



Tânia Alves Gonçalves Costa

A qualidade e a acreditação nos Cuidados de Saúde Primários

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

Julho de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tânia Alves Gonçalves Costa
2008115671

A qualidade e a acreditação nos Cuidados de Saúde Primários

Relatório de Estágio do Mestrado em Gestão, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador de Estágio na FEUC: Prof. Doutor Victor Manuel Reis Raposo
Orientador na Entidade: Dr^a Maria Teresa Tomé

Coimbra, 2016

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes seis meses de estágio e da execução deste relatório, tive pessoas que me foram sempre apoiando e que de forma direta ou indireta colaboraram comigo para que eu chegasse a este ponto. Assim não podia deixar de agradecer a algumas pessoas em particular.

À Dr^a Maria Teresa Tomé, minha coordenadora e coordenadora da USF CelaSaúde, tenho muito que agradecer. Por tudo o que ensinou e por ter depositado a sua confiança em mim, por ter sempre acreditado no meu melhor e por me ter ajudado a construir mais um capítulo na “minha história”.

Ao Doutor Victor Raposo, meu orientador, um muito obrigado por todas as correções e por todos os conselhos. Obrigado por ter estado sempre disponível quando foi preciso e de me ajudar a contar a “minha história”.

A toda a equipa da USF CelaSaúde um muito obrigado pela forma com me receberam e depressa me tornarem um membro da equipa. Porém tenho que deixar um agradecimento especial à Dra. Maria Lúcia Ramos, por todo o trabalho em conjunto e pelo apoio constante e à secretária clínica Isabel Araújo que esteve sempre disposta a ajudar. Não me posso esquecer de todos os estagiários de Medicina que passaram pela USF tal como eu, tendo sempre um sorriso pronto.

Não me poderia esquecer dos meus amigos que estiveram ao meu lado, à Catarina Alves, muito obrigado por teres sempre um sorriso pronto, por estares sempre disponível a ajudar. À Patrícia Cordeiro o meu muito obrigado por me dizeres que eu iria conseguir quando eu duvidei e por estares do meu lado quando eu precisei. Sem vocês, especialmente este ano teria sido menos colorido.

Às duas grandes peças no puzzle que é a minha vida, que me ajudaram a chegar aqui e ser quem sou, Catarina Rebelo e Rui Marques (Meia), obrigado por tudo. À Catarina obrigado pelos incentivos, pelos conselhos sempre assertivos, pelos risos, pelos cafés, por seres minha amiga e “madrinha”. Ao meu “padrinho” obrigado por fazeres de

mim quem sou hoje, por me influenciares sempre para o bem, por nunca te esqueceres de mim e por seres quem és. Obrigado aos dois por tudo.

Nunca me poderia esquecer daquele que é o meu melhor amigo, irmão, Gonçalo Cristóvão. Ao fim deste tempo todo sempre estiveste ao meu lado, sempre soube que podia contar contigo. A ti não tenho espaço para agradecer o suficiente, mas mesmo assim bem-haja, pelos jantares/almoços que fizeste, por me ouvires, pelas aventuras, no fundo bem-haja por tomares conta de mim.

Ao resto da família que eu escolhi obrigado por existirem e me darem o presente da vossa amizade, ao João Crispim, à Sara Guerra, à Mariana Mendes, à Miriam Rocha, à Inês Cardoso, à Maria Coelho, ao Fábio Resende, ao Diogo Bhovan, à Beatriz Carvalho, à SDUC e ao Leo Clube de Coimbra II.

Agradeço a toda a minha, principalmente à pessoa mais importante, a minha Mãe. Mãe obrigado pela tua paciência, pelo apoio, pelo incentivo, pelo amor, pelos sacrifícios, pelo orgulho, pela confiança e obrigado por seres a minha mãe.

Já Fernando Pessoa dizia "o valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis". Desta forma o meu bem-haja e gratidão a todos os que me ajudaram e inspiraram.

RESUMO

Este relatório descreve o estágio curricular realizado no âmbito do Mestrado em Gestão na Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde.

