



ILEP



BOLETIM TÉCNICO

Orientações do Comitê Técnico
Edição no. 17 – agosto de 2010

UMA FERRAMENTA PARA MEDIR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE HANSENÍASE

1. INTRODUÇÃO

A qualidade da prestação de serviços pode ser definida em diferentes formas por diferentes interessados. Na prestação da atenção à saúde, deve-se levar em consideração dois grupos principais, os prestadores e os usuários dos serviços.

Prestadores

Os prestadores têm um mandato para fazer com que os serviços de atenção à saúde sejam disponibilizados para sua população alvo, com o objetivo de longo prazo de melhorar os resultados da saúde. Os serviços de saúde devem ser acessíveis para aqueles que precisam; o acesso envolve a cobertura adequada de uma determinada área geográfica, sem deixar áreas descobertas. Também envolve o acesso igual e no tempo certo a todos os subgrupos da população, incluindo mulheres e crianças, etnias, minorias religiosas e de estilo de vida, os pobres e aqueles em condições estigmatizantes, como a hanseníase e HIV/AIDS. Além disso, o acesso envolve a entrada nos serviços (atenção primária à saúde), assim como o encaminhamento referendado para cuidados especializados. Quase por definição, atenção especializada não está disponível em todos os lugares, mas está concentrada em centros de excelência. Em um serviço de saúde de alta qualidade, providências serão tomadas para facilitar o acesso a tais centros, conforme a necessidade, através da disponibilização de transporte, por exemplo.

Além da acessibilidade, a qualidade da prestação de serviços implica em um nível de atenção que supera determinados padrões mínimos. A atenção ao paciente inclui assuntos administrativos, como registros dos

pacientes, consultas, tempo de espera, etc.; questões de cortesia e privacidade em todas as formas de comunicação e assuntos técnicos, incluindo o diagnóstico e o tratamento adequado para as condições médicas.

Serviços de qualidade dependem de vários fatores. Como um alicerce, os padrões mínimos aceitáveis devem ser definidos em cada área e o quadro de pessoal deve ser treinado para trabalhar de acordo com as necessidades. A supervisão técnica regular deve identificar problemas localizados e remediá-los rapidamente, através de treinamento em serviço. A vigilância de médio e longo prazo da qualidade envolve o monitoramento de indicadores-chave, incluindo indicadores de resultados de saúde, para que falhas sistêmicas possam ser identificadas e corrigidas. Consistentemente, a atenção de alta qualidade depende da motivação dos profissionais de saúde.

Usuários do Serviço

Quando a qualidade é vista a partir da perspectiva do usuário do serviço, questões de acesso, eficiência administrativa e cortesia ganham uma grande importância, pois os pacientes geralmente não estão em condição de julgar se todos os aspectos técnicos da atenção recebida superaram os padrões apropriados. Entretanto, está claro que no século 21, nenhuma prestação de serviços de saúde pode ser considerada como de alta qualidade sem a prática rotineira de se avaliar e tomar as necessárias providências com base nas visões dos usuários.

2. INDICADORES

Os indicadores têm duas funções principais:

- primeiramente, indicar o progresso rumo a objetivos, o que é requerido para fins de relatoria e advocacia;
- em segundo lugar, para indicar obstáculos que possam impedir a obtenção de melhoria contínua dos serviços.

Há três tipos de indicadores que podem vir a ser usados na mensuração da qualidade:

2.1 Indicadores substitutos (*proxy*) – medições de itens individualizados que apresentam pistas sobre a qualidade geral do programa. Um indicador substituto por si só não é confiável como um indicador de qualidade, pois pode haver falhas graves em outras partes do programa que não são refletidas por este indicador.

