

Avaliação de desempenho de serviços de saúde*

Antonio Carlos de Azevedo**

AZEVEDO, A.C. de. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 64-71, 1991. A partir da literatura recente (até 1988) a respeito da avaliação de serviços de saúde em geral e do desempenho hospitalar em particular, destacam-se os diferentes aspectos conceituais e metodológicos envolvidos, começando pelas primeiras tentativas no seio do Colégio Americano de Cirurgiões, passando pela criação e evolução da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais americana, até os esforços e elaborações conceituais e metodológicas mais recentes. São destacados a metodologia dos grupos diagnósticos homogêneos ("diagnosis related groups" ou "DRGs") e os indicadores de gravidade ("severity of illness"). É comentada a evolução desse incipiente campo de conhecimento e de prática no ambiente nacional. São comentadas as origens do recente interesse internacional a respeito do problema, ou seja, o aumento generalizado de custos dos serviços de saúde, crescente aumento de demandas judiciais em alguns países e ainda o acentuado incremento de complexidade dos atos em muitas especialidades. Destacam-se as fontes de informação correntemente utilizadas no processo, ou seja, a observação direta (estudos caso/controle), os prontuários médicos e os instrumentos-resumo, frequentemente utilizados para remuneração do atendimento. Mencionam-se as profundas influências na prática de saúde que o processo de avaliação tem introduzido, particularmente a padronização de procedimentos, o estadiamento de agravos, os estudos de trajetória, os relacionados a situações traçadoras ("tracers") e a alternativa que mais tem influenciado a prática de situações complexas de saúde, que são os protocolos diagnóstico-terapêuticos já amplamente utilizados em algumas áreas como a do tratamento de câncer, inclusive no Brasil.

Descritores: Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde), tendências. Administração hospitalar, tendências. Serviços de saúde, normas.

Introdução

A avaliação de serviços de saúde em geral e de sua forma mais complexa, os serviços hospitalares, apresenta dificuldades que têm sido comentadas amplamente na literatura. As observações contidas na introdução do Manual de Acreditação de Hospitais do "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" (JCHA), ilustram bem esse fato³⁰... "o médico ele mesmo, ou ainda seus pares mais desapaixonados, já nem se fale do paciente, terão alguma dificuldade em aquilatar o quanto ele conseguiu ou deixou de fazê-lo com respeito ao que se considera que deveria ter sido feito. Essa dificuldade em realizar uma avaliação precisa em termos válidos, tem sido um dos fatores a preservar a relação médico-paciente. No desejo comum de obter o melhor resultado possível, são obrigados a se associar numa recíproca combinação, a integridade do médico e a confiança do doente"..

Por outro lado, destes comentários se depreende o quanto essa condição influencia a prática dos serviços de saúde a ponto de consistir num componente estrutural da mesma.

A avaliação dos serviços de saúde é, no entanto, em que pesem as dificuldades conceituais e metodológicas apontadas no decorrer do presente artigo, um elemento da maior importância na progressiva caracterização do que seja um sistema de saúde desejável e economicamente acessível ao País. O debate a respeito do tema é tanto mais oportuno, quando se aprofunda o processo de municipalização de serviços no Brasil, quando os financiadores, controladores do sistema e clientela terão que considerar a efetividade e qualidade de centenas, quiçá milhares de sistemas praticamente independentes.

Conceitos Básicos

O quadro conceitual mais acatado no delineamento da avaliação dos serviços de saúde é, sem dúvida, aquele estabelecido por Donabedian^{14,18} (1966, 1986). Nesse documento, as áreas a merecer exame do analista de determinado estabelecimento

* Excerto da tese de livre-docência "Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos", apresentada à Faculdade de Saúde Pública - USP, 1989.

** Departamento de Prática de Saúde Pública - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

de saúde ou dos profissionais cujo desempenho se busca aquilatar são: a estrutura, o processo e os resultados. A área de estrutura corresponde aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. A área de processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às consequências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações (Donabedian¹⁶), 1982. Embora seja relativamente fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relativos ao processo e aos resultados ("outcomes"), esta distinção nem sempre é fácil entre estes dois últimos. Por outro lado, vale lembrar que, enquanto trabalha-se no terreno meramente quantitativo, a análise é relativamente fácil, passando a tornar-se muito mais complexa e de difícil caracterização à medida que se caminha para o componente qualitativo desta.

Donabedian¹⁵ faz uma série de comentários a respeito das características da avaliação em saúde, que vale a pena sintetizar. Em primeiro lugar há dois pontos de vista que nem sempre são concordantes: aquele que encara os componentes meramente técnicos da ação de saúde e outro que examina a qualidade das relações interpessoais entre o médico e seu paciente. A qualidade deve envolver transformações ao nível do paciente considerando conhecimentos, atitudes e comportamentos, implicando, assim, as ações curativas e, também, as promocionais e preventivas. A avaliação somente poderá ser conduzida dentro de critérios, padrões e normas pre-estabelecidas tendo em vista a notável variabilidade da prática de saúde, o que implica, por exemplo, que a metodologia desenvolvida para avaliação da atividade médica num hospital de determinada complexidade não possa ser utilizada para avaliar o desempenho de uma prática alternativa de saúde. Mesmo as metodologias estruturadas envolvem um importante componente de subjetividade (Donabedian¹⁶).