O tema central do relatório está relacionado com a qualidade na saúde e a sua acreditação. A qualidade é um termo introduzido recentemente na área da saúde em Portugal devido à sua cultura organizacional. Atualmente é um parâmetro de maior relevo no setor da saúde, tendo sido colocado como uma prioridade da Direção-Geral da Saúde para o Serviço Nacional de Saúde. Porém, a qualidade de uma organização deve ser reconhecida por entidades externas, de forma a aumentar a segurança na saúde e a confiança nas instituições de saúde.

A acreditação é um processo voluntário, apenas sendo iniciado por iniciativa da instituição de saúde que quer ser alvo de acreditação. A acreditação na área de saúde utiliza o modelo espanhol *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* que centra o foco da instituição no utente. Este modelo segue as linhas gerais de um ciclo *Plan-Do-Check-Act*, contendo três fases distintas: a fase de candidatura e aceitação, ou não, da mesma; a fase de autoavaliação; e a fase da avaliação externa da organização alvo.

No período em que decorreu este estágio apenas foi possível a realização da primeira fase e preparação para a seguinte, em paralelo com outras atividades e projetos.

No fim do estágio a unidade de saúde continuará o caminho da acreditação já iniciado, apoiado por todos os profissionais que se enquadram nesta instituição, tornando a segunda fase mais simplificada.

Palavras-chave: Qualidade; Acreditação; Gestão Clínica; Governação Clínica; Unidade de Saúde Familiar.

ABSTRAT

This report describes the curricular internship carried out within the Master of Management in the Family Health Unit CelaSaúde.

The central theme of the report is related with the health quality and their accreditation. Quality is a term recently introduced in Portugal health sector due to its organizational culture. At the moment it is a more significant parameter in the health sector having been set as a priority of Health General Directorate for the National Health Service. However, the quality of an organization must be recognized by external parties, in order to increase safety health and confidence in health institutions.

Accreditation is a voluntary process, just being started by the initiative of the health institution that wants to be the subject to it. In Portugal, the accreditation uses the Spanish model *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* which center the focus of the institution in the patient. This model follows the general lines of a Plan-Do-Check-Act cycle, containing three distinct phases: the phase of application and acceptance or not of the same; the self-assessment phase; and the phase of the external evaluation of the target organization.

In the curricular internship period it was only possible to carry out the first phase and preparation for the next, in parallel with other activities and projects.

At the end of stage the health unit will continue the path of accreditation already started supported by all professionals who fall into this institution, making it the second phase most simplified.

Keywords: Quality; Accreditation; Clinical management; Clinical governance; Family Health Unit.

LISTA DE ABREVIATURA

| | |
|-----------|--|
| ACES | Agrupamento dos Centros de Saúde |
| ACSA | <i>Agencia de Calidad Sanitari de Andalucia</i> |
| ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde |
| AIBILI | Associação para Investigação Biomédica em Luz e Imagem |
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| CAF | <i>Common Assessment Framework</i> |
| CHKS | <i>Caspe HealthCare Kwolelege Systems</i> |
| CHUC | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| DiOr- USF | Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional de Unidade de Saúde Familiar |
| DQS | Departamento de Qualidade em Saúde |
| EFQM | <i>European Foundation for Quality Management</i> |
| ENQS | Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| EUROPEP | <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice</i> |
| FCTUC | Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra |
| GQ | Gestão da Qualidade |
| GQT | Gestão e Qualidade Total |
| HQS | Health Quality Service |
| IBILI | Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida |

| | |
|----------|---|
| IPAC | Instituto Português de Acreditação |
| IPQ | Instituto Português da Qualidade |
| IQS | Instituto de Qualidade em Saúde |
| ISO | <i>International Organization for Standardization</i> |
| ISQua | <i>International Society for Quality in Health Care</i> |
| JCI | <i>Joint Commission International</i> |
| KF | <i>King's Fund</i> |
| MGF | Medicina Geral e Familiar |
| MoniQuor | Monitorização da Qualidade Organizacional |
| NHS | <i>National Health Service</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PDCA | <i>Plan - Do - Check - Act</i> |
| PNAS | Programa Nacional de Acreditação em Saúde |
| RADAR | <i>Results, Approche, Deploy, Assess e Review</i> |
| SGQ | Sistema de Gestão da Qualidade |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SPQ | Sistema Português de Qualidade |
| SWOT | <i>Strenghts Weaknesses Opportunities Treats</i> |
| TQM | <i>Total Quality Management</i> |
| UCSP | Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |
| WHO | <i>World Health Organisation</i> |