Os indicadores substitutos em programas de hanseníase incluem o seguinte:

- a taxa de conclusão do tratamento: este item mede se os pacientes compareceram ao tratamento conforme requerido; é simples de medir e muito correlacionado à cura da doença, um importante resultado de saúde. Se a taxa de conclusão do tratamento for alta (acima de 85%), sugere-se que os pacientes estão recebendo um cuidado razoavelmente aceitável, caso contrário não compareceriam. Aspectos do trabalho de hanseníase não medidos por este indicador incluem atividades de detecção de casos e acesso aos serviços (por exemplo, se mulheres ou membros de um determinado grupo étnico têm um acesso reduzido aos serviços, eles não vão aparecer nas estatísticas e a taxa de conclusão do tratamento para aqueles que podem comparecer pode ser muito alta). A prevenção e o tratamento de dano neural e outras complicações da hanseníase também não são refletidos por este indicador (pacientes podem receber PQT, mas sem atenção adequada para outros problemas e, desta forma, completar o tratamento com um nível inaceitável de incapacidade).
- A proporção de casos com Graus 1 e 2 de Incapacidade entre novos casos é um indicador bem estabelecido de eficiência na detecção de casos. Se os casos forem diagnosticados tardiamente, uma maior

proporção vai ter incapacidades no momento do diagnóstico. Este indicador pode não ser confiável se os profissionais não estiverem bem treinados para avaliar o grau de incapacidade e subestimarem os casos com grau 1 de incapacidade, por exemplo. Este indicador não nos informa sobre a qualidade da atenção após o diagnóstico, mas se tomados conjuntamente, os dois primeiros indicadores substitutos dão uma estimativa justa sobre a qualidade do programa.

- A proporção de novos casos verificados como corretamente diagnosticados tem sido utilizada em exemplos nos quais a confiabilidade do diagnóstico é questionada. A implementação é difícil, pois requer que os pacientes sejam examinados por um segundo médico, além de dizer pouca coisa sobre outros aspectos do programa fora a habilidade de fechar o diagnóstico. Este indicador já não é utilizado em muitos programas.
- A proporção de unidades de saúde sem estoque adequado de blisters de PQT pode ser importante se houver problemas no fornecimento.
- Atraso na detecção de novos casos é um ponto de interesse, mas como se baseia na memória do paciente, pode não ser suficientemente forte para ser utilizado como um indicador rotineiro de desempenho.
- A proporção de contatos examinados pode assumir uma importância maior se o exame de contatos se tornar mais amplamente praticado, talvez como parte de um programa de quimioprofilaxia.
- Gênero: não é fácil medir a igualdade ao acesso, mas o equilíbrio de gênero na detecção de novos casos pode ser monitorado.

2.2 Indicadores de processo – estes indicadores medem atividades que promovem qualidade; ex: indicadores de atividades de treinamento e supervisão realizadas dentro do programa. Por definição, indicadores de processo não analisam resultados, portanto eles não mostram, por exemplo, se as

atividades de treinamento ou supervisão efetivamente levam à atenção integral.

Indicadores de processo em programas de hanseníase têm sido usados muito amplamente pela Fundação Damien com bons resultados.

Exemplos incluem:

- A proporção de sessões de treinamento que aconteceram em relação ao que foi inicialmente planejado
- A proporção de supervisões técnicas que aconteceram em relação ao que foi inicialmente planejado
- A existência de uma checklist para supervisão

Outros indicadores de processo sugeridos incluem:

- A porcentagem de profissionais de saúde em unidades de saúde com casos registrados, que recebeu treinamento nos últimos três anos
- A porcentagem de profissionais de saúde que recebeu treinamento sobre aconselhamento

Um problema relativo ao uso de treinamento como um indicador está no fato de a definição de treinamento ser muito ampla; poder ocorrer em uma ampla variedade de ambientes (incluindo treinamento em serviço) e sua duração pode ser qualquer período de tempo, variando entre poucos minutos a algumas semanas. Pode ser formal ou informal, e pode ou não ser avaliado através de uma avaliação dos treinandos no final do período. É provável que indicadores que medem uma atividade tão precariamente definida não venham a ser úteis.

