



PQIP

APOIA A MELHORIA DA QUALIDADE

Constituindo um instrumento de apoio à melhoria contínua da qualidade, o PQIP – *Portuguese Quality Indicator Project* foi introduzido no Hospital de São Sebastião SA, de Santa Maria da Feira, em 2001, a par de outras sete instituições hospitalares nacionais. Não sendo um projecto de avaliação directa da qualidade, os dados recolhidos para a construção dos indicadores de desempenho clínico que o constituem e a análise dos respectivos resultados conduzem à tomada de decisões e definição de medidas que visam melhorar a prática clínica e a prestação dos cuidados de saúde por médicos e enfermeiros.

Da equipa do PQIP do Hospital de São Sebastião SA fazem parte dois elementos, uma técnica superior da área social, Margarida Barata, e um médico e director de serviço, Carlos Carvalho. A eles cabe garantir a recolha e organização dos dados relativos aos vários indicadores e a posterior disponibilização dos relatórios aos responsáveis pela sua avaliação trimestral.

Ao fim de três anos de implementação do PQIP, a sua existência e utilização estão enraizadas na gestão empresarial definida para o Hospital de São Sebastião SA. Vulgarmente designado Hospital da Feira, este conheceu desde o início da sua actividade, em 1999, um modelo de gestão diferente dos restantes hospitais públicos, baseado em objectivos de produção, eficiência e qualidade, regularmente avaliados e cujos resultados são reconhecidos por um sistema de incentivos aos profissionais. O PQIP, pela possibilidade que proporciona de melhorar áreas em que os indicadores estejam aquém das médias do grupo com que o hospital se está a comparar, visto ter por base uma acção de *benchmarking* entre instituições congéneres, assumiu a sua quota parte de importância no modelo de gestão adoptado.

Como em qualquer projecto ou programa da área da qualidade e da sua melhoria contínua, o PQIP conheceu também uma fase inicial de implementação e de ajustamentos à dinâmica diária do trabalho do pessoal clínico. Igualmente de cariz voluntário, depois de implementado tem de ser cumprido, as regras que constam no Manual têm de ser assumidas e a detecção de falhas ou incumprimentos faz-se através de auditorias regulares realizadas pelos elementos da equipa do PQIP. Mas ao contrário dos procedimentos subjacentes às normas de gestão da qualidade, esta ferramenta de melhoria do desempenho destina-se exclusivamente ao pessoal clínico, com vista a avaliar e fomentar um bom desempenho nas áreas médica e de enfermagem,

não contemplando questões organizacionais, ou a gestão e monitorização de outros processos, a que as normas de gestão da qualidade também procuram responder.

Responsável pelo planeamento, recolha, organização e edição dos dados relativos aos 20 indicadores do PQIP, a que correspondem 215 medidas (ver anexo) aplicadas no Hospital da Feira, Margarida Barata fala das dificuldades iniciais, da adesão dos profissionais e dos contributos que este projecto tem dado na óptica do conhecimento relativo ao desempenho geral do hospital. Segundo recorda, houve uns primeiros meses de estudo do PQIP, de ida aos Estados Unidos para formação e de recolha dos primeiros dados. “A fase inicial de implementação do PQIP obrigou a muito trabalho, à definição dos dados que se pretendiam recolher de acordo com os indicadores com que íamos trabalhar, à responsabilização de quem os devia facultar e ao modo de efectuar a sua recolha, tratamento e edição. À equipa do PQIP coube criar as condições para se cumprir com os critérios de registo da informação em relação a cada indicador, para o que foi necessário criar apenas alguns novos impressos e aproveitar ou reestruturar os que existiam de preenchimento obrigatório já rotinados. Cabendo aos médicos e pessoal de enfermagem o registo da informação para essa avaliação, estes ficaram igualmente responsáveis por fornecer os dados ligados ao PQIP. Uma responsabilidade que, em relação aos médicos, não pode dizer-se que tenha tido significado no seu volume de trabalho. É verdade que tiveram de passar a fazer alguns registos extra, mas estes já faziam parte da sua rotina de trabalho. O acréscimo de trabalho registou-se mais ao nível do pessoal de enfermagem, mas a sua adesão foi muito boa, pois entenderam a inovação e utilidade dos indicadores do PQIP. Alguns dos registos faziam-se de forma muito geral, a partir de ocorrências, que passaram então a ser desmontadas ao pormenor”.

