

MANUAL DE POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

**Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias
destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde**



**World Health
Organization**

MANUAL DE POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

**Uma abordagem prática para formular políticas
e estratégias destinadas a melhorar a qualidade
dos cuidados de saúde**

Desenvolvido conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde
e os países que perseguem iniciativas nacionais para a qualidade



**World Health
Organization**

Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]

ISBN 978-92-4-000570-9 (versão electrónica)

ISBN 978-92-4-000571-6 (versão impressa)

© Organização Mundial da Saúde 2020

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Tradução por Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional África. Em caso de discrepância entre a versão em inglês e a versão portuguesa, o texto original em inglês será a versão vinculativa e autêntica.

ÍNDICE

Prefácio	5
Agradecimentos	6
Siglas e acrónimos	7
INTRODUÇÃO	9
O que são políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados?.....	10
Importância e integração das política e estratégias.....	11
Apresentação de argumentos para a qualidade	12
Definição do conceito de qualidade	13
Uma cultura da qualidade	14
A qualidade em todo o sistema de saúde.....	15
PENQ no contexto da cobertura universal de saúde e dos ODS.....	16
Manual para as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados	17
Iniciativa PENQ	18
PARTE I. FORMULAÇÃO DA POLÍTICA	20
Formulação de uma política nacional para a qualidade	22
1. Objectivos e prioridades nacionais de saúde	23
2. Definição local de qualidade.....	24
3. Mapeamento e envolvimento das partes interessadas	26
4. Análise da situação: o estado da qualidade.....	27
5. Estrutura organizacional e de governação para a qualidade	29
6. Métodos e intervenções para a melhoria	31
7. Sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados.....	32
8. Indicadores de qualidade e medidas essenciais	33
PARTE II. FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA	34
Formulação de uma estratégia nacional para a qualidade	36
1. Objectivos e prioridades nacionais de saúde	36
2. Definição local de qualidade.....	39
3. Mapeamento e envolvimento das partes interessadas	39
4. Análise da situação: o estado da qualidade.....	43
5. Estrutura organizacional e de governação para a qualidade	46
6. Métodos e intervenções para a melhoria	49
7. Sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados.....	57
8. Indicadores de qualidade e medidas essenciais	60
Elaboração de um plano operacional para a implementação	63
Visão geral e fundamentos	63
Quando e como deve ser elaborado o plano operacional?	63
Que elementos deverá incluir o plano operacional?	64
Integrar programas técnicos com a PENQ	64

PARTE III. INSTRUMENTOS E RECURSOS.....	67
Antecedentes.....	68
Procura, selecção e utilização dos instrumentos para apoio ao processo de PENQ.....	68
Compêndio de instrumentos e recursos	70
Glossário.....	72
Referências	77

Caixas

Caixa 1. Política e estratégia informada pela implementação.....	11
Caixa 2. Definição de cuidados de saúde de qualidade	13
Caixa 3. Cultura da qualidade: principais características.....	14
Caixa 4. Água, saneamento e higiene: uma base fundamental para a qualidade em todos os sistemas de saúde.....	16
Caixa 5. Objectivos e prioridades	23
Caixa 6. Segurança e qualidade na saúde: prioridades intimamente ligadas	24
Caixa 7. Lista ilustrativa das potenciais partes interessadas	27
Caixa 8. Qualidade dos cuidados de saúde: papéis e responsabilidades das partes interessadas seleccionadas.....	29
Caixa 9. Elementos básicos essenciais para a qualidade em todo o sistema	31
Caixa 10. Variações nas estratégias nacionais para a qualidade	38
Caixa 11. Estudo de caso: definição de qualidade no Sudão.....	39
Caixa 12. Envolvimento das comunidades e dos doentes: a experiência do Uganda	42
Caixa 13. Avaliação externa, licenciamento e certificação.....	50
Caixa 14. Aplicação da Trilogia de Juran para orientar a selecção das intervenções.....	51
Caixa 15. Exemplo de perguntas essenciais para avaliar as actuais fontes de dados.....	57
Caixa 16. Potenciais fontes de avaliação da qualidade disponíveis em muitos países	58
Caixa 17. Dez critérios para avaliar indicadores de qualidade para um conjunto essencial	62
Caixa 18. Potenciais fontes de instrumentos e recursos	69

Figuras

Figure 1. Transição de modelos lineares para a formulação de políticas e estratégias informadas pela implementação.....	12
Figura 2. Exemplo de organigrama dos esforços nacionais para a qualidade	47
Figura 3. Actividades ilustrativas em cinco modelos de hierarquia	55
Figura 4. Quadro de intervenções em cada nível da hierarquia: México.....	56
Figura 5. Instrumentos e recursos: fontes e relevância para o processo de PENQ.....	71

Tabelas

Tabela 1. Enquadramento das dimensões da qualidade	25
Tabela 2. Partes interessadas e tarefas relacionadas	41
Tabela 3. Exemplos de intervenções para a qualidade.....	53

PREFÁCIO

Os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável atribuem especial relevo à consecução da cobertura universal de saúde, que significa “garantir que todas as pessoas e comunidades possam usufruir dos serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, *com qualidade suficiente para serem eficazes*, garantindo, em simultâneo, que o uso desses serviços não colocará o utente em dificuldades financeiras”.

O Quadro da OMS sobre Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas apresenta uma visão para o futuro, em que “todas as pessoas terão acesso a serviços de saúde que sejam prestados de forma a dar resposta às suas preferências, estejam coordenados em função das suas necessidades e sejam seguros, eficazes, oportunos, eficientes e de qualidade aceitável”. As acções propostas no Quadro da OMS atribui *especial relevo aos incentivos políticos para melhorar a qualidade*.

A formulação, aperfeiçoamento e execução de uma política e estratégia nacionais para a qualidade dos cuidados é uma prioridade para os países que lutam para melhorar o desempenho dos seus sistemas de cuidados de saúde. Com a dinâmica crescente no caminho para a cobertura universal de saúde, existe a correspondente consciência de que a melhoria do acesso deve ser acompanhada por esforços orientados no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, com vista a alcançar os melhores resultados possíveis.

Os países estão a procurar aconselhamento para os esforços que estão a desenvolver para a formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade. Estão a adoptar diversas abordagens com vários pontos de acesso para melhorar a qualidade e muitos estão igualmente a considerar o nível subnacional como centro para a sua acção. Contudo, o objectivo permanece o mesmo: melhorar a qualidade dos cuidados de saúde como ponto de acesso central para o reforço dos sistemas de saúde e, consequentemente, conseguir uma melhor saúde para as populações.

Reconhecendo esta necessidade crítica, a iniciativa da OMS sobre as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados tem quatro objectivos: (a) aumentar a sensibilização, os conhecimentos e as competências no domínio das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, nos países de baixos e médios rendimentos; (b) apontar os principais processos para o planeamento, formulação e implementação das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados; (c) prestar apoio aos países nesse domínio; e (d) prosseguir o desenvolvimento conjunto e a documentação dos processos relacionados com a formulação e a implementação das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, no seio de um acordo de laboratório de aprendizagem.

O presente documento constitui uma base para essa iniciativa, inspirando-se numa série de trabalhos já existentes da OMS e noutras entidades. Constitui uma estrutura de apoio ao assunto em causa, sublinha algumas das principais questões a considerar e constitui um ponto de partida para as acções que sejam necessárias. Continuará a ser aperfeiçoado, através de um processo de desenvolvimento conjunto, envolvendo os países e os parceiros técnicos, o que também contribuirá para disponibilizar vários recursos complementares. Este manual é o produto de uma iniciativa mais vasta que procura dar resposta às necessidades que os países sentem de aconselhamento estratégico e prático sobre políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. A relação com políticas e planos de saúde mais amplos é fundamental para esta abordagem.

O público-alvo deste documento de apoio é diversificado. O público primário são os responsáveis pela liderança da formulação e implementação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. Dele beneficiará igualmente um conjunto mais vasto de partes interessadas que participam activamente no processo a nível nacional. Os parceiros dos níveis nacional, regional e mundial que estão envolvidos no apoio aos esforços de melhoria da qualidade também retirarão proveito do conteúdo apresentado.

Cada país deve seguir o seu próprio caminho para a cobertura universal de saúde, orientado por considerações múltiplas e complexas. Uma abordagem nacional para a qualidade cuidadosamente elaborada pode constituir um ponto de acesso crucial para os países que trabalham para atingir melhores resultados em saúde.

AGRADECIMENTOS

O *Manual da OMS sobre políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados* foi elaborado sob a direcção geral de Edward Kelley e Shams Syed, do Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, da Sede da OMS, em Genebra. A equipa de redacção principal foi constituída por Sheila Leatherman, Shams Syed, Ruben Frescas e Matthew Neilson.

Sheila Leatherman forneceu conteúdos substanciais para o manual, dadas as suas funções como conselheira principal para a iniciativa da OMS sobre políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. A investigação e publicações anteriores de Sheila Leatherman e co-autores contribuíram para todas as secções do manual.

O anterior trabalho da OMS relacionado com a política e estratégia para a qualidade e segurança dos doentes, tanto na Sede como nas Regiões da OMS, contribuiu muito significativamente para a elaboração do manual.

A preparação do manual baseou-se nos exemplos dos países em matéria de formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, muitos dos quais foram incluídos no texto. Gostaríamos de agradecer em particular a contribuição de vários países para o conjunto de conhecimentos apresentados no manual – Colômbia, Etiópia, Gana, Indonésia, Libéria, Malauí, México e Sudão.

Gostaríamos igualmente de agradecer o trabalho de alguns parceiros técnicos, incluindo a Sociedade Internacional para Qualidade dos Cuidados de Saúde (ISQua), o Instituto para a Melhoria dos Cuidados de Saúde (IHI), o Projecto da USAID para a Aplicação da Ciência no Reforço e Melhoria dos Sistemas (ASSIST), e HealthQual, que influenciou o terreno e contribuiu para este documento.

Agradecemos também a Bruce Agins e Josh Bardfield pela sua contribuição para a secção sobre integração de programas técnicos com as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados; a Lisa Hirschhorn e Sun Mean Kim pela sua contribuição para as secções sobre sistemas de gestão da informação sanitária, dados e medições; a Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia e Ruma Rajbhandari pelo seu trabalho sobre intervenções para a qualidade; e a Julie Storr, Lopa Basu, Nana Mensah Abrampah, Rhea Bright, Breda Cosgrove e Laura Simpson pela revisão do manual.

Outras ajudas valiosas, na forma de contributos, revisões de pares e sugestões, foram oferecidas por Kehinde Balogun, Stephen Balogun, Pierre Barker, Jeffrey Braithwaite, Lucky Chikaura, Susan Davis, Paulina Pacheco Estrello, Raghavendra Guru, Maki Kajiwaru, Pierre Claver Kariyo, Manuel Kassaye Sibhatu, Samuel Kidane, Jason Leitch, Garth Manning, Rashad Massoud, Mohamed A. Mohamed, Margaret Montgomery, Zainab Naimy, Edgar Necochea, Wendy Nicklin, Robbie Pearson, Charles Shaw, Sylvia Sax, Sodzi Sodzi-Tettey, David Weakliam e Albert Wu.

Uma primeira versão do manual foi revista numa reunião em Genebra, na Suíça, em Junho de 2017, com os seguintes participantes de países: Hind Babekir Hassan Abdallatif, Philip Kerkula Bemah, Daniel Gebremichael Burssa, Andrew Likaka, German Escobar Morales, Benjamin Nyakutsey, Sebastian Garcia Saisó e Eka Viora. Estiveram igualmente presentes os seguintes peritos dos países e das Regiões da OMS: Salma Burton, Nino Dal Dayanghirang, Jonas Gonseth-Garcia, Mondher Letaief e Juan Eduardo Tello. Participaram também na reunião os seguintes peritos da Sede da OMS: Benedetta Allegranzi, Giorgio Cometto, Neelam Dhingra-Kumar, Bruce Gordon, Ann-Lise Guisett, Heather Harmon, Lauren Hoisl, Dirk Horemans, Sun Mean Kim, Blerta Maliqi, Asiya Odugleh-Kolev, Archana Shah e Satvinder (Vindi) Singh.

A elaboração do documento teve o gentil apoio do Ministério da Saúde, Trabalho e Assistência Social do Japão, através de uma contribuição para a Organização Mundial da Saúde.

Finalmente, agradecemos ao escritório regional da OMS para a África, pela tradução deste documento para língua portuguesa e à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA) pela importante revisão técnica realizada.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

GLL	Laboratório Mundial de Aprendizagem para a Cobertura Universal de Saúde de qualidade
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PENQ	Políticas e Estratégias Nacionais para a Qualidade dos cuidados
SGIS	Sistema de Gestão da Informação de Saúde
WASH	Água, Saneamento e Higiene

Visão geral do manual

O que é este documento?

Um manual que apresenta os argumentos para a formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados de saúde, o processo necessário para o fazer e os instrumentos de apoio

A quem se destina?

Autoridades que formulam políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, partes interessadas envolvidas no processo e parceiros externos que apoiam os ministérios da saúde

Como é que deve ser usado?

Como abordagem estruturada para apoiar a formulação das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, com vista a complementar os conhecimentos nacionais existentes e o apoio externo

Cobertura universal de saúde significa que todas as pessoas e comunidades poderão usufruir dos serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com **qualidade** suficiente para serem eficazes, garantindo, em simultâneo, que os utentes desses serviços não ficarão expostos a dificuldades financeiras. Muitos países estão a desenvolver esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e institucionalizar uma cultura de qualidade em todo o seu sistema de saúde. Esses esforços podem ser intensificados através da formulação de **políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados (PENQ)**. Este manual apresenta uma visão geral de oito elementos-chave necessários para a elaboração desses documentos de política e estratégia e está estruturado em três secções principais: política, estratégia e instrumentos.

Política

A **política** baseia-se numa ambição partilhada, com declaração explícita de intenções, que se torna no “plano de acção” acordado. Esta secção descreve o modo de formular uma política nacional para a qualidade, quer como documento autónomo, quer como parte de uma política nacional de saúde mais abrangente.

Estratégia

A **estratégia** constitui um roteiro claro e salienta “como” a política poderá ser aproveitada. Muitos aspectos do processo de estratégia terão lugar, simultaneamente, com a formulação da política. Esta secção salienta um processo estruturado, de várias partes interessadas e fundamentado em informação/dados

Instrumentos

Existem vários outros instrumentos e recursos que podem apoiar o processo das PENQ. Esta secção descreve o modo de lhes aceder e seleccionar, apresentando um compêndio dos instrumentos disponíveis no Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS para uma CUS de qualidade.



Planeamento operacional

A implementação da estratégia pode ser indicada num plano operacional pormenorizado, que defina as principais tarefas, atribua responsabilidades, identifique as etapas e considere os aspectos práticos da implementação, tais como o financiamento.

Integração de programas técnicos

Nos países existem muitas vezes iniciativas de qualidade centradas em áreas técnicas específicas (tais como, o VIH, a água, saneamento e higiene) ou grupos populacionais (tais como, mães e crianças). Para integrar com êxito estes esforços, com trabalho abrangente sobre a qualidade a nível nacional, é preciso um planeamento cuidadoso.

INTRODUÇÃO

Visão geral da secção

- O que são políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados (PENQ)?
- Importância e integração das políticas e estratégias
- Apresentação de argumentos para a qualidade
- Definição do conceito de qualidade
- Uma cultura da qualidade
- Qualidade em todo o sistema de saúde
- PENQ no contexto da cobertura universal de saúde e dos ODS
- Como usar este recurso

Todos os países sentem-se motivados a tratar da questão da qualidade dos cuidados de saúde por várias razões, entre as quais, por: acreditarem que se trata de um bem público, no qual se devem empenhar; terem maior consciência das lacunas existentes em termos de cuidados seguros, eficazes e centrados nas pessoas; pretenderem atingir a cobertura universal de saúde e compreenderem que melhorar o acesso sem a devida atenção à qualidade não lhes permitirá alcançarem os resultados desejados na saúde das populações; estarem cientes da pressão dos custos, sentirem a necessidade de uma maior eficiência e de uma utilização otimizada das verbas em todo o sistema de saúde; reconhecerem, cada vez mais, que é necessário alinhar o desempenho da prestação dos cuidados de saúde a nível público e privado em mercados de saúde mistos e fragmentados; compreenderem melhor a importância fundamental de serviços confiáveis para estarem eficazmente preparados para os surtos de doenças ou outras situações de emergência complexas; e finalmente, por conhecerem as expectativas das pessoas, da imprensa e da sociedade civil, com uma crescente exigência do público relativamente à transparência e responsabilização.

Embora as razões dos esforços nacionais para a obtenção da qualidade possam variar, os países poderão encontrar problemas comuns à medida que formulam ou aperfeiçoam as suas políticas e estratégias relacionadas com a qualidade, sendo as tarefas básicas semelhantes.

Embora seja evidente que a capacidade dos países para oferecerem cuidados de qualidade é afectada pelos recursos disponíveis, os esforços nacionais para melhorar a qualidade dos cuidados não deve ser considerada apenas como uma preocupação dos países de altos rendimentos ou como um problema que apenas deva ser resolvido quando o acesso tiver sido alargado. Cada domínio da qualidade tem grande relevância para qualquer sistema de cuidados de saúde e, embora diferentes países possam ter os recursos necessários para abordar cada um deles a níveis diferentes, haverá quase sempre alguns pontos de partida com baixos recursos para a acção. Na verdade, enquanto o foco na qualidade promove serviços mais eficientes, eficazes e integrados que dão resposta às necessidades das populações, os esforços nacionais, para melhorar a qualidade dos cuidados, podem ajudar qualquer sistema de saúde a aumentar a eficiência na utilização das verbas.

O que são políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados?

Políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados (PENQ) são um esforço organizado de um país para planear e promover uma melhor qualidade dos cuidados de saúde. Poderão, muitas vezes, ser referidas num documento, como uma declaração oficial e explícita da abordagem e das acções necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em todo o sistema de saúde de um país, e terão de estar intimamente ligadas à política geral de saúde do país e ao processo de planeamento. A responsabilidade pela elaboração desses documentos, normalmente, pertence ao ministério da saúde, em estreita colaboração com diferentes decisores políticos e implementadores.

As experiências dos países com políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados evidenciaram os benefícios de um plano coerente que forneça orientações sobre a qualidade a todos os níveis do sistema. Contudo, as políticas relacionadas com a qualidade existem no contexto de acordos mais amplos da governação nacional. As PENQ podem ajudar a esclarecer as ligações às políticas, planos e prioridades nacionais no domínio da saúde e outros, salientar a

importância de processos centrados na qualidade para a concretização das prioridades da saúde, em geral, e definir linhas de responsabilização, para se trabalhar no sentido de ter serviços de saúde mais centrados nas pessoas.

Importância e integração das políticas e estratégias

Há muitos países que escolheram focar-se numa estratégia nacional de qualidade; no entanto, também é útil elaborar uma política nacional de qualidade que garanta a aceitação política, ajude a desenvolver a estratégia e a sua implementação e integre os esforços nacionais para a qualidade num ambiente político mais vasto. Embora possa haver uma sobreposição significativa entre o processo de elaboração e o conteúdo, a distinção entre os dois é clara: a *política* baseia-se numa ambição partilhada com declaração explícita de intenções e torna-se no “plano de acção” acordado. Pode apresentar argumentos em prol da acção e indicar as grandes prioridades a abordar. A *estratégia* apresenta um roteiro claro e indica “como” a política poderá ser aproveitada, podendo ser aperfeiçoada ao longo do período mais alargado de duração da política. A “estratégia de qualidade” é uma ponte que ajuda um sistema de saúde a acelerar a consecução dos objectivos e prioridades da saúde, usando princípios de gestão da qualidade que incorporam o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade. Embora este documento saliente um processo de formulação simultânea de políticas e estratégias, as necessidades de cada país podem orientar a atenção mais para a política ou mais para a estratégia. Apesar disso, é importante ter ambas em consideração, quando se toma uma decisão informada.

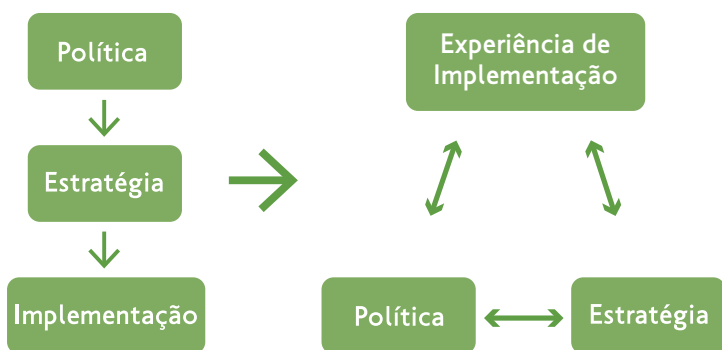
A política e a estratégia devem, evidentemente, ser consideradas de forma integrada: normalmente, só existirá um documento ou, em alguns casos, documentos complementares e interdependentes elaborados como parte de um esforço de todo o sistema para melhorar a qualidade dos cuidados. Na verdade, é inteiramente razoável ponderar igualmente se o mecanismo mais apropriado para a elaboração e a publicação da política e da estratégia nacionais da qualidade, ou ambas, são parte de um planeamento nacional de saúde integrado mais vasto. Existem vantagens e desvantagens em ambas as abordagens. Por exemplo, enquanto a integração dos esforços para a qualidade no seio da política e da estratégia nacional de saúde pode trazer benefícios, tais como maior receptividade a nível político, esforços de implementação integrados e oportunidades para se considerar a qualidade em todo o sistema, os documentos autónomos poderão permitir maior pormenor, perfil de qualidade mais visível e uso de tempos diferentes para o planeamento e a implementação. Qualquer que seja a abordagem usada, deve-se ter o cuidado de garantir que a formulação de PENQ estará alinhada com os planos nacionais de saúde mais amplos, quer pela integração plena dos processos de formulação e publicação, quer simplesmente alinhando os objectivos, prioridades, acções e documentos de referência cruzada.

A política e a estratégia devem dar particular atenção aos serviços que prestam cuidados de saúde e que são financiados ou disponibilizados pelo sector público, embora se deva pensar no modo como elas podem exercer impacto sobre todo o sistema de cuidados de saúde. Trabalhando em todo o ciclo de cuidados, a orientação nacional para a qualidade terá de incluir igualmente o sector privado, incluindo organizações religiosas, podendo atribuir-se papéis importantes a organizações trans-sectoriais, tais como associações de profissionais, governos locais e instituições académicas.

Caixa 1. Política e estratégia informada pela implementação

Tradicionalmente, política, estratégia e implementação são vistas como um processo linear. Contudo, a passagem para um processo triangular (ver Figura 1), em que a experiência da implementação orienta a formulação da política e da estratégia, poderá suscitar um sentimento de pertença entre os implementadores e assegurar que os produtos se baseiam nas realidades da prestação de serviços e na experiência dos doentes e das comunidades. Na prática, a formulação de políticas e estratégias informadas pela implementação requer um envolvimento sustentado e significativo com as partes interessadas de todo o sistema de saúde durante o processo, reconhecendo que é necessária uma dicotomia inerente entre as abordagens “descendentes” e “ascendentes”, com vista a melhorar a qualidade.

Figura 1. Mudança do modelo linear para o modelo da formulação de políticas e estratégias informadas pela implementação



Apresentação de argumentos para a qualidade

O processo de formulação e implementação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados pode, em si própria, constituir um mecanismo-chave para defender melhorias na qualidade dos cuidados, pois isso pode suscitar e assegurar a sua adopção pelas principais partes interessadas (nomeadamente, a nível do governo nacional), conferir à questão visibilidade pública e proeminência profissional e constituir uma oportunidade para demonstrar o valor dessas iniciativas ao sistema de saúde. Contudo, mesmo para chegar ao ponto de garantir o apoio adequado para iniciar as políticas e estratégias nacionais será preciso desenvolver esforços intensos. Num ambiente dominado pela contenção de recursos, com outras prioridades de saúde concorrentes, a defesa de uma maior atenção sobre determinada questão poderá ser um desafio importante. Os passos iniciais da preparação do terreno para um esforço nacional visando a qualidade dos cuidados poderão incluir:

- identificar e envolver os principais decisores e os influenciadores das políticas;
- demonstrar o potencial de impacto, por exemplo, através de evidência ou partilhando exemplos de casos de outros países;
- envolvimento de defensores externos, tais como, agências técnicas e instituições académicas;
- angariar apoios entre os profissionais de saúde e o público, por exemplo, através do envolvimento da imprensa, formação de capacidades em pequena escala para a melhoria da qualidade, promoção da partilha de aprendizagem e geração de evidência e mobilização da sociedade civil;
- garantir fundos de arranque para os esforços iniciais de melhoria da qualidade, por exemplo, de agências doadoras ou associações profissionais, para permitir a criação de uma dinâmica e encorajar o investimento interno;
- procurar oportunidades para influenciar o planeamento do sistema de saúde, em geral, a incorporar um foco na qualidade, por exemplo, durante a formulação de planos estratégicos nacionais de saúde ou a preparação de orçamentos nacionais para a saúde.

É igualmente importante reconhecer que a maioria dos países terá já iniciativas neste domínio que podem ser fonte de inspiração e que poderão ajudar a catalisar uma iniciativa mais ampla para as PENQ. Exemplos de pontos de acesso comuns incluem os programas técnicos já existentes, tais como o do VIH ou da saúde materna e infantil, programas de avaliação externa, tais como, a acreditação, e iniciativas para a melhoria da qualidade ao nível subnacional ou de unidade de saúde.