SUMÁRIO DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - EXEMPLO DE UMA HIERARQUIA DOCUMENTAL | 26 |
| FIGURA 2 - PROCESSO DE ACREDITAÇÃO PELO IPAC..... | 28 |
| FIGURA 3 - ESTRUTURA DO MODELO DE EXCELÊNCIA EFQM..... | 43 |
| FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO DO MODELO DE CAF | 45 |
| FIGURA 5 - MODELO DE DONABEDIAN | 46 |
| FIGURA 6 - DIFERENTES GRUPOS EXISTENTES NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL..... | 56 |
| FIGURA 7 - IMAGEM QUE REPRESENTA O INÍCIO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO..... | 72 |
| FIGURA 8 – EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO..... | 73 |
| FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO PARA ANÁLISE DO MANUAL DE ACREDITAÇÃO | 74 |
| FIGURA 10 - REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A ATRIBUIÇÃO DAS DIFERENTES QUALIFICAÇÕES NA ACREDITAÇÃO..... | 74 |

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| AGRADECIMENTOS | III |
| RESUMO | V |
| ABSTRAT | VI |
| LISTA DE ABREVIATURA..... | VII |
| SUMÁRIO DE FIGURAS | IX |
| INTRODUÇÃO..... | 12 |
| CAPÍTULO 1. DEFINIÇÕES GENÉRICAS | 13 |
| 1.1. QUALIDADE | 13 |
| 1.2. GESTÃO DA QUALIDADE | 16 |
| 1.3. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE..... | 23 |
| 1.4. ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO | 27 |
| CAPÍTULO 2. DEFINIÇÕES RELACIONADAS COM SAÚDE | 30 |
| 2.1. QUALIDADE EM SAÚDE | 30 |
| 2.2. GESTÃO CLÍNICA..... | 32 |
| 2.3. GOVERNAÇÃO CLÍNICA..... | 36 |
| 2.4. MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE..... | 39 |
| 2.4.1. <i>NORMA NP EN ISO 9001</i> | 40 |
| 2.4.2. <i>MODELO DE EXCELÊNCIA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT</i> | 42 |
| 2.4.3. <i>COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK</i> | 44 |
| 2.4.4. <i>MODELO DE DONABEDIAN</i> | 46 |
| 2.4.5. <i>EUROPEAN TASK FORCE ON PATIENT EVALUATION OF GENERAL PRACTICE</i> | 47 |
| 2.5. A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE EM PORTUGAL | 48 |
| 2.6. INSTITUIÇÕES DE REGULAMENTAÇÃO DA QUALIDADE..... | 49 |
| 2.7. ACREDITAÇÃO EM SAÚDE | 51 |
| 2.8. MODELOS DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE | 57 |
| 2.8.1. <i>KING’S FUND HEALTH QUALITY SERVICE</i> | 58 |
| 2.8.2. <i>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</i> | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 2.8.3. <i>MODELO DA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUZIA</i> | 60 |
| 2.8.4. <i>DIAGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR..</i> | 61 |
| CAPÍTULO 3. ESTÁGIO | 63 |
| 3.1. ENTIDADE | 63 |
| 3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO | 65 |
| 3.2.1. <i>ANÁLISES SWOT</i> | 65 |
| 3.2.2 <i>LIVRO DE ELOGIOS</i> | 66 |
| 3.2.3. <i>FORMAÇÃO: “PROCESSO DO ATENDIMENTO E A QUALIDADE DO SERVIÇO NUMA USF”</i> | 66 |
| 3.2.4. <i>ANÁLISE DOS INDICADORES DA USF</i> | 67 |
| 3.2.5. <i>RELATÓRIO DE ATIVIDADES</i> | 68 |
| 3.2.6. <i>PRÉMIO DE SAÚDE SUSTENTÁVEL</i> | 68 |
| 3.2.7. <i>PROCESSO DE ACREDITAÇÃO</i> | 69 |
| 3.3. <i>ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRABALHO REALIZADO INTEGRADO NO TEMA</i> | 72 |
| CONCLUSÃO | 77 |
| BIBLIOGRAFIA | 78 |
| LEGISLAÇÃO | 82 |
| ANEXOS | 83 |
| ANEXO I- <i>1ª CANDIDATURA AO PRÉMIO</i> | 83 |
| ANEXO II- <i>2ª CANDIDATURA AO PRÉMIO</i> | 85 |