Margarida Barata lembra ainda: “Quando começámos a receber os primeiros dados, demos por vários erros e foi preciso efectuar correcções. Por mais que o Manual do PQIP seja pormenorizado quanto às regras a respeitar na construção dos indicadores, há sempre dúvidas, diferentes interpretações possíveis e os primeiros meses são para fazer ajustamentos. Mas a informação é sempre recuperável. Alguma coisa que tenha corrido mal para trás pode ser recuperada a seguir. Ainda hoje, quando detectamos falhas nos registos, alertam-se os serviços para que os completem e os dados são recuperados. Depois de todos os dados recolhidos em relação ao período que se pretende analisar, cabe-nos sintetizá-los, juntá-los aos restantes dados que respeitam à actividade e desempenho clínico e editá-los para que sejam analisados e interpretados pelos directores de serviço, pelos gestores de área e membros do Conselho de Administração. Devo dizer que convém que a equipa do PQIP seja restrita, que a responsabilidade pelo cumprimento das regras do Manual esteja limitada, para que haja um efectivo controlo dos dados”.

Tipos de informação para avaliar o desempenho

Margarida Barata é o elo de ligação entre os responsáveis pelos dados dos restantes hospitais nacionais que participam no PQIP e os Estados Unidos, país onde se centraliza a informação. Sobre a ligação aos EUA adianta: “Independentemente dos dados que recolhemos neste hospital, cabe-me fazer a selecção antes do seu envio para os EUA, no âmbito do *benchmarking* entre o grupo dos hospitais de doentes agudos em causa. Esta comparação é feita através dos resultados globais do hospital obtidos em cada indicador, sem que se distingam serviços nem profissionais. Esta é, aliás, uma das características do PQIP, a confidencialidade dos dados individuais, até porque se assim não fosse tornaria mais difícil a adesão tanto dos hospitais como dos próprios profissionais. A informação que é disponibilizada internamente é também ela de âmbito geral, só quando pontualmente há necessidade de perceber porque determinado resultado atingiu um valor específico, é que me é solicitada informação particularizada de cada serviço”.

Para a avaliação do desempenho clínico, instituída no terceiro



INDICADORES e MEDIDAS

INTERNAMENTO

INDICADOR 1a - INFECÇÕES ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

1a.1	Infecções Associadas à Colocação de Cateteres Centrais (All Purpose)
1a.6	Pneumonias Associadas à Utilização de Ventilador (All Purpose)
1a.11	Infecções Associadas à Utilização de Cateteres Urinários (All Purpose)
1a.4	Infecções Associadas à Colocação de Cateteres Centrais (Medical/Surgical)
1a.9	Pneumonias Associadas à Utilização de Ventilador (Medical/Surgical)
1a.14	Infecções Associadas à Utilização de Cateteres Urinários (Medical/Surgical)
1a.2	Infecções Associadas à Colocação de Cateteres Centrais (Coronary Care)
1a.7	Pneumonias Associadas à Utilização de Ventilador (Coronary Care)
1a.12	Infecções Associadas à Utilização de Cateteres Urinários (Coronary Care)

INDICADOR 1b - UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

1b.1	Utilização de Cateteres Centrais (All Purpose)
1b.6	Utilização de Ventiladores (All Purpose)
1b.11	Utilização de Cateteres Urinários (All Purpose)
1b.4	Utilização de Cateteres Centrais (Medical/Surgical)
1b.9	Utilização de Ventiladores (Medical/Surgical)
1b.14	Utilização de Cateteres Urinários (Medical/Surgical)
1b.2	Utilização de Cateteres Centrais (Coronary Care)
1b.7	Utilização de Ventiladores (Coronary Care)
1b.12	Utilização de Cateteres Urinários (Coronary Care)

INDICADOR 2a - INFECÇÕES CIRÚRGICAS

2a.1 - 2a.4	Infecções Cirúrgicas por NNIS Risk Index (0, 1, 2 e 3) em Doentes com Bypass Coronário (apenas Incisão no Tórax)
2a.5 - 2a.8	Infecções Cirúrgicas por NNIS Risk Index (0, 1, 2 e 3) em Doentes com Bypass Coronário (Incisão no Tórax e Local de Colheita)
2a.9 - 2a.12	Infecções Cirúrgicas por NNIS Risk Index (0, 1, 2 e 3) em Doentes com Artroplastia da Anca
2a.13 - 2a.16	Infecções Cirúrgicas por NNIS Risk Index (0, 1, 2 e 3) em Doentes com Artroplastia do Joelho
2a.17 - 2a.20	Infecções Cirúrgicas por NNIS Risk Index (0, 1, 2 e 3) em Doentes com Histerectomia Abdominal