2.3 Indicadores diretos de qualidade: por exemplo, a medição de um resultado de saúde na população que recebe o serviço.

Indicadores diretos de qualidade incluem:

- A proporção de pacientes que desenvolvem incapacidades novas / adicionais durante PQT.

Um problema com o uso da incapacidade física como indicador está no fato de ela poder não ser medida consistentemente por profissionais de saúde, e isto parece afetar o grau de confiança e a plenitude de dados

atuais sobre incapacidades e deficiências. O grau de incapacidade definida pela OMS e o escore EHF (Olho- Mão-Pé) são, entretanto, muito simples e podem ser aplicados por qualquer pessoa com a orientação adequada. Embora rotineiramente registrado para casos no diagnóstico, não são muitos os programas que estejam relatando a incapacidade de todos os casos ao final do tratamento (cura), o que é necessário para o cálculo deste indicador.

- As opiniões expressadas pelos usuários do sistema dão uma indicação direta de qualidade a partir de suas perspectivas. Estas podem ser coletadas através de entrevistas de saída ou discussões de grupo focal. Veja o anexo para mais informações sobre estes métodos.

3. INDICADORES PROPOSTOS DE QUALIDADE

Em geral, indicadores substitutos são bem entendidos e usados em quase todos os programas em níveis diferentes de extensão. Indicadores de processo e medidas diretas de qualidade são menos conhecidos e são raramente usados hoje em dia.

A prioridade principal é promover os três principais indicadores de qualidade que estão incluídos na Estratégia Global Aprimorada e Diretrizes Operacionais (2011 – 2015) da OMS; muito esforço será necessário para tê-los relatados amplamente e confiavelmente:

- A taxa de conclusão do tratamento (cura)
- A proporção de incapacidade grau 2 entre os casos novos
- A proporção de pacientes que desenvolveram novas incapacidades durante o tratamento com PQT

Há outros dois indicadores que darão informações muito úteis sobre a qualidade sem que a coleta anual se torne muito caro:

- Avaliação do grau de satisfação entre uma amostra de pacientes

- A existência de uma checklist para supervisão

4. PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DOS CINCO INDICADORES DE QUALIDADE

4.1 A taxa de conclusão do tratamento (cura)

O método para o cálculo é explicado pelas Diretrizes Operacionais 2011-2015 (pg. 51-52)

4.2 A proporção de Deficiência de Grau 2 entre novos casos

Também coberto nas Diretrizes Operacionais 2011-2015 (pg 53; ver também pg. 22-25)

4.3 A proporção de pacientes que desenvolveram novas incapacidades durante o tratamento com PQT

Descrito nas Diretrizes Operacionais 2011-2015 (pg 54-55)

4.4 Avaliação do grau de satisfação entre uma amostra de pacientes através de entrevistas regulares de saída ou grupo focal: ver Anexo para mais informações.

Este indicador pode ter o formato de um indicador de processo (ex: número de pacientes envolvidos em um dos tipos de avaliação, por ano), ou como um indicador de resultado (ex: a porcentagem de pacientes satisfeitos com os serviços prestados).

4.5 A existência de uma checklist para supervisão

Cada supervisor deve ter disponível uma cópia de uma checklist para utilização nas visitas a uma unidade de saúde.

5. CONCLUSÕES

Em conclusão, a medição e a relatoria cuidadosas e regulares dos cinco indicadores simples dariam uma indicação muito boa sobre a qualidade de um programa de controle de hanseníase. Estes englobariam vários aspectos da prestação de serviço e a satisfação do usuário.

A primeira prioridade é a implementação dos três indicadores que estão incluídos na atual Estratégia Global (2011-2015). Dos novos

indicadores propostos, o mais significativo será o envolvimento de pacientes através de entrevistas de saída ou discussões em grupo focal. É provável que esse envolvimento, mesmo que seja de uma pequena parcela de pacientes, proporcione *feedback* muito útil e permita um aumento significativo na qualidade da prestação de serviço.