Definição do conceito de qualidade

Até à data, não existe uma definição de “qualidade” que seja universalmente aceite, embora haja um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos e dimensões da definição (1). No seio da comunidade mundial da saúde, tem sido especialmente usada a definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, que abaixo se apresenta. Esta definição estabelece o objectivo básico de influenciar positivamente os resultados em saúde, tanto a nível individual como da população, realçando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais. Segundo essa definição, qualidade é:

A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais (2).

Para além disso, o Instituto de Medicina estabelece seis dimensões gerais, ou finalidades, da qualidade, declarando que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos. Este conjunto de dimensões ou atributos também foi adoptado e adaptado em países fora dos Estados Unidos da América (2). Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu de modo semelhante os conceitos básicos da qualidade, ao declarar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Significativamente, esta definição introduz a dimensão de “acessíveis” como uma finalidade mais alargada do que apenas “oportunos” (1). Durante a última década, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) escolheu salientar três dimensões da qualidade – eficácia, segurança e atenção nos doentes – reunindo assim os domínios. Esta conceptualização mais concisa também influenciou o pensamento em alguns países (3). Mais recentemente, o Quadro da OMS sobre Serviços de Saúde integrados e centrados nas pessoas descreveu “cuidados de alta qualidade” como “cuidados que são seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados”. E, obviamente, o acesso aos serviços de saúde realça todos os esforços de qualidade, especialmente na era da cobertura universal de saúde e da tendência para a cobertura equitativa e protecção financeira das populações. Curiosamente, a segurança dos doentes é vista, desde há muito, como um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, podendo os cuidados seguros ser encarados como um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade.

A Caixa 2 resume uma selecção das principais componentes das definições de cuidados de saúde de qualidade.

Caixa 2. Definição de cuidados de saúde de qualidade

Cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, mas é cada vez mais reconhecido que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser:

- **Eficazes:** prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam.
- **Seguros:** evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam.
- **Centrados nas pessoas:** prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.

Para além disso, para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser:

- **Oportunos:** reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados.
- **Equitativos:** prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política.
- **Integrados:** prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida.
- **Eficientes:** maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

Embora exista presentemente uma significativa convergência em relação ao que são as dimensões essenciais da qualidade dentro do sector da saúde, cada país terá provavelmente o seu próprio entendimento local ou definição de qualidade. O processo de definir qualidade através do envolvimento das partes interessadas e da formação de consensos é fundamental para estabelecer uma intenção partilhada e um entendimento para a abordagem nacional à qualidade. É essencial reconhecer a importância de contextualizar a qualidade, pois isso ajudará a orientar as atenções e a criar uma política de qualidade e correspondente estratégia que respondam às necessidades locais.

A cultura da qualidade

Ao planear um esforço nacional para melhorar a qualidade dos cuidados, é útil considerar a importância de desenvolver e institucionalizar uma “cultura da qualidade” nas organizações e em todo o sistema de saúde, como meio para uma mudança sustentável e significativa. Não existe uma definição única do que é uma cultura da qualidade, mas esta tem sido descrita como “uma organização que cria um ambiente de trabalho aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas sejam partilhadas, onde o ensino e a investigação sejam valorizados e onde a culpabilização apenas excepcionalmente seja usada” (4). De modo geral, entende-se que isso significa que, a todos os níveis de um sistema de saúde, existe o reconhecimento inerente e explícito do valor dos esforços desenvolvidos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, sendo esses esforços sistematicamente promovidos dentro de um ambiente favorável que encoraje a participação, o diálogo, a abertura e a responsabilização. Algumas das características de um sistema de saúde com uma cultura de qualidade interiorizada são apresentadas na Caixa 3. Contudo, a cultura nas organizações e sistemas de saúde é criada e mantida por um conjunto complexo de factores, incluindo as normas culturais mais amplas prevalecentes, as expectativas comunitárias, a liderança do sistema de saúde, as estruturas e redes do sistema de saúde e o ambiente legal na área da saúde. Compreensivelmente, efectuar mudanças no seio dessas culturas poderá, por isso, ser um processo lento e desafiante, podendo ter a oposição de quem se sintam ameaçado por essas mudanças culturais. A liderança política e do sistema de saúde tem um papel-chave na definição e promoção de uma cultura da qualidade, adaptando o ambiente legal e dando o exemplo pela integração dos valores requeridos em todo o sistema. O envolvimento das partes interessadas e a análise da situação, como se descreve mais pormenorizadamente nas Partes I e II, podem ajudar a compreender a actual cultura dentro do sistema e a identificar quais as barreiras e os facilitadores da mudança de cultura. Na verdade, todo o processo de formular e implementar PENQ poderá ajudar a uma mudança cultural mais vasta em todo o sistema de saúde, apresentando uma definição explícita da cultura pretendida e um conjunto de acções que possam ajudar à sua institucionalização.

Caixa 3. Cultura da qualidade: principais características

- Liderança para a qualidade a todos os níveis
- Abertura e transparência
- Ênfase no trabalho de equipa
- Responsabilização a todos os níveis
- Ensino integrado no sistema
- Circuitos de *feedback* activos para as melhorias
- Profissionais adequados, envolvimento dos utentes dos serviços e das comunidades
- Capacitação dos indivíduos, embora reconhecendo a complexidade dos sistemas
- Alinhamento dos valores profissionais e organizacionais
- Promoção do orgulho em prestar cuidados
- Valorização dos cuidados compassivos
- Coerência dos esforços, desenvolvidos para a qualidade, com a organização e o planeamento dos serviços

Ao discutir a cultura para a qual se pretende o apoio das PENQ, talvez valha a pena considerar o equilíbrio desejado entre uma cultura “sem culpados” e uma cultura “justa” (5, 6). Uma cultura “sem culpados” reconhece que há erros que ocorrem inevitavelmente no seio dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, frequentemente devido a vários factores e falhas do sistema, e que uma resposta que apenas procure culpar os bem-intencionados não resolverá devidamente as deficiências do sistema. Para identificar e tentar, sistematicamente, corrigir os erros do sistema, uma cultura “justa” tentará promover um ambiente seguro para melhorar a qualidade, encorajando a identificação e correcção das falhas sistémicas, ao mesmo tempo que reconhece responsabilidades pessoais (7). A responsabilização pessoal pode ser encarada como um modo de desencorajar práticas descuidadas ou deficientes, mas poderá também encorajar os clínicos a adoptar uma prática defensiva ou a não reportar os erros. Estes conceitos, evidentemente, não se excluem mutuamente; pelo contrário, os decisores devem estar cientes do impacto que as diferenças de cultura podem exercer sobre a qualidade dos cuidados em todo o sistema de saúde.

Existem igualmente importantes considerações sobre a formulação de políticas e estratégias em torno da forma como a cultura das equipas responsáveis pela implementação, em todo o sistema de saúde, pode ter influência sobre o seu sucesso. Fazer reformas na prestação de cuidados de saúde que sejam inclusivas e equitativas e promovam uma cultura de aperfeiçoamento exige que as equipas clínicas e administrativas responsáveis pela implementação façam reflectir esses princípios na sua própria abordagem e valores.

Os sistemas de prestação de cuidados de saúde existem para servir as populações e, por isso, é fundamental que as pessoas sejam colocadas no centro dos esforços para institucionalizar uma cultura da qualidade. Essa cultura deve suscitar e possibilitar um envolvimento significativo das comunidades servidas pelo sistema e este deve estar preparado para acolher esse envolvimento. Por exemplo, envolver os doentes, as famílias e as comunidades no planeamento, gestão, prestação e avaliação dos serviços de saúde ajudará a garantir que as prioridades reflectem aquilo que interessa e introduz um novo nível de responsabilidade pelos cuidados de qualidade. Por conseguinte, o investimento nas estruturas e competências necessárias para o referido envolvimento podem ser um meio poderoso de criar e institucionalizar uma cultura de qualidade no seio de um sistema de saúde.

Qualidade em todo o sistema de saúde

Embora a qualidade dos cuidados seja, sobretudo, expressa ao nível da interacção entre o prestador e o receptor/doente/utente, ela ocorre no seio de um sistema de saúde muito mais amplo e complexo. Esse contexto deve ser tomado em consideração por aqueles que planeiam os esforços nacionais para melhorar a qualidade dos cuidados. Os pilares do sistema de saúde da OMS (8) são frequentemente usados pelos países para examinar o ponto de contacto entre os esforços nacionais para a qualidade e as diferentes partes do sistema de saúde no seu contexto específico. Isso poderá ajudar a garantir que algumas das estruturas e processos básicos, subjacentes à política e estratégia, estão instalados e explicam a sua influência na prestação de cuidados de qualidade.

Por exemplo, a *prestação de serviços* em muitos países pode, ainda, ser baseada nas tradicionais relações hierárquicas entre prestador e doente. Reorientar os cuidados em torno das necessidades, preferências e envolvimento das pessoas servidas pelos prestadores de cuidados pode representar um importante passo para institucionalizar a qualidade dos cuidados. Uma frequente rotação da *força de trabalho da saúde* pode constituir um desafio à manutenção das estruturas e conhecimentos institucionais da qualidade e pode, em si mesma, resultar em ambientes de trabalho que não são favoráveis à prestação de cuidados de saúde de qualidade. O cumprimento de normas de qualidade baseadas em evidência requer o *acesso confiável a medicamentos e produtos essenciais*; os esforços para melhorar a qualidade da prestação de serviços exigem, por isso, o exame das cadeias de abastecimento e da qualidade dos medicamentos. Aplicar a perspectiva da qualidade às *reformas do financiamento da saúde* poderá ajudar a que a expansão do acesso aos serviços não comprometa outros domínios da qualidade, tais como a equidade e a eficiência.

da prestação de serviços. A *liderança e a governação* são cruciais para o êxito das PENQ. Para evitar que esses esforços se tornem numa iniciativa vertical e autónoma, é necessário um forte apoio à qualidade por parte das lideranças existentes no sistema de saúde, a todos os níveis, o que pode ser facilitado construindo capacidades para a melhoria da qualidade entre os próprios líderes. O alinhamento entre políticas e estratégias para a qualidade e a governação da saúde em geral é, como já se afirmou, de primordial importância.

Caixa 4. Água, saneamento e higiene: um alicerce fundamental para a qualidade em todo o sistema de saúde

Pontos de acesso múltiplos e transversais requerem especial atenção quando se estabelece a ligação entre qualidade e sistemas de saúde. Por exemplo, água, saneamento e higiene (WASH) nas unidades de cuidados de saúde são um aspecto fundamental de sistemas de saúde fortes e resilientes. Isso é especialmente verdade nos países de baixos e médios rendimentos onde o WASH tem falhas ou não existe mesmo. Como componente-chave de serviços seguros e de qualidade, o WASH melhora não apenas os resultados e a experiência na área da saúde, mas eleva também a moral do pessoal e a eficiência dos serviços. Melhorar os serviços WASH pode rapidamente resolver a questão das desigualdades, uma vez que esses serviços muitas vezes não existem nas unidades que servem as comunidades mais vulneráveis. Por exemplo, na Libéria, o WASH nas unidades de cuidados de saúde é uma componente-chave do reforço dos sistemas de saúde nacionais pós-Ébola e dos esforços para a qualidade, envolvendo mentoria, supervisão de apoio e monitorização, ao mesmo tempo que se procedem a melhoramentos nas infra-estruturas. Isto está muito ligado às componentes essenciais da prevenção e controlo das infecções, que também estão a ser implementadas na Libéria. Tanto o WASH como a prevenção e controlo das infecções terão de garantir a segurança do doente e do profissional de saúde. Mas se a sua disponibilidade for insuficiente é provável que a confiança das comunidades nos serviços fique prejudicada. Dado o papel fundamental destas capacidades essenciais dos serviços de saúde para a prestação de cuidados de qualidade, a sua avaliação e abordagem no contexto das orientações nacionais para a qualidade constituem um passo muito importante.

PENQ no contexto da cobertura universal de saúde e dos ODS

A adopção dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (9) e o foco na cobertura universal de saúde (10, 11) constitui um ponto de acesso importante para a activação das PENQ nos países de baixos e médios rendimentos. O ODS 3 – “garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades” – será o motor das acções aos níveis local e mundial (9). Dentro deste objectivo, a meta 3.8 salienta a importância de serviços de prestação de cuidados de saúde essenciais e de qualidade. A forma de o conseguir não é, evidentemente, fácil, exigindo muitas considerações e contributos. Contudo, um importante factor de sucesso é uma estrutura de governação para a qualidade com políticas e estratégias claramente articuladas.

Os progressos para a cobertura universal de saúde podem ser impulsionados pela implementação de serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, que possam responder eficazmente aos novos e variados desafios que vão surgindo no século XXI. Um quadro da OMS sobre esta matéria foi aprovado por todos os Estados-Membros na Assembleia Mundial da Saúde em 2016 (12, 13). Uma das cinco orientações estratégicas incide especificamente sobre a necessidade de reforçar a governação e a responsabilização (12, 13). Como parte dessa orientação estratégica, é preciso que exista um forte ênfase na formulação de políticas e estratégias que melhorem a qualidade da prestação de serviços nos pontos de cuidados. Isso exige que seja estudada a forma como as orientações e as estruturas nacionais podem ajudar a apoiar os serviços, a nível subnacional e local, a que as populações recorrem para satisfazer as suas necessidades de saúde.

No contexto da consecução dos ODS, o movimento mundial para a cobertura universal de saúde está a dar frutos em muitos países, considerando não apenas as suas estruturas financeiras e

Cobertura universal de saúde:

Garantir que todas as pessoas e comunidades possam usar os serviços de saúde promotores, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo igualmente que a utilização desses serviços não coloca o utente em dificuldades financeiras (10)

de pagamento aos prestadores de serviços, mas também as suas estruturas de qualidade como meio de melhorar os resultados em saúde, reduzindo também o desperdício e a redundância e promovendo, desse modo, uma utilização mais eficiente de serviços para o cumprimento das prioridades do sector da saúde (14). De facto, entre todos os países, mas particularmente entre os que se debatem com consideráveis limitações de recursos, existe a necessidade urgente de criar processos e estruturas para a qualidade que possam utilizar da melhor forma os recursos disponíveis e procurar continuamente avaliar e melhorar as práticas e os serviços prestados.

META 3.8

Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo protecção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de cuidados de saúde de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas seguros, eficazes, de qualidade e comportáveis para todos (9).



Manual de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados

O presente documento pretende dar apoio à formulação de PENQ. Em particular, apoia os esforços dos países na elaboração, implementação, aperfeiçoamento e sustentação da sua abordagem estratégica à prestação de serviços de saúde de qualidade. Este manual não é um trabalho exaustivo sobre todas as acções necessárias para implementar uma iniciativa nacional para a qualidade, mas descreve os passos elementares para formular PENQ como ponto de partida. A OMS e outras organizações disponibilizam recursos adicionais sobre a qualidade dos cuidados.

Quem deve usar este recurso?

Este manual destina-se a ajudar os governos e os decisores políticos (a nível nacional, regional/estadual e provincial) que estejam a pensar se devem e como devem formular um plano de PENQ ou, para as situações em que tal plano esteja a ser desenvolvido. Poderá igualmente ser útil para conselheiros técnicos, financiadores e outras partes interessadas, que apoiem os governos, em áreas relacionadas com as PENQ.

Manual de PENQ: secções coloridas

Parte I. Formulação da política

Parte II. Formulação da estratégia

Parte III. Instrumentos e recursos

Embora grande parte deste manual tenha sido elaborado para apoiar a formulação de PENQ nos países de baixos e médios rendimentos, que possam estar a enfrentar sérios desafios para melhorar a qualidade dos cuidados, os processos indicados são relevantes para qualquer autoridade nacional ou subnacional que esteja a preparar ou rever os seus esforços nacionais para a qualidade dos cuidados.

Como usar este recurso

Este manual e o compêndio de instrumentos que o acompanha apresentam orientações, tanto para o processo de formulação como sobre o conteúdo das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, facilitando a elaboração ou o aperfeiçoamento dessas políticas e estratégias pelos decisores políticos e os praticantes que melhor conhecem as complexidades específicas dos seus países. Os utilizadores devem encarar este documento como um recurso para ajudar a informar e estruturar políticas e estratégias de qualidade que respondam às necessidades específicas dos países, ao mesmo tempo que se inspira nas orientações da literatura já existente, nas lições aprendidas no terreno e nas opiniões dos peritos. O manual não é um guia de receitas, mas antes uma abordagem estruturada que ajuda a garantir que a formulação e a implementação sejam tão abrangentes quanto possível. Para ajudar os utilizadores a identificar e a aceder à informação de que possam necessitar, o manual está dividido em três partes identificadas por cores, como a seguir se indica.

- Parte I: incide sobre a formulação de uma política da qualidade.
- Parte II: incide sobre os processos relacionados com a formulação da estratégia.
- Parte III: descreve o modo de aceder e usar instrumentos suplementares em apoio ao processo de formulação das PENQ.

Existe uma significativa sobreposição entre os processos descritos nas partes I e II do manual. Isso deve-se ao facto de nem todos os utilizadores do manual estarem a formular políticas e estratégias. Recomenda-se que essas secções sejam lidas em conjunto, para se poder formular um processo apropriado que seja específico para as necessidades do utilizador.

Acompanhando o manual, há um documento suplementar intitulado *Compêndio de instrumentos para as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados*, que apresenta alguns instrumentos desenvolvidos para ajudar no processo de PENQ.

Como foi elaborado este recurso?

O conteúdo deste manual foi elaborado com base no trabalho de apoio aos países na formulação e execução das PENQ, assim como na revisão de uma amostra de mais de 20 estratégias da qualidade existentes em países de baixo, médio e alto rendimento em todo o mundo. À medida que este campo continua a evoluir e a crescer, haverá a necessidade de continuar a aperfeiçoar este documento e a aproveitar a troca de conhecimentos e melhores práticas entre os países. O trabalho continuará a basear-se em parcerias com países individuais, as regiões da OMS e parceiros especialistas.

Iniciativa PENQ

O presente manual e o compêndio de instrumentos são parte de um esforço mais vasto liderado pela OMS para apoiar a formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. Reconhecendo que os países se encontram em diferentes estádios do processo de formulação e implementação das iniciativas nacionais para melhorar a qualidade dos cuidados, a iniciativa PENQ incide sobre três actividades principais, conforme se indica nos parágrafos que se seguem.

1. Desenvolvimento conjunto dos recursos técnicos

Esta actividade abrange o manual, o compêndio e os instrumentos e recursos a eles associados, para apoiar a formulação das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. O trabalho conjunto ocupa um lugar central, reconhecendo a significativa experiência e os conhecimentos técnicos injectados no desenvolvimento de recursos pelas autoridades dos países que planearam, formularam e implementaram políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados. Pretende-se que a necessidade de mais recursos continue a ser avaliada e que os instrumentos e recursos actualmente existentes continuem a ser continuamente aperfeiçoados, com base na experiência e necessidades das autoridades dos países que os usam.

2. Catalisar a acção nacional através da cooperação técnica

Para complementar a informação fornecida nos recursos escritos, a OMS está a coordenar um apoio técnico orientado aos países que se encontram em diferentes fases da formulação de políticas e estratégias. Esse apoio destina-se a criar capacidade nacional para a eficácia da formulação, implementação e monitorização das políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados, assim como permitir que o futuro desenvolvimento de recursos receba contributos do envolvimento dos países.

3. Agenda de aprendizagem

Há um grande número de organizações académicas e técnicas de todo o mundo que participam no apoio às iniciativas nacionais para a qualidade. A iniciativa PENQ pretende articular-se com esses esforços para garantir a máxima eficácia e promover a aprendizagem partilhada. A PENQ é um alvo importante de uma iniciativa da OMS com ela relacionada, o Laboratório Mundial de Aprendizagem (LMA) da Cobertura Universal de Saúde de Qualidade. O LMA combina as experiências, os conhecimentos técnicos, a paixão e a sabedoria das pessoas de todo o mundo, representando múltiplas disciplinas, sobre questões importantes relacionadas com a qualidade no contexto da cobertura universal de saúde. Esse foco acelerou a aprendizagem mundial informada pela acção local como reconhecimento da importância de estabelecer ligação entre as pessoas, para facilitar a partilha dinâmica e multidireccional de conhecimentos e práticas. Foi criada uma comunidade centrada na PENQ, no seio do LMA, para ligar as experiências, facilitar a disseminação de conhecimentos entre os países e disponibilizar instrumentos e recursos de apoio à PENQ. Uma visão geral do LMA está disponível em <http://www.who.int/serviceeliverysafety/areas/qhc/gll/en/>.

PARTE I.

FORMULAÇÃO DA POLÍTICA

Visão geral da secção: Parte I. Formulação da política**Formulação de uma política nacional para a qualidade:**

- Objectivos e prioridades nacionais de saúde
- Definição local de qualidade
- Mapeamento e envolvimento das partes interessadas
- Análise da situação: estado da qualidade
- Estrutura organizacional e governação para a qualidade
- Métodos e intervenções para a melhoria
- Sistemas de gestão da informação em saúde e sistemas de dados
- Indicadores da qualidade e medidas essenciais

Esta secção incide sobre aspectos importantes do processo de formulação da política para a qualidade dos cuidados de saúde, com indicação dos passos que devem ser seguidos na formulação de uma política nacional de qualidade. Os factores que influenciam cada país no seu processo de formulação da política e no conteúdo são muito variáveis; por isso, esta secção trata apenas dos aspectos comuns. As secções posteriores tratarão do modo como a política deve ser implementada através de uma estratégia definida e de um plano operacional.

Cada país (ou autoridade subnacional) deve decidir de que modo irá formular, redigir e ratificar a política nacional para a qualidade, de acordo com as respectivas estruturas governamentais e tendo em consideração o seu contexto específico e as necessidades das suas populações.

Em alguns países, será necessária legislação facilitadora, por exemplo, criar novos órgãos governamentais ou para-estatais ou criar novas formas de acção obrigatória (por exemplo, registo e licenciamento dos profissionais de saúde) ou definir novas formas de regulação (licenciamento ou acreditação dos prestadores). Isso pode implicar a necessidade de um documento explícito de política nacional para a qualidade.

Noutras situações, a implementação de uma política ou estratégia nacional para a qualidade pode fazer parte de um plano sectorial quinquenal de rotina ou de um documento interno de política do ministério da saúde. Neste caso, seria importante envolver desde cedo o departamento e as pessoas responsáveis por esse planeamento nacional mais abrangente, para conceber um processo que incorpore os aspectos necessários para a política de qualidade.

Existem várias abordagens possíveis, mas as formas mais comuns seriam apenas uma ou a combinação das seguintes abordagens:

- política e estratégia para a qualidade como parte das políticas e planos nacionais, oficiais, de longo prazo para o sector da saúde;
- um documento sobre a política para a qualidade elaborado como documento nacional autónomo, normalmente no âmbito de um processo de várias partes interessadas e muitas vezes conduzido ou apoiado pelo ministério da saúde;
- uma estratégia nacional para a qualidade com uma agenda de acção pormenorizada, incluindo uma secção sobre questões essenciais da política;
- uma declaração nacional para a qualidade baseada nas políticas existentes que sejam relevantes e em documentos nacionais sobre saúde;
- uma constituição ou termos de referência para o departamento responsável do ministério da saúde ou para o órgão nacional para a qualidade, salientando a orientação acordada para a política;
- legislação facilitadora ou estatuto regulador de apoio aos esforços nacionais para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Cada uma das opções acima mencionadas, para uma política nacional da qualidade, requer processos de desenvolvimento semelhantes para assegurar que essa política dê respostas às necessidades locais, que seja exequível e bem governada.

Para fazer avançar a formulação da política, é importante definir e compreender as estruturas organizacionais do processo. Como já foi referido, a responsabilidade máxima por essas políticas é do ministério da saúde, mas pode ser atribuída a um órgão directivo designado em cada país. O ministério da saúde pode, no entanto, delegar ou criar um grupo de acção ou uma comissão para elaborar a política, com a contribuição e a revisão das partes relevantes interessadas. Será, provavelmente, necessário consultar peritos que ajudem nos aspectos técnicos da formulação da política numa série de questões. As consultas e o controlo da formulação da política através da ajuda de peritos, que analisem criticamente o documento, será importante não só para informar a sua elaboração, mas também para antecipar e ajudar a corrigir as suas fraquezas e limitações. Trata-se de um processo importante na formulação da política, recomendando-se que seja submetido a várias revisões, antes da redacção da versão final.

Estas políticas irão lidar com várias áreas e disciplinas relacionadas com a saúde, cada uma das quais poderá já ter políticas, legislação ou documentos técnicos próprios (tais como, normas) que abordem determinados factores no domínio da política da qualidade. Examinar a fundo e integrar as políticas, normas e leis existentes, sempre que possível, poderá ajudar no processo de redacção e poderá mesmo reforçar outros programas através deste processo. As políticas existentes e relevantes podem ser variadas, incluindo, por exemplo, normas de programas ou regulamentos técnicos específicos (saúde materna e infantil, VIH, tuberculose, etc.) para as unidades de cuidados de saúde e requisitos para o licenciamento de profissionais. No final da Parte II deste documento, apresentam-se outras indicações sobre o modo de integrar os programas técnicos. Assim, elaborar em conjunto uma política nacional permite às autoridades nacionais de saúde identificar e maximizar sinergias de qualidade em sistemas com capacidades limitadas. Por outro lado, o processo de formulação de políticas pode ser reforçado, prestando forte atenção à implementação, através do envolvimento daqueles que estiverem directamente implicados na prestação de serviços de saúde numa grande variedade de áreas técnicas, incluindo aquelas que lidam com determinadas doenças ou grupos populacionais.