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi produzido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Gestão da Faculdade da Economia da Universidade de Coimbra. Teve a duração de 6 meses e foi realizado na Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde. O tema principal do estágio foi a acreditação da unidade de saúde, nomeadamente das Unidades de Saúde Familiar (USF)

As USF são instituições de Cuidados de Saúde Primários (CSP) com autonomia administrativa e organizacional. Após a reforma dos cuidados de saúde a acreditação tem vindo a ganhar um papel de relevo neste setor. A USF CelaSaúde ansiava por iniciar este mesmo processo, tendo agora reunido as condições necessárias para o realizar.

Este trabalho será dividido em três capítulos principais. No primeiro capítulo, serão expostas definições genéricas de interesse ao trabalho, tal como o conceito de qualidade, a gestão da qualidade (GQ), os sistemas de gestão da qualidade (SGQ) e por fim a acreditação e certificação. Estes são conceitos chave e gerais que são essenciais para a compreensão dos capítulos que se seguem, bem como do trabalho que foi realizado.

No segundo capítulo, serão abordados os conceitos que são a base da acreditação no setor da saúde. Assim, serão definidos os conceitos de qualidade em saúde, a gestão clínica, a governação clínica e por fim a acreditação em saúde e a sua evolução em Portugal. Não podíamos de deixar de referenciar alguns modelos de avaliação de qualidade e modelos de acreditação, sendo estes ferramentas indispensáveis a este tema. Apenas são apresentados os modelos que se consideraram mais adequados ao tema.

No terceiro capítulo, será descrito o estágio que foi realizado. Podemos encontrar uma parte em que existe a descrição da entidade que acolheu este estágio, seguido de uma breve descrição de todas as tarefas realizadas e de uma análise crítica dos resultados obtidos na tarefa referente ao processo de acreditação encontrando-se relacionado com a contextualização teórica.

CAPÍTULO 1. DEFINIÇÕES GENÉRICAS

Neste capítulo, será realizada uma contextualização dos conceitos necessários para o entendimento da qualidade em geral e a forma como esta se articula e insere na gestão das organizações. No fim deste capítulo ainda são clarificados os conceitos de acreditação e certificação de um ponto de vista geral.

1.1. QUALIDADE

O conceito de qualidade tem-se demonstrando complexo quer para gestores quer para académicos, o que leva a várias definições do conceito de qualidade, dependendo da visão dos autores.

Seawright e Young (1996) procuraram compilar todas as definições de qualidade dividindo-as em sete categorias:

1. Transcendente;
2. Baseado na produção;
3. Baseado no produto;
4. Baseado no consumidor;
5. Com base no valor;
6. Multidimensional;
7. Estratégia.

A qualidade baseada na produção está relacionada com o nível de qualidade do funcionamento de fabrico do produto. Esta definição de qualidade relaciona-se com a ausência ou presença de defeitos no produto fabricado, sendo mais objetiva e interna.

A qualidade com base no produto é classificada como uma medida objetiva de construção. Inicialmente, um produto de qualidade era aquele que teria uma vida mais longa, o mais resistente. Posteriormente, o aumento dos níveis de características significava o aumento de qualidade. Pode ainda descrever-se, igualmente, a qualidade com base no produto como o produto ser de confiança, de simples manutenção e o seu

desempenho. A qualidade com base no produto relaciona o design e forma como o produto ou serviço funciona.