INDICADOR 2b - PROFILAXIA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

2b.1	Profilaxia para Bypass Coronário
2b.1a - 2b.1c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Bypass Coronário
2b.2	Profilaxia nas Artroplastias da Anca
2b.2a - 2b.2c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Artroplastias da Anca
2b.3	Profilaxia nas Artroplastias do Joelho
2b.3a - 2b.3c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Artroplastias do Joelho
2b.4	Profilaxia em Apendicectomias
2b.4a - 2b.4c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Apendicectomias
2b.5	Profilaxia em Histerectomias Abdominais
2b.5a - 2b.5c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Histerectomias Abdominais
2b.6	Profilaxia em Histerectomias Vaginais
2b.6a - 2b.6c	Profilaxia com 30 minutos, 2 horas, 1 hora e 24 horas prévias à Incisão para Histerectomias Vaginais

INDICADOR 3 - MORTALIDADE NO INTERNAMENTO

3.1	Mortalidade no Internamento Total
3.2 a 3.12	Mortalidade no Internamento por GDH - (014 / 079 / 088 / 089 / 127 / 174 / 316 / 416 / 475 / 489 / restantes)

INDICADOR 4 - MORTALIDADE NEONATAL

4.1 a 4.4	Mortalidade Neonatal em Admissões Directas por Peso à Nascimento - («750 gr, 751 a 1000 gr, 1001 a 1800 gr e »1801 gr)
4.5 a 4.8	Mortalidade Neonatal em Transferências por Peso à Nascimento - («750 gr, 751 a 1000 gr, 1001 a 1800 gr e »1801 gr)

INDICADOR 5 - MORTALIDADE PERIOPERATÓRIA

5.1	Mortalidade Perioperatória para Todas as Classes ASA
5.2	Mortalidade Perioperatória para ASAP1
5.3	Mortalidade Perioperatória para ASAP2
5.4	Mortalidade Perioperatória para ASAP3
5.5	Mortalidade Perioperatória para ASAP4
5.6	Mortalidade Perioperatória para ASAP5

INDICADOR 6 - TRABALHO DE PARTO

6.1	Primeiras Cesarianas
6.2	Cesarianas Múltiplas
6.3	Frequência Total de Cesarianas
6.4	Partos Vaginais Após Cesariana
6.5	Tentativa Bem Sucedida de Trabalho de Parto

INDICADOR 7 - REINTERNAMENTOS

7.1 - 7.6	Reinternamentos num período de 15 dias Total e por GDH - (079 / 088 / 089 / 127 / 140 e 143)
7.7 - 7.12	Reinternamentos num período de 31 dias Total e por GDH - (079 / 088 / 089 / 127 / 140 e 143)

INDICADOR 8 - ADMISSÕES NÃO PROGRAMADAS POSTERIORES A PROCEDIMENTOS DE AMBULATÓRIO PROGRAMADOS

8.1	Admissões Não Programadas Após Cateterizações Cardíacas
8.1a	Internamentos Não Programados Após Cateterizações Cardíacas
8.1b	Admissões para Observação Não Programadas Após Cateterizações Cardíacas
8.2	Admissões Não Programadas Após Endoscopias do Sistema Digestivo, Respiratório ou Urinário
8.2a	Internamentos Não Programados Após Endoscopias do Sistema Digestivo, Respiratório ou Urinário
8.2b	Admissões para Observação Não Programadas Após Endoscopias do Sistema Digestivo, Respiratório ou Urinário
8.3	Admissões Não Programadas Após Todos os Outros Procedimentos Operatórios
8.3a	Internamentos Não Programados Após Todos os Outros Procedimentos Operatórios
8.3b	Admissões para Observação Não Programadas Após Todos os Outros Procedimentos Operatórios

INDICADOR 9 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS ÀS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

9.1	Total de Regressos Não Programados às Unidades de Cuidados Intensivos
9.1a - 9.1d	Regressos Não Programados às Unidades de Cuidados Intensivos nos períodos de «24h, >24«48 horas, >48«72 horas e >72 horas

INDICADOR 10 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS AO BLOCO OPERATÓRIO