ANEXO: AVALIAÇÃO DAS PERSPECTIVAS DOS PACIENTES

A. MÉTODO DE PESQUISA EM GRUPO FOCAL

O método de pesquisa em grupo focal é considerado relevante para pesquisar as perspectivas dos usuários na atenção primária. As pesquisas mostram que “usuários detêm expectativas claras, fazem julgamentos ativos dos prestadores de serviço e têm vontade de compartilhar estas visões”¹. Grupos focais são entrevistas grupais estruturadas. Um grupo focal consiste em seis a oito participantes com antecedentes similares, por exemplo, mães de crianças na primeira infância, ou homens adultos com hanseníase, etc. Grupos diferentes são formados para aglomerar as ideias de segmentos diferentes da comunidade. Um moderador qualificado atua a partir de um conjunto pré-definido de pontos de discussão para guiar a entrevista enquanto o grupo discute os pontos levantados. A discussão é gravada e os comentários dos participantes durante a discussão constituem-se nos dados essenciais para a análise.

Ética

O objetivo básico na utilização de grupos focais é o de ouvir as os pontos de vista dos participantes. Grupos que limitam a oportunidade de os participantes apresentarem seus próprios sentimentos, opiniões e experiências são contrários a este objetivo. Por exemplo, grupos que cruzam linhas de autoridade certamente deixarão seus participantes desconfortáveis. Portanto, quando um grupo focal for recrutado, é importante considerar os antecedentes sociais, econômicos e étnicos dos participantes.

A *privacidade* é a preocupação ética central na pesquisa por grupo focal. Projetos de grupo focal devem prometer sigilo, o que pode ser atingido através dos passos seguintes:

- Somente o pesquisador terá acesso a qualquer informação da pesquisa, e estes registros serão destruídos na conclusão do projeto.
- Durante a discussão, os participantes serão identificados somente pelo primeiro nome ou pseudônimos.
- Somente o pesquisador terá acesso às gravações feitas, e estas serão destruídas na conclusão do projeto.
- Todos os nomes e qualquer outra informação nas transcrições que possam ser usados para fins de identificação (ex; menção a pessoas, eventos ou locais específicas) serão retirados ou modificados.

Análise

A gravação ou a transcrição é examinada sistematicamente com a finalidade de se criar um relatório que transmita ambas as visões consensuais e minoritárias apresentadas, e propicie conclusões e recomendações realistas e relevantes.

Vantagens

Atravessa as distâncias social, profissional ou de outras ordens entre os pesquisadores e o público alvo (profissionais de saúde, líderes comunitários ou pacientes).

Permite a investigação de comportamento e motivação complexos, ao mesmo tempo em que propicia um melhor entendimento da diversidade de experiência e pensamento.

É um método de pesquisa amigável e respeitoso.

Participantes de grupos focais têm o benefício da distância, em relação a tempo e espaço, do serviço de atenção à saúde.

Limitações

O método convida participantes a apresentar exemplos dramáticos do que pode ser uma realidade diária banal. (Por exemplo, experiência de desumanização pode ser

refletida nos grupos focais na forma de histórias de “atrocidades”¹).

O resultado da sessão do grupo focal depende da qualidade do facilitador do grupo (por exemplo, existe “um perigo de que o facilitador ruim faça perguntas tendenciosas, as quais podem sugerir que se deseja ouvir determinadas respostas, ou pode haver uma tendência para que as afirmações dos participantes mais fluentes assumam o peso do consenso e que visões discordantes sejam censuradas¹).

A eloquência de determinados participantes pode levar os pesquisadores a selecionar partes das transcrições como sínteses da opinião da comunidade, ignorando, desta forma, visões e opiniões contrárias.

Dados de grupo focal atingiram a maior relevância quando não compararam locais, mas sim quando identificam os aspectos da atenção à saúde que têm mais importância para os usuários dos serviços de saúde.