A qualidade com base no consumidor baseia-se no cumprimento das necessidades do consumidor, ou seja, o aumento de qualidade encontra-se ligada à forma como as características dos produtos satisfaziam as necessidades existentes no mercado. Porém, a dificuldade em saber-se com exatidão as necessidades dos consumidores e muitas vezes a dificuldade de transformar estas necessidades em características de um produto ou serviço, torna difícil de atingir esta categoria na qualidade.

A qualidade com base no valor é descrita como uma extensão da qualidade com base no consumidor pois encontra-se relacionada com a satisfação do cliente, por outras palavras, o aumento de qualidade encontra-se relacionada com a perceção do cliente sobre o produto/serviço relativamente à relação preço e excelência do produto.

A definição de qualidade com base na multidimensionalidade do produto, foi descrita por Garvin (1984) como estando dependente de oito dimensões: desempenho, características, fiabilidade, conformidade, durabilidade, manutenção, estética e qualidade perceptível. No que se refere aos serviços estes devem ter cinco dimensões: tangível, confiança, segurança, empatia e capacidade de resposta.

A última categoria de definição de qualidade estratégica, relaciona-se com os benefícios estratégicos que possam advir de produtos ou serviços de qualidade.

A qualidade transcendente é descrita como excelência (Tuchman, 1980). O conceito de excelência é um conceito vago sendo difícil fazer comparações e depende da pessoa que se encontra a avaliar o produto ou o serviço.

Porter (1980) afirma que a qualidade é um fator de competitividade podendo ser o fator diferenciador dos produtos de um organização em comparação com os seus competidores, sendo assim possível manter uma competitividade sustentável.

Como é perceptível o conceito de qualidade pode ser muito subjetivo, dependendo do sujeito. Assim, para tornar a qualidade mesurável foram definidas quatro divisões: a qualidade relativa à concessão, sendo medida pela presença ou ausência das necessidades e expectativas do cliente; a qualidade relativa ao fabrico de produto ou à prestação de serviços, sendo medida face à conformidade do produto ou especificações dos serviços em questão; a qualidade da utilização, sendo medida pela forma como o produto corresponde às expectativas do cliente e a qualidade relacional, sendo medida pela eficácia do contacto dos profissionais da organização com o cliente (Pires, 2004).

Desta forma, a qualidade passou de uma característica do produto ou do serviço para uma característica de toda a organização e de todos os que estão envolvidos nas suas atividades (Lisboa *et al.*, 2004).

Estas várias definições do conceito de qualidade fazem parte da história evolutiva da qualidade. Numa evolução histórica os pioneiros no movimento da qualidade foram Henry Ford, que foi responsável pela filosofia de padronização na indústria, o que levou a uma redução de variabilidade e Frederick Taylor, pai da gestão científica. De seguida surgiu o pai do controlo estatístico do processo, Walter A. Shewhart, que desenvolveu de igual forma o ciclo PDCA (*Pan-Do-Check-Act*). A este seguiram-se, os contemporâneos Deming, Juran e Crosby,¹ que acabaram por estabelecer o conceito de qualidade como o conhecemos hoje em dia (Moura e Sá, 2015).

Para Deming (1986), a qualidade é a melhoria contínua, sendo este autor que colocou fim ao mito que até então tinha sido criado, de a qualidade aumentar os custos

Para Juran (1951), a qualidade é conformidade, prevenção e melhoria contínua, ou seja cumprir as expectativas dos clientes, a não ocorrência de erros mas sim evitá-los, tratando sempre das reclamações.

Para Crosby (1979), a qualidade é atingida quando existem zero defeitos.

Ishikawa (1984) líder japonês do movimento da qualidade, país onde o movimento da qualidade voltou a ganhar uma nova relevância nos mercados de hoje em dia, é o

¹ Os autores Deming, Juran e Crosby trabalharam a qualidade a par da gestão, fazendo assim mais sentido referir o seu trabalho em mais detalhe no tópico da gestão da qualidade.

autor dos círculos da qualidade, do diagrama causa efeito e do conceito de cliente interno.