10.1	Regressos Não Programados ao Bloco Operatório
------	-----------------------------------------------

INDICADOR 11 - MORTALIDADE PERIOPERATÓRIA DE BYPASS CORONÁRIO

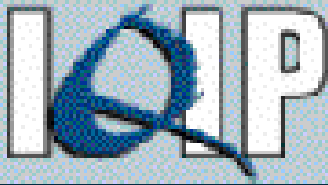
11.1 a 11.6	Mortalidade Perioperatória de Bypass Coronário Total e por Classificação ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

INDICADOR 12 - IMOBILIZAÇÕES FÍSICAS

12.1	Episódios de Imobilizações Físicas
12.1a - 12.1f	Imobilizações Físicas por Tempo de Duração da Imobilização - (« 1h, 1h a 4h, 4h a 8h, 8h a 16h, 16h a 24h e > 24h)
12.1g - 12.1k	Imobilizações Físicas Por Razão da Imobilização (Desordem Cognitiva; Risco de Queda; Comportamento Disruptivo; Para Facilitar o Tratamento e Outras Razões)
12.1l - 12.1n	Imobilizações Físicas Por Hora de Início da Imobilização - (8h-14:59h; 15h-21:59h e 22h-7:59h)
12.2	Doentes com Um ou Mais Episódios de Imobilizações Físicas
12.3	Doentes com Dois ou Mais Episódios de Imobilizações Físicas
12.4	Duração dos Episódios de Imobilizações Físicas

INDICADOR 13 - QUEDAS

13.1	Quedas Documentadas
13.1a - 13.1d	Quedas Documentadas por Razão da Queda (Estado de Saúde do Doente; Resposta ao Tratamento, Medicação ou Anestesia; Factores Ambientais e Outras Razões)
13.2	Quedas Documentadas que Resultam em Lesão
13.2a - 13.2c	Quedas Documentadas Por Grau de Severidade (1, 2 e 3)