A avaliação pode ainda ser conduzida segundo critérios implícitos (como, por exemplo, em algumas circunstâncias, a avaliação por pares) ou explícitos, ou seja, pré-determinados. Este aspecto relaciona-se também à utilização de instrumentos abertos, envolvendo um componente subjetivo maior, ou fechados, mais objetivos, mas também mais limitados em seu alcance. Os critérios podem ainda ser de determinação normativa, e neste caso corresponder a um ideal desejado, ou ser empiricamente estabelecidos, ou seja, resultantes do estudo das características observadas numa determinada realidade. O critério pode ser exógeno à entidade avaliada, endógeno (estabelecido por pares na mesma

organização) e ainda autógeno, quando envolvendo o universo de decisão de um único indivíduo.

O enfoque da avaliação, por sua vez, pode ser dirigido a um profissional, originalmente médico, mas podendo ser enfermeiro ou outro, a um diagnóstico, uma conduta ou situação. Os esforços de avaliação de serviços aos quais os Estados Unidos foram pioneiros, eram voltados inicialmente e exclusivamente para o trabalho médico, numa avaliação por pares e num contexto predominantemente qualitativo, subjetivo e pouco estruturado.

Evolução

O trabalho pioneiro de Lee e Jones (1933), apud Donabedian¹⁵ (1980), caracterizava a assistência médica de bom nível como aquela assim considerada pelos líderes da profissão num determinado tempo e lugar e incluindo algumas características definidas à época como "questões de fé" ("articles of faith"): 1. ser limitada à medicina científica; 2. dar ênfase à prevenção; 3. resultar da cooperação inteligente entre o público leigo e os médicos; 4. visar ao tratamento do indivíduo como um todo; 5. envolver uma relação próxima e contínua entre o médico e seu paciente; 6. coordenar as ações visando ao bem estar social; 7. coordenar todos os tipos de serviços médicos; 8. envolver todos os recursos da medicina científica, a serviço das necessidades de toda a população.

A análise de estrutura, que se constitui na ênfase dos sistemas brasileiros de classificação e análise de hospitais, foi sempre tratada com relativa superficialidade pelos autores americanos, desde os critérios da JCHA até os trabalhos de Donabedian e outros autores que tratam do problema da avaliação dos serviços. Basta dizer que nos estudos, em três volumes, de Donabedian^{15,16,17} (1980, 1982, 1985), existe pouco mais do que um parágrafo dedicado ao tema estrutura, aí considerado como um instrumento rústico capaz de orientar apenas em termos de grandes tendências e... "útil tão somente no sentido em que uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados"... Em outro trabalho, Donabedian¹⁷ chega a comentar que o esclarecimento a respeito do papel da estrutura na qualidade final dos serviços... "é uma tarefa da ciência da organização de serviços de saúde, à medida em que se possa dizer que tal ciência exista". Em trabalhos americanos mais antigos o componente estrutura apresenta-se com um pouco mais de destaque (Brown e Johnson⁸, 1957). Este aspecto leva à interpretação de que a pouca consideração da estrutura, na avaliação de serviços em países industrializados, deve-se ao

fato de que, nestes desde seus primórdios, os estabelecimentos de saúde apresentaram níveis de qualidade de planta física e de equipamentos, bastante razoáveis.

Os esforços de avaliação de qualidade, voltados inicialmente a atividade médica e somente de forma secundária a de outros profissionais e do estabelecimento como um todo, passam a tratar cada vez mais destes aspectos, sob pressões, que nos EUA envolvem, de um lado, o aumento de custos da assistência médica e os novos sistemas de reembolso global por internação, e de outro, a crescente pressão de demandas judiciais sobre a prática médica e hospitalar naquele país (Cassidy¹³, 1987). Os aumentos dos custos de saúde têm preocupado tanto os financiadores privados (seguradoras) como o grande financiador público de serviços nos EUA - "Medicare" - programa de financiamento do atendimento médico aos idosos. O controle desses gastos fez com que ambas as entidades passassem a utilizar a remuneração por critério de grupos diagnósticos homogêneos - DRGs ("diagnose related groups") associados mais recentemente a indicadores de gravidade dos casos ("severity of illness") (Brook⁷, 1987; Lohr³⁴, 1988; e Caper¹⁰, 1988). Um outro fator de complexidade é a mudança da frequência de ações, inicialmente dirigidas à solução definitiva de problemas médicos ("cure"), cada vez mais substituídas por aquelas voltadas tão somente ao apoio à sobrevida dos doentes ("care"). Esta situação é cada vez mais relevante em função do envelhecimento da população, do predomínio das afecções crônico-degenerativas e do surgimento de agravos como a SIDA - AIDS, de elevada gravidade e que absorvem uma parcela crescente dos serviços de saúde (Sclally⁴⁷, 1988). Um outro pormenor é de que o critério de qualidade pode variar consideravelmente quando encarado do ponto de vista dos distintos participantes do Sistema. Assim é que se distingue tradicionalmente o ponto de vista do prestador de serviços (hospital e médico) daquele do paciente e do financiador (governo ou companhia de seguros) (Sommers⁵⁰, 1969).