Após a política ter sido revista por peritos internos e externos em várias ocasiões, deverá ser submetida ao processo formal de ratificação ou aprovação habitual no respectivo país, para poder tornar-se uma política oficial. Podem ser dados passos, proactivamente, no sentido de garantir o apoio político necessário para permitir a ratificação da versão final da política. Esta política, e as estruturas responsáveis nela definidas, passará a ter autoridade para atingir as metas pretendidas e orientar o desenvolvimento da estratégia. Contudo, como já referido, a formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados decorre muitas vezes em simultâneo num processo integrado. A Parte II discutirá as tarefas funcionais a considerar na formulação de uma estratégia para aplicar a política.

FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL PARA A QUALIDADE

Os oito elementos seguintes podem ser considerados importantes na formulação de uma política nacional para a qualidade. Esses elementos serão igualmente reflectidos na versão final do próprio documento da política. Este material baseia-se no contributo de peritos, experiência no terreno e na análise preliminar conduzida para a fundação do projecto de PENQ, incluindo entrevistas e análise de uma amostra de documentos de políticas e estratégias nacionais, para identificar as áreas e tópicos de conteúdos comuns. A atenção a esses oito elementos da política nacional para a qualidade serve igualmente como base para a elaboração de uma estratégia nacional para a qualidade, descrita em pormenor na Parte II, sobre elaboração de estratégias.

1. Objectivos e prioridades nacionais na área da saúde

A maioria dos países tem objectivos e prioridades nacionais na área da saúde (ver Caixa 5), que ajudam a orientar os recursos no sentido de satisfazer as necessidades mais prementes das populações. Quando existem esses objectivos e prioridades, a política nacional para a qualidade deverá ser alinhada com a agenda da qualidade. É preciso também estar ciente de que a definição de objectivos e prioridades para a política da qualidade – por exemplo, a atenção tradicional à saúde materna e infantil – não significa que outras áreas não explicitamente incluídas não sejam importantes mas, tão só, que as áreas seleccionadas são as mais prementes no contexto nacional. Convém que exista um processo claro e contínuo para abordar outras áreas e objectivos prioritários, quando necessário, para satisfazer as necessidades em constante mutação das populações.

Caixa 5. Objectivos e prioridades

Há uma diferença entre objectivos e prioridades, embora por vezes os termos sejam usados indiferentemente.

Objectivos são, normalmente, aspirações ou metas mais gerais que determinam o rumo das futuras actividades. Devem ser claros e satisfazer uma determinada necessidade, devendo igualmente ter um prazo para cumprimento, com um meio de avaliar os progressos e as realizações. No caso de objectivos internacionais, tais como os ODS e os anteriores Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), os países poderão ratificá-los, mas sem esquecer o contexto e a ambição específica do país. Embora não haja limites ao número de objectivos ou finalidades que devem ser incluídos no documento, a maioria dos países geralmente inclui um máximo de cinco objectivos para um determinado período de tempo.

As prioridades ajudam a orientar a atenção mais especificamente para algumas áreas críticas. Essas áreas são, normalmente, identificadas através dos dados nacionais sobre a saúde (por exemplo, sobre o fardo das doenças), eventos sentinela ou investigação nacional, e podem ser prioridades de longo prazo ou emergentes (por exemplo, baseadas na população prevista ou em mutação, ameaças à saúde ou ambiente político e económico). As prioridades nacionais de saúde podem ser definidas, em termos gerais, de modo a incluir condições clínicas prioritárias (por exemplo, tuberculose multirresistente, doenças cardiovasculares), populações (por exemplo, mulheres e crianças, moradores em bairros degradados ou populações migrantes) ou regiões geográficas específicas (por exemplo, zonas rurais ou regiões fronteiriças).

Normalmente, estes objectivos e prioridades são definidos pelo ministério da saúde, através das contribuições de vários peritos técnicos e outras partes interessadas de todo o sector da saúde.

Ao reflectir sobre que objectivos e prioridades definir, é importante considerar as necessidades das pessoas e, ao mesmo tempo, qual a capacidade do sistema de saúde para desempenhar as suas funções. Para isso, é necessário que exista um cuidadoso equilíbrio das necessidades face aos recursos, o que se torna num tópico para debate, quando se tenta melhorar a qualidade em simultâneo com o esforço para expandir o acesso aos cuidados. Se os objectivos e as prioridades forem demasiado exigentes, sem ter em atenção os recursos necessários para satisfazer essas exigências, a política está destinada ao fracasso. Inversamente, se as finalidades e as prioridades não forem suficientemente ambiciosas para satisfazer as necessidades das pessoas, o benefício dessa política poderá não ser evidente, podendo desiludir as partes interessadas ou mesmo perder a sua confiança. Por conseguinte, torna-se importante usar uma abordagem equilibrada em relação às prioridades e aos objectivos que tanto satisfaçam as necessidades específicas das populações como reconheçam, realisticamente, a capacidade do sistema para funcionar. É, contudo, essencial concentrar-se no longo prazo ao formular a política; no momento, poderá não existir capacidade suficiente, mas será possível colmatar as lacunas através de uma

formulação de políticas eficazes e de esforços estruturados para procurar outros recursos e apoio técnico para as prioridades. O compêndio, no seu conjunto, contém um instrumento para inspirar a reflexão sobre os objectivos e as prioridades que podem ajudar a estruturar a política.

Caixa 6. Segurança e qualidade da saúde: prioridades intimamente ligadas

As grandes crises de saúde pública, nomeadamente os surtos de doenças altamente infecciosas, como o vírus Ébola, são cada vez mais uma prioridade nacional de saúde em muitos países de baixo e médio rendimento. Embora a resposta de emergência possa dar prioridade ao acesso aos serviços em detrimento da qualidade, se esses serviços não tiverem a confiança e não forem utilizados pelas comunidades, não estiverem equipados para tratar dos casos com segurança e eficácia, não conferirem uma protecção adequada aos seus profissionais e não conseguirem manter os cuidados de rotina durante os picos de procura, então os recursos serão usados de forma ineficiente, o que colocará em risco a resposta às emergências. Alinhar os esforços para a qualidade com as prioridades existentes, tais como a segurança clínica, pode ajudar a garantir capital político e recursos financeiros, impulsionando ambas as agendas.

Resumo: objectivos e prioridades nacionais de saúde

Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
- Identificar os objectivos e as prioridades do sector nacional de saúde - Formular e alinhar os objectivos e as prioridades para uma política de qualidade, incluindo a revisão dos dados existentes, se for esse o caso	- Esboço dos objectivos e prioridades identificados - Referência explícita aos planos nacionais existentes de política e estratégias na área da saúde

2. Definição local de qualidade

Na literatura mundial, podem encontrar-se numerosas definições de qualidade. Ao formular uma política nacional da qualidade, é fundamental explicitar a definição de qualidade que estará subjacente à abordagem nacional, para assegurar um entendimento comum e uma linguagem que seja aceitável ao contexto local do país. Para além disso, o exercício de formular uma definição local de qualidade é, em si mesmo, útil para o processo de formulação da política, uma vez que poderá iniciar um diálogo sobre o alcance e a importância da qualidade, salientar o que é importante para as partes interessadas e como as intervenções podem ser orientadas para a satisfação das prioridades locais, levando os decisores políticos a aprenderem mais sobre o real significado de qualidade e as suas implicações.

Como já foi referido, existem muitas definições de qualidade que são amplamente usadas. Contudo, essas definições poderão ter uma interpretação suficientemente ampla para definir qual a percepção de qualidade numa perspectiva nacional, subnacional e de unidade de saúde. A Tabela 1 apresenta uma abordagem estruturada para ajudar a encontrar uma definição que satisfaça as necessidades contextuais e esteja alinhada com os objectivos e as prioridades nacionais.

Tabela 1. Enquadrar as dimensões da qualidade**Questões que ajudam a enquadrar as dimensões da qualidade nas necessidades locais, no contexto dos objectivos e prioridades nacionais**

Eficazes	Os cuidados são apropriados às necessidades das populações no domínio da saúde e são consistentes com os conhecimentos e a evidência para alcançar os melhores resultados possíveis?
Seguros	A prestação de serviços de saúde utiliza os meios mais seguros possíveis e reduz os danos evitáveis?
Centrados nas pessoas	A experiência com os cuidados é positiva aos olhos dos doentes e suas famílias? Existe um sentimento de confiança entre as comunidades no que toca à qualidade de cuidados disponíveis? Os doentes, famílias e comunidades sentem que têm a capacidade, enquanto parceiros, de contribuir para o desenho e aperfeiçoamento da prestação dos serviços de saúde?
Oportunos	Os tempos de espera para tratamento são aceitáveis para a população e suficientemente curtos para evitar danos desnecessários?
Equitativos	Existem barreiras ou disparidades em factores relacionados com a idade, sexo, género, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, língua ou filiação política?
Integrados	Existem falhas nos cuidados aos doentes entre as várias unidades clínicas? As componentes do sector da saúde comunicam com vista a manter uma transição dos cuidados aos doentes sem lapsos?
Eficientes	Os recursos são atribuídos e utilizados da melhor forma possível para atingir os resultados pretendidos?

Os redactores da política podem utilizar a Tabela 1 como lista de verificação, para incentivar a reflexão sobre estas dimensões, que deverão ser integradas no documento da política. Embora os países sejam incentivados a considerar o modo como cada uma destas dimensões pode ser reflectida na política e na estratégia, poderão antes optar por concentrar-se num subconjunto ou introduzir dimensões localmente acordadas. Na verdade, os países são encorajados a não usarem, por sistema, as definições de qualidade existentes a nível mundial, mas inspirarem-se nelas para desenhar uma definição local que seja adoptada e defendida pelos seus constituintes. Quando possível, é recomendado consultar-se um grupo multidisciplinar, incluindo prestadores de cuidados, académicos, especialistas, gestores de serviços de saúde, líderes comunitários e reguladores, para se chegar a um acordo mútuo sobre a definição proposta. Embora essa definição constitua um ponto de partida essencial, durante a aplicação desses critérios de qualidade, um determinado país poderá rever a definição aceite, de acordo com os progressos e as necessidades desse país.

Resumo: definição local de qualidade	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Identificar definições locais de qualidade anteriormente estabelecidas ou publicadas e considerar o conteúdo da secção de introdução deste manual • Elaborar definições locais para apoiar a formulação e a implementação da política e da estratégia • Considerar consultas às partes interessadas para aperfeiçoamento ou elaboração conjunta da definição	• Declaração da definição local • Referência à fonte original da definição local ou uma breve descrição do processo de elaboração

3. Mapeamento das partes interessadas e sua participação

A qualidade dos cuidados é um produto do sistema de saúde em geral. A participação das principais partes interessadas na formulação da política pode ajudar a abordar a natureza global dos factores que influenciam a qualidade dos serviços de saúde. Na verdade, há várias partes interessadas que terão de contribuir para a formulação da política.

Uma vez que os cuidados de saúde na maioria dos países são considerados um bem público e um direito das pessoas, os governos deverão assegurar um financiamento e recursos adequados, bem como a prestação de um nível básico de serviços. Os governos são, em muitos aspectos, os arquitectos das políticas mas têm de ser orientados e informados por aqueles que estão envolvidos na gestão e prestação dos cuidados de saúde.

O mapeamento e uma análise cuidada das partes interessadas poderá garantir que o contributo das pessoas certas, facilitar uma participação eficaz e responder pelo impacto do poder e das relações das partes interessadas.

O envolvimento com o sector público e privado é necessário para cobrir todas as populações e para incentivar a mudança necessária na “cultura da qualidade” em todo o sector da saúde. Também é igualmente importante a contribuição das comunidades e das pessoas que beneficiam dos serviços – especialmente as populações mais vulneráveis e marginalizadas e dos grupos de doentes. O ministério da saúde terá igualmente de participar com todos os outros ministérios, organismos nacionais, autoridades locais e parceiros do desenvolvimento.

Um benefício directo de incluir várias partes interessadas é adaptar melhor a política aos seus diferentes utentes e beneficiários, assim como facilitar a aceitação. É de considerar também o envolvimento e coordenação da comunidade mundial da saúde, particularmente na partilha de lições de outros países e na prestação de assistência técnica específica. A Caixa 7 apresenta uma lista de algumas das potenciais partes interessadas que poderão ser consultadas para a formulação conjunta da política. Cada país terá de considerar, atentamente, e seleccionar as partes interessadas necessárias para co-autoras das respectivas políticas. Esta lista não é exaustiva, mas apresenta algumas considerações gerais. Os títulos e as categorias da lista podem diferir de país para país.

Caixa 7. Lista ilustrativa de potenciais partes interessadas (nota: não exaustiva)

Organizações de saúde governamentais ☐ Ministério da Saúde ☐ Conselho profissional de saúde ☐ Gabinetes provinciais de saúde ☐ Gabinetes e hospitais distritais ☐ Especialistas nacionais em dados/informática	Outros ministérios ☐ Finanças ☐ Assuntos Sociais ☐ Educação
Organizações de serviços de saúde ☐ Serviços de saúde do sector público ☐ Serviços de saúde religiosos e setor social ☐ Serviços de saúde do sector privado ☐ Serviços de saúde tradicionais e complementares	Parceiros da cooperação ☐ Entidades seguradoras ☐ Apoio financeiro ☐ Comunicações/apoio aos <i>media</i>
Organismos profissionais ☐ Conselhos profissionais de cuidados de saúde ☐ Associações de especialidades ☐ Academias/Faculdades médicas	Sociedade civil ☐ Dinamizadores ☐ Promotores da saúde ☐ Programas e serviços de prestação
	Comunidades ☐ Líderes/proximidade ☐ Associações de doentes

Fonte: Adaptada do instrumento de mapeamento de partes interessadas usado na formulação da estratégia do Gana para a qualidade.

Uma vez reunida uma equipa diversificada, é preciso definir bem os papéis para os principais atores e para a equipa principal, assim como para outros que possam apoiar a criação da política. A equipa terá de identificar e responder colectivamente a importantes questões e acções centradas no reforço da qualidade dos cuidados que são prestados pelo sistema de saúde. Esses papéis e responsabilidades estão descritos em baixo, na Caixa 8. É igualmente relevante sublinhar a importância fundamental de abordagens integradas de envolvimento comunitário que ultrapassam muitos dos papéis e responsabilidades descritos para as partes interessadas.

Resumo: mapeamento e envolvimento de partes interessadas

Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Identificar partes interessadas e relevantes • Mapear os papéis das partes interessadas e planear o seu envolvimento no processo de formulação da política	• Breve descrição do processo de envolvimento das partes interessadas • Reconhecimento da contribuição das partes interessadas

4. Análise da situação: estado da qualidade

A análise da situação, que deve ser adoptada e liderada pelo país, mas pode ser suplementada pela inclusão de peritos externos, é desenvolvida na Parte II. A sua importância como parte do documento da política é estabelecer o actual “estado da qualidade” no país, abrangendo as prioridades, desafios e problemas relevantes, programas e políticas relacionados, aptidões e capacidades organizacionais, liderança e governação, assim como os correspondentes recursos. Isso servirá para definir o fosso identificado entre as necessidades da população e a capacidade de prestar serviços de saúde de qualidade com segurança. A ligação com os esforços nacionais para rumar à cobertura universal de saúde poderá ser particularmente importante de descrever no âmbito desta análise da situação.

É útil documentar a história do percurso de um país para alcançar a qualidade e o actual estado da qualidade – incluindo os pontos fortes e fracos. A informação histórica poderá recuar tanto quanto necessário. Por exemplo, um desses documentos indicava um prazo iniciado na década de 1980, para apresentar uma visão geral da estrutura inicial do sistema de saúde e o modo como este evoluiu ao longo dos anos.

Ao considerar a perspectiva histórica, poderá ser útil identificar não apenas se foram feitos, anteriormente, esforços nacionais para melhorar a qualidade, mas também examinar por que motivo esses esforços foram bem sucedidos ou, porque não resultaram, e se poderão ser retiradas lições de outras iniciativas sobre políticas em todo o sector da saúde. Quando a análise da situação identificar iniciativas e estruturas relacionadas com a qualidade, será possível aperfeiçoá-las ou aproveitá-las no contexto da nova política.

A análise da situação fornece informação oriunda de várias fontes de dados – entrevistas, grupos de reflexão, revisão de documentos relevantes e análises de dados secundários – para descrever o panorama actual e identificar claramente as falhas de desempenho entre o que é real e o que é alcançável. Esse passo será essencial para fundamentar a política, enfrentar os desafios reais que existem na linha da frente e para identificar que acções que poderão ter maior impacto. Conhecimentos, comportamentos, crenças e atitudes acerca da qualidade serão importantes para compreender o modo como a política e a estratégia estão a ser formuladas. A análise da situação também permite considerar as principais áreas de foco entre os esforços desenvolvidos para a qualidade; por exemplo, alguns países utilizam a segurança do doente como ponto de entrada para estimular a acção nacional para a qualidade dos cuidados, enquanto outros poderão visar, de preferência, a eficácia e a atenção às pessoas. Os programas técnicos existentes (por exemplo, iniciativas específicas de doenças ou os que visam populações específicas, tais como as mães e os recém-nascidos) poderão também apresentar experiências enriquecedoras e recursos que podem catalisar uma dinâmica nacional mais vasta e informar os esforços de todo o sistema para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A análise da situação pode igualmente revelar informações importantes acerca do modo de orientar o processo de formulação de uma política, por exemplo, indicando os motivos que levaram ao sucesso ou insucesso de anteriores políticas de saúde e que factores contextuais poderão concorrer para o êxito. Os instrumentos de apoio a este processo de análise da situação são descritos no compêndio anexo.

Resumo: análise da situação	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Planear o processo de análise da situação • Recolher dados relevantes de várias fontes sobre o estado da qualidade, factores contextuais e percurso histórico da qualidade • Análise de várias partes interessadas sobre os resultados, para traduzi-los em prioridades e estratégias	• Descrição de métodos de análise da situação • Resumo de resultados globais • Identificação dos principais resultados • Declaração de prioridades e áreas visadas das intervenções e acções

5. Governança e estrutura organizacional para a qualidade

Governança, liderança e capacidade técnica em todo o sistema de saúde são factores necessários para melhorar a qualidade e devem ser explicitamente debatidos. É importante compreender quando e como a política será formulada, aprovada, implementada e monitorizada entre as estruturas existentes ou as novas estruturas propostas e como isso irá ser afectado pelo ambiente político mais geral. Como passo inicial, poderá ser útil identificar as principais autoridades, organizações e indivíduos que estarão envolvidos na criação e implementação da política e estratégia da qualidade a nível nacional e aos níveis subnacional e local. O órgão ou as estruturas directivas serão diferentes de país para país. Mais adiante, durante o processo de formulação da política, é útil compreender como a política evoluirá desde a fase conceptual até à sua integral aprovação e promulgação. Para começar, deve-se decidir que forma a política assumirá, como já foi referido anteriormente neste documento. Uma vez que isso tenha sido determinado, a equipa de formulação da política deverá identificar que indivíduos ou grupos devem ser envolvidos, esclarecer que pessoas e organizações que terão de aprovar a política, o processo da sua adopção oficial e o modo como a política irá interagir com as outras políticas e legislação já existentes no sistema de saúde.

A Caixa 8 identifica alguns dos papéis e responsabilidades mais comuns.

Caixa 8. Qualidade dos cuidados de saúde: papéis e responsabilidades das partes interessadas seleccionadas

A descrição clara dos papéis e responsabilidades é essencial para definir as ações e responsabilizar as partes interessadas. A política pode ajudar a definir esses papéis e responsabilidades. Alguns exemplos são:

Ministério da Saúde

Liderar e orientar os esforços nacionais

Departamento ou Direcção da Qualidade (normalmente, dentro do Ministério da Saúde)

Apoiar a formulação e a implementação da política e estratégia nacionais

Comissão nacional de coordenação

Monitorizar e avaliar os progressos, identificar as falhas na qualidade coordenar e harmonizar os contributos de várias partes interessadas para a política e estratégia

Comissão subnacional da qualidade/equipas de gestão (regionais e distritais)

Monitorizar e avaliar os progressos alcançados a nível regional ou distrital e abordar questões de qualidade

Organismos profissionais

Dar assistência e apoio à formação e ensino profissional e estabelecer padrões

Entidade seguradora

Financiar e monitorizar programas de incentivos e integrar medidas para a melhoria da qualidade nos mecanismos de pagamento

Conselhos institucionais

Rever os programas e iniciativas de melhoria da qualidade institucional e envolver as comunidades na melhoria da prestação de serviços

Equipas das unidades de saúde

Aplicar práticas e padrões de qualidade dos cuidados e registar os dados de saúde relevantes para uma melhoria contínua da qualidade

Num número cada vez maior de países, existem unidades ou departamentos com responsabilidade pelos esforços para a qualidade. Esses departamentos poderão ou não ter o poder de aplicar certas políticas, mas podem ter a responsabilidade de avaliar e fazer revisões da abordagem ou resolver questões relacionadas com as falhas identificadas ao nível da qualidade dos cuidados. É importante assegurar que as políticas definam claramente a estrutura organizacional, os papéis

e as responsabilidades desses departamentos, para utilizarem todas as capacidades do grupo e reconhecer quem pode partilhar as responsabilidades em todo o sector da saúde. O papel do envolvimento e capacitação das comunidades é outra consideração importante no contexto da governação e da responsabilização; por exemplo, deve determinar-se o modo como os doentes, os profissionais de saúde e as comunidades em geral poderão ser, significativamente, envolvidas na formulação, implementação e monitorização da política e da estratégia.

Os programas específicos de doenças ou de populações já existentes – por exemplo, VIH ou saúde da mãe e da criança – podem também ter estruturas de governação bem estabelecidas. Como parte do processo de formulação da política, é útil mapear as estruturas dos programas com particular relevância para assegurar o alinhamento.

É de crucial importância considerar os níveis disponíveis para garantir que a política será implementada tal como pretendido. Isso requer a identificação e o desenvolvimento de estruturas para a responsabilização e a aplicação, o que pode ser uma tarefa complexa, visto que o grau em que uma política é implementada com êxito depende não só de medidas específicas, mas também da cultura no seio do sistema, do bom acolhimento da política e das relações entre as principais partes interessadas. No centro de uma implementação, bem sucedida, da política estão as partes interessadas e capacitadas em todo o sistema, que deverão ser parceiros entusiásticos com interesse no êxito da política. Em algumas circunstâncias, poderá ser necessário uma adesão obrigatória aos padrões, com medidas corretivas ou sanções por qualquer violação ou acto de não conformidade. Há várias formas de sanções que podem afectar o licenciamento, a acreditação ou o financiamento, podendo haver recurso a mecanismos legais, incluindo multas ou outras penalizações previstas no sistema legal. Contudo, a necessidade e o uso desses mecanismos devem ser cuidadosamente considerados no contexto de criar um ambiente para a política que seja adequado às circunstâncias particulares de cada país. Os mecanismos de governação propostos devem ter o acordo de todas as partes interessadas e ser delegados, se necessário, nas agências responsáveis apropriadas. Cada país, em consulta com os seus respectivos órgãos profissionais, poderá identificar os melhores mecanismos para a aplicação da política.

A subsequente formulação da estratégia discutida na Parte II ajudará a abordar a questão da governação para a qualidade, através de uma abordagem sistemática.

Resumo: governação e estrutura organizacional para a qualidade	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Mapear as estruturas existentes para a governação em todo o sistema de saúde • Identificar mecanismos para a promulgação e aplicação da política • Decidir sobre a estrutura de governação, tanto para a formulação da política como para esforços de qualidade em geral	• Esboço de uma proposta de estrutura de governação dos esforços nacionais para a qualidade, incluindo os requisitos para a sua implementação • Descrição dos incentivos existentes e propostos para a aplicação da política (e.g. legislação, sistemas de licenciamento)

6. Métodos e intervenções para as melhorias

Esta secção apresenta o conjunto de conceitos e princípios de melhoria a considerar para atingir os objetivos gerais da política. Além disso, é muitas vezes útil declarar pressupostos em torno dessas intervenções de melhoria, assim como dos recursos necessários e estratégias de mitigação dos riscos a pôr em prática. Na Caixa 9, apresenta-se uma curta lista de acções, comumente, consideradas pelos governos ao formularem a política nacional e a correspondente estratégia. Estes são elementos comuns para implementar esforços de qualidade bem sucedidos em todo o sistema, incluindo uma forte liderança, com a capacidade para definir prioridades relevantes para as necessidades das pessoas e promover um ambiente que conduza à satisfação dessas necessidades. A capacidade para avaliar e regular a prestação de padrões de cuidados estabelecidos é também muito importante, podendo abranger licenciamentos profissionais e institucionais e a inspecção e avaliação externa dos prestadores. Embora os programas de avaliação externa, como os de acreditação, sejam muitas vezes, os pontos de entrada iniciais para os esforços nacionais de melhoria, as evidências sobre o seu impacto na qualidade são variáveis; é importante reconhecer que estas abordagens devem ser integradas num esforço estruturado mais vasto, que abranja as estruturas de governação necessárias e uma sequência de intervenções eficazes que sejam apropriadas ao contexto local.