B. METODOLOGIA DA ENTREVISTA DE SAÍDA

Em uma entrevista de saída, um pesquisador discute vários tópicos de interesse com uma pessoa que acabou de finalizar uma visita a uma unidade de saúde. A entrevista pode ser tanto informal como semi-estruturada. O objetivo é medir duas principais dimensões da qualidade da atenção para pacientes individuais: *acesso e satisfação do usuário*. A recordação imediata de mensagens educativas de saúde também pode ser testada utilizando este método.

Finalidades

- Desenvolver um perfil de pacientes e padrões de utilização de serviço
- Avaliar a receita de drogas apropriadas
- Conhecer as perspectivas dos pacientes sobre os serviços e a atenção recebidos.

Vantagens

Entrevistas de saída propiciam visões imediatas e espontâneas, e podem dar detalhes

específicos que seriam esquecidos se não fossem solicitados.

Entrevistas de saída são mais imediatas e espontâneas do que discussões em grupo focal, e podem ser úteis para o exame de assuntos relacionados à atenção definidos pelo pesquisador, como:

- Detalhes específicos relativos à acessibilidade e demora no diagnóstico.
- Detalhes específicos relativos aos procedimentos realizados na clínica, como o exame clínico, testes realizados, conselhos dados etc.
- Avaliação imediata sobre como o grau de utilidade da visita à unidade de saúde.

Limitações

Entrevistas de saúde são entrevistas do tipo “cara a cara” e, portanto, propiciam somente acesso limitado à opinião do paciente. Muitas opiniões e críticas podem permanecer não declaradas. A falta de tempo e a distância podem levar a julgamentos tendenciosos.

Em uma entrevista do tipo “um a um”, pode ser mais difícil para os entrevistados revelarem visões negativas, ao passo que em uma reunião com a presença de outros usuários do serviço, pode ser menos ameaçador para os participantes se tais visões vierem do grupo, ao invés de um indivíduo insatisfeito.

Entrevistas de saída mostram pouca variabilidade e podem conter pouca relação com os achados do grupo focal; entretanto, elas podem ser úteis para avaliar dimensões de atenção à saúde definidas pelo pesquisador.

Ética

- O direito de não ser entrevistado deve ser explícito
- A entrevista não deve ser feita pelo profissional de saúde
- O anonimato do paciente deve ser assegurado

Conclusões

As relações de poder presentes em entrevistas de saída e grupos focais são bastante diferentes.

Os dados obtidos através dos métodos diferem substancialmente.

É necessário ter uma combinação de ambos os métodos para o estabelecimento das perspectivas e o grau de satisfação de uma população de usuários.

Referências

¹Schneider, H. and Palmer, N. 2002, ‘Getting to the truth? Researching user views of primary health care’, *Health Policy and Planning*, 17; 32-41.

Leitura adicional

General framework literature for the Focus Group method: *The Focus Group Guidebook*, David L. Morgan, Focus Group Kit 1, Sage Publication, Thousand Oaks, London, New Delhi. 1998.

General framework literature on Exit Interviews: *Qualitative Methods for Health Research*, Judith Green & Nicki Thorogood, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage, 2009.

S. M. Campbell, M. O. Roland and S. A. Buetow, ‘Defining quality of care’, *Social Science & Medicine*, Volume 51, Issue 11, December 2000, Pages 1611-1625.

Henbest RJ and Fehrsen GS. 1992. ‘Patient - centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcome.’ *Family Practice* 9; 311-17.

Marieke van Dijk, Royal Tropical Institute, Clients’ Perspective – Guidelines for assessing the quality of leprosy services from the clients’ point of view. 2nd Edition January 2010

ILEP é uma Federação de associações anti-hanseníase autônomas. O texto contido neste boletim não vincula os Membros da ILEP.

O texto pode ser citado livremente desde que sua fonte seja reconhecida.