Metodologia

Do ponto de vista do instrumento utilizado para a avaliação, tem sido utilizado o prontuário médico, a nota de reembolso do hospital ("hospital claim" no caso americano e a AIH no caso brasileiro) dentro dos instrumentos indiretos, e ainda a observação direta do doente. A grande maioria dos estudos, diante de considerações relacionadas ao custo da avaliação, utiliza-se dos prontuários. No entan-

to, o método aceito inequivocamente como o mais acurado é a observação direta, de preferência sob a forma de estudos prospectivos do tipo caso/controle, com a alocação aleatória entre grupos. Esse tipo de metodologia sofre, no entanto, limitações de caráter principalmente financeiro (Caper¹⁰, 1988). A folha resumo-de-alta pode ser um excelente e prático substitutivo para o prontuário como um todo, desde que adequadamente preenchida (Lohr³⁴, 1988).

Quando levados em conta os métodos que se preocupam essencialmente com a análise do processo, constata-se que os mais freqüentemente encontrados na literatura são a análise de utilização de serviços, a auditoria médica e os sistemas de avaliação de qualidade. É bem verdade que esses conceitos apresentam importantes áreas de superposição. Embora haja alguns estudos na década de 50, principalmente motivados por companhias de seguro interessadas em monitorar a intensidade de gastos de distintos hospitais, a metodologia de análise de utilização de serviços teve seu grande impulso com a criação do "Medicare" em 1965, já que a legislação que criou esse Programa previa estudos de adequação do uso de recursos médicos, principalmente hospitalares (Donabedian¹⁴, 1966 e Ampro¹, 1986). Estudos realizados em outros países desenvolvidos demonstram grandes diferenças de utilização associadas ao modelo de sistema de saúde. No Reino Unido, por exemplo, onde a revisão de utilização e a análise de qualidade é recente e relativamente pouco desenvolvida, os padrões de utilização são mais moderados em função principalmente da ausência do que Scally e col.⁴⁷ (1988) denominam de *nexo financeiro* ("cash nexus"), ou seja, a ausência de interesse outro que não seja o terapêutico, por parte do hospital ou do médico em internar ou não, determinado doente. Estudos comparativos da utilização de serviços entre países distintos, como o conduzido por (Van der Zee e Groenewegen⁵⁵ (1987) entre a Holanda e a Bélgica, podem lançar esclarecimentos muito interessantes a respeito dos padrões de utilização de serviços e seus determinantes.

O processo segundo o qual o controle de qualidade é exercido num estabelecimento de saúde, podendo envolver um grupo técnico de fora da instituição, é freqüentemente denominado de auditoria médica. Em alguns casos, o processo de auditoria tem sido considerado como a colheita e análise dos dados de produção hospitalar ("Hospital Activities Analysis - HAA") e os procedimentos envolvidos são do tipo média de permanência, taxa de ocupação, índice de giro, rendimento da sala cirúrgica, e ainda os de análise de cirurgias por diagnóstico e a investigação daqueles procedimentos que pode-

riam ser realizados em regime ambulatorial com os respectivos ganhos em termos de pacientes-dia e financeiros (Glass²¹, 1987). Uma área na qual o sistema de auditoria médica tem mostrado resultados muito marcados é a de utilização de exames auxiliares de diagnóstico. Neste campo a auditoria pode ser conduzida segundo distintos esquemas, a exemplo daquele baseado em problemas, ou seja, na ocorrência de exames diagnósticos em situações em que os mesmos não seriam esperados ou, pelo contrário, na sua não ocorrência em situações em que seriam considerados indispensáveis. Outra alternativa é a auditoria de complicações da qual as comissões de óbitos são um exemplo, podendo ser ativada em outros tipos de situação, como deiscências de sutura cirúrgica ou outro tipo de ocorrência relativamente rara e muito grave. Esse tipo de atividade é tanto mais eficaz quando envolvido no processo de educação continuada do corpo funcional e mesmo da formação de pessoal de nível superior (Heath²⁸, 1987).

Âmbito da Avaliação

Ainda que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico por representar o último passo na cadeia ontológica da produção da qualidade em saúde, o que denominamos de prestação de serviços de saúde a pessoas ("direct care"), é essencialmente processo, e é nesse campo que irá trabalhar o administrador de saúde em seu cotidiano (Donabedian¹⁵, 1980). Ao cientista da saúde como ainda ao formulador de políticas no setor atraem muito mais os resultados. Um dos aspectos considerados na avaliação dos resultados da ação de saúde tem sido a satisfação da clientela. Com o fito de compreender a relação médico-paciente, há estudos que buscam comparar o grau de percepção do motivo de encaminhamento ao hospital observado entre os pacientes, médicos generalistas e médicos especialistas que recebem o doente, categorizando como razões de referência o diagnóstico, o tratamento, a confirmação deste, o prosseguimento da investigação clínica e outras (Grace²³, 1986).