INDICADOR 14a - Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos	15.7 Doentes admitidos com Úlceras por Pressão de Grau I
14a.1 - 14a.5 Episódios de Sedação e Analgesia para Todas as Classes ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)	15.8 Doentes admitidos com Úlceras por Pressão de Grau II
14a.6 Episódios de Sedação e Analgesia Sem Classificação ASA	15.9 Doentes admitidos com Úlceras por Pressão de Grau III
14a.7 Saturação de Oxigénio	15.10 Doentes admitidos com Úlceras por Pressão de Grau IV
14a.7a Saturação Média	15.11 Doentes admitidos do Domicílio com Úlceras por Pressão
14a.7b Saturação Grave	15.12 Doentes admitidos de uma Instituição Não Hospitalar com Úlceras por Pressão
14a.8 Aspiração	15.13 Doentes admitidos de Outro Hospital com Úlceras por Pressão
14a.9 Obstrução da Via Aérea	15.14 Doentes admitidos de outra proveniência com Úlceras por Pressão
14a.10 Baixa de Pressão Sistólica	15.15 Total de Úlceras por Pressão Adquiridas no Hospital
14a.11 Uso de Agentes Antagonistas	15.16 - 15.23 Úlceras por Pressão adquiridas com as seguintes localizações: Região Sagrada, Isquiópública, Trocateriana, Calcânea, Occipital, Maleolar e Omoplata.
14a.12 Envolvimento de Staff de Anestesia	15.24 Múltiplas Úlceras por Pressão Adquiridas no Hospital
14a.13 Alteração Inesperada de Consciência	
INDICADOR 14b - Sedação e Analgesia nos Centros de Hemodinâmica	
14b.1 - 14b.5 Episódios de Sedação e Analgesia para Todas as Classes ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)	AMBULATÓRIO
14b.6 Episódios de Sedação e Analgesia Sem Classificação ASA	INDICADOR A-1 - REGRESSOS NÃO PROGRAMADOS AO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
14b.7 Saturação de Oxigénio	A1.1 - A1.6 Regressos Não Programados ao Serviço de Emergência em 24h, 48h, 72h, 7 dias, 14 dias e 30 dias
14b.7a Saturação Média	A1.1a - A1.6a Regressos Não Programados ao Serviço de Emergência em 24h, 48h, 72h, 7 dias, 14 dias e 30 dias que resultam em Internamento
14b.7b Saturação Grave	A1.1b - A1.6b Regressos Não Programados ao Serviço de Emergência em 24h, 48h, 72h, 7 dias, 14 dias e 30 dias que resultam em Admissão para Observação
14b.8 Aspiração	A1.7 Doentes com Dois ou Mais Regressos Não Programados ao Serviço de Emergência em 30 dias
14b.9 Obstrução da Via Aérea	
14b.10 Baixa de Pressão Sistólica	
14b.11 Uso de Agentes Antagonistas	
14b.12 Envolvimento de Staff de Anestesia	
14b.13 Alteração Inesperada de Consciência	
INDICADOR 14c - Sedação e Analgesia nas Unidades de Endoscopias	INDICADOR A-2 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
14c.1 - 14c.5 Episódios de Sedação e Analgesia para Todas as Classes ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)	A2.1 - A2.4 Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h)
14c.6 Episódios de Sedação e Analgesia Sem Classificação ASA	A2.1a - A2.4a Doentes com Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h) com Destino: Alta
14c.7 Saturação de Oxigénio	A2.1b - A2.4b Doentes com Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h) com Destino: Internamento
14c.7a Saturação Média	A2.1c - A2.4c Doentes com Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h) com Destino: Transferidos para Observação
14c.7b Saturação Grave	A2.1d - A2.4d Doentes com Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h) com Destino: Transferidos para Outro Hospital de Agudos
14c.8 Aspiração	A2.1e - A2.4e Doentes com Tempo de Permanência no Serviço de Emergência (« 2h, > 2 e « 4h, > 4 e « 6h e < 6h) com Outros Destinos
14c.9 Obstrução da Via Aérea	
14c.10 Baixa de Pressão Sistólica	
14c.11 Uso de Agentes Antagonistas	
14c.12 Envolvimento de Staff de Anestesia	
14c.13 Alteração Inesperada de Consciência	
INDICADOR 14d - Sedação e Analgesia no Serviço de Emergência	INDICADOR A-3 - DISCREPÂNCIA DO RX DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E CUIDADOS AO DOENTE
14d.1 - 14d.5 Episódios de Sedação e Analgesia para Todas as Classes ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)	A3.1 Discrepância do Rx Necessitando de Mudança nos Cuidados ao Doente
14d.6 Episódios de Sedação e Analgesia Sem Classificação ASA	
14d.7 Saturação de Oxigénio	
14d.7a Saturação Média	
14d.7b Saturação Grave	
14d.8 Aspiração	
14d.9 Obstrução da Via Aérea	
14d.10 Baixa de Pressão Sistólica	
14d.11 Uso de Agentes Antagonistas	
14d.12 Envolvimento de Staff de Anestesia	
14d.13 Alteração Inesperada de Consciência	
INDICADOR 14e - Sedação e Analgesia no Serviço de Imagiologia	INDICADOR A-4 - DOENTES QUE ABANDONAM O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
14e.1 - 14e.5 Episódios de Sedação e Analgesia para Todas as Classes ASA (P1, P2, P3, P4 e P5)	A4.1 Doentes que Abandonam o Serviço de Emergência Antes de Terminarem o Tratamento
14e.6 Episódios de Sedação e Analgesia Sem Classificação ASA	
14e.7 Saturação de Oxigénio	
14e.7a Saturação Média	
14e.7b Saturação Grave	
14e.8 Aspiração	
14e.9 Obstrução da Via Aérea	
14e.10 Baixa de Pressão Sistólica	
14e.11 Uso de Agentes Antagonistas	
14e.12 Envolvimento de Staff de Anestesia	
14e.13 Alteração Inesperada de Consciência	
INDICADOR 15 - Úlceras por Pressão	INDICADOR A-5 - CANCELAMENTO DE PROCEDIMENTOS DE AMBULATÓRIO
15.1 Total de Doentes com Úlceras por Pressão	A5.1 Cancelamento de Cateterizações Cardíacas Ambulatórias Programadas
15.2 - 15.5 Úlceras por Pressão Graus I / II / III / IV	A5.1a Cancelamento pelo Hospital de Cateterizações Cardíacas Ambulatórias
15.6 Doentes admitidos com Úlceras por Pressão	A5.1b Cancelamento pelo Doente de Cateterizações Cardíacas Ambulatórias
	A5.2 Cancelamento de Endoscopias Diagnosticas do Sistema Digestivo em Ambulatório Programado
	A5.2a Cancelamento pelo Hospital de Endoscopias Diagnosticas do Sistema Digestivo em Ambulatório Programado
	A5.2b Cancelamento pelo Doente de Endoscopias Diagnosticas do Sistema Digestivo em Ambulatório Programado
	A5.3 Cancelamento de Outros Procedimentos de Ambulatório Programados (Sistema Respiratório e Urinário)
	A5.3a Cancelamento pelo Hospital de Outros Procedimentos de Ambulatório (Sistema Respiratório e Urinário)
	A5.3b Cancelamento pelo Doente de Outros Procedimentos de Ambulatório (Sistema Respiratório e Urinário)