Caixa 9. Elementos básicos essenciais para a qualidade de todo o sistema

- ☐ Liderança para estabelecer prioridades e criar um ambiente para a qualidade
- ☐ Definição de padrões e metas
- ☐ Licenças profissionais e institucionais
- ☐ Inspeção e avaliação externa
- ☐ Desenvolvimento e retenção da força de trabalho
- ☐ Mecanismos de incentivos (financeiros e não financeiros)
- ☐ Medição, avaliação comparativa e *feedback*
- ☐ Iniciativas da população-alvo sobre melhorias de grande escala, condições clínicas, etc.
- ☐ Envolvimento dos doentes, famílias e comunidades (incluindo a participação, educação, escolha e o *feedback*)
- ☐ Transparência, com relatórios sobre o desempenho público

O bem conhecido modelo de Donabedian (15) descreve três parâmetros para avaliar a qualidade dos cuidados: estrutura, processo e resultado. Esta pode ser uma abordagem útil no processo de planeamento da política para conceptualizar a vasta gama de potenciais métodos e intervenções de melhoria e para assegurar que a política considerará os principais determinantes da qualidade. A estrutura está relacionada com o cenário em que os cuidados são dispensados, por exemplo, a unidade de saúde e os recursos humanos e financeiros que lhe estão subjacentes; o processo está relacionado com a própria prestação de cuidados, incluindo todos os aspectos da transacção entre os receptores e os prestadores de cuidados; e o resultado é o efeito mensurável sobre o estado de saúde, que pode ser afectado por uma grande variedade de factores. As pessoas que formulam a política nacional para a qualidade dos cuidados devem considerar o modo como ela poderá incorporar intervenções que aborde m tanto a estrutura como o processo e o modo como a política acabará por afectar os resultados de saúde.

A formação e o envolvimento da força de trabalho podem constituir uma oportunidade para ultrapassar as limitações de capacidade. Podem ser usados mecanismos de incentivos para influenciar os comportamentos em relação aos processos de qualidade, mas isso terá igualmente de ser incorporado em normas e práticas mais sustentáveis. Nos locais onde certas práticas e intervenções contribuíram para uma melhoria dos cuidados de saúde, esses esforços devem ser analisados para avaliar o seu potencial para um reforço dentro do país. Nesse sentido, é

importante que a criação de evidência e a agenda da aprendizagem sejam promovidas como um mecanismo de apoio essencial para seleccionar e aperfeiçoar as intervenções. Um requisito importante para alcançar, tanto o reforço como a sustentabilidade, é o envolvimento intencional das pessoas (doentes, famílias e comunidades). Essa capacitação requer educação e sensibilização para a importância desses conceitos, princípios e capacidades, tanto por parte dos prestadores como do público em geral. Como parte desse envolvimento, o público deve ser capacitado para ter acesso e compreender os relatórios de desempenho, com vista a responsabilizar o sistema de saúde e a facilitar o processo de mudança. Na Parte II, sobre formulação de estratégias, é debatida uma abordagem ao pensamento sobre este tema, através da selecção e implementação de intervenções distintas relacionadas com a qualidade.

Resumo: métodos e intervenções para a melhoria	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Discutir e seleccionar áreas abrangentes de intervenção prioritária	• Esboço das grandes áreas de intervenção a abordar pela política e pela estratégia • Debate sobre a justificação, pressupostos, recursos necessários e estratégias de mitigação dos riscos

7. Sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados

A melhoria da qualidade assenta na presença de dados de desempenho claros e rigorosos. Com a formulação de uma política nacional para a qualidade, haverá inevitavelmente uma atenção especial aos sistemas necessários para a avaliação e a notificação, incluindo um circuito de retorno da informação instalado, para estimular e avaliar as melhorias. Existem, pelo menos, cinco capacidades integradas para a análise dos dados que são necessárias para apoiar um programa nacional abrangente sobre a qualidade:

- sistema hierárquico de recolha e notificação de dados nacionais;
- sistema de informação do departamento da saúde/ministério da saúde e base de dados sobre a qualidade;
- apoio às decisões clínicas e sistema de registo com informação sobre os cuidados prestados aos doentes;
- sistemas de monitorização da qualidade e de *feedback*, para avaliar o desempenho individual em função dos padrões ou metas e dados da avaliação comparativa;
- relatórios públicos e comparativos para a transparência e responsabilização perante a sociedade.

Os países encontram-se claramente em diferentes fases de desenvolvimento no que diz respeito a estas capacidades. O documento da política apresentará um esboço de avaliação do estado actual destas capacidades e das acções necessárias para formar as capacidades requeridas, incluindo o modo de priorizar a informação para melhoria dessas capacidades. Os principais pontos são: uma descrição das eventuais fontes de informação existentes; identificação das lacunas existentes no que diz respeito aos dados; e as acções necessárias para criar a infraestrutura de informação, com vista a oferecer uma melhor qualidade e a monitorizar e notificar o desempenho. É fundamental que exista uma orientação clara da política sobre a necessidade de esforços para a qualidade a integrar nos sistemas de gestão e informação de saúde, dada a tendência, em muitos casos, para implementar as iniciativas para a qualidade paralelamente aos sistemas existente.

Resumo: sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Mapear as fontes de dados e as capacidades existentes • Identificar lacunas nos actuais sistemas de informação de saúde relacionados com a qualidade • Propor orientações para otimizar os sistemas de informação de saúde relativos à qualidade • Identificar políticas e planos existentes do sector da saúde relacionados com os sistemas de dados e a informação de saúde	• Breve descrição dos sistemas de dados e informação de saúde disponíveis • Esboço dos sistemas de dados e informação de saúde propostos em apoio aos esforços nacionais para a qualidade • Referência explícita à integração dos esforços de qualidade nos sistemas de gestão e informação de saúde

8. Indicadores da qualidade e medidas essenciais

Uma política abrangente terá de incluir os objectivos de uma monitorização de rotina da qualidade e *feedback* dos prestadores e dos gestores dos serviços de saúde, assim como a agregação de dados e avaliação global dos progressos que estejam a ser feitos em relação aos objectivos nacionais para as áreas prioritárias. Isso requer a identificação de um conjunto essencial de indicadores da qualidade, com as necessárias políticas e processos de apoio às várias finalidades, tais como: *feedback* aos prestadores de cuidados; transparência para o público; ponto de referência (*benchmarking*) para compreender o desempenho comparativo e variações não justificadas da qualidade; análise da relação custo-efetividade; e a avaliação da eficácia de distintas intervenções para a qualidade e a abordagem global para a qualidade, a nível nacional.

A avaliação da qualidade é muito importante para se saber se as actividades de melhoria da qualidade são realmente eficazes ou não. Sem uma avaliação, não é possível saber se as acções para a melhoria da qualidade estão realmente a produzir cuidados de melhor qualidade e a gerar uma mudança significativa nos resultados em saúde. A avaliação da qualidade – através do uso de indicadores padrão – permite aos prestadores de cuidados de saúde e aos decisores políticos avaliar os progressos efectuados a todos os níveis dos cuidados de saúde: nacional, regional, local, hospitalar e individual. Este nível de detalhe pode também constituir um apoio para uma melhor informação ao público em geral, de modo a melhorar a transparência e a confiança, mesmo quando os resultados fiquem aquém das metas. Outras informações sobre o processo de preparação de um quadro abrangente de avaliação da qualidade são apresentadas na Parte II, sobre formulação de estratégias.

Resumo: indicadores da qualidade e medidas essenciais	
Acções para a equipa de formulação da política	Conteúdo do documento da política
• Avaliar os indicadores relevantes já recolhidos e notificados pelo sector da saúde • Definir a orientação da política sobre a elaboração do conjunto de indicadores essenciais (ver as Partes II e III)	• Apresentação dos indicadores e justificação da selecção • Visão geral sobre o modo de utilização dos indicadores

PARTE II

FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

Visão geral da secção: Parte II. Formulação da estratégia

- **Formulação da estratégia nacional para a qualidade**
 - Objectivos e prioridades nacionais para a saúde
 - Definição local de qualidade
 - Mapeamento e envolvimento das partes interessadas
 - Análise da situação: estado da qualidade
 - Governança e estrutura organizacional para a qualidade
 - Métodos e intervenções para a melhoria
 - Sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados
 - Indicadores da qualidade e medidas essenciais
- **Elaboração de um plano operacional para a implementação**
- **Integração dos programas técnicos com as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados**

Como anteriormente se referiu, as políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados podem, muitas vezes, ser elaboradas em simultâneo como parte de um programa nacional para a qualidade e podem constar de um único documento integrado. Além disso, embora a estratégia realce o processo através do qual a política é promulgada, é muitas vezes necessário um plano operacional mais pormenorizado. Esse plano realça os aspectos práticos da execução das acções prioritárias, incluindo os papéis, as responsabilidades e os calendários. No final da Parte II é fornecida informação mais detalhada a este respeito.

Esta secção revê algumas componentes práticas a considerar na transição da teoria para a acção, através da criação de uma estratégia para a qualidade. O processo e o conteúdo sugeridos no documento final espelham bem o processo de formulação da política e baseiam-se nos mesmos oito elementos. Por outro lado, a formulação de uma estratégia nacional facilita a integração dos programas e iniciativas existentes no contexto de um quadro nacional coerente para a qualidade; isso pode incluir programas técnicos já existentes (como os do VIH e saúde materna e infantil). No final da Parte II, apresentam-se mais informações sobre o modo de abordar a referida integração.

A estratégia deve apresentar um calendário para as várias actividades a iniciar, com tempo suficiente para a preparação da logística e do apoio a essas iniciativas. Isso poderá incluir a atribuição de recursos, a reorganização das agências ou a reorientação do pessoal, sensibilização geral e comunicação, assim como a devida formação e desenvolvimento da força de trabalho. Como se referiu, a estratégia pode incluir um plano operacional que constitua um roteiro pormenorizado para os passos intermédios que serão pertinentes. Frequentemente, no início da implementação, serão necessárias algumas alterações organizacionais entre as partes interessadas, incluindo o ministério ou agência responsável, para cumprir as normas da política, podendo haver igualmente necessidade de assistência técnica para ajudar as partes interessadas a definirem os processos logísticos necessários para esse cumprimento. Poderá haver recurso a agências de consultoria externas ou pode ser criado um grupo de acção ou uma comissão com carácter provisório, antes de a política entrar em vigor, para ajudar a facilitar as mudanças necessárias.

“ O objectivo desta Estratégia Nacional é integrar as múltiplas intervenções que foram desenvolvidas durante os últimos quinze anos num grupo único de acções coerentes que conduzam a uma finalidade comum e reforçada de todas as instituições de cuidados de saúde neste país, quer sejam públicas ou privadas, numa nova era de melhoria da qualidade para a saúde do povo mexicano, através da convergência de todos para uma efectiva cobertura universal de saúde. ”

Estratégia nacional para a qualidade do México, 2016

O processo de legislar políticas pode revelar desafios que, tendo estado ocultos, exijam alterações à estratégia – embora esta questão possa ser bastante mitigada por um período de verificação e consulta durante a elaboração da estratégia. Por conseguinte, no plano operacional, deve considerar-se o modo de monitorizar e resolver rapidamente os desafios durante a fase de implementação de uma estratégia, por exemplo, através de uma avaliação formal do processo ou medidas de governação, tais como comissões de supervisão da estratégia. Isso deve ser devidamente documentado, devendo existir um canal para enviar essa informação de novo à agência ou pessoa responsável pela supervisão, para que lhe possa ser dada a devida atenção e serem feitas as devidas correções e ajustes.

FORMULAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE

Apesar das muitas diferenças entre os países, a revisão dos actuais conhecimentos e práticas identificou semelhanças entre eles no modo de desenhar e operacionalizar estratégias para os esforços nacionais de melhoria da qualidade. Descrevem-se aqui oito elementos do processo; *trata-se dos mesmos oito elementos referidos no processo de formulação da política na Parte I, podendo muitos deles ser executados em simultâneo, quando se justifique*. Noutros momentos, a política nacional para a qualidade pode impulsionar a formulação de uma estratégia para a qualidade. Esses elementos são descritos em seguida para ajudar a facilitar a formulação das estratégias, embora nem todos os países passem por todos os elementos, ou não pela mesma ordem.

1. Objectivos e prioridades nacionais da saúde

Uma “estratégia da qualidade” é uma ponte que ajuda um sistema de saúde a acelerar a consecução dos seus objectivos e prioridades na área da saúde, usando conceitos de qualidade, métodos e princípios baseados em evidência que incorporem o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade. Um primeiro passo essencial é compreender os objectivos e prioridades nacionais de saúde existentes no país, identificar as potenciais lacunas e propor novos objectivos e prioridades que sejam incluídos na estratégia nacional para a qualidade. A finalidade deste exercício é identificar e hierarquizar objectivos e prioridades nacionais de saúde, para que a estratégia para a qualidade esteja em perfeita harmonia e não seja elaborada separadamente ou em paralelo. A política e estratégia para a qualidade – e a sua implementação – devem ser transversais a todo o sistema de saúde, evitando o risco de se criar um programa vertical para a qualidade. Ligar a estratégia aos objectivos e prioridades existentes também ajuda o processo de adesão de todas as partes interessadas à elaboração da estratégia nacional para a qualidade.

Os objectivos e prioridades existentes diferem, inevitavelmente, entre os países e são expressas em diferentes formatos e níveis de pormenor. Embora muitos objectivos e prioridades nacionais da saúde possam ser explicitamente relevantes para a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde, alguns podem ter uma contribuição indirecta, por exemplo, estudando os determinantes da saúde, a prevenção dos riscos e a expansão do acesso aos serviços. Quando os objectivos existentes se centrarem claramente na qualidade dos cuidados, é útil olhar directamente para o seu exemplo durante a elaboração da estratégia; quando não existe um foco na qualidade, poderá ser necessário propor e defender a definição de novos objectivos e prioridades no planeamento nacional da saúde.

A estratégia nacional da qualidade pode seguir o conteúdo e a estrutura adoptada num documento de política já existente, como, por exemplo, um plano quinquenal de saúde, podendo especificar outros objectivos de saúde relevantes, com datas de conclusão definidas. Os objectivos ligados a iniciativas mundiais de saúde mais amplas (tais como os ODS) ou os objectivos ligados aos principais programas nacionais de doadores podem também ser incluídos. Por vezes, um objectivo nacional de saúde pode estar especificamente ligado a um evento sentinela ou a uma exigência pública de maior qualidade no sistema de cuidados de saúde, por

exemplo, a redução da mortalidade materna ou a redução de infecções associadas aos cuidados de saúde. Poderá ser um exercício útil explorar com mais pormenor os objectivos e prioridades nacionais existentes, avaliando o modo como foram priorizados, que implicações poderão ter na prestação dos serviços de saúde e o argumento lógico de como os esforços nacionais para a qualidade poderão ajudar a atingi-los. Embora seja sempre possível especificar novos objectivos e prioridades para a estratégia nacional da qualidade, a demonstração de um claro alinhamento com objectivos anteriormente definidos pode ajudar a conquistar apoio político e a assegurar a integração dos esforços para a qualidade no reforço mais amplo do sistema de saúde. A orçamentação do sistema de saúde poderá igualmente estar ligada aos objectivos e prioridades nacionais de saúde existentes; é importante esclarecer essa ligação e avaliar as implicações no financiamento da estratégia nacional para a qualidade.

A definição de prioridades pode ser feita através de vários métodos, começando muitas vezes com a análise do fardo/carga das doenças e a morbilidade e mortalidade evitáveis. O fundamento deste método é apresentar uma linguagem comum que possa ser bem compreendida e apoiada por vários públicos. Contudo, os países estão a afastar-se cada vez mais da observação exclusiva do fardo das doenças para uma definição de prioridades mais proactiva em termos de saúde e bem-estar das populações. Princípios como o acesso mais equitativo e a cobertura universal de saúde, podem também ser declarações de prioridades que inspiram a estratégia para a qualidade.

A definição de prioridades e objectivos da estratégia nacional para a qualidade pode ser feita de forma linear e transparente, tendo em conta o seguinte:

- Os objectivos e prioridades serão retirados dos principais documentos e políticas dos planos nacionais de saúde.
- Outros objectivos e prioridades poderão surgir de outras áreas, incluindo a análise da situação, os ODS mundiais e os programas dos doadores.
- Se a lista de objectivos e prioridades exceder aquilo que possa ser razoavelmente incluído numa estratégia nacional para a qualidade (isto é, em maior número do que aquilo que poderá ser realisticamente monitorizado e traduzido em actividades exequíveis, no âmbito dos recursos disponíveis e do calendário), podem seguir-se dois caminhos: reduzir a lista de prioridades, aplicando critérios explícitos, ou dividir a lista em prioridades de curto e longo prazo.
- Uma vez definida a lista, deverão ouvir-se as reacções das diversas partes interessadas, antes da sua finalização.
- Os calendários e os critérios para futura análise e revisão devem ser explícitos.

Caixa 10. Variações nas estratégias nacionais para a qualidade

As variações não ocorrem apenas na estrutura das estratégias nacionais para a qualidade, mas também na ênfase colocado em certas áreas identificadas como prioridades pelos países. Isso sublinha a importância de compreender as falhas de qualidade que requerem atenção no seio das estratégias.

Etiópia

A finalidade última da Estratégia Nacional para a Qualidade dos Cuidados de Saúde é assegurar e melhorar, sistematicamente, os resultados dos cuidados clínicos, segurança dos doentes e atenção aos doentes, aumentando o acesso e a equidade para todos os segmentos da população etíope, até 2020.

Namíbia

A estratégia para a qualidade na Namíbia pretende constituir um quadro para a implementação de iniciativas de gestão da qualidade a todos os níveis da prestação de serviços de saúde, através de quatro objectivos estratégicos: (a) melhorar os sistemas de gestão da qualidade e a responsabilização; (b) assegurar os cuidados centrados nos utentes e a capacitação dos consumidores; (c) melhorar a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde; e (d) melhorar a prática clínica.

Os objectivos das estratégias de um país para a qualidade podem estar relacionados com dimensões específicas da qualidade que sejam áreas prioritárias para esse país, embora muitos possam incluir todas ou apenas algumas dimensões da qualidade. A selecção de objectivos pode também ser influenciada por grandes eventos de saúde pública actuais ou recentes, por exemplo, surtos de doenças infecciosas ou migrações em massa, que podem exercer impacto sobre as capacidades e as prioridades dos serviços de saúde. Na verdade, durante a fase de implementação de uma estratégia, esses eventos podem requerer a revisão dos objectivos; isso pode ajudar a alinhar a estratégia com necessidades críticas emergentes e deve, mais uma vez, ser feito em consulta com as principais partes interessadas.

A definição de objectivos pode centrar-se nos resultados pretendidos e específicos dos cuidados de saúde, tais como “reduzir a mortalidade evitável em x% ao longo de cinco anos”. Os meios que permitirão atingir os objectivos deste elevado nível poderão ser declarados, por exemplo, através do caminho para a cobertura universal de saúde ou resolvendo a falta de profissionais de saúde. Outro tipo de declaração de objectivos poderá centrar-se na melhoria das dimensões específicas da qualidade, tais como a eficácia, a segurança ou a atenção às pessoas.

Podem ser necessário desenvolver esforços no sentido de integrar os objectivos e prioridades relacionados com a qualidade em todo o sistema de saúde e garantir que eles se reflectam no planeamento e orçamentação nacionais da saúde, assim como na estratégia própria.

Resumo: objectivos e prioridades nacionais de saúde

Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento de estratégia
• Identificar as fontes existentes de objectivos e prioridades nacionais de saúde publicadas ou expressas • Avaliar a relevância dos objectivos existentes para a estratégia da qualidade • Considerar, como parte da análise da situação e do processo de planeamento da estratégia, a necessidade de outros objectivos e prioridades • Elaborar uma declaração de objectivos e prioridades para a estratégia nacional da qualidade	• Declaração de objectivos e prioridades para a qualidade dos cuidados • Fontes de referência dos objectivos e prioridades nacionais de saúde existentes

2. Definição local de qualidade

É importante assegurar que a estratégia reflecta a definição de qualidade adoptada para interligar as actividades e os processos. Essas definições apresentam o contexto em que a estratégia irá funcionar e ser avaliada. Embora isso deva estar já estabelecido na política anterior, se não existir, deverá ser seriamente considerada no início do processo de formulação da estratégia. A elaboração de uma definição local poderá ser uma das primeiras tarefas para a equipa que formula a estratégia e pode também ser um exercício útil para o envolvimento das principais partes interessadas no debate acerca do que devem ser as prioridades locais (Caixa 11). Outras informações sobre a definição e contextualização da qualidade encontram-se na secção equivalente sobre a definição local de qualidade, na Parte I deste manual e na secção introdutória.

Caixa 11. Estudo de caso: definição de qualidade no Sudão

“Prestar os melhores cuidados possíveis aos doentes usando os recursos disponíveis e a prática baseada em evidência”.

Definição de qualidade, Estratégia do Sudão para a qualidade, 2017

Em 2016, o Sudão iniciou o processo de formulação de uma estratégia nacional para a qualidade e convidou uma grande variedade de partes interessadas, para que oferecessem contributos para o planeamento estratégico. Com base nos contributos das partes interessadas, a equipa de formulação da estratégia redigiu uma definição local, estabelecendo o que a qualidade deveria significar no contexto deste renovado esforço nacional para melhorar os serviços. A equipa seleccionou uma definição que é sucinta e facilmente compreendida para uma série de partes interessadas, desde políticos a profissionais de saúde. Essa definição reflecte, não só a necessidade de cuidados eficazes centrados nos doentes, mas também a imperiosa necessidade de usar inteligentemente os recursos limitados disponíveis.

Resumo: definição local de qualidade

Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento da estratégia
• Identificar as definições de qualidade existentes a partir de publicações nacionais sobre saúde ou anteriores esforços para a qualidade e considerar o conteúdo da secção de introdução deste manual • Como parte do planeamento da estratégia ou do processo de envolvimento das partes interessadas, aperfeiçoar e decidir sobre uma definição local apropriada que oriente o processo da estratégia. Isso poderá já ter sido feito, se já tiver sido formulada uma política nacional para a qualidade	• Definição de qualidade explícita e como ela será reflectida nas acções preconizadas na estratégia

3. Mapeamento e envolvimento das partes interessadas

Para que a estratégia para a qualidade seja bem sucedida, é fundamental que exista a colaboração e o envolvimento das principais partes interessadas durante as fases de concepção, implementação e avaliação. Embora a formulação da estratégia possa ser orientada a partir de uma determinada organização de topo, muitas vezes uma unidade ou direcção dentro do ministério da saúde, é importante trabalhar com um conjunto alargado de partes interessadas de todo o sistema de saúde

aos níveis federal, regional, estadual, comunitário e local. Um envolvimento estruturado ajudará a criar um entendimento comum, assim como ambição e empenho mútuos; isso poderá ajudar a identificar os recursos e activos disponíveis para apoiar a formulação e a implementação da estratégia. O envolvimento na política e estratégia pode ocorrer como parte do mesmo processo. Embora determinados grupos de partes interessadas possam variar de país para país, em geral, eles são, no mínimo, os seguintes:

- governo: ministérios (da saúde e não relacionados com a saúde, tais como o das finanças), órgãos para-governamentais independentes e membros eleitos;
- reguladores, outros avaliadores externos e organismos de normalização;
- entidades e autoridades públicas e privadas;
- associações profissionais;
- prestadores de cuidados (cuidados comunitários, primários, secundários e terciários, praticantes tradicionais, sectores público e privado);
- organizações da sociedade civil, grandes organizações religiosas, grupos de doentes e doentes e famílias;
- organizações não governamentais e organizações comunitárias;
- contribuintes, financiadores e doadores.

Em muitos países, existirão já esforços de melhoria da qualidade de pequena escala (e em alguns casos, de grande escala) nas unidades de saúde e nos prestadores comunitários em todo o sistema de saúde, por vezes com o apoio de agências técnicas externas. Estes peritos, de primeira linha em melhoria da qualidade, já devem ter adquirido provavelmente experiência útil sobre aquilo que funciona a nível local e isso deve ser aproveitado no processo de envolvimento das partes interessadas.

Realizar o mapeamento ou uma análise das partes interessadas poderá permitir a identificação das organizações ou indivíduos que poderão ser os condutores, catalisadores ou bloqueadores de uma estratégia nacional para a qualidade. Ao decidir que grupos de partes interessadas devem ser activamente incluídos, há um conjunto de questões que ajudarão a esclarecer quem deverá ser “escolhido” para compreender o actual estado da qualidade, identificar problemas e lacunas visíveis e formular uma estratégia para a melhoria. As perguntas essenciais a considerar na identificação das principais partes interessadas são as seguintes.

- Quem é responsável pela qualidade em cada nível do sistema de cuidados de saúde?
- Quem ou o que é que influencia a qualidade em cada nível do sistema de cuidados de saúde?
- Quais são as principais alavancas ou motores para se atingirem melhores resultados na saúde e quem é responsável por isso?
- Que grupos serão dinamizadores e que grupos serão detractores de uma estratégia nacional para a qualidade?
- Quais são as principais organizações responsáveis pela prestação de serviços em todo o sistema de saúde?
- Que organizações ou indivíduos apoiam o ministério da saúde na elaboração de planos estratégicos?

Estas perguntas ajudam a esclarecer quem são os principais actores que devem ser envolvidos e com que papel – autor, revisor, perito consultor ou implementador – e em que fases do processo.

A Tabela 2 apresenta alguns exemplos do modo como as partes interessadas podem ser identificadas e as tarefas específicas que podem apoiar ou liderar.