Baseado em questionários aplicados a médicos, enfermeiras e pacientes de 76 hospitais da cidade de Nova York, Bausell⁴ (1985) observou considerável concordância entre o julgamento dos profissionais e dos doentes sendo que a metade dos estabelecimentos não mereceu o voto de confiança de 50% de nenhum dos três grupos. Demonstrou-se uma considerável preferência por hospitais de maior porte e de ensino. Esse trabalho vem destacar a importância do fator reputação na utilização de hospitais.

Os grupos de diagnósticos homogêneos

Outro tipo de resultado freqüentemente analisado é a morbidade e mortalidade hospitalar. A morbidade está incluída nos dados colhidos pelo sistema de "DRGs", criado originalmente com a finalidade de avaliar a utilização de leitos em função do tipo de doentes internados ("case mix"), visando a um ajuste de remuneração pelo "Medicare". Com o tempo, no entanto, foi ganhando prestígio e sendo utilizado também pelos grandes sistemas seguradores com a mesma finalidade. Os "DRGs" são definidos a partir da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e envolvem 23 grandes grupos diagnósticos mutuamente exclusivos e, dentro destes, 467 "DRGs". Na delimitação do grupo diagnóstico entram ainda o diagnóstico secundário e a ocorrência ou não de cirurgias ou outros procedimentos importantes, além da idade do doente e do tipo de alta (morto, transferido e outros). Esse sistema tem sido ainda utilizado para acompanhar o desempenho de profissionais individuais, num mesmo hospital, comparar serviços e hospitais entre si, avaliar a utilização de serviços e avaliar qualidade dos cuidados. Tal processo pode ser conduzido pelos comitês de qualidade dos hospitais ou por auditoria externas que podem concentrar sua análise nas exceções de cada grupo (desvios na permanência e utilização de recursos). Estudos comparativos entre países utilizando os "DRGs" têm trazido revelações interessantes, como o fato da permanência hospitalar nesses grupos homogêneos ser muito maior na Inglaterra e na Austrália do que nos EUA, por exemplo, sistemas sabidamente mais eficientes do que o americano, revelando assim que a ineficiência isolada dos hospitais pode ser compensada pela organização mais racional do setor e por uma utilização mais comedida de seus recursos (Palmer e col.⁴¹, 1986; Forster e col.²⁰, 1986).

O Caso Brasileiro

No Brasil tem sido recomendada a avaliação dos profissionais e dos hospitais com base nos indicadores mais facilmente obtíveis, a maioria de processo, mas alguns também de resultados. Além daqueles indicativos de produção e produtividade (cirurgias por sala, partos por leitos obstétricos e taxa de necrópsias), recomendam-se outros que podem afetivamente oferecer alguma idéia a respeito da qualidade dos serviços prestados, a exemplo da taxa de cesareanas, proporção de cirurgias suspensas e mesmo a existência de atividades como comissões de óbitos e de controle de infecções (Carvalho¹², 1973; Borba⁵, 1982). As escolas de

administração hospitalar do país sempre enfatizaram a importância do prontuário como repositório das informações mais acessíveis para o controle do desempenho e a avaliação de qualidade dos hospitais (Carvalho^{11,12}, 1973).

Tendências

Com referência à avaliação de resultados observam-se duas tendências principais. Uma delas é a de se evoluir dos indicadores de desempenho profissional para indicadores de desempenho institucional. A outra é a evolução a partir dos indicadores de mortalidade para aqueles relacionados à morbidade. Dentro da primeira tendência, há um estudo já com quinze anos de duração, em 65 hospitais do Estado de Maryland, nos EUA, conduzido pela Associação de Hospitais daquele Estado (Summer⁵², 1987). Esse estudo, motivado por pressões federais e de grupos consumidores, a respeito da qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais no Estado, envolve atualmente a apreciação de nove indicadores de desempenho hospitalar: infecções hospitalares, infecção da ferida cirúrgica, taxa de necrópsias, taxa de reações transfusionais, mortalidade neonatal, mortalidade perioperatória, erros de medicação, taxa de cesarianas e taxa de readmissões. Os dirigentes desse estudo admitem que a questão da avaliação do desempenho de hospitais ainda é uma questão em aberto, e as metodologias utilizadas tanto na literatura como nesse estudo não podem ser consideradas como definitivas. Há esforços mais abrangentes buscando medir o desempenho não de estabelecimentos isolados mas de microssistemas de saúde. Assim é que desde 1985 o "National Health Service" britânico implementa um sistema de avaliação computadorizado do tipo "sistema perito" ("expert system") com o fito de avaliar 14 regionais de saúde que, por sua vez, englobam 191 autoridades distritais de saúde. Esse sistema trabalha com 450 indicadores de desempenho, alguns relacionados às entradas do sistema a exemplo do número de enfermeiras comunitárias por mil pessoas idosas; alguns indicadores de processo, como taxa de cirurgias de prótese de quadril por mil pessoas idosas ou ainda indicadores de resultado como a mortalidade perinatal. A perspectiva desse tipo de sistema é a acumulação progressiva de uma base de dados que promete análises cada vez mais expressivas. Interessante que os autores, à frente do citado estudo, não o consideram formalmente como de auditoria, já que não há a preocupação do estabelecimento de padrões (Bowen⁶, 1987). A formação de uma vasta base de dados, que possa cada vez mais permitir estudos visando a esclarecer as