ano de actividade do hospital, e para a construção dos indicadores do PQIP contribuem várias fontes de informação suportadas por um sistema informático do qual é possível extrair dados de ordem meramente estatística e outros mais complexos. Encontra-se implementado o SONHO, programa informático usado pelos hospitais e gerido pelo IGIF, do qual se extraem dados simples e gerais, a par do programa de codificação. Os impressos criados no âmbito do PQIP bem como os que foram adaptados constituem outra fonte de informação, além de avaliações muito específicas e pontuais em forma de complemento informativo. Toda esta informação é depois organizada e inserida na base de dados, localizada no Center for Performance in Sciences (EUA), que procede ao seu tratamento estatístico e cruzamento com os dados dos restantes hospitais. Os resultados são enviados a cada hospital sob a forma de relatórios estatísticos trimestrais, de modo a possibilitar aos diferentes responsáveis a análise do desempenho do hospital.

Especificidades do PQIP

Como refere Margarida Barata, “o PQIP contribui para alimentar o sistema de informação necessário à ava-



Será necessário que cada unidade deste grupo nacional de hospitais esteja a utilizar um número significativo de indicadores, que a taxa de utilização ronde os 90% como acontece no Hospital da Feira, de modo a permitir uma comparação alargada e com real significado.

liação do desempenho clínico e da qualidade da prestação geral do hospital. Por si só não teria relevância como têm os programas específicos da qualidade. Enquanto que nos processos de certificação e acreditação se reflecte logo sobre as situações levantadas e os diagnósticos realizados, propondo-se de imediato soluções e correcções das falhas detectadas, no PQIP a fase de recolha da informação e aquela em que se interpretam e avaliam os resultados estão separadas, quer por quem realiza uma e outra quer no tempo em que são realizadas. A reflexão não decorre do momento da recolha, nem é feita por quem faz a recolha. Por isso, o PQIP não constitui em si próprio um projecto de melhoria da qualidade, mas a utilização que se faz dele sustenta a atitude de melhoria contínua que se assumiu neste hospital. É mais uma ferramenta do programa da qualidade global da instituição, para uso dos responsáveis das diferentes áreas, além do Conselho de Administração, numa articulação entre eficiência, eficácia e qualidade”.

No PQIP – *Portuguese Quality Indicator Project*, a quase totalidade dos 20 indicadores e mais de 200 medidas (ver anexo) descritas ao pormenor dizem respeito, como já se referiu, exclusivamente à actividade profissional das classes médica e de enfermagem. Não incluem o trabalho dos auxiliares de acção médica nem as práticas administrativas e de organização. Estes indicadores têm por objectivo precaver falhas e introduzir melhorias a vários níveis. No que se refere ao internamento, incluem, entre outros, as infecções, a mortalidade, o trabalho de parto, as readmissões e reinternamentos não programados, as imobilizações físicas e as quedas e, por proposta de Portugal, as úlceras por pressão, indicador que não é usado pelos Estados Unidos nos hospitais de doentes agudos, dada a natureza diferente das suas unidades hospitalares. Por seu lado, no que respeita ao ambulatório, os indicadores referem-se, por exemplo, aos regressos não programados à Urgência e ao tempo de permanência do utente neste serviço. Neste grupo de indicadores de hospitais de agudos participam, em termos globais internacionais, cerca de 300 hospitais, enquanto que no conjunto do projecto (*Quality Indicator Project – QIP*), abrangendo hospitais de doentes agudos e crónicos, se regista a participação de cerca de 2000 instituições.

A experiência portuguesa no âmbito do *Quality Indicator Project* prevê a troca de experiências entre as oito instituições participantes, com vista a permitir fazer uma análise da situação geral desses hospitais em termos de desempenho clínico. As alterações ocorridas no modelo de gestão de alguns hospitais, designadamente a sua transformação em sociedades anónimas, como é o caso do Hospital da Feira, ajudaram a criar até ao momento algumas dificuldades nesse sentido. Para além disso, será necessário que cada unidade deste grupo nacional de hospitais esteja a utilizar um número significativo de indicadores, que a taxa de utilização ronde os 90% como acontece no Hospital da Feira, de modo a permitir uma comparação alargada e com real significado.