 Se sim Como?

9. Já alguma vez apresentou um tema (ou mais) nessas mesmas reuniões?

SIM	NÃO
☐	☐

10. Vê “com bons olhos” a entrada de colegas mais jovens para a emergência pré-hospitalar?

SIM	NÃO
☐	☐

11. Colabora com agrado na formação/estágios, desses colegas mais jovens?

SIM	NÃO
☐	☐

COORDENAÇÃO

12. Acha que na sua VMER o coordenador da VMER tem um papel activo, no sentido de criar condições de melhoria?

SIM	NÃO
☐	☐

- 12.1 Se não, o que podia ser melhorado por parte do seu coordenador?

13. Acha que os registos clínicos (fichas médicas ou base de dados) são revistos regularmente?

SIM	NÃO
☐	☐

14. Acha que os protocolos do INEM são os adequados à sua prática diária no pré-hospitalar?

SIM	NÃO
☐	☐

15. Quando tem dúvidas quanto ao procedimento a adoptar numa saída contacta o CODU?

SIM	NÃO
☐	☐

MEIOS

16. Na sua VMER existe base Informatizada de dados clínicos?

SIM	NÃO
☐	☐

17. Na sua opinião os recursos materiais disponíveis pelo INEM são suficientes?

SIM	NÃO
☐	☐

17.1 Se não, o que podia ser melhorado?

CONTEXTO PESSOAL

18. Qual foi/foram o/os motivo/s que o levou a optar por esta área da medicina de emergência?

19. Acha que o papel da emergência pré-hospitalar podia ser melhorado?

SIM	NÃO
☐	☐

19.1. Se sim como?

20. Qual/quais é/são o/os motivo/os que o mantém a trabalhar nesta área da medicina de emergência:

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO
MUITO SUCESSO PARA A SUA VMER.