práticas vigentes e seus resultados e orientar a modificação das mesmas, tem sido também o propósito da "Health Care Financing Administration", do Ministério da Saúde dos EUA, entidade que financia os programas de assistência médica aos idosos ("Medicare") e aos carentes ("Medicaid"). Essa agência montou um vasto programa de financiamento de estudos de monitoração de serviços com a finalidade explícita de avaliar o que denomina de efetividade de tais serviços, que conceitua como uma soma da eficácia (a utilização correta de uma determinada prática) com a adequação (propriedade do uso de determinada prática em uma determinada situação de saúde) ("effectiveness = efficacy + appropriateness") (Roper e col.⁴⁵, 1988 e AMPRO¹, 1986).

Há ainda estudos que comparam o desempenho de hospitais públicos versus privados como é o caso do trabalho de Grosskopf e Valdmanis²⁵ (1987) realizado em 22 hospitais públicos e 60 privados não lucrativos, na Califórnia, utilizando como medidas de produção: pacientes-dia em leitos para casos agudos, idosos em terapia intensiva, número de cirurgias (em internados e em ambulatório) e número de consultas ambulatoriais e de emergência, parecendo indicar uma utilização mais moderada de recursos nos hospitais públicos. Os esforços do "National Health Service" britânico, para avaliar o desempenho de suas diferentes áreas de saúde, ensejaram uma série de trabalhos de caráter conceitual, alguns sugerindo técnicas mais abrangentes envolvendo desde o planejamento dos serviços (Talbot⁵³, 1986; Mills³⁶, 1987) à necessidade da análise de óbitos evitáveis (ex. asma e cetoacidose diabética em pessoas com menos de 35 anos — Sanderson⁴⁶, 1987), e mesmo indicadores notadamente administrativos a exemplo de proporção de utilização de horas extras do pessoal, proporção de ausências não planejadas (por doença ou de outro tipo), entre outros (Hammond²⁷, 1987). Outro aspecto a ser considerado é o relativo à avaliação do atendimento ambulatorial, mais complexo, devido ao maior volume de casos envolvidos e ao menor tempo dedicado a este tipo de paciente, além do caráter geralmente mais sumário dos registros (Bulman⁹, 1985).

Avaliação, Gravidade dos Casos e Riscos

O progresso que trouxe às análises de utilização de serviços e mesmo de resultados a já mencionada técnica dos "DRGs" foi consideravelmente incrementado com a utilização dos denominados indicadores de gravidade de doença ("severity of illness indexes"). As dificuldades de comparação, quer de permanência quer de resultados a exemplo

da mortalidade específica por diagnóstico, são consideravelmente amenizadas quando ao DRG se acrescenta um indicador de gravidade. Estudo realizado pela "Rand Corporation", em 93 hospitais com taxas específicas de mortalidade acima ou abaixo dos padrões esperados no caso de diagnósticos de acidente cerebrovascular, enfarte de miocárdio e pneumonia, verificou que, após aplicados diversos instrumentos de análise de gravidade dos casos ("Apache II", "Killip Class", "Glasgow Comma Score", "Body System Score"), todos utilizando tabelas preestabelecidas que atribuem pontos a diversos aspectos da funcionalidade física e mental do doente, as diferenças encontradas eram consideravelmente abrandadas (Dubois¹⁹, 1987). A utilização do DRGs especialmente se a intenção é avaliar resultados (mortalidade específica), fica assim cada vez mais condicionada ao uso de indicadores adicionais de gravidade (Kaple³¹, 1987; Hogan²⁹, 1986; Schroeder⁴⁹, 1987). Os indicadores correspondentes aos de gravidade para doentes em tratamento, quando se tratam de estudos populacionais, são aqueles denominados de "estado de saúde" ("health status indexes") e os indicadores de risco ("health risk appraisal") (Andersen e col.², 1987).

Os indicadores de risco têm sido utilizados com o fito de selecionar grupos que possam se beneficiar-se mais de ações promocionais e preventivas de saúde. Os problemas com esse tipo de instrumento são: a abrangência de tipos de problemas abordados, geralmente limitados à especificidade para determinado grupo humano, tais como de renda, nível educacional, e outros (Gustafson²⁶, 1987 e Schoenbach⁴⁸, 1987); problemas relativos ao baixo nível de respostas, quando aplicados pelo correio e ao seu alto custo quando efetivados por meio de entrevistas. Há outros tipos de indicadores voltados a grupos especiais de doentes, como as medidas de significado de vida ("Meaning of Life") para doentes terminais (Warner, Williams⁵⁶, 1987). Há ainda aqueles como os de Qualidade de Vida, de Estado Funcional e Reintegração à Vida Normal ("Quality of Life" e "Functional Status", "Reintegration to Normal Living"), recomendados para avaliação do resultado de intervenções de saúde como, por exemplo, de cirurgia eletivas, complementando os dados de mortalidade específica, de preferência aos indicadores de estado de saúde, estes mais adequados à avaliação de populações como um todo (Spitzer⁵¹, 1987; Goligher²², 1987; Wood-Dauphinee⁵⁸, 1987). O dilema desse tipo de instrumento, com grande experiência relatada na literatura, é, de um lado, sua especificidade a determinados tipos de problemas (O'Young e col.³⁹, 1987; Miettinen³⁵, 1987), e,