Tabela 2. Partes interessadas e tarefas relacionadas	
Partes interessadas	Tarefa(s)
Ministério da Saúde	• Autor principal • Direcção-líder da PENQ
Outros ministérios governamentais relevantes (Finanças, Assuntos Sociais, Educação)	• Fornecer contributos estratégicos para o processo de formulação da estratégia • Identificar questões políticas relacionadas, requisitos financeiros e instrumentos legais • Integrar acções com iniciativas de outros sectores (por exemplo, formação médica)
Conselhos profissionais de saúde e associações de especialidades	• Identificar intervenções para melhoria • Apoio técnico à análise da situação e avaliação externa
Agência nacional de seguros de saúde	• Rever as implicações dos pagamentos • Integrar incentivos para a melhoria
Equipas provinciais, regionais e distritais de gestão	• Envolver as unidades de saúde e integrar as funções de gestão e de qualidade • Divulgar acções individuais e apoio técnico à implementação • Monitorizar e avaliar os progressos das iniciativas para a qualidade, através de processos eficazes de gestão
Prestadores de cuidados de saúde religiosos, privados e tradicionais	• Envolver a rede de organizações religiosas • Divulgar acções individuais e apoio técnico à implementação • SApoiar a equipa distrital de gestão da saúde na monitorização e avaliação dos progressos das iniciativas para a qualidade
Prestadores de cuidados de saúde e hospitais do sector público	• Envolvimento total na análise da situação • Prestar orientações e conhecimentos técnicos para melhores práticas clínicas
Organizações não governamentais e parceiros do desenvolvimento	• Prestar apoio técnico ao planeamento estratégico e à implementação de intervenções para a qualidade com base na estratégia para a qualidade
Organizações da sociedade civil, partes interessadas da comunidade	• Contribuir para a análise da situação • Rever o processo de formulação da estratégia para garantir que seja apropriado e significativo para o público e para os doentes • Contribuir para a selecção de indicadores locais significativos

Como: um processo para envolver as partes interessadas

É preciso auscultar as reacções dos grupos de partes interessadas em todo o processo, para assegurar a harmonização em todo o sistema de cuidados de saúde. Existem muitas abordagens em torno do envolvimento das partes interessadas; os métodos mais comuns envolvem entrevistas, reuniões, constituição de grupos de trabalho e pedidos de *feedback* das partes interessadas. Como primeiro passo, as entrevistas às partes interessadas poderão ajudar a recolher dados, tais como definições locais de qualidade, percepções e dados objectivos relativamente ao actual

estado da qualidade, qual é o aspecto “ideal” da qualidade, lacunas existentes e ideias para colmatar essas lacunas.

À medida que a equipa progride, poderão ser convocados grupos de partes interessadas para testar, aperfeiçoar e finalizar vários elementos da estratégia nacional para a qualidade. A criação de grupos de trabalho específicos poderá ser igualmente útil; por exemplo, as pessoas com conhecimentos clínicos e de avaliação poderão desenvolver uma proposta de conjunto de indicadores da qualidade, que seriam apresentados a um grupo maior de partes interessadas para revisão e ratificação.

A formulação da estratégia nacional para a qualidade tende, frequentemente, a usar uma abordagem descendente (top-down) desenhada e planeada pelo governo e lançada em todo o sistema de saúde; é, no entanto, fundamental envolver a linha da frente, utilizando uma abordagem ascendente (bottom-up), para inspirar a formulação da estratégia geral à luz dos pontos fortes e dos desafios que existem e para ajudar a orientar os recursos. Isso é importante, devido ao fosso que muitas vezes existe entre as realidades da linha da frente e o planeamento estratégico feito ao nível superior. O contributo dos clínicos e gestores é essencial, visto que possuem conhecimentos profundos sobre a matéria.

Uma estratégia baseada na implementação requer que exista uma ligação com os prestadores directamente no ponto de cuidados ou através das suas associações, assegurando que a estratégia é significativa e compreensível para os prestadores da linha da frente. É o seu comportamento que determinará o sucesso ou insucesso da estratégia e, por isso, é essencial que esta seja adoptada desde o início por parte daqueles que prestam os cuidados. Contudo, mesmo com uma adopção suficiente, os prestadores de cuidados de saúde devem ser recrutados com um ambiente favorável que proporcione a necessária mudança de comportamentos, para que haja melhorias nos cuidados. O envolvimento das partes interessadas pode ajudar a conseguir as estruturas de apoio necessárias para o ambiente referido e a ultrapassar os desafios com a sua criação.

Caixa 12. Envolvimento das comunidades e dos doentes: a experiência do Uganda

O Uganda tem uma longa história de esforços nacionais para melhorar a qualidade dos cuidados, tendo começado por um programa de melhoria da qualidade em meados da década de 1990. Com essas iniciativas, o envolvimento dos doentes e das comunidades tem sido cada vez mais reconhecido como uma componente essencial. O Uganda criou comissões de gestão das unidades de saúde, para dar aos membros das comunidades um contributo significativo para a gestão das unidades de saúde e a supervisão do seu desempenho, introduziu uma carta do doente apontando os direitos dos utentes dos serviços e, na sua mais recente estratégia nacional para a qualidade, envolveu a sociedade civil e representantes dos utentes dos serviços de saúde no grupo de acção que coordenava a formulação e a implementação.

A perspectiva das comunidades e dos doentes é de importância vital, podendo ser testemunhada nas visitas às unidades de saúde e na participação em reuniões públicas, onde se poderá ouvir a opinião dos doentes, famílias e comunidades no processo de formulação da estratégia (Caixa 12). Os representantes das comunidades e dos doentes também poderão ser envolvidos directamente, tanto nos processos de formulação da política e da estratégia como nos subsequentes acordos de implementação e governação, ajudando a garantir que os esforços se baseiam “naquilo que realmente interessa” às pessoas que, afinal de contas, são os utentes dos serviços. No entanto, este processo exige um planeamento cuidadoso, para assegurar que as comunidades serão devidamente capacitadas envolvidas. Por exemplo, desafios como a barreira linguística ou fracos conhecimentos de saúde poderão ter de ser ultrapassados para permitir um diálogo frutífero durante o processo. Os serviços de saúde terão de ser reorientados para as necessidades e preferências dos doentes, o que apenas se poderá conseguir através de um envolvimento real.

O envolvimento das comunidades e dos doentes, embora adicionando mais uma necessidade de recursos para que os programas possam melhorar a qualidade dos cuidados, permite que as comunidades sejam usadas como um activo-chave na análise da situação, criação de intervenções apropriadas, governação e responsabilização e avaliação do êxito. Estas perspectivas e o referido envolvimento capacitam as pessoas e criam um nível de responsabilização nas comunidades.

Resumo: mapeamento e envolvimento das partes interessadas	
Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento da estratégia
• Identificar as principais partes interessadas de todo o sistema de saúde • Mapear o papel e a influência das partes interessadas na formulação da estratégia • Atribuir responsabilidades a determinadas partes interessadas pelo seu contributo para aspectos relevantes da estratégia para a qualidade • Planear o envolvimento activo das partes interessadas, para maximizar a utilidade do seu contributo e minimizar os obstáculos à formulação e implementação da estratégia • Agendar reuniões com várias partes interessadas, conforme necessário, para a formulação da estratégia (poderão ser incluídos grupos de redactores, processo de análise da situação, um grupo directivo e uma reunião de validação)	• Esboço do processo de envolvimento das partes interessadas com reconhecimento do seu contributo • Esboço dos papéis das principais partes interessadas nas acções sugeridas no âmbito da estratégia

4. Análise da situação: estado da qualidade

Na maioria dos casos, a primeira fase da formulação de PENQ inclui uma análise da situação aprofundada e bem estruturada do estado da qualidade do sistema de cuidados de saúde, aos níveis nacional, regional, estadual ou provincial, local, institucional e comunitário. Essa análise da situação contribuirá para um melhor entendimento do actual estado da qualidade, dos pontos fortes do sistema de cuidados de saúde para impulsionar a melhoria da qualidade, dos obstáculos previsíveis e dos facilitadores do processo de formulação da estratégia, principais desafios e prioridades mais prementes que se colocam ao sistema de saúde, assim como o actual estado de importantes factores contextuais, tais como as infra-estruturas, as capacidades e o clima político. A análise pode ser usada para orientar a abordagem adoptada pela equipa que está a formular e a implementar a estratégia, podendo igualmente ser partilhada com outras importantes partes interessadas, para facilitar o seu envolvimento.

Para realizar uma análise da situação completa, provavelmente, serão necessários vários meses combinando diversas actividades importantes, incluindo a convocação das partes interessadas, a realização de sessões de informação, estudo de vários documentos (abaixo indicados), a realização de entrevistas individuais e grupos de reflexão para recolha de informação e redacção de relatórios sucintos. Esta variedade de actividades deve basear-se em perspectivas e conhecimentos especializados, desde o nível nacional até nível dos profissionais de saúde na primeira linha da prestação de serviços. A inclusão de uma grande variedade de partes interessadas, conforme se indica na secção anterior sobre mapeamento e envolvimento das

partes interessadas, é essencial para compreender as atitudes colectivas, a experiência e as aspirações que servirão de base a futuros esforços.

Uma análise da situação abrangente incluirá uma revisão da informação histórica e presente, assim como a recolha e compilação de novos dados. É provável que a seguinte informação genérica seja importante e útil.

- **Revisão de todos os documentos relevantes.** Entre estes contam-se a política nacional de saúde e o plano quinquenal de saúde dos países, que fornecerá informação vital sobre as prioridades, recursos e contexto do país. A estratégia nacional para a qualidade deve estar integralmente alinhada e apoiar as políticas e planos nacionais já existentes.
- **Revisão da legislação, regulamentação e estatutos relacionados com a qualidade.** Esta revisão fornecerá informação sobre os requisitos para o licenciamento, qualidade dos medicamentos e controlo da segurança, bem como a inspecção das instalações.
- **Documentos governamentais e do sector público relacionados com a qualidade.** Alguns exemplos incluem materiais de formação profissional, protocolos e orientações relevantes para a qualidade dos cuidados de saúde. O ministério da saúde e a entidade nacional de seguros de saúde deverão possuir documentos relevantes com informação tão diversa como os requisitos para o tratamento dos resíduos ambientais hospitalares ou cartas dos direitos dos doentes.
- **Dados do desempenho sobre a qualidade do sistema de cuidados de saúde.** As fontes incluem hospitais, unidades de cuidados primários e centros e clínicas de ambulatório, nos quais se poderão obter os dados do sistema de gestão da informação de saúde (SGIS) que são rotineiramente recolhidos, assim como conjuntos de dados com finalidades especiais. Estes dados permitirão um entendimento mais pormenorizado do real desempenho de todo o sistema de saúde em áreas como o acesso, a eficácia, a segurança, a eficiência, a equidade e a atenção ao doente.
- **Relatórios dos programas técnicos e verticais.** Estes relatórios fornecerão dados úteis relacionados com a qualidade sobre a adequação dos processos e os resultados na saúde de populações específicas.
- **Mapeamento dos recursos disponíveis para apoiar os esforços nacionais para a qualidade.** Há recursos relevantes que podem ser obtidos nos orçamentos nacionais, parceiros locais da implementação, agências externas e programas técnicos alinhados.
- **Inquérito sobre o estado da qualidade** (abaixo descrito).

Embora a recolha e análise de tantos dados possa ser problemática em alguns contextos, o processo nem sempre terá de ser longo ou exigir muitos recursos. Nos países em que os recursos para esse exercício são limitados, poderão usar-se, como ponto de partida, análises já existentes que tenham sido feitas para necessidades de planeamento do sistema de saúde, por exemplo, para fundamentar a formulação de um plano estratégico nacional de saúde. Também se podem combinar alguns aspectos da análise da situação com outros elementos do processo nacional para a qualidade, por exemplo, usando os processos de envolvimento das partes interessadas para recolher dados importantes. Além disso, será possível obter apoio para a análise da situação em outros organismos que estejam activos no domínio da qualidade dos cuidados, por exemplo, associações profissionais nacionais ou agências técnicas externas. Quanto mais abrangente for a análise que se faça, mais a estratégia beneficiará, mas o mais importante é que a estratégia seja baseada, tanto quanto possível, nas necessidades do país que tenham sido identificadas e nos activos disponíveis para as satisfazer. Mesmo com poucos recursos, é possível adoptar essa abordagem.

No compêndio de instrumentos que acompanha este manual, indicam-se alguns instrumentos de apoio a este processo.

Um questionário destinado a entrevistas semi-estruturadas ou a solicitar respostas escritas

poderá fornecer alguma informação básica, incluindo a experiência das partes interessadas, e complementar a informação retirada das fontes de dados e análises atrás mencionadas. Através desta actividade de recolha de dados – que se baseará em entrevistas individuais e a pequenos grupos (ou, em alguns casos, em respostas escritas) – a equipa poderá melhor compreender as atitudes e perspectivas das partes interessadas com base na respectiva experiência. As quatro áreas de conteúdos básicos do inquérito sobre o actual estado da qualidade, e sua fundamentação, são as seguintes.

- **Contexto nacional da qualidade.** Para fundamentar a estratégia nacional para a qualidade, é útil conhecer a respectiva história, eventos e iniciativas que levaram à sua formação. Isso consiste em compreender o que já foi feito no domínio do planeamento, controlo, garantia e melhoria da qualidade, incluindo nos programas específicos de doenças ou populações. Conforme o grau de centralização ou fragmentação do sistema de saúde de um país, estas iniciativas poderão ser oriundas de diversas fontes, por exemplo, sector privado, financiamento dos doadores ou iniciativas locais, e serão influenciadas por vários factores políticos, económicos, demográficos e outros.
- **Política e planeamento.** A qualidade dos cuidados de saúde em todos os países é determinada pela política e representada através de alguns tipos de funções de planeamento estruturadas. Por exemplo, as prioridades nacionais são explicitamente identificadas, determinando, depois, a alocação de recursos a um nível alargado, afectando a prestação de serviços clínicos a nível local. Em paralelo, a definição de normas nacionais pode influenciar muito a adequação da tomada de decisões clínicas e a segurança das instituições onde as pessoas procuram os cuidados.
- **Regulação, governação e supervisão.** Esta é uma análise descritiva de como as funções formais e informais relacionadas com a liderança, governação e supervisão influenciam a qualidade. É importante realizar esta avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo os níveis nacional, estadual ou provincial, local, institucional e comunitário, assegurando a inclusão dos sectores público e privado. Os principais elementos a considerar são as estruturas e as responsabilidades pela qualidade, identificando cuidadosamente os pontos fortes e fracos dos factores legislativos, políticos e reguladores.
- **Actividades existentes para a avaliação e melhoria da qualidade.** É importante inventariar as actuais iniciativas relacionadas com a qualidade que decorrem em todo o país, aos níveis nacional, estadual ou provincial, local, institucional e comunitário. Esta análise pode conduzir a uma avaliação elucidativa das actuais capacidades e competências, identificando os “pontos fortes” e as lacunas.

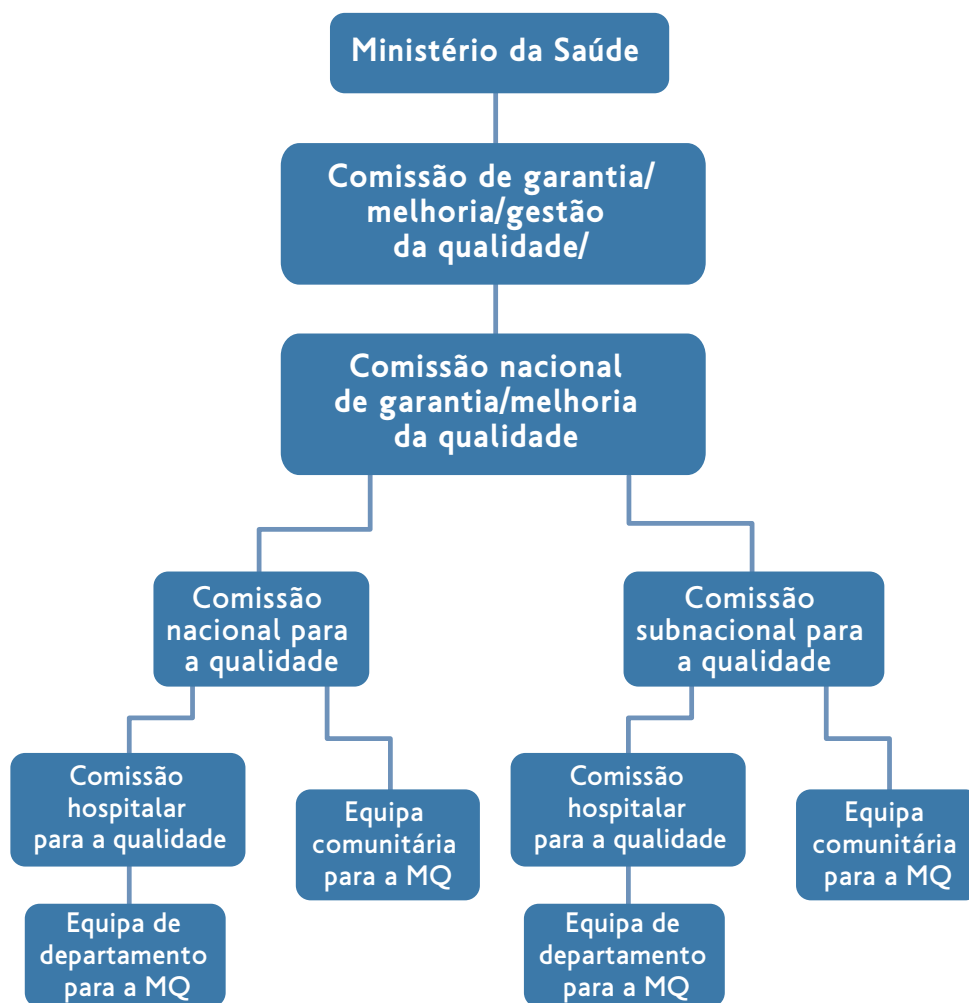
Resumo: análise da situação	
Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento da estratégia
• Seleccionar e desenvolver instrumentos para o processo de análise da situação • Identificar as principais partes interessadas a envolver • Recolher dados sobre as actividades existentes, planeamento do sistema de saúde, governação e supervisão, factores contextuais e percurso histórico da qualidade • Num processo com várias partes interessadas, analisar os dados necessários para fundamentar a selecção de prioridades, clarificação da governação e estruturas, concepção de intervenções e planos práticos para a monitorização e avaliação	• Resumo do processo de análise da situação • Principais resultados da análise da situação

5. Governação e estrutura organizacional para a qualidade

Há duas estruturas de governação que terão de ser consideradas. A primeira será uma estrutura de governação que criará, estabelecerá e aplicará a orientação da política nacional para a qualidade. A segunda será a governação e a estrutura organizacional que assume a responsabilidade de cumprir a estratégia e garantir a finalidade pretendida. A Parte I discute a primeira, esta secção concentrar-se-á mais na segunda.

As pessoas que participaram na redacção da estratégia têm, normalmente, papéis tácticos na catalisação da sua implementação. Para isso, é preciso definir claramente os papéis e as responsabilidades dos principais indivíduos e organizações designadas que irão supervisionar determinados aspectos da estratégia e a executarão no terreno.

A governação da estratégia dependerá igualmente de uma liderança e gestão específicas, especialmente para as iniciativas do nível nacional que pretendem chegar a regiões, unidades e comunidades locais. O fluxo da comunicação deve ter um canal claro, desde os pontos centrais para os descentralizados e vice-versa; a clarificação das estruturas de governação poderá assegurar que os defensores da melhoria da qualidade local e as equipas das unidades poderão contribuir significativamente para os processos subnacionais e nacionais. Os mecanismos existentes para a liderança, proximidade e comunicação do sector da saúde deverão facilitar a implementação estratégica da política, para evitar sistemas paralelos. Se esses canais não existirem, recomenda-se vivamente que eles sejam escritos no âmbito de um plano estratégico e depois institucionalizados. Os organigramas são importantes como instrumento visual que ajuda, tanto os actores internos como externos, a compreenderem o processo e o fluxo da estrutura de governação (ver exemplos de organigramas no compêndio) (Figura 2).

Figura 2. Exemplo de organigrama dos esforços nacionais para a qualidade

Para ajudar a equipa de formulação da estratégia a avaliar, tanto os activos como as insuficiências actuais da governação e para conceptualizar a estrutura pretendida, poderá ser útil considerar as seguintes perguntas.

Quem é actualmente responsável pelas funções relacionadas com a qualidade?

Isto pode ser discutido durante a análise da situação e os elementos do processo de envolvimento das partes interessadas, mas, muitas vezes, o quadro poderá ser complexo e pouco nítido. De notar que pode ser importante esclarecer as relações entre os ministérios da saúde, os organismos de acreditação ou licenciamento e as associações profissionais, e que acordos existem para gerir essas relações. Poderá ser útil mapear, não apenas os indivíduos e as organizações que são responsáveis em todo o sistema, mas também os recursos e os poderes que têm à sua disposição para cumprir essas responsabilidades. A estratégia poderá então ser usada para esclarecer os papéis e as responsabilidades, colmatar lacunas importantes, planear uma alocação apropriada de recursos e definir como o sistema trabalhará em colaboração.

Existe um organigrama?

Os organigramas podem ser um instrumento útil para mapear os processos, a responsabilidade e o fluxo da informação no seio de um sistema de saúde. Poderão existir organigramas que mostrem o modo como os actuais esforços nacionais para a qualidade estão organizados ou como se enquadram no sistema de saúde em geral. Como parte do processo de envolvimento das

partes interessadas, poderá ser útil determinar se existe um entendimento comum das estruturas da qualidade em todo o sistema, uma vez que actores diferentes poderão ter perspectivas alternativas. Quando se planeia a estratégia, é útil elaborar e publicar um organigrama e encorajar a repetição desse exercício aos níveis subnacional e de unidade de saúde, como meio de esclarecer os papéis e as responsabilidades. A confirmação desses organigramas pode igualmente ser usada para promover o debate sobre o modo como irá funcionar cada relação dentro da estrutura e se será necessário implementar medidas que reforcem cada órgão designado.

Existe uma responsabilização clara pela qualidade a todos os níveis da prestação de serviços?

Isto exige saber qual o significado de responsabilização aos diferentes níveis do sistema de saúde, como está a ser avaliada a qualidade dos cuidados para facilitar a responsabilização e que medidas existem ou são exequíveis para resolver as deficiências nos cuidados identificadas através de processos de responsabilização. A resolução desta questão poderá revelar a necessidade de a estratégia criar novas estruturas de responsabilização ou reforçar as já existentes e pode ajudar a assegurar que a estratégia poderá ser implementada a todos os níveis. É importante reconhecer aqui que a responsabilização não é um processo unidirecional e que ao desenvolver a estrutura e os processos de governação é preciso assegurar que eles facilitam a gestão descendente do desempenho e reforçam as ligações ascendentes entre as equipas de melhoria da qualidade, os órgãos subnacionais e as autoridades nacionais.

Quais as responsabilidades específicas de cada órgão ou posição?

A resposta a esta pergunta pode, mais uma vez, fazer parte dos elementos do processo de envolvimento das partes interessadas ou da análise da situação. Em particular, poderá ser útil não apenas mapear a situação actual, mas também identificar as lacunas ou os desafios em relação aos papéis e responsabilidades necessários para os elementos essenciais da estratégia que se pretendem. Especificamente, será útil examinar os papéis, mandatos e capacidades das associações profissionais, conselhos e órgãos oficiais similares, incluindo as suas relações com o ministério da saúde, os prestadores e entre si.

Que recursos existem e serão necessários?

A mudança organizacional e o reforço das capacidades organizacionais em todo o sistema de saúde poderá exigir recursos significativos. É útil determinar que recursos estão actualmente disponíveis para apoiar os esforços de governação, incluindo nos orçamentos existentes das principais partes interessadas (por exemplo, associações profissionais), e como poderão ser determinadas as prioridades para a utilização dos recursos, se necessário.

O actual ambiente legislativo é adequado à finalidade de apoiar a estratégia?

O funcionamento bem sucedido da estrutura de governação proposta depende de um ambiente legislativo favorável. Ele poderá já existir na forma de legislação específica para o sector da saúde, responsabilidades estatutárias dos organismos profissionais e reguladores e precedentes legais estabelecidos sobre questões importantes. Contudo, poderá ser necessário apresentar argumentos para a revisão ou reforço das leis existentes ou a criação de novos instrumentos legais para permitir uma implementação eficaz da estratégia. Este pode ser um processo difícil ou prolongado e, na verdade, poderá não ser uma prioridade inicial, mas é importante, no âmbito do processo de formulação da estratégia, considerar o impacto do actual ambiente legislativo e a potencial mais-valia de qualquer melhoria.

Como são representadas as comunidades, as organizações de doentes e as organizações comunitárias e religiosas no seio das estruturas existentes para a governação do sistema de saúde?

Embora as estruturas de governação variem na sua composição, um grupo que deveria estar representado é a “comunidade” – a população em geral ou os beneficiários da estratégia para

a qualidade. Embora seja importante ter o apoio das estruturas da liderança e do governo, são os utilizadores finais que contribuem de forma essencial para o processo mais vasto de melhoria da qualidade. É, por isso, importante dispor de um mecanismo que inclua essa voz na formulação da estratégia, mas a sua presença é igualmente importante para a implementação da estratégia e para garantir a responsabilização. Em toda a estrutura de governação proposta deverão existir mecanismos integrados para o envolvimento das comunidades; isso requer actividades específicas de formação das capacidades do sistema de saúde para facilitar o referido envolvimento. As cartas dos direitos dos doentes poderão ser um instrumento útil para ajudar a definir o papel dos doentes e suas famílias que interagem a nível da comunidade. Isso deverá estar alinhado com as leis e regulamentos nacionais, regionais e locais existentes que protegem os utentes dos serviços de saúde. Também deve ser considerada a inclusão sistemática da representação das comunidades nos órgãos de gestão da saúde a nível nacional, subnacional e das unidades de saúde, devendo igualmente existir um mecanismo para avaliar as reacções ao nível da comunidade. Serão apresentadas mais informações relativamente aos mecanismos de *feedback* e monitorização na subsecção 8 sobre indicadores de qualidade e medidas essenciais.

