

Avaliações de qualidade para transplante de órgãos

Em 2007, o governo dos Estados Unidos (EUA) emitiu as Condições de Participação para todos os programas de transplante de órgãos sólidos. Uma seção deste documento de 100 páginas era sobre Qualidade. A maioria dos enfermeiros que trabalhavam em transplante sabiam muito pouco sobre como medir a qualidade ou como desenvolver *scorecards*. Comecei a fazer cursos de pós-graduação sobre qualidade para entender melhor o que seria necessário para atender às novas exigências. Logo, eu estava ensinando aos meus colegas o que aprendi nas minhas aulas. Em 2013, seis colegas e eu desenvolvemos uma conferência educacional chamada Instituto de Qualidade em Transplante para os nossos colegas. Agora, esta conferência é um evento anual. No ano passado, hospedamos quase 400 enfermeiros de transplante de todos Estados Unidos (bem como uma enfermeira do Brasil) para um seminário de três dias sobre qualidade em Denver, Colorado. Além disso, membros deste grupo também começaram uma *Listserv** para compartilhar informações com os nossos colegas. Há cerca de 500 membros na *Listserv* fazendo perguntas e compartilhando soluções.

Desde 2007, aprendemos que avaliações de qualidade realmente fazem diferença. Criamos um ambiente mais seguro para os nossos pacientes quando nos concentramos em mensurar os resultados. Curiosamente, nós também descobrimos que estamos criando um ambiente muito mais seguro em que atuamos como clínicos. Transplante é uma área da saúde com alto risco e alto custo. Desenvolver medidas de desempenho e monitorar seus desfechos leva a muitas melhorias para os nossos pacientes e para a nossa prática clínica. A cada três anos, peritos chegam aos nossos programas de transplante para avaliar os nossos processos de qualidade e os desfechos de nossos pacientes. Os peritos revisam os prontuários e entrevistam enfermeiros, coordenadores de transplantes e médicos de transplante. Eles revisam as políticas específicas de transplante para determinar se a nossa prática reflete os processos descritos em cada política. Os peritos se concentram em nossa documentação multidisciplinar para assegurar uma comunicação consistente.

Somos obrigados a desenvolver medidas de desempenho para cada uma das três fases de transplante: *i*) pré-transplante, *ii*) perioperatório, inclusive alta, e *iii*) pós-operatório ou acompanhamento pós-alta. Exemplos de medidas de desempenho pré-transplante podem incluir o tempo necessário para concluirmos a avaliação de um paciente encaminhado para transplante. Nosso objetivo é de três semanas ou menos. No período perioperatório, nós avaliamos desempenhos tais como a necessidade de o paciente retornar à sala de cirurgia no período pós-transplante imediato. Nós também medimos a duração da estadia na UTI ou o tempo de permanência durante a internação

para o transplante. A preparação dos pacientes para alta é muito importante, e nós devemos desenvolver um protocolo ou diretrizes de prática clínica descrevendo como o processo de alta é realizado. Garantir uma abrangente *hand off*, desde os enfermeiros internos até os coordenadores de transplante ambulatorial, é uma medida chave de desempenho para a maioria dos programas de transplante.

Deve ser desenvolvido um *scorecard* para cada sistema orgânico dentro de um hospital de transplante. Assim, se um hospital realiza transplantes de fígado, rim, pâncreas, coração e pulmão, haverá cinco diferentes *scorecards* para monitorar cada fase do transplante. Se um hospital de transplantes realiza cirurgias em doadores vivos, é desenvolvido um programa de qualidade com *scorecards* para avaliar e pontuar o cuidado aos doadores vivos. A maioria dos programas de transplante contratou pelo menos um gerente de qualidade e vários coordenadores de dados para atender às demandas de auditoria, monitoramento, análise e apresentação dos dados de desfecho. Além de monitorar medidas de desempenho, os programas de transplante devem ter um processo para rever eventos adversos, tais como a morte de um paciente ou perda do enxerto de um paciente dentro do primeiro ano. Com base nos achados de uma análise de causa-raiz, é desenvolvido um plano de ação corretiva, sendo projetado e implementado um projeto de melhoria do desempenho para resolver a(s) causa(s)-raiz(es) identificada(s) na análise. Os peritos reveem cada evento adverso para determinar se desenvolvemos um processo de melhoria que está tendo resultados positivos e é sustentável.

A cada semana, os programas de transplantes submetem dados à Rede Unida para Compartilhamento de Órgãos (*United Network for Organ Sharing*, UNOS). Duas vezes por ano, esses dados são reunidos, analisados e relatados publicamente pelo Registro Científico para Receptores de Transplantes (*Scientific Registry for Transplant Recipients*, SRTR).⁽¹⁾ Os programas devem atender aos desfechos esperados para cada sistema de órgão com base nos ajustes de risco desenvolvidos por estatísticos e pesquisadores no SRTR.⁽¹⁾ Tanto os pacientes como as seguradoras privadas e públicas usam os dados de desfecho publicados pelo SRTR para avaliar o transplante de órgãos em cada programa de transplante nos EUA. As seguradoras decidem os programas de transplante que atendem aos seus “Centros de Excelência” com base nos desfechos publicados pelo SRTR. Se um programa de transplante não é um Centro de Excelência para uma companhia de seguros, os clientes dessa empresa não são encaminhados a esse programa.⁽¹⁾ Assim, é claro que há um grande componente financeiro ligado à qualidade e aos desfechos de cada programa de transplante.

Avaliações de qualidade não são diferentes da pesquisa científica. Há várias semelhanças. Em cada processo, coletamos e analisamos dados com o objetivo de melhorar a assistência à saúde. As metodologias usadas na pesquisa são mais complexas e fornecem evidências, ao passo que os projetos de qualidade fornecem maneiras de criar um ambiente mais seguro para os nossos pacientes e para a nossa prática clínica.⁽²⁾ Em cada processo,

queremos demonstrar prova de eficácia e melhoria sustentável. Projetos de qualidade podem demonstrar mais eficácia e melhores práticas, ao passo que a pesquisa oferece mais evidências para aplicar à nossa prática.⁽²⁾ Ao longo dos últimos 10 anos, os transplantes melhoraram com a aplicação de projetos para melhoria da qualidade e do desempenho de nossa prática. Tem sido uma íngreme curva de aprendizado, mas agora os nossos pacientes e os nossos ambientes estão mais seguros para a aplicação desse conhecimento pelos enfermeiros de transplantes.

*Aplicativo de mensagens eletrônicas.

Referências

1. Program Specific Reports. Scientific Registry for Transplant Recipients www.srtr.org Acessado em 18 de abril de 2017.
2. Moses J. What's the difference between research and quality improvement? Institute of Healthcare Improvement Open School www.ihio.org Acessado em 18 de abril de 2017.

*Linda Ohler, MSN, RN, CCTC, FAAN, FAST
Gerente de Qualidade e Regulação
George Washington University Transplant Institute
Washington, DC
Linda.ohler@gwu-hospital.com*

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700018>