de outro, maior sensibilidade dos instrumentos não estruturados, que em contrapartida são de reprodutibilidade mais limitada (Greer²⁴, 1987). Nota-se o aparecimento na literatura de instrumentos para a avaliação de programas de controle de qualidade, dando idéia do elevado nível de interesse nesse campo (Kirkpatrick e col.³², 1986).

Avaliação e Custos

Aspecto de importância é a questão dos custos na avaliação em saúde. Em alguns setores com mais tradição na matéria, como no de laboratório clínico, já se chegou a definições muito racionalizadoras, como é o caso da de utilidade médica versus precisão analítica, o que leva a um rigor diferencial a depender do tipo de exames (por exemplo muito maior numa dosagem de sódio do que de glicose no soro), com grande economia na realização dos mesmos e no controle de qualidade (Woo⁵⁷, 1986). Por outro lado, o controle de qualidade, ao eliminar procedimentos desnecessários e potencialmente danosos ao doente, tem sido apontado como um moderador de custos. É o caso das economias geradas em função do uso mais moderado de sangue e derivados em hospitais americanos, desencadeado pelo sistema de controle de qualidade (Nightingale e col.³⁸, 1987) e da moderação no uso de recursos em geral (Minogue³⁷, 1983). Tais resultados lembram as economias que alguns hospitais obtiveram, em nosso meio, ao lado da melhoria dos resultados clínicos com o controle de infecções hospitalares.

A experiência de controle de qualidade de países com sistemas de saúde mais estruturados, como é o caso da Holanda, tem sido no sentido de seu enfoque em nível do estabelecimento, embora a responsabilidade pela qualidade seja considerada como sendo dos profissionais, e a avaliação do sistema realizada em toda sua extensão (Vander Horst e col.⁵⁴, 1987; Reerink⁴², 1987; Klazinga³³, 1987). No Brasil, como na América Latina, as propostas de avaliação de desempenho e de qualidade de serviços têm-se limitado aos indicadores tradicionais: taxa de ocupação, média de permanência, índice de renovação (Pabon-Lasso⁴⁰, 1986 e taxa de cesareanas, entre outros (Rocha⁴⁴, 1986).

O Futuro

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde exhibe quadro complexo ainda em fase de produção de conhecimento mais do que de con-

solidação desse conhecimento, exigindo dos hospitais grande flexibilidade na escolha do sistema de avaliação e dos indicadores que mais se adequem às suas realidades e às necessidades do sistema (Rhea⁴³, 1986). É unânime a opinião de que os estudos prospectivos do tipo caso/controle são os mais acurados, pairando sobre os mesmos, entretanto, a restrição relacionada ao seu custo. Buscando amenizar este aspecto aparecem na literatura três modelos de estudo que merecem um comentário: os estudos de estadiamento (geralmente sob a forma de protocolos diagnóstico-terapêuticos), os de trajetória e os de situações traçadoras (tracers). Este último consiste na identificação das atividades que se busca avaliar e na eleição dentro destas, de um procedimento ou condição que se estabelece como representativo daquela atividade. Os estudos do tipo trajetória ("trajectory") preocupam-se em acompanhar uma população de doentes, suscetíveis ou normais, através do sistema, e dessa forma entender como esse sistema aborda e conduz cada tipo de problema (Brook e Stevenson, apud Donabedian¹⁷, 1985). O conceito de estadiamento, no entanto, parece ser aquele que pode ter aplicações mais práticas e efetivas, especialmente no País. Consiste na caracterização para cada doença ou grupo de doenças, de estádios clínicos progressivamente mais graves, permitindo que, ao estudar os resultados da ação de um determinado sistema se possa ter um grau muito elevado de comparabilidade. Quando ao estadiamento se acrescenta a padronização terapêutica, tem-se o que se denomina especialmente no meio de oncologia, de um protocolo. Esses procedimentos diagnósticos e terapêuticos em geral são acordados entre mais de uma instituição especializada. No Brasil observa-se, como em alguns dos hospitais estudados pelo autor (Azevedo³, 1989), que mesmo hospitais oncológicos relativamente pouco sofisticados já trabalham com protocolos para uma série de localizações e tipos de câncer.

Observamos, destarte, que os intensos progressos no campo da avaliação de serviços de saúde em geral e do desempenho hospitalar em particular apresentam correlações que não somente são sequenciais com o estilo de prática de serviços, mas mostram um padrão iterativo de comportamento, ou seja, à medida que se implantam os procedimentos de avaliação, a prática já assume um estilo compatível com os mesmos, como é o caso da introdução maciça, em anos recentes, dos protocolos diagnóstico-terapêuticos na área do câncer. Este fato destaca a importância da detida consideração deste campo na prática diária do administrador de saúde.