Resumo: estrutura de governação e organizacional para a qualidade	
Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento da estratégia
• Considerar atentamente as questões acima colocadas para garantir um exame eficaz das estruturas de governação e organizacionais existentes e das propostas para a qualidade • Conceber medidas apropriadas e práticas para garantir a responsabilização • Identificar as alavancas para garantia da implementação da estratégia a diferentes níveis do sistema de saúde	• Especificação de acordos de governação e responsabilização para a estratégia, incluindo um organigrama, se apropriado, e declaração explícita do papel da comunidade

6. Métodos e intervenções para a melhoria

A estratégia pode ser definida como um plano escolhido para proporcionar o futuro desejado para a consecução de determinados objectivos. O planeamento estratégico terá de identificar intervenções de melhoria da qualidade que possam dar resposta às prioridades nacionais e atingir os objectivos explícitos da qualidade. A selecção das intervenções para a qualidade deve ser acompanhada de um plano de implementação que seja prático, eficaz e sustentável.

A tarefa de conceber e implementar uma estratégia nacional poderá ser cada vez mais orientada por uma crescente base de evidências sobre o impacto de intervenções isoladas e combinadas. A literatura sobre os serviços de saúde, medicina clínica e ciências sociais refere-se a um grande número de intervenções que variam muito no que diz respeito a pressupostos subjacentes, recursos necessários e contexto em que foram implementadas. No entanto, muita da evidência publicada é oriunda de países de rendimentos mais elevados e requerem um estudo atento com base nos diferentes contextos dos países, regiões, estados ou províncias e comunidades. Infelizmente, a evidência ainda é escassa nos países de baixo e médio rendimento e concentram-se, muitas vezes, mais nos aspectos estruturais da qualidade, tais como as reservas de medicamentos, o que não é necessariamente esclarecedor da qualidade dos cuidados médicos (16). Por conseguinte, é importante compreender que se trata de um processo repetitivo e evolutivo que requer uma avaliação contínua das intervenções e instrumentos que estão a contribuir para melhorar os resultados da saúde, identificando em simultâneo os que não apresentaram resultados positivos ou que poderão mesmo estar a ter consequências imprevistas e não desejadas. Mesmo

com as lacunas reconhecidas na evidência disponível, ainda é possível usar a experiência, os conhecimentos e a ciência para identificar as intervenções que, provavelmente, irão produzir melhorias na qualidade. Uma abordagem desse tipo realça o valor da formulação de uma estratégia baseada na implementação, em que a estratégia pode ser um documento dinâmico que incorpore a experiência real em termos de implementação e dos anteriores esforços desenvolvidos para a qualidade. Os dinamizadores locais da melhoria da qualidade e as equipas das unidades poderão estar já a funcionar em alguns países e podem constituir uma fonte de informação local sobre o que eventualmente poderá funcionar e onde se poderão encontrar problemas no uso de certas intervenções. Dada a frequente limitação ao nível da evidência sobre as intervenções, a elaboração de uma agenda de aprendizagem activa é uma importante função de apoio a um programa nacional para a qualidade. No interior da estratégia, deve considerar-se o modo como a evidência pode ser gerada e a melhor forma de compreender, documentar e partilhar a aprendizagem.

Caixa 13. Avaliação externa, licenciamento e certificação

Uma vez que são os governos que financiam os esforços para a cobertura universal de saúde, é cada vez mais necessário avaliar e garantir a qualidade dos serviços pagos por fundos públicos. A **avaliação externa**, nomeadamente a acreditação, poderá consistir tanto numa auto-avaliação como na revisão externa do desempenho em função dos padrões existentes, e é, muitas vezes, um primeiro passo dos esforços nacionais para melhorar a qualidade. **Licenciamento** descreve um processo regulador aprovado pelo governo para conceder permissão e especificar o âmbito da prática dos cuidados de saúde por determinado indivíduo ou organização e que, normalmente, precede a acreditação. A **certificação** garante o reconhecimento – por parte de órgãos estatais, privados ou não governamentais – de organizações, pessoas, processos ou objectos que cumpram determinadas condições estabelecidas para o processo de certificação. Existe mais informação disponível na Sociedade Internacional para a Qualidade dos Cuidados de Saúde <https://isqua.org>.

Embora cada país exerça diferentes intervenções e actividades, há alguns conceitos que são relevantes em todos os sistemas de cuidados de saúde de diferentes países e que podem ajudar a comunicar e organizar uma estratégia nacional. Embora existam outras, indicam-se aqui três abordagens práticas para conceber, organizar e implementar intervenções para a qualidade conduzidas por vários países:

- Trilogia de Juran: um conceito para compreender o “panorama geral”;
- Selecção de intervenções: identificar a finalidade, tipo de acção e intervenções isoladas;
- Abordagem nacional com vários níveis: conceber acções a todos os níveis do sistema de cuidados de saúde.

A Trilogia de Juran: panorama geral

Um conceito frequentemente referido nos esforços para a melhoria dos cuidados de saúde é a Trilogia de Juran. A Trilogia de Juran compreende três abordagens separadas, mas relacionadas, que devem estar presentes numa estratégia nacional: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria da qualidade¹. Esta pode ser uma estrutura útil para conceptualizar os diferentes domínios que podem ser considerados ao seleccionar as intervenções. No contexto da saúde, a Trilogia de Juran, sublinha a necessidade de um planeamento e de uma formulação de políticas coerentes a nível nacional para definir o rumo a seguir, acompanhada por métodos operacionais que garantam que os processos críticos da prestação de serviços de saúde são concebidos de modo a funcionar e que as metas de desempenho estão a ser alcançadas e sustentadas.

Este conceito pode ser particularmente útil para os países, quando estes formulam as suas estratégias para a qualidade, reconhecendo que essas três funções – planeamento, controlo e melhoria – são necessárias e complementares. Por exemplo, na formulação da sua estratégia nacional de saúde para a qualidade, a Libéria usou as três componentes da Trilogia de Juran para analisar os esforços para a qualidade, anteriores e actuais, do sector da saúde para orientar a reflexão sobre onde centrar os recursos para as prioridades identificadas. Embora a melhoria da qualidade, muitas vezes, tenha beneficiado de precedência nos programas nacionais para a qualidade, é importante que os métodos e as intervenções contemplem os três imperativos – planeamento, controlo e melhoria – de forma complementar. Por exemplo, reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde não será possível, sem ter criado as políticas certas (planeamento), mecanismos robustos de prevenção e controlo das infecções (controlo) e abordagens apropriadas para mudar os comportamentos institucionais e individuais (melhoria).

Caixa 14. Aplicar a Trilogia de Juran para orientar a selecção das intervenções

Planeamento da qualidade

- Como podem ser ouvidas as vozes dos doentes e dos prestadores no planeamento das iniciativas para a qualidade?
- Que novos produtos e políticas são necessários nos diferentes níveis do sistema de saúde?

Controlo da qualidade

- Existem normas ou orientações publicadas?
- Que sistemas podem ser usados para promover e assegurar o desempenho do prestador e do sistema?

Melhoria da qualidade

- Que capacidades existem, nos diferentes níveis do sistema de saúde, para identificar e corrigir as deficiências e fragilidades no desempenho?

Seleção de intervenções

Talvez o desafio mais exigente para salvaguardar e melhorar a qualidade seja a selecção criteriosa das “intervenções” – políticas, programas, estruturas e outras acções implementadas em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde, para exercerem impacto sobre os resultados de saúde. Esta é reconhecida como uma tarefa difícil, para todos os países, por várias razões.

- A evidência é , muitas vezes, difícil de interpretar no que diz respeito à eficácia e impacto das intervenções.

1.

- A evidência é, muitas vezes, difícil de interpretar no que diz respeito à eficácia e impacto das intervenções.
- As ideologias e as crenças muitas vezes prevalecem sobre a evidência científica, mesmo quando estas existem.
- Poderão não existir peritos prontamente disponíveis para conceber intervenções específicas.
- As partes interessadas poderão criar resistência a certas acções (tais como, a apresentação pública dos dados do desempenho).
- Poderão não existir recursos disponíveis.

O universo de intervenções que exercem impacto sobre a qualidade é vasto e difícil de conceptualizar integralmente. Organizar estas intervenções poderá facilitar um entendimento comum e permitir melhores escolhas sobre quais as intervenções interdependentes que deverão ser seleccionadas em todos os países e em todos os sistemas de saúde. Sabemos que não existem “soluções mágicas”, nem infalíveis, e que é necessário uma combinação de intervenções que possam ser usadas em simultâneo numa estratégia complementar e integrada, para que a melhoria da qualidade prevaleça.

“Uma intervenção para a melhoria da qualidade é um processo de mudança nos sistemas, serviços ou prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de aumentar a probabilidade de uma qualidade clínica de cuidados avaliada por resultados positivos na saúde dos indivíduos e das populações.”

(Agência para a Investigação e Qualidade nos Cuidados de Saúde)

A lista de intervenções exemplificativas da Tabela 3 foi seleccionada por diferentes razões. As intervenções relacionadas com a qualidade são relevantes numa grande variedade de países em todo o mundo. São normalmente consideradas opções para a acção, têm alguma evidência que podem orientar a sua selecção e utilização e são intuitivamente razoáveis, podendo ser implementadas a vários níveis, desde pequenas clínicas ou unidades de cuidados de saúde primários até ao nível de um programa nacional.

Nessa medida, as intervenções para a qualidade terão de ser atentamente examinadas. A lista apresentada não é, de todo, exhaustiva; existem outras intervenções que poderiam facilmente ter sido incluídas. Este conjunto de intervenções foi seleccionado pelo seu potencial impacto na qualidade, reduzindo os danos, melhorando a prestação de serviços de cuidados de saúde na linha da frente e formando capacidades em todo o sistema para a melhoria da qualidade. As intervenções exemplificativas pretendem apontar algumas das opções e possibilidades disponíveis aos gestores, praticantes ou decisores políticos que pretendam fazer avançar com iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados. As intervenções são apresentadas com tanta simplicidade quanto possível, sublinhando os problemas mais evidentes. Contudo, nenhuma é simples de implementar e não devem ser vistas isoladamente – algumas destas intervenções estão interrelacionadas e, por isso, quando são implementadas em combinação umas com as outras poderão exercer um maior impacto.

À medida que há mais países a trabalhar no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, espera-se que surjam mais evidências e experiências específicas do contexto sobre “aquilo que funciona” e, por isso, recomenda-se que as últimas evidências, experiências e conhecimentos contextuais sejam tomados em consideração quando se procede à selecção das intervenções.

Tabela 3. Intervenções exemplificativas para a qualidade

Intervenção	Definição e aplicação
Ambiente do sistema	• O registo e licenciamento de médicos e outros profissionais, bem como de organizações de saúde é, normalmente, considerado determinante-chave e base de um sistema de saúde com bom desempenho. • A avaliação externa e a acreditação são o reconhecimento público, por um organismo externo (sector público, com ou sem fins lucrativos), do nível de desempenho de uma organização, através de um conjunto essencial de normas e padrões predefinidos. • A governação clínica é um conceito utilizado para melhorar a gestão, responsabilização e prestação de cuidados de saúde de qualidade. Integra a auditoria clínica, gestão do risco clínico, envolvimento do doente ou utente do serviço, formação e evolução profissional, investigação e desenvolvimento da eficácia clínica, utilização de sistemas de informação e comissões institucionais de governação clínica. • A notificação pública e a avaliação comparativa são estratégias utilizadas frequentemente para incrementar a transparência e a responsabilização, em questões de qualidade e custos, nos sistemas de cuidados de saúde, através da disponibilização de informação comparativa sobre desempenho aos consumidores, contribuintes, organizações e prestadores de cuidados de saúde. • Financiamento e contratação baseada no desempenho é uma expressão genérica utilizada para o pagamento dos prestadores de cuidados de saúde com base num determinado conjunto de medidas de desempenho. É cada vez mais utilizado como alavanca da qualidade. O montante dependente do desempenho é muitas vezes uma subcomponente do pagamento integral, podendo basear-se em várias modalidades de financiamento. • A formação e supervisão do pessoal estão entre as intervenções mais comuns para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde nos países de baixo e médio rendimento. • A regulamentação dos medicamentos, para assegurar medicamentos, vacinas e dispositivos médicos com garantia de qualidade, seguros e eficazes é fundamental para um sistema de saúde funcional. A regulamentação, nomeadamente, a vigilância pós-comercialização é necessária afim de eliminar os medicamentos de qualidade inferior e os falsificados, com base nas normas e padrões internacionais.
Redução de danos	• A inspecção das instituições com vista às normas mínimas de segurança pode ser utilizada enquanto mecanismo para garantir a existência de capacidades de base e recursos para manter um ambiente clínico seguro. • Os protocolos de segurança, como o da higiene das mãos, fazem face a muitos riscos evitáveis que ameaçam o bem-estar dos doentes e causam sofrimento e danos. • As listas de verificação de segurança, nomeadamente as listas de verificação da OMS para a Segurança Cirúrgica e para o Tratamento de Traumatismos, podem ter um impacto positivo na redução, tanto de complicações clínicas como da mortalidade. • A notificação de eventos adversos documenta uma ocorrência clínica indesejada num doente, resultante de serviços de saúde específicos ou durante exames médicos num contexto de cuidados clínicos. Deverá estar relacionada com um sistema de aprendizagem.

Melhoria dos cuidados clínicos	• Os instrumentos de apoio à decisão clínica disponibilizam conhecimentos e informação específica sobre o doente (automatizada ou em papel) em momentos adequados para potenciar a prestação de cuidados de saúde de primeira linha. • As normas, “vias rápidas” e protocolos clínicos são instrumentos utilizados para orientar cuidados de saúde baseados em evidência que há décadas foram implementados a nível internacional. A via rápida clínica (clinical pathway) é cada vez mais utilizada para melhorar os cuidados prestados em diversas patologias com grande afluência de doentes. • A auditoria clínica e feedback é uma estratégia de melhoria dos cuidados ao doente, através da monitorização da adesão a normas e orientações claras, juntamente com o fornecimento de <i>feedback</i> útil e atempado sobre a prática clínica. • A análise da morbilidade e mortalidade constitui um mecanismo de aprendizagem colaborativa, bem como um processo transparente de escrutínio para os médicos analisarem, sem receio de serem culpabilizados, a sua prática e identificarem áreas que careçam de melhoria, tais como os resultados de saúde e os eventos adversos. • Os ciclos de melhoria colaborativa e baseados em equipas constituem um método formalizado que reúne várias equipas de diferentes hospitais ou clínicas para trabalharem em conjunto, visando melhorar determinada área num determinado período de tempo. Os mecanismos de aprendizagem mútua têm um papel cada vez mais preponderante nas organizações de cuidados de saúde.
Envolvimento e capacitação do doente, família e comunidade	• O envolvimento e capacitação da comunidade com carácter formal refere-se à contribuição, activa e intencional de membros da comunidade, para a saúde da população de uma comunidade e para o desempenho do sistema de prestação de cuidados de saúde. Pode funcionar como mecanismo adicional de responsabilização. • Literacia em saúde é a capacidade de obter e compreender a informação básica de saúde necessária à tomada de decisões, de forma consistente e adequada, por parte dos doentes, famílias e comunidades mais alargadas. Está intimamente ligada à qualidade dos cuidados de saúde. • A tomada de decisão partilhada é muitas vezes utilizada para ajustar, com maior adequação, os cuidados às necessidades e preferências dos doentes, visando uma melhor adesão do doente, bem como minimizar a prestação de cuidados desnecessários no futuro. • O apoio inter-pares e dos grupos de doentes com doenças específicas estabelecem ligações entre pessoas que vivem em situações clínicas semelhantes, visando a partilha de conhecimentos e experiências. Geram apoio emocional, social e prático para a melhoria dos cuidados clínicos. • A experiência do doente em matéria de cuidados de saúde mereceu uma atenção especial enquanto base do planeamento da melhoria dos cuidados clínicos. As medidas indicadas pelo doente são importantes em si mesmas; os doentes com experiências mais positivas participam mais nos seus cuidados, o que pode contribuir para melhores resultados. • Os instrumentos de auto-tratamento do doente são tecnologias e técnicas utilizadas pelos doentes e pelas famílias para tratar os seus problemas de saúde fora das instituições formais. São cada vez mais vistos como meios de melhorar os cuidados clínicos.

Abordagem nacional para a qualidade em vários níveis

A responsabilidade da qualidade dos cuidados de saúde está presente em múltiplos níveis hierárquicos em todos os países. De uma forma geral, existem, pelo menos, cinco níveis em que as actividades se realizam e a responsabilização para a qualidade existe (17-19), apesar de poderem ser identificados outros, conforme o contexto específico, por exemplo em países com uma forte gestão do sistema de saúde sub-regional. Na selecção de intervenções, pode efectuar-se um exercício para identificar as funções necessárias por nível do sistema de saúde, contribuindo para a garantia de que as estratégias são abrangentes e apropriadas a nível local. Os cinco níveis podem ser descritos como se segue (Figura 3).

- As funções a nível nacional incluem a formulação de políticas, a construção de infraestruturas, mobilização de recursos e responsabilização perante o público.
- A um nível subnacional (região, província, estado), geralmente existem funções de racionalização da política nacional para as necessidades contextuais de uma região, bem como macrogestão e monitorização do desempenho.
- Muitas vezes, as comunidades apenas podem agir no interesse colectivo dos doentes e cidadãos individuais ouvindo as suas opiniões, procedendo à governação no seio dos mecanismos da sociedade civil, bem como monitorizando e garantindo a responsabilização.
- As entidades institucionais, nomeadamente, hospitais, clínicas e dispensários, são responsáveis pela boa governação, operações competentes e gestão para fazer face às necessidades dos doentes, famílias e comunidade.
- É nos encontros individuais, entre o prestador dos cuidados de saúde e o doente, que os cuidados têm de ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas.

Algumas funções podem figurar nos vários níveis, por exemplo na agenda da aprendizagem, na liderança e na gestão dos dados.

Figura 3. Actividades exemplificativas nos cinco níveis da hierarquia



Fonte: Adaptado de Leatherman e Sutherland.

A Figura 4 mostra um exemplo de “pirâmide” de todos os níveis de um sistema de cuidados de saúde do projecto mexicano de estratégia nacional para a qualidade, publicado em 2016. O quadro de intervenções pode ser aplicado numa pirâmide destas para demonstrar de que forma as medidas específicas de cada um dos cinco níveis criam uma estratégia abrangente para a qualidade em todo o sistema.

Figura 4. Quadro de intervenções em cada nível da hierarquia: México



Fonte: Estratégia nacional para a qualidade, México, 2016

Resumo: Intervenções para a melhoria

Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento estratégico
• Planear o processo de selecção das intervenções para a melhoria. Tal pode incluir a análise de evidências actuais, o envolvimento das partes interessadas com vista à obtenção de informação sobre a implementação em curso e a utilização de abordagens como a Trilogia de Juran, juntamente com contributos técnicos especializados • Mapear as intervenções segundo as metas e prioridades identificadas, afim de garantir que as acções são orientadas para a sua consecução • Conduzir uma análise pormenorizada das intervenções exemplificativas para verificar se são práticas e exequíveis • Identificar o responsável pela implementação	• Esboço das intervenções escolhidas e da forma como elas irão abordar as prioridades identificadas • Descrição pormenorizada das intervenções, nomeadamente, recursos necessários, prazos e responsabilidade pela implementação; pode ser apresentada com maior pormenor num plano operacional

7. Sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados

Os sistemas de informação de saúde são uma componente necessária da transformação da prestação dos serviços de saúde (20), o que, no fundo, é a principal finalidade da estratégia de qualquer país para a qualidade. Nesse sentido, é fundamental um conhecimento consistente em matéria de sistemas de informação para a formulação de uma estratégia para a qualidade. Melhorar a qualidade depende sempre da existência de dados de medição do desempenho claros e precisos, seja a nível individual de médicos e prestadores de cuidados, seja ao nível mais alargado das populações. Assim, a formulação de uma estratégia nacional para a qualidade implicará inevitavelmente a ênfase em sistemas essenciais para a recolha de informação, medição e reporte, bem como a existência de um circuito de *feedback*.

A maioria dos países de todo o mundo, muitos deles de elevado rendimento, admite que as fontes de informação e as métricas dos seus sistemas de informação de saúde não são os ideais. Em contrapartida, também é verdade que existem sempre dados suficientes para, pelo menos, começar. Existem sempre entradas de dados essenciais, de alguma forma e em certa medida, mas a quantidade, qualidade e rigor desses dados varia de acordo com a região geográfica e o nível do sistema de cuidados de saúde; por exemplo, os dados hospitalares são, geralmente, melhores do que os dados dos cuidados de saúde primários. A Caixa 15 fornece exemplos de perguntas que podem ser utilizadas na avaliação das actuais fontes de informação/dados.

Caixa 15. Exemplos de perguntas essenciais à avaliação das actuais fontes de informação/dados

- Quais são as actuais fontes de informação/dados dos cuidados de saúde (ex.: SGIS, doadores)?
- A informação é fiável e completa?
- Que métricas estão a ser recolhidas em cada fonte de informação/dados?
- Que factores devem ser considerados quando se utilizam os registos clínicos dos doentes (ex.: disponibilidade, fiabilidade)?
- Qual o “movimento” da informação/dados (quem os recolhe, para que efeito e para onde são reportados)?
- É dado *feedback* às unidades e aos prestadores individuais?
- Existem quadros para as medições?
- Quais as normas de cuidados ou protocolos existentes que têm métricas específicas acompanhadas de metas numéricas?

O *feedback* e o reporte de dados estão a evoluir rapidamente no mundo, com expectativas crescentes de transparência e responsabilização por parte do público relativamente aos sistemas de saúde. Dada a complexidade, os custos e o prestígio em causa, na avaliação e notificação dos dados de desempenho, torna-se fundamental definir finalidades e princípios transparentes, tais como (a) principal público a que se destina (por exemplo, reguladores, prestadores, doentes que seriam afectados ou implicados; (b) utilização pretendida (por exemplo, por prestadores para melhorarem os cuidados prestados aos doentes ou por reguladores para avaliarem o cumprimento das normas) e (c) protecção de dados (por exemplo, proteger os prestadores individuais revelados e identificados pelos dados de desempenho, ponderando igualmente a responsabilização do sistema).

Combater a escassez de dados, assim como as complexidades dos sistemas de informação de saúde, pode rapidamente sobrecarregar os responsáveis pela formulação e implementação de um sistema de informação capaz de sustentar a estratégia nacional para a qualidade. Os responsáveis políticos e estratégias irão precisar de um considerável contributo técnico nesta

fase. Dividir a tarefa em partes que sejam geríveis pode ajudar a definir a acção estratégica. Isto implica compreender a situação actual, identificar o estado ideal e depois elaborar um plano que constitua uma ponte entre o estado actual e o futuro estado ideal, no que respeita aos dados e medições nos vários níveis do sistema de cuidados de saúde.

Estado actual dos dados e da medição nos vários níveis do sistema de cuidados de saúde

O primeiro passo é identificar que informação está a ser recolhida e de que forma pode ser consultada e, sobretudo, que relação entre si (interoperabilidade), para que a qualidade possa ser medida nas diferentes áreas. Por exemplo, são necessárias ligações entre a cadeia de abastecimento, rupturas de stock a nível das unidades e qualidade da prestação de cuidados de saúde. Uma fonte de informação/dados potencial para a monitorização da qualidade são os SGIS de rotina, possíveis sob a forma de um sistema electrónico que pode ser interrogado para ter acesso a uma diversidade de dados nos diferentes níveis do sistema de saúde (por exemplo, o muito utilizado DHIS 2). Outros dados recolhidos por rotina para aferir e identificar lacunas na melhoria da qualidade podem ser os recolhidos em visitas de supervisão ou a informação/dados financeiros das seguradoras. Outras fontes de informação/dados úteis recolhidos com menor regularidade incluem inquéritos normalizados para aferir a preparação das unidades (por exemplo, avaliação da prestação de serviços, disponibilidade e avaliação da prontidão do serviço, indicadores da prestação de serviços), inquéritos às famílias acerca da cobertura de serviços ou doenças específicas (por exemplo, inquérito de indicadores múltiplos agregados, WASH) ou fontes de informação/dados mais gerais (por exemplo, inquéritos demográficos e de saúde). Para além disso, podem existir sistemas *ad hoc* de notificação de dados que contribuam para a melhoria da qualidade, por exemplo, os inquéritos locais sobre saúde, que exploram problemas específicos mais detalhadamente. A Caixa 16 resume as várias fontes de informação/medição da qualidade disponíveis na maioria ou totalidade dos países.

Caixa 16. Potenciais fontes de informação/medição da qualidade disponíveis em muitos países

Registos médicos individuais dos doentes (em papel ou formato electrónico)

SGIS de rotina

Inquéritos a nível das unidades:

- amostra do inquérito normalizado nacional
- inquéritos de rotina de supervisão ou monitorização
- avaliação externa, inspecção e acreditação

Inquéritos às famílias

Programas de seguros

Questionários dirigidos ao público e aos doentes e análises ou inquéritos electrónicos

Registos médicos (nas unidades ou na comunidade)

Outros dados recolhidos por rotina, entre eles, avaliações do desempenho e supervisão de apoio

Existem, no entanto, áreas em que é frequente faltarem informações/dados nas fontes actuais. Entre elas, a qualidade da experiência e satisfação do doente, a competência do prestador dos cuidados de saúde, a gestão, coordenação e o seguimento entre os postos de prestação de cuidados, a qualidade no sector privado e a qualidade dos cuidados prestados pela comunidade. Trabalhar para garantir que estas áreas são medidas, de forma sistemática, é importante para fortalecer os SGIS, enquanto parte de uma estratégia abrangente para a qualidade.