AZEVEDO, A.C. de [Evaluation of the performance of health services]. *Rev. Saúde públ.* S. Paulo, 25: 64-71, 1991. Recent literature (up to 1988) on health service assessment in general and especially on hospital service assessment is reviewed, with special attention to its conceptual and methodological aspects. The history of this process is also examined, from the first attempts by the American College of Surgeons, through the Joint Commission for Hospital Accreditation activities up to more recent efforts. The Diagnosis Related Group methodology is commented especially, as well as its more recent complement, the severity of illness indicators. Progress made in this field is briefly examined as in the light of the Brazilian situation. The origins of the growing international concern with this field are enumerated: soaring costs of health services; the recent growth in the number of medical malpractice suits; and the sharp increase in the complexity of health services. The sources of information used in the process, such as immediate observation (case-control type studies), medical records, and summary instruments already in use for payment or financial control purposes, are commented on. Mention is made of the deep influences of the assessment process on practice as in the case of the standardization of practices and procedures, staging of the pathological processes, trajectory-type studies; the utilization of tracer situations, and, finally, the most influential on practice of all these assessment instruments: the diagnosis and treatment protocols, already in wide use in some medical fields such as cancer treatment even in developing countries.

Keywords: Outcome and process assessment (health care), trends. Hospital administration, trends. Health services, standards.

Referências Bibliográficas

1. AMERICAN MEDICAL PEER REVIEW ORGANIZATION (AMPRO). Peer review organizations: the future agenda. A report of the American Medical Peer Review Association's Task Force on Peer Review Organization Implementation. *Qual. Assur. Utiliz. Rev.*, (3):83-90, 1986.
2. ANDERSEN, R. et al. Health status and medical care utilization. *Hlth Aff. Millwood*, 6 (1): 136-56, 1987.
3. AZEVEDO, A.C. de Contribuição à metodologia de análise de hospitais complexos. São Paulo, 1989. [Tese de Livre Docência Faculdade de Saúde Pública da USP]
4. BAUSELL, R.B. Perceived quality of hospital care. *Eval. Hlth Profess.*, 8: 401-12, 1985.
5. BORBA, W.R. A importância da avaliação e controle na administração hospitalar. *Mundo da Saúde*, S. Paulo, 6(22): 79-85, 1982.
6. BOWEN, T. & PAYLING, L. Expert systems for performance review. *J. operat. Res. Soc.*, 38: 929-34, 1987.
7. BROOK, R.H. & LOHR, K. L. Monitoring quality of care in the medicare program. *J. Amer. med. Ass.*, 258:3138-41, 1987.
8. BROWN, R.E., & JOHNSON, R.L. *Hospitals visualized: a text for use with field trips in teaching hospital administration*. Chicago, American College of Hospital Administration, 1957.
9. BULLMAN, T. Ambulatory care: a practical way to quality assurance. *Nurs. Manag.*, 16 (12): 19-24, 1985.

10. CAPER, P. Defining quality in medical care. *Health Aff. Milwood*, 7 (1):49-61, 1988.
11. CARVALHO, L.F. Padrões mínimos de organização de hospitais. *Rev. paul. Hosp.*, 21:107-10, 1973.
12. CARVALHO, L.F. Avaliação do profissional e do hospital. *Rev. paul. Hosp.*, 21:512-16, 1973.
13. CASSIDY, J. Assessing the quality of health care services. *Hlth Progr.*, 68 (5):28,30-1, 1987.
14. DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank mem. Fd. Quart.*, 44: 166-206, 1966.
15. DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 1).
16. DONABEDIAN, A. *The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Mich. Health Administration Press, 1982. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 2).
17. DONABEDIAN, A. *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*. Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1985. (Series: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. 3).
18. DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. *Qual. Assur. Utiliz. Rev.*, 1(1): 6-12, 1986.
19. DUBOIS, R.W. et al. Hospital inpatient mortality is it a predictor of quality? *New Engl. J. Med.*, 317: 1674-80, 1987.
20. FORSTER, D.P. et al. Performance indicators in health service management, a clinical analogy. *Hosp. Hlth Serv. Rev.*, 82: 167-70, 1986.
21. GLASS, R.E. et al. Surgical audit in a district general hospital: a stimulus for improving patient care. *Ann. roy. Coll. Surg. Engl.*, 69: 135-9, 1987.
22. GOLIGHER, J.C. Judging the quality of life after surgical operations. *J. chron. Dis.*, 40: 631-3, 1987.
23. GRACE, J.F. et al. Reasons for referral to hospital: extent of agreement between the perceptions of patients, general practitioners and consultants. *Fam. Pract.*, 3: 143-7, 1986.
24. GREER, D.S. Quality of life measurement in the clinical realm. *J. chron. Dis.*, 40: 629-30, 1987.
25. GROSSKOPF, S. & VALDMANIS, V. Measuring hospital performance. *J. Hlth Econ.*, 61: 89-107, 1987.
26. GUSTAFSON, D.H. Health risk appraisal and its role in health services research. *Hlth Serv. Res.*, 22: 453-65, 1987.
27. HAMMOND, I. Brushing up on performance indicators. *Hlth Serv. J.*, 97:676, 1987.
28. HEATH, D.A. The appropriate use of diagnostic services: XIII - Medical audit in clinical practice and medical education. *Hlth Bull.*, Edinburg, 45 (2): 62-6, 1987.
29. HOGAN, A.J. Evaluating reliability. A cost-effectiveness approach. *Eval. Hlth Prof.*, 9: 361-75, 1986.
30. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS. *Accreditation manual for hospitals*. Chicago, 1970.
31. KAPLE, J.O. Using severity indices to assess quality of care. *Bus. and Hlth*, 4 (10):23-5, 28, 1987.
32. KIRKPATRICK, K. et al. Quality control site visit to clinics in the multiple risk factor intervention trial. *Control. clin. Trials*, 7:1265-365, 1986.
33. KLAZINGA, N.S. Hospital audit should be tailor-made: some experiences with hospital-wide quality assurance in three hospitals in the Netherlands. *Austr. clin. Rev.*, 7 (24): 40-2, 1987.
34. LOHR, K.N. et al. Current issues in quality of care. *Hlth Aff.*, 7 (1):5-18, 1988.
35. MIETTINEN, O.S. Quality of life from the epidemiologic perspective. *J. chron. Dis.*, 40: 641-3, 1987.
36. MILLS, I. Outcome measures: getting there. *Hlth Serv. J.*, 97: 822, 1987.
37. MINOGUE, W.F. Quality and cost: allies or adversaries? *Hosp. Physic.*, 22 (10): 11,15, 1983.
38. NIGHTINGALE, C.H. et al. Quality care and cost-effectiveness. An organized approach to problem solving. *Arch. Surg.*, 122: 451-6, 1987.
39. O'YOUNG, J. & Mc PEEK, B. Quality of life variables in surgical trials. *J. chron. Dis.*, 40: 513-22, 1987.
40. PABÓN LASSO, H. Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Bull. Pan Amer. Hlth Org.*, 20: 341-57, 1986.
41. PALMER, G.R. et al. Diagnosis-related groups, peer review and the evaluation of hospital activities. *Austr. clin. Rev.*, 6 (22): 120-6, 1986.
42. REERINK, E. Quality assurance in the care system in the Netherlands. *Austr. clin. Rev.*, 7 (24):11-5, 1987.
43. RHEA, J.T. Long-term improvement in cost and quality within hospitals. *Hosp. Hlth Adm.*, 31 (4): 64-73, 1986.
44. ROCHA, J.S.Y. et al. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Rev. paul. Med.*, 104: 167-71, 1986.
45. ROPER, W.L. et al. Effectiveness in health care - an initiative to evaluate and improve medical practice. *New Engl. J. Med.*, 319: 1197-202, 1988.
46. SANDERSON, H.F. Performance indicators. *Brit. J. Hosp. Med.*, 37: 245, 248, 250-1, 1987.
47. SCALLY, G. et al. Quality assurance: new wine in old bottles. *Publ. Hlth*, 102: 581-4, 1988.
48. SCHOENBACH, V.J. et al. Health risk appraisal: review of evidence for effectiveness. *Hlth Serv. Res.*, 22: 553-80, 1987.
49. SCHROEDER, S.A. Outcome assessment 70 years later. Are we ready? *New Engl. J. Med.*, 316: 160-2, 1987.
50. SOMMERS, A. R. How does comprehensive health care relate to the health care industry? *Arch. phys. Med.*, 50:556-62, 1969.
51. SPITZER, W.O. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J. chron. Dis.*, 40: 465-71, 1987.
52. SUMMER, S.J. Maryland's experiment with quality measures. *Bus. Hlth*, 5 (1):14-6, 1987.
53. TALBOT, P. New look at examining output. *Hlth Serv. J.*, 96:1231, 1986.
54. VANDER HORST, A. et al. Quality improvement of patient care: some preliminary results of a hospital-wide quality-assurance project in the University Hospital of Maastricht. *Austr. clin. Rev.*, 7 (24):21-5, 1987.
55. VAN DER ZEE, J. & GROENEWEGEN, P. P. General and specific factors in the explanation of regional variation of hospital admission rates: policy consequences for Belgium and the Netherlands. *Hlth Policy*, 8:77-93, 1987.
56. WARNER, S.C. & WILLIAMS, I. The meaning in life scale: determining the reliability and validity of a measure. *J. chron. Dis.*, 40: 503-12, 1987.
57. WOO, J. et al. Controlling the cost of quality control. *Clin. Lab. Med.*, 6: 755-85, 1986.
58. WOOD-DAUPHINEE, S. & WILLIAMS, I. Reintegration to normal living as a priority to quality of life. *J. chron. Dis.*, 40: 491-9, 1987.

Recebido para publicação em 11/7/1990
 Reapresentado em 28/9/1990
 Aprovado para publicação em 8/11/1990