Ao avaliar o estado actual dos sistemas de informação/dados e de medição, importa considerar não apenas que fontes existem, mas também a forma como os dados estão a ser utilizados.

Por exemplo, a que níveis do sistema de saúde os dados são recolhidos e analisados e se existe *feedback* para o sistema, de forma a possibilitar a mudança de comportamentos, metas, prioridades e medições. É igualmente importante observar se as diversas partes do actual sistema, incluindo os sistemas de informação/dados de cada programa de doenças, são complementares e compatíveis ou se existe uma sobrecarga do sistema provocada por dados contraditórios ou duplicados das diferentes partes interessadas.

Definição do que seria o estado “ideal”

São cinco as capacidades básicas integradas, de análise e reporte, necessárias no apoio à estratégia nacional para a qualidade:

- um sistema nacional hierárquico de recolha de informação, análise e reporte de dados (SGIS);
- conjuntos de dados que espelhem o estado da qualidade nos diferentes níveis do sistema de saúde;
- apoio à decisão clínica e sistemas de gestão do conhecimento para os profissionais de saúde;
- monitorização da qualidade e sistemas de *feedback* para avaliar o desempenho individual com base em padrões ou metas e dados comparativos para aferição;
- reporte com vista à transparência e à responsabilização.

As equipas de formulação das estratégias, apoiadas por especialistas em informação e dados, podem identificar requisitos mínimos do sistema de informação em cada uma destas capacidades, cruzando-os com as prioridades identificadas para a estratégia.

Elaboração de um plano que estabeleça uma ponte entre o estado actual e o futuro estado ideal

Não é preciso esperar pela “reparação” dos sistemas de informação deficientes ou das onnipresentes falhas dos dados. É possível começar com o que está disponível, ao mesmo tempo que se trabalha num plano concreto de longo prazo para a necessária evolução da recolha de informação e análise de dados. Embora os sistemas de informação e dados de saúde actuais, mesmo que limitados, possam servir de base à identificação de prioridades e à formulação da estratégia, há planos que podem ser criados, enquanto parte dessa estratégia, para que um maior reforço do sistema de dados possa colmatar quaisquer lacunas entre as fontes disponíveis à data e as necessárias para a situação ideal. É óbvio que alcançar o estado ideal pode ser um processo complexo e de utilização intensa de recursos e, por isso, poderá ser necessário que esses planos atribuam prioridade à criação de novos sistemas, que serão úteis para uma implementação bem sucedida da estratégia para a qualidade, devendo igualmente determinar quais os recursos necessários. Podem ser privilegiadas as medidas de reforço dos sistemas existentes, ao invés de criar novos processos, bem como aquelas que são fundamentais para apoiar outras intervenções prioritárias salientadas na estratégia (por exemplo, o financiamento baseado no desempenho requer a medição fiável do desempenho do prestador).

O maior desafio para muitos países é a existência de demasiados dados de qualidade variável com lacunas na medição de áreas importantes, entre elas, a competência do prestador e a experiência por parte do doente. É premente a necessidade de melhorar a informação/dados (qualidade da informação/ dados) – mais exactos, completos, substanciais e mobilizáveis. Muitos países têm também de trabalhar no sentido de uma melhor identificação e medição de áreas sensíveis, em que a informação não está à data a ser recolhida, reduzindo simultaneamente a carga de informação, deixando de recolher e analisar aqueles que não são utilizados e têm baixa prioridade.

A apreciação integral dos sistemas de informação/dados existentes e a planificação das melhorias poderão exigir um apoio técnico especializado que esteja para além da capacidade das equipas de preparação da estratégia nacional para a qualidade. Nesta matéria, o papel da estratégia não é o de apresentar um plano pormenorizado para melhorar esses sistemas, mas sim o de garantir que a sua importância é claramente reconhecida e que são dados os primeiros passos no sentido da identificação e resolução de lacunas importantes.

Resumo: sistemas de gestão da informação de saúde e sistemas de dados	
Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento estratégico
• Elaborar um inventário do estado actual da informação, dos dados e medição nos vários níveis do sistema dos cuidados de saúde • Definir como seria o estado “ideal” • Elaborar um plano que constitua uma ponte entre o estado actual e o futuro estado ideal	• Esboço das melhorias necessárias ao sistema de informação/dados e cronograma para a respectiva concretização • Descrição da forma como os actuais sistemas serão usados na medição da qualidade, na monitorização do desempenho dos prestadores e profissionais e no apoio à tomada de decisão.

8. Indicadores de qualidade e medidas essenciais

Transpor uma política para a prática requer que os países identifiquem medidas fundamentais em matéria de qualidade, em todos os níveis dos cuidados de saúde e dimensões da qualidade. Todos os países estão actualmente envolvidos na medição de muitas componentes dos seus sistemas de saúde, muitas vezes através da monitorização e avaliação e dos SGIS de rotina, conforme descrito na subsecção 7 supra, e não raramente através de sistemas paralelos desenvolvidos por doadores. Apesar disso, regista-se um reconhecimento crescente da necessidade de harmonização dos indicadores e sistemas, com vista à criação de melhor informação que oriente as políticas, a tomada de decisão e a melhoria dos serviços de saúde.

Fazê-lo de forma eficaz exigirá o contributo e a coordenação entre algumas das principais partes interessadas com várias competências. Entre elas, decisores políticos, gestores da saúde, profissionais de saúde, SGIS/TI com equipas de monitorização e avaliação e, de realçar, a comunidade mais alargada de doentes e sociedade civil. Para além disso, é cada vez mais reconhecida a importância de integrar plenamente o sector privado, como forma de garantir que a medição e reporte da qualidade se aplica a todas as populações servidas.

Esta secção, que deverá ser lida em articulação com a subsecção 7, apresenta ideias sobre a forma de definir uma direcção estratégica em matéria de medição da qualidade, exemplos de conjuntos de indicadores de qualidade, trabalhos em curso respeitantes à forma de maximizar a utilização dos dados e ponderação de áreas em que é necessário analisar melhor o que importa medir. A medição da qualidade dos cuidados de saúde é um domínio em rápida evolução; instrumentos e recursos estarão constantemente a surgir para incrementar e melhorar a utilidade da recolha, medição e reporte de dados.

Uma estratégia abrangente para a qualidade inclui um plano para a sua monitorização, *feedback* e avaliação global dos progressos que estão a ser feitos rumo às metas nacionais. O objectivo dos indicadores de qualidade nacionais é avaliar os objectivos, através de um conjunto de indicadores específicos, os quais podem ser utilizados para medir o sucesso da própria estratégia e apoiar os esforços, a todos os níveis do sistema dos cuidados de saúde, com vista a empreender acções que visem a monitorização continua e a melhoria. O papel da medição nos esforços nacionais para a qualidade inclui:

- a monitorização para a adesão mediante normas e orientações
- *feedback* aos prestadores sobre as actividades de melhoria da qualidade
- transparência e responsabilização perante o público
- ponto de referência para compreender o desempenho comparativo
- aquisições e contratos estratégicos ou baseados em valores
- monitorização da eficácia das intervenções para a qualidade.

Uma tarefa primordial de qualquer estratégia nacional para a qualidade é a criação de capacidades de medição e avaliação, o que requer a definição de um quadro nacional para os indicadores da qualidade. A escolha dos indicadores para esse quadro deverá basear-se nas prioridades, necessidades e capacidade existentes no país para a análise de dados. O processo para a criação do quadro varia de país para país. De qualquer modo, indicam-se em baixo uma série de passos importantes que podem contribuir para a criação desse quadro nacional.

Análise de indicadores mundiais e periciais e exemplificativos

Muitos países debateram-se com a escolha de um conjunto de indicadores que possam ser fiáveis e eficazmente recolhidos, que reflectam o verdadeiro estado da qualidade dos cuidados de saúde e sejam úteis para monitorizar e melhorar essa qualidade. Para apoiar tais esforços, uma série de organizações reuniu grupos de peritos para sugerirem conjuntos de indicadores, incluindo informação acerca da forma de os recolher e analisar. Aceder a estas listas exemplificativas pode ser útil para as equipas de formulação da estratégia nacional para a qualidade, como forma de definir uma linha de rumo relativamente à escolha de indicadores que estejam alinhados com os objectivos e prioridades estabelecidos na estratégia. Outras informações sobre conjuntos exemplificativos de indicadores encontram-se disponíveis em recursos incluídos no compêndio. É provável que sejam desenvolvidos outros conjuntos de indicadores, como resultado dos esforços mundiais em curso para a qualidade dos cuidados de saúde.

Catálogo e avaliação dos indicadores de qualidade existentes

Para assegurar a melhor utilização possível dos sistemas existentes e o alinhamento com as actuais prioridades nacionais de saúde, é importante catalogar e compreender os indicadores de qualidade existentes e recolhidos nos países, assim como os sistemas de informação/dados que integram estes indicadores ou a partir dos quais os dados são obtidos. É crucial entender se os dados são efectivamente utilizados, o que significa que eles são recolhidos para a medição válida de um indicador, e se existe um circuito de *feedback* que possibilite a análise, reporte, aprendizagem e introdução de mudanças que melhorem o desempenho. Para compreender o estado actual dos sistemas de dados e indicadores de qualidade, são fundamentais os passos que se seguem:

1. catalogar as diferentes fontes de informação/dados existentes que podem ser utilizadas para os indicadores de qualidade. Entre elas, as fontes de informação/dados dos SGIS, dados dos doadores, registos clínicos, inquéritos aos doentes e relatórios de acreditação;
2. definir que quadros existentes para as métricas e indicadores de qualidade estão a ser utilizados à data;
3. catalogar, em cada fonte de dados, as métricas de qualidade específicas que estão a ser recolhidas à data;
4. classificar os dados, através da avaliação da sua exactidão e da quantidade e qualidade dos mesmos.

Uma vez analisado e avaliado o estado actual dos sistemas de informação/dados e indicadores de qualidade, pode elaborar-se um quadro novo ou revisto que corresponda à estratégia nacional para a qualidade. Ao construir um quadro nacional para medidas de qualidade, enquanto parte da estratégia nacional, recomenda-se que as métricas da qualidade existentes sejam utilizadas tanto

quanto possível, para o melhor alinhamento possível com os actuais sistemas de notificação e para a redução ou minimização da quantidade de dados. Na Caixa 17, apresentam-se 10 critérios de apoio a este processo, os quais podem ser usados para dar prioridade aos indicadores de qualidade existentes ou para medidas a incluir num quadro nacional de indicadores de qualidade.

Caixa 17. Dez critérios para a avaliação de um conjunto essencial de indicadores de qualidade

Prioridade de saúde - O indicador mede uma prioridade de saúde específica?

Extensão do impacto - Qual a extensão do impacto da medição deste indicador (ex.: resultados clínicos de toda a população)?

Base de evidência - Existe evidência credível e suficiente para este indicador ser consensual?

Defensibilidade - Este indicador é defensável tanto numa perspectiva científica como naquela que os decisores políticos consideram importante?

Exequibilidade - O que é exequível, considerando os dados já recolhidos? Que grau de facilidade teria a sua implementação?

Exactidão - Os dados recolhidos através deste indicador são exactos?

Accionabilidade - São possíveis medidas claras e mudanças no comportamento individual, institucional ou sistémico, quando observado este indicador?

Comparabilidade - Este indicador pode ser comparado com um padrão ideal ou com outros países, ou entre regiões?

Credibilidade - O indicador é credível para aqueles que precisam de tomar medidas e para aqueles cujo desempenho está a ser medido e comparado?

Clareza - O indicador é descrito em termos claros e inequívocos?

Quadros conceptuais para a selecção dos indicadores de qualidade

Para apoiar a criação de um quadro abrangente de medição da qualidade, existem várias formas de conceptualizar essa medição em todo o sistema de saúde. Entre elas:

- **dimensões da qualidade:** por exemplo, as que constam da secção de definições deste manual ou um conjunto de domínios definidos localmente;
- **estrutura/processo/resultado:** as três áreas de Donabedian - estrutura (incluindo os sistemas), processo e resultados (de saúde e da experiência e satisfação do doente) (21);
- **organização do sistema de saúde:** incluindo os níveis dos cuidados de saúde (primários, secundários e terciários), estruturas de gestão (ao nível das unidades, distrital, nacional, etc.) e o ciclo dos cuidados (da promoção da saúde aos cuidados paliativos);
- **grupos de doenças e populações:** causas significativas dos fardos das doenças e principais populações afectadas.

As equipas de formulação da estratégia podem ponderar estes quadros conceptuais na identificação dos aspectos que devem ser considerados num quadro de medição da qualidade. Pode, depois, realizar-se um exercício de mapeamento para atribuir a cada componente as medidas adequadas de entre as listas exemplificativas e conjuntos de indicadores nacionais existentes, identificando quaisquer lacunas que tenham de ser colmatadas pelas medidas recém-criadas.

Resumo: indicadores de qualidade e medidas essenciais	
Acções para a equipa de formulação da estratégia	Conteúdo do documento estratégico
• Analisar as listas exemplificativas de indicadores definidos por peritos e existentes noutros países • Catalogar e avaliar os indicadores de qualidade nacionais disponíveis • Definir as etapas principais na elaboração de um quadro nacional de medição da qualidade • Mapear as medidas de qualidade disponíveis e sugeridas face ao quadro e planejar a criação de medidas específicas para colmatar as lacunas	• Esboço do quadro nacional para a medição da qualidade • Plano para a monitorização, avaliação e responsabilização • Medidas aperfeiçoadas, através de teste de um conjunto preliminar e promovendo acções para colmatar as lacunas nas capacidades de medição

ELABORAÇÃO DE UM PLANO OPERACIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO

As estratégias nacionais para a qualidade podem ser complementadas com planos operacionais que indiquem exactamente as medidas práticas, os recursos, as responsabilidades e o calendário para a implementação da estratégia. O seu desenvolvimento recorrerá aos mesmos processos utilizados nos domínios dos oito elementos da PENQ, centrando-se na forma como serão implementadas as medidas identificadas.

Visão geral e fundamentação

Formular a política para a qualidade e depois conceber uma estratégia nacional para a qualidade é uma atividade complexa. O plano operacional define etapas e tarefas precisas que têm de ser empreendidas, clarifica os papéis e as responsabilidades, fixa prazos precisos e atende a considerações de carácter financeiro ou relativas a recursos. Cada país decidirá a calendarização adequada para o plano operacional, optando frequentemente por uma outra classificação e pelo planeamento a curto prazo *versus* medidas a mais longo prazo e identificando etapas decisivas. Um plano operacional pode ser uma ajuda significativa na divulgação e execução da estratégia e uma garantia de que o documento não é simplesmente “posto na prateleira”. Pode também ajudar a traduzir a estratégia nacional em planos operacionais subnacionais para promover a disseminação para todo o sistema, sublinhando a necessidade de ligações estreitas entre os planos nacionais e subnacionais. Enquanto a estratégia em si visa promover a coesão entre as partes interessadas do sistema de saúde, alinhar metas e prioridades para a qualidade e identificar as principais alavancas para atingir essas metas, o plano operacional age a um nível mais profundo, definindo explicitamente tarefas, papéis, calendários e considerações financeiras. O compêndio de instrumentos anexo contém um modelo de plano operacional.

Quando e como deve ser elaborado o plano operacional?

Um plano operacional é, normalmente, desenvolvido após a ratificação formal do documento político e estratégico pela estrutura responsável (direcção, unidade ou grupo de trabalho) pela qualidade e melhoria da qualidade. Os países podem ter já o seu próprio processo para a elaboração de planos operacionais. Normalmente, trata-se de um plano anual que corresponde ao ciclo de planeamento financeiro do país. A um nível mais elevado, um plano operacional que apoia a orientação nacional para a qualidade deve começar com os objectivos e metas globais estabelecidos pela política e estratégia. Os elementos a considerar no plano operacional incluem: (a) por onde começar (por exemplo, há que começar por determinados testes ou testes piloto em

localizações geográficas específicas?); (b) nível do sistema de saúde (por exemplo, começar com iniciativas nacionais *versus* iniciativas regionais, estaduais, ou locais); e (c) calendarizar e planificar a disseminação e expansão por todo o país.

A colaboração e a adesão a todos os níveis do sistema de saúde são decisivas na elaboração de um plano operacional. As acções específicas empreendidas serão difundidas a nível nacional, regional, distrital, das comunidades e das unidades de saúde.

Que elementos devem integrar o plano operacional?

A um nível mais elevado, o plano operacional deve dar resposta às questões que se seguem, as quais respeitam os objectivos e metas globais da estratégia nacional para a qualidade.

- Que tarefas e medidas devem ser implementadas?
- Como devem ser estabelecidas as prioridades das tarefas e medidas, caso os recursos disponíveis sejam limitados?
- Quem são as pessoas responsáveis por cada uma dessas tarefas e medidas?
- Quais os prazos para a conclusão dessas tarefas e medidas?
- Que quantidade e tipo de recursos têm de ser disponibilizados para a conclusão de cada uma dessas tarefas ou medidas?
- Que medidas de desempenho específicas devem ser recolhidas (por exemplo, trimestralmente) durante todo o plano operacional para avaliar o seu sucesso e efetividade?

No âmbito do plano operacional, a prioridade a estabelecer para as tarefas e medidas pode basear-se nas intervenções indicadas no documento da política e estratégia para a qualidade e no profundo conhecimento do estado actual da qualidade, assim como nos activos existentes a que se possa recorrer. Embora possa diferir de país para país, em termos gerais, um plano operacional estende-se por um período de um a dois anos.

INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS TÉCNICOS NA PENQ

Em última análise, qualquer estratégia nacional para a qualidade centra-se na obtenção de melhores resultados na área da saúde e na melhoria do desempenho do sistema de saúde, em dimensões da qualidade, tais como a eficiência, segurança, atenção no doente, prontidão, efetividade e equidade. A prossecução destes objectivos requer a elaboração de políticas necessárias à criação de um ambiente propício à abordagem de lacunas no sistema de prestação de serviços e à integração dos esforços de melhoria e medição de programas de saúde específicos, para determinadas doenças e/ou populações, que existem em todos os países, também conhecidos por programas verticais ou técnicos.

Uma estratégia nacional para a qualidade tem de abranger e incluir todas as populações e necessidades de cuidados de saúde, embora as prioridades sejam inevitavelmente identificadas. Integrar intencionalmente programas técnicos e específicos das doenças permite à estratégia nacional tirar partido dos já existentes pontos fortes e capacidades dos programas técnicos relacionados com a qualidade, garantindo também que esses programas não serão deixados a funcionar fora da estratégia nacional. Para além disso, a integração dos programas técnicos pode reforçar o compromisso com as organizações de doadores, possibilitar soluções locais com provas dadas, que contribuirão para a estratégia mais alargada, e conduzir a ganhos de eficiência na utilização de recursos limitados. Para os programas técnicos também pode haver vantagens significativas, nomeadamente, o potencial para a intensificação de esforços através de um programa nacional, ganhos a nível da eficiência no acesso a infraestruturas nacionais de saúde e melhoria dos resultados do programa, graças a um sistema mais forte.

Quer considerando programas de longa data, como o da saúde materna e infantil, quer iniciativas apoiadas por doadores, como os programas do VIH, os programas técnicos podem

simultaneamente abordar as melhores formas de organizar e prestar serviços de saúde individuais e melhorar e medir sistematicamente a saúde da população. Estes programas, sobretudo em países de baixo e médio rendimento, têm muitas vezes instaladas capacidades básicas relacionadas com a qualidade, mesmo antes de as estratégias nacionais para a qualidade terem sido desenvolvidas formalmente. Alguns exemplos dessas capacidades são: orientações e normas, percursos dos doentes, monitorização contínua dos resultados decorrentes da prestação de cuidados aos doentes e utilização de rotina de indicadores de qualidade e segurança.

A integração dos programas técnicos é, necessariamente, um processo de dois sentidos: as estratégias nacionais para a qualidade têm de ser responsáveis pelas actividades, activos e aprendizagem dos programas técnicos existentes, enquanto que os programas técnicos existentes devem esforçar-se para se ajustarem aos processos e prioridades nacionais para a qualidade.

Existe claramente um grande potencial de variação nos níveis de integração dos programas técnicos nas estratégias nacionais para a qualidade. Entre as opções para a integração, contam-se as seguintes:

- *O programa técnico é totalmente incorporado na estratégia nacional para a qualidade.* Isto garante o máximo alinhamento mas, provavelmente, é apenas possível para os actuais programas geridos pelo governo, cujo principal foco é a qualidade dos cuidados (por exemplo, pode existir um esforço nacional no domínio da saúde materna e infantil, facilmente integrável num esforço ao nível de todo o sistema, sem grandes perturbações).
- *Os programas técnicos podem funcionar como “guias” para as estratégias nacionais para a qualidade.* Neste cenário, os programas técnicos específicos podem ser utilizados no início ou no lançamento experimental da estratégia, para possibilitar ensaios de campo rápidos e a sua expansão, recorrendo a programas equipados com bons recursos. Nestas circunstâncias, há que assegurar que a estratégia não é dominada por uma única área técnica e que os benefícios abarcam todo o sistema.
- *A estratégia nacional para a qualidade e os programas técnicos podem ser explicitamente ligados ao nível estratégico.* Neste cenário, os programas técnicos mantêm a respectiva autonomia operacional, mas existe planeamento estratégico conjunto para garantir a utilização eficaz dos recursos e a persecução de objectivos comuns. Esperar-se-ia dos programas técnicos que referenciassem e subscrevessem, explicitamente, a estratégia nacional para a qualidade em futuros processos de planeamento.
- *Os programas existentes são reconhecidos e são delineados planos para uma futura integração.* Dadas a complexidade da integração de vários programas, um primeiro passo concreto será a estratégia nacional para a qualidade examinar e reconhecer programas técnicos relevantes, para garantir que não existe duplicação de esforços ou domínios de divergência relativamente a objectivos e actividades. Os programas técnicos seriam incentivados a alinhar, gradualmente, com a estratégia nacional para a qualidade e a estratégia poderia ela própria conter actividades concretas para o planeamento e operacionalização da integração.

O tipo de integração pode variar de um país para o outro e entre programas técnicos, mas alguns dos possíveis passos iniciais da equipa de formulação da estratégia são os seguintes:

- identificação de programas técnicos e verticais importantes, enquanto parte da análise da situação e do mapeamento das partes interessadas;
- envolvimento inicial, por parte dos parceiros da implementação relevantes, incluindo consultas com os programas técnicos sobre a forma de incrementar a aplicabilidade da estratégia para a qualidade, avaliação das capacidades dos programas para apoiar a estratégia de implementação e debate acerca das opções de integração;
- mapeamento das áreas de sobreposição ou divergência entre a proposta de estratégia nacional para a qualidade e os objectivos e actividades dos programas técnicos;

- contribuição de conhecimentos especializados e saberes técnicos em matéria de qualidade por parte do programa técnico para uma estratégia nacional para a qualidade recém-emergente ou ainda em evolução;
- integração de dados e sistemas de medição do programa técnico no quadro nacional de medição e nos sistemas de dados para a qualidade;
- garantia da troca de aprendizagens entre os esforços para a qualidade nos diferentes programas técnicos, através da supervisão estratégica gerada pela motivação nacional para a qualidade global;
- elaboração de um plano para o alinhamento e integração, incluindo um programa conjunto de trabalho, análise de desafios e oportunidades orçamentais ou um calendário para novas discussões.

PARTE III

INSTRUMENTOS E RECURSOS

Antecedentes

O presente manual oferece um panorama geral dos antecedentes, fundamentos e processo dos esforços desenvolvidos para formular uma política e estratégia para a qualidade dos cuidados de saúde, assim como sugestões de conteúdo dos documentos que delineiam tais políticas e estratégias. Pôr este processo em marcha carecerá de uma reflexão mais aprofundada de cada elemento. Para além disso, as necessidades, prioridades, capacidades, recursos e procedimentos para a formulação de políticas e estratégias diferem de país para país; será necessariamente diferente o apoio exigido por cada etapa do processo. A análise aprofundada de cada elemento do processo da PENQ pode ser apoiada por uma série de diferentes meios, nomeadamente, através do envolvimento de peritos externos ou da mobilização de outros instrumentos e recursos.

Entre os recursos que poderão apoiar as equipas de formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade contam-se estudos de casos nacionais, documentos com orientações mundiais produzidos pela OMS e outras organizações internacionais, revisões da literatura e instrumentos específicos, que podem ser adaptados e utilizados para recolher dados e desencadear e enriquecer o debate. A OMS, as organizações técnicas, as instituições académicas e os próprios países criaram diversos recursos desta ordem, muitos dos quais são publicados sem restrições de utilização e consulta, ou seja de livre acesso. Embora alguns sejam específicos da qualidade dos cuidados de saúde, outros serão mais genéricos, mas ainda assim importantes para o processo, como é o caso dos instrumentos para efectuar análises da situação ou avaliar os sistemas de informação de saúde.

Esta secção do manual não apresenta instrumentos e recursos para utilização directa, dado que muitos destes ocupam inúmeras páginas e constam de documentos já publicados. Em vez disso, destaca-se aqui a forma como os instrumentos e recursos podem ser seleccionados, acedidos e utilizados no apoio ao processo da PENQ, apresentando-se um resumo geral do compêndio de instrumentos e recursos, disponível para ser utilizado em conjunto com o manual.

O compêndio de instrumentos e recursos anexo é um documento mais pormenorizado com uma panorâmica global dos instrumentos e recursos que podem apoiar o processo da PENQ. O acesso, quer ao próprio compêndio, quer aos instrumentos e recursos, far-se-á através de um repositório no Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS.

Encontrar, seleccionar e utilizar instrumentos de apoio ao processo da PENQ

Embora o compêndio que acompanha este manual forneça uma selecção de instrumentos e recursos para aspectos prioritários do processo da PENQ, que será ampliada no futuro, ele não pretende apresentar uma lista exaustiva de todos os produtos relevantes. Em muitos casos, as pessoas que estão a formular políticas e estratégias nacionais para a qualidade podem considerá-lo útil para procurar, adaptar ou desenvolver outros instrumentos específicos para as necessidades do processo das suas PENQ, nomeadamente, os que respeitam a um elemento específico ou área técnica da PENQ, ou os que estão disponíveis em línguas locais. Este exercício não tem, necessariamente, de ser um processo complicado ou metodologicamente rigoroso e pode ser feito de forma relativamente rápida, sendo o objectivo acompanhar o processo na sua globalidade, ao invés de acrescentar um fardo desnecessário. A Caixa 18 enumera algumas fontes potenciais de instrumentos e recursos.

Caixa 18. Potenciais fontes de instrumentos e recursos

- Compêndio de instrumentos e recursos para as PENQ
- Literatura académica e científica
- *Website* da Organização Mundial da Saúde
- Organizações técnicas especializadas (*website* ou contacto directo)
- Instituições académicas
- Organismos profissionais
- Outras equipas de formulação de políticas e estratégias para a saúde
- Documentos para as PENQ disponíveis noutros países

Apontam-se em seguida as etapas sugeridas para a identificação de instrumentos suplementares:

- 1. Identificar os elementos da PENQ que requerem um contributo mais aprofundado.**
Dado que cada país terá diferentes prioridades no seu trabalho para a formulação de PENQ, também as suas necessidades em termos de instrumentos adicionais serão diferentes. Muitas vezes, haverá competência e experiência suficientes no seio das equipas de formulação de políticas e estratégias, ou no grupo mais alargado de partes interessadas, para executar os diferentes elementos referidos neste manual, mas poderá tornar-se óbvio, logo no início do processo de formulação de políticas e estratégias, que alguns elementos exigirão um trabalho mais aprofundado. A utilização de instrumentos suplementares para o processo de formulação das PENQ deve ocorrer apenas quando eles forem complementares, uma vez que o processo não deve ser demasiado complexo.
- 2. Formular e implementar uma estratégia de pesquisa.** É algo que exigirá a identificação de potenciais repositórios de instrumentos já existentes (ver Caixa 18). Enquanto alguns deles serão disponibilizados publicamente na Internet, outros serão encontrados apenas no contacto directo com as organizações que os detêm. Pode ser útil verificar se terão sido desenvolvidos instrumentos semelhantes, localmente, para apoiar outros processos de formulação de políticas e estratégias; por exemplo, muitos planos nacionais estratégicos para a saúde foram desenvolvidos após consulta às partes interessadas e análises exaustivas da situação. Nalguns casos, tanto os instrumentos como os resultados podem estar disponíveis e ser utilizados. Em matéria de pesquisas na Internet, a menos que se trate especificamente de pesquisa de literatura académica, é normalmente recomendável pesquisar directamente nas páginas electrónicas das principais agências técnicas e outras instituições de relevo e efectuar pesquisas mais alargadas em motores de busca de referência, em vez de bases de dados académicas. Regra geral, é preferível utilizar um conjunto específico de termos de busca para que a pesquisa não gere demasiados resultados que depois dificultam a selecção e análise. Funcionalidades como a Google Advanced Search (https://www.google.co.uk/advanced_search) permitem ao utilizador pesquisar termos específicos em qualquer *website*, por exemplo, procurar “análise da situação” em todas as páginas da OMS.
- 3. Critérios de selecção.** Se forem localizados instrumentos importantes, eles devem ser avaliados para garantir que estão à altura da sua finalidade e que serão um valor acrescentado para o processo da PENQ. Os critérios deverão ser decididos pelos grupos locais, mas deverão contemplar a fiabilidade da fonte, aplicabilidade ao contexto local e facilidade de utilização.

Por vezes, pode ocorrer uma necessidade identificada de um maior apoio a uma determinada componente do processo da PENQ, não contemplada pelos instrumentos e recursos existentes disponíveis. Por exemplo, os países podem querer levar a cabo uma análise da situação aprofundada, numa área prioritária importante, para a qual não existe um instrumento de recolha de dados. Nestas circunstâncias, pode ser necessário criar um instrumento à medida para apoiar o

processo. Mais uma vez, a questão fundamental aqui é saber se o esforço exigido é proporcional aos ganhos para o processo da PENQ, ou se existe uma forma mais adequada de apoiar aquela componente específica. Os novos instrumentos devem ser sempre desenvolvidos e utilizados com cautela, já que os instrumentos não ensaiados podem não prestar o devido apoio e até representar desafios de ordem metodológica.

Será mais comum existir um instrumento relevante que possa ser adaptado para utilização local. Isto pode envolver, por exemplo, a tradução dos instrumentos para as línguas locais ou a selecção de perguntas de inquérito experimentadas e testadas de um instrumento mais extenso de recolha de dados. Se forem desenvolvidos instrumentos novos ou adaptados, como parte do processo da PENQ num determinado país, os proprietários destes instrumentos são incentivados a partilhá-los através do Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS (LMA) para a Cobertura Universal de Saúde de Qualidade.

Ao utilizar instrumentos suplementares de apoio ao processo da PENQ, é importante começar por identificar os recursos necessários à implementação do instrumento e ponderar relativamente ao benefício previsto. Os recursos exigidos podem ser em termos de encargos financeiros e tempo necessário para implementar o instrumento (por exemplo, pequenos inquéritos não generalizáveis das unidades de saúde, para fomentar o debate, *versus* inquéritos extensos ao sistema de saúde e estatisticamente válidos), ou podem ser relativos às capacidades necessárias para a implementação dos instrumentos (por exemplo, se existem os conhecimentos necessários em matéria de envolvimento das partes interessadas e das comunidades).

Compêndio de instrumentos e recursos

É evidente que já existe uma série de instrumentos e recursos importantes, da OMS, parceiros externos e dos próprios países, sendo normalmente livre o acesso à sua utilização. Apesar disso, o envolvimento inicial dos países na iniciativa da PENQ da OMS tem mostrado que existe ainda uma necessidade não satisfeita de instrumentos e recursos em algumas áreas do processo de formulação de políticas e estratégias; isto pode dever-se ao facto de que tais instrumentos não existem ou que a sua identificação e acesso não são fáceis, ou não terem qualidade suficiente para serem utilizados.

Tendo isto em conta, o manual da PENQ está estreitamente ligado com o LMA da OMS, visando criar um espaço seguro para a partilha de conhecimento, experiências e ideias, questionar opiniões e abordagens e criar inovação para a qualidade no âmbito da cobertura universal de saúde. No contexto do LMA, foi criado um módulo de aprendizagem específico da PENQ para facilitar a partilha de experiências entre países e servir de recurso imediato em matéria de instrumentos relevantes disponíveis para a PENQ. Encontra-se disponível no LMA da OMS um compêndio de instrumentos e recursos, que é um documento de acompanhamento do presente manual. O compêndio fornece uma resenha dos instrumentos e recursos que têm sido identificados como úteis no apoio ao processo da PENQ e os instrumentos nele identificados podem ser acedidos, quer através da hiperligação directa do compêndio, quer no próprio LMA da OMS.

Este compêndio engloba instrumentos e recursos que, na sua maioria, já foram produzidos e publicados pela OMS e organizações externas e foram ampliados com instrumentos criados de raiz para colmatar lacunas críticas, bem como com outros instrumentos e exemplos específicos dos países. O compêndio não pretende ser uma lista exaustiva de todos os instrumentos e recursos que podem apoiar o processo da PENQ, mas antes um conjunto prático de uma série de instrumentos de especial importância, destinado a responder às necessidades dos países. O compêndio configura-se como documento vivo a ser actualizado, à medida que mais instrumentos são identificados e desenvolvidos e mais países avançam na formulação das suas políticas e estratégias nacionais para a qualidade. De seguida apresenta-se uma breve panorâmica da abordagem adoptada na criação da versão 1 do compêndio.

1. Uma reunião da OMS (Junho de 2017) sobre a PENQ, envolvendo lideranças nacionais para a qualidade de oito países, permitiu a análise conjunta dos instrumentos e recursos desejáveis para apoiar a PENQ, resultando numa selecção inicial de categorias de instrumentos e recursos prioritários, destinada a reflectir os elementos do processo da PENQ que necessitariam de um contributo mais detalhado. Isto foi feito com base numa análise do manual e em consultas aos países participantes da fase inicial do processo de co-formulação.
2. Foram realizados exercícios de definição do âmbito para cada uma das categorias prioritárias. Os referidos exercícios foram diferentes de categoria para categoria, mas de uma forma geral incluíram a definição de critérios de pesquisa, procura de fontes publicamente disponíveis e articulação com países parceiros, se necessário.
3. A selecção de instrumentos e recursos foi conduzida com base no consenso da equipa da PENQ, com incidência no valor acrescentado para o processo da PENQ e na aplicabilidade a nível dos países. Os instrumentos e recursos identificados estão listados no compêndio relativamente a cada uma das referidas categorias, juntamente com indicações sobre o modo de os consultar e uma descrição da forma como podem contribuir para o processo da PENQ, como mostra a Figura 5.

Figura 5. Instrumentos e recursos: fontes e relevância para o processo da PENQ

Recurso	Acesso (ligação da net ou LMA)	Instituição/autor & ano	Forma de apoio ao processo da PENQ deste instrumento/recurso
Instrumento para a análise da situação da PENQ	Disponível no módulo de aprendizagem da PENQ no Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS para a CUS de Qualidade	Equipa da PENQ da OMS de 2017	Metodologia para a avaliação global das políticas de saúde de determinado país
Nome do Instrumento, recurso ou exemplo	Ligação da net directa, descrição da forma de aceder, ou encaminhamento para o Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS	Organização, país ou autor, bem como ano em que foi criado ou actualizado	Breve descrição do recurso e da forma como poderá ser utilizado no apoio ao processo da PENQ

Será mantido um maior envolvimento com os países e outros parceiros com vista à identificação e criação de instrumentos que supram lacunas importantes e expandam os recursos segundo as necessidades do país. De realçar a necessidade, identificada na reunião de Junho de 2017, de desenvolver mais instrumentos e recursos de apoio aos esforços nacionais de defesa em prol da qualidade, bem como de integração de áreas técnicas específicas, prevendo-se que esta e outras categorias emergentes sejam abordadas em futuras interações.

Adesão ao LMA da OMS

As indicações sobre como aderir ao Laboratório Mundial de Aprendizagem da OMS para a Cobertura Universal de Saúde de Qualidade, no qual se pode aceder ao compêndio e instrumentos associados, estão disponíveis em: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/index3.html>.

GLOSSÁRIO

Termo	Definição
Acesso (a serviços de saúde)	Percepção e experiências das pessoas relativamente à facilidade no acesso aos serviços de saúde ou unidades de saúde em termos de localização, tempo e abordagem (22).
Acreditação	Processo formal através do qual um organismo de referência, geralmente uma organização não governamental, avalia e reconhece que uma organização de saúde satisfaz normas aplicáveis, pré-determinadas e publicadas. As normas de acreditação são, normalmente, tidas como as melhores e mais exequíveis e são concebidas para incentivar os constantes esforços de melhoria das organizações acreditadas. A decisão de acreditação de uma determinada organização de cuidados de saúde é tomada após uma avaliação periódica, efectuada por um grupo de avaliadores, em geral a cada dois ou três anos. A acreditação é, geralmente, um processo em que as organizações escolhem participar voluntariamente e não por ser exigido por lei ou regulamentos (23).
Avaliação do desempenho	Apreciação da prestação de um trabalhador ou estagiário, da área da saúde, segundo as normas publicadas.
Classificação	Processo formal de avaliação de um processo ou sistema, preferencialmente quantitativa, sendo por vezes necessariamente qualitativa (24).
Avaliação comparativa	(i) Medição ou ponto de referência no início de uma actividade que é utilizada para comparação com medições subsequentes da mesma variável; (ii) padrão aceitável em avaliação (24).
Dados	Factos e números como matéria-prima, por analisar (25).
Equidade na saúde	(i) Ausência de diferenças sistemáticas ou potencialmente sanáveis em matéria de estatuto de saúde, acesso aos cuidados de saúde e ambientes favoráveis à saúde e tratamento numa ou mais vertentes da saúde entre as populações ou grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente de cada país ou entre países; (ii) medida do grau de capacidade das políticas de saúde distribuírem o bem-estar de forma justa (26-29).
Avaliação	Apreciação sistemática e objectiva da relevância, adequação, progressos, efetividade, eficiência e impacto de um plano de acção, relativamente aos objectivos e tendo em conta os recursos e as unidades que foram implantadas (30).
Fragmentação (dos serviços de saúde)	(i) Coexistência de secções, unidades ou programas que não estão integrados na rede de cuidados de saúde (31); (ii) serviços que não cobrem toda a linha de serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; (iii) serviços nos diferentes níveis de cuidados que não estão coordenados entre si; (iv) serviços que não se mantêm com o passar do tempo; (v) serviços que não vão de encontro às necessidades das pessoas (25).

Saúde	Estado de total bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (25, 32).
Serviço de saúde	Qualquer serviço (i.e., não apenas serviços médicos ou clínicos) que visa contribuir para a melhoria do estado de saúde ou para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas doentes (30).
Sistema de saúde	(i) Todas as actividades cuja função primordial é promover, restabelecer e/ou manter a saúde (25); (ii) pessoas, instituições e recursos, organizados em conjunto de acordo com políticas definidas, para melhorar a saúde da população que servem, respondendo simultaneamente às legítimas expectativas das pessoas e protegendo-as dos custos da saúde precária através de uma série de actividades cuja primeira finalidade é melhorar a saúde (31).
Elementos de base do sistema de saúde	Quadro analítico utilizado pela OMS para descrever os sistemas de saúde, desagregando-os em seis componentes centrais: liderança e governação (administração), prestação de serviços, pessoal da saúde, sistema de informação de saúde, produtos médicos, vacinas, tecnologias e financiamento do sistema de saúde (33).
Desempenho do sistema de saúde	(i) Grau de consecução do sistema de saúde em relação aos recursos (33); (ii) grau de cumprimento das funções de um sistema de saúde (provisão de serviços, geração de recursos, financiamento e administração) para atingir os seus objectivos (34).
Reforço dos sistemas de saúde	(i) Processo de identificação e introdução de mudanças nas políticas e práticas de um sistema de saúde de um país, para que ele possa responder melhor aos desafios de saúde e do próprio sistema (35); (ii) qualquer série de iniciativas e estratégias que promovam uma ou mais funções do sistema de saúde e que conduzam ao melhoramento da saúde através de progressos no acesso, cobertura, qualidade ou eficiência (36).
Prevenção e controlo da infecção	Abordagem científica e solução prática destinada a prevenir os danos causados por uma infecção na saúde dos doentes e trabalhadores da saúde (37).
Contributo	Volume quantificado de um recurso investido num processo (25).
Alavanca	Mecanismos que as autoridades supervisoras (a qualquer nível do sistema de saúde) podem utilizar para promover ou reforçar a adesão a uma política ou estratégia, quando se trata da sua implementação. Normalmente estão relacionadas com os procedimentos que podem recompensar ou sancionar indivíduos ou organizações, de acordo com a sua responsabilidade na implementação; por exemplo, a legislação para fazer cumprir aspectos da política pode ser tida como uma alavanca, como também o pode ser a inclusão de medidas de adesão à política na supervisão dos trabalhadores da saúde ou nos processos de progressão na carreira.

Qualificação	Processo através do qual uma autoridade governamental dá permissão a um profissional individual ou a uma organização de cuidados de saúde para operar ou exercer uma ocupação ou profissão. As disposições para qualificação são normalmente estabelecidas para garantir que uma organização ou indivíduo cumpre os requisitos mínimos para a protecção da saúde e segurança pública. Geralmente, a qualificação dos indivíduos é atribuída após alguma forma de exame ou prova de frequência escolar e pode ser renovada periodicamente através do pagamento de uma taxa ou certificado de formação contínua ou competência profissional. A qualificação das organizações é conferida após inspecção ao local, afim de determinar se foram observadas as normas mínimas de saúde e segurança (25).
Monitorização	Acompanhamento permanente de uma actividade para contribuir para a sua supervisão e para verificar se se desenrola conforme planeado. A monitorização envolve a especificação dos métodos de medição da actividade, utilização de recursos e resposta aos serviços segundo critérios acordados (30).
Plano operacional	Plano centrado na gestão eficaz dos recursos com um quadro a curto prazo, na conversão de objectivos em metas e actividades e nas medidas para a monitorização da implementação e utilização de recursos. Os significados específicos incluem (i) a tradução do plano estratégico nacional no espaço de um ano; (ii) a tradução do plano estratégico nacional num plano subnacional, ex., um plano distrital, normalmente num período de tempo menor do que o do plano estratégico nacional; (iii) um subtipo do plano estratégico nacional, limitado a um determinado programa (25).
Resultados	Aspectos da saúde que resultam das intervenções disponibilizadas pelo sistema de saúde, as unidades e os funcionários que as recomendaram e as acções dos que são alvo das intervenções (22).
Produção	Quantidade e qualidade das actividades concretizadas pelo programa (25).
Apropriação	Liderança e coordenação eficazes por parte dos países relativamente às suas políticas, estratégias e medidas para o desenvolvimento (25).
Segurança do doente	Ausência de danos passíveis de prevenção causados ao doente durante o processo de cuidados de saúde. A disciplina da segurança do doente é o esforço coordenado para evitar que os danos resultantes do próprio processo da prestação de cuidados ocorram nos doentes. (38).
Serviços de saúde centrados nas pessoas	“Abordagem aos cuidados de saúde que adopta conscientemente as perspectivas dos indivíduos, das famílias e comunidades e vê-os como participantes e, simultaneamente, beneficiários de sistemas de saúde de confiança que respondem às suas necessidades e preferências de forma humanitária e holística. Os cuidados centrados nas pessoas requerem que lhes seja dada a informação e o apoio de que precisam para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados. Organizam-se em torno das necessidades e expectativas das pessoas em termos de saúde e não das doenças.” (39).

Pagamento baseado no desempenho; financiamento baseado no desempenho	Pagamento ou financiamento condicionado à tomada de uma medida mensurável ou ao cumprimento de um objectivo de desempenho pré-determinado. Pode referir-se à transferência de fundos de doadores para países beneficiários ou ao pagamento a prestadores ou organizações de prestadores por atingirem objectivos de serviço (25, 40).
Definição de prioridades	Identificação, ponderação e classificação de prioridades pelas partes interessadas (25).
Garantia da qualidade	Todas as actividades planeadas e sistematicamente implementadas no âmbito do sistema de qualidade, e demonstradas quando necessário, para gerar a devida confiança em que uma entidade cumprirá os requisitos de qualidade (41).
Controlo da qualidade	Técnicas e actividades operacionais utilizadas no cumprimento dos requisitos de qualidade (41).
Melhoria da qualidade	“Estratégia organizacional que envolve formalmente a análise dos dados do processo e resultados e a aplicação de esforços sistemáticos para melhorar o desempenho” (42).
Gestão da qualidade	Todas as actividades da função de gestão geral que determinam a política, objectivos e responsabilidades em matéria de qualidade e as implementam através de meios tais como o planeamento da qualidade, o controlo da qualidade e a melhoria da qualidade no âmbito do sistema de qualidade (41).
Planeamento da qualidade	Actividades que estabelecem os objectivos e requisitos para a qualidade e para a aplicação dos elementos do sistema de qualidade (41).
Regulação	Imposição de restrições externas sobre a actuação de um indivíduo ou organização para forçar uma mudança da actuação preferida ou espontânea (25, 43).
Resiliência	Capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade expostas a perigos de resistir, assimilar, adaptar-se e recuperar dos seus efeitos de forma rápida e eficiente, nomeadamente através da preservação e recuperação das suas estruturas e funções básicas essenciais (44).
Análise da situação	Análise do estado actual e tendências previstas na saúde e sistema de saúde de um país. Idealmente, tal inclui (i) avaliação das actuais e futuras necessidades de saúde e determinantes da saúde; (ii) avaliação das expectativas e procura de serviços; (iii) avaliação do desempenho do sistema de saúde, capacidades do sector da saúde e dos recursos do sistema de saúde e ainda das lacunas na resposta às necessidades e expectativas presentes e futuras; e (iv) análise das posições das partes interessadas (25, 45).
Parte interessada	Indivíduo, grupo ou organismo com interesse na organização e prestação de cuidados de saúde (24).
Norma	Especificação ou base de comparação técnica estabelecida, aceite e baseada em evidência (24, 25).
Estratégia	Série de grandes linhas de acção que visa atingir um conjunto de metas e objectivos fixados no âmbito de uma política ou programa (25, 46).

Sustentabilidade	Potencial para manter resultados favoráveis durante um período estipulado a um nível aceitável de compromisso de recursos em contingências organizacionais e comunitárias aceitáveis (25, 47).
Meta	Resultado intermédio em direcção a um objectivo que um programa visa atingir num prazo específico. Uma meta é mais específica do que um objectivo e presta-se mais facilmente a ser expressa em termos quantitativos (25).
Cobertura universal de saúde	Todas as pessoas e comunidades podem utilizar os serviços de promoção, prevenção, cura, reabilitação ou paliativos de que precisam no âmbito da saúde, de qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo simultaneamente que a utilização destes serviços não expõe o utilizador a dificuldades financeiras (10).

REFERÊNCIAS

1. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
3. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
4. Donaldson LJ, Donaldson RJ. Essential public health, 2nd edition. Petroc Press; 2000.
5. Miranda S, Olexa GA. Creating a just culture: recalibrating our culture of patient safety. *Pennsylvania Nurse*. 2013;68(4):4–9.
6. Pronovost PJ, Wachter RM. Progress in patient safety: a glass fuller than it seems. *American Journal of Medical Quality*. 2014;29(2):165–9.
7. Marx D. Patient safety and the “just culture”: a primer for health care executives. New York: Columbia University; 2001.
8. Everybody’s business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 2 February 2018).
10. Health financing for universal coverage. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, accessed 2 February 2018).
11. What is universal health coverage? Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/, accessed 2 February 2018).
12. Strengthening integrated, people-centred health services. Resolution WHA69.24, Sixty-ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Service delivery and safety: World Health Assembly adopts Framework on Integrated People-centred Health Services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework-wha/en/>, accessed 2 February 2018).
14. The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3 Suppl):166-206.
16. Das J. The quality of medical care in low-income countries: from providers to markets. *PLoS Medicine*. 2011;8(4):e1000432.
17. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality in the NHS: a mid-term evaluation of the ten year quality agenda. London: Stationery Office; 2003.
18. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):334–40.
19. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality: refining the NHS reforms. London: Nuffield Trust; 2008.
20. Shekelle P, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: Health Foundation; 2008.
21. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

22. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(7):452–4.
23. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Bethesda: United States Agency for International Development; 1999.
24. Last JM, editor. *A dictionary of public health*. Oxford University Press; 2007.
25. Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/, accessed 6 February 2018).
26. Starfield B. Equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:483–4.
27. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. In: *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
28. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
29. La renovación de la atención primaria a la salud en las Américas [Renewal of primary health care in the Americas]. Washington (DC): OPS/OMS; 2007 (http://www2.paho.org/hq/dm-documents/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf, accessed 16 October 2017) (in Spanish).
30. Roberts JL. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
31. *Salud en las Américas*, volume I. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2007.
32. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946.
33. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
34. Murray C, Evans D, editors. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.
35. WHO Executive Board, 128th session. *Health system strengthening: current trends and challenges*. Geneva: World Health Organization; 2011.
36. Islam M, editor. *Health systems assessment approach: a how-to manual*. Submitted to the United States Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus; 2007.
37. *Clean care is safer care: infection prevention and control*. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>, accessed 6 February 2018).
38. *Patient safety*. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>, accessed 6 February 2018).
39. *What are integrated people-centred health services?* Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>, accessed 19 February 2018).
40. Eichler R. Can “pay-for-performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services? Washington (DC): Center for Global Development; 2006.
41. Juran JM, Godfrey AB. *Juran’s quality handbook*, fifth edition. McGraw-Hill; 1999.

42. Evidence-based Practice Center systematic review protocol: closing the quality gap 2010: quality improvement interventions to address health disparities. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 (<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/disparities-quality-improvement/research-protocol>, accessed 19 February 2018)
43. altman RB. Regulating incentives: the past and future role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*. 2002;54:1677–84.
44. UNISDR terminology on disaster risk reduction. United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2009.
45. A framework for national health policies, strategies and plans. Geneva: World Health Organization; 2010.
46. Health impact assessment: glossary of terms used. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html>, accessed 6 February 2018).
47. Understanding the sustainability of health programmes and organizational change. Paper for Victorian Quality Council. La Trobe University, Faculty of Health Sciences; June 2007.



World Health Organization
20, Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27 Switzerland

Por favor visite-nos em:
<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps/en/>

ISBN 978-92-4-000570-9