Taguchi e Clausing (1990) acrescentam à definição de qualidade o design afirmando que qualidade era o foco na qualidade do design do produto.

Neste momento, o conceito da qualidade é definido pela *International Organization for Standardization* (ISO) como o conjunto das características e atributos que um produto ou serviço possui de forma a satisfazer as necessidades e exigências feitas pelo consumidor. Ou então em alternativa, como Juran e Gryna (1993) declaram, a qualidade é a aptidão ao uso.

Porém, é mais fácil definir o que é não qualidade. Esta representa o desperdício, a insatisfação, desmotivação ineficiência e desconfiança (Moura e Sá, 2015). Mas qual a importância de introduzir o conceito de qualidade na indústria? Para esta pergunta não se encontra apenas uma razão, mas várias tais como: a existência do custo da não qualidade e este ser superior ao custo da qualidade; o número de variáveis na produção diminuiu, aumentando assim a padronização; e o facto do produto/serviço ter um valor superior e por isso levar a conquistar uma parte superior no mercado (Moura e Sá, 2015).

1.2. GESTÃO DA QUALIDADE

Quando o conceito da qualidade foi introduzido na indústria, surgiu consigo o conceito de gestão da qualidade (GQ). Este conceito evoluiu a par do conceito da qualidade. Assim, muito dos autores que ajudaram a definir qualidade ajudaram a definir e delinear a gestão desta mesma qualidade, sendo difícil separar o trabalho dos autores na definição do conceito de qualidade e da GQ.

O conceito de GQ nasceu da necessidade das organizações se comprometerem com a qualidade e com os objetivos que se iam estabelecendo para atingir a excelência dos seus produtos ou serviços.

O conceito de GQ é conhecido desde a década de 30, do século XX, mas foi apenas na década de 50 que este conceito teve um papel de destaque nas áreas de gestão das empresas.

A GQ é a forma como os gestores das organizações lidam com o conceito de qualidade e como o implementam. Sendo que a lógica da GQ tem de passar a ser vista como uma lógica integradora do desempenho dos processos desenvolvidos pelas diferentes áreas da empresa (Capelas e Paiva, 2004).

É de notar que este conceito está relacionado com o conceito de qualidade, por isso quando mencionamos a forma como alguns autores lidam com este conceito, consideramos que este está inteiramente ligado à sua definição de qualidade.

Deming (1986) tenta reformular a definição de qualidade, mostrando que a variabilidade é um princípio de não qualidade e que esta é da responsabilidade da gestão de topo. Este defende que este conceito se encontra dependente do cliente, pois apenas este a pode definir uma vez que deve traduzir as necessidades deste em características presentes no produto e/ou serviço, de forma a aumentar a satisfação do cliente, nunca se podendo esquecer da relação de produto e preço. Ou seja, para Deming a qualidade é um conceito mutável que depende das perspetivas e necessidades dos clientes.

Assim sendo, do ponto de visto deste autor, a qualidade varia de cliente para cliente dependendo das suas necessidades e expectativas. Deming foi um dos primeiros a aplicar o conceito da GQ tendo assente o seu trabalho no ciclo de Shewart, mais conhecido por ciclo de PDCA (*Plan - Do - Check - Act*) em português as iniciais podem traduzir-se por P de Planear; D de Cumprir; C de Avaliar e A de Adequar. Mais à frente se vai falar desta metodologia que é utilizada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em Portugal.

Tal como indica o nome, este processo é cíclico com quatro etapas diferentes e bem definidas. Embora seja um processo cíclico, geralmente começa pela etapa de planeamento dos processos, que têm de ser melhorados, de seguida implementam-se ações que tenham sido definidas na etapa anterior de forma a melhorar os processos pretendidos. A terceira etapa, a etapa de C, avaliar, avalia as ações que foram implementadas na fase anterior de forma a perceber se os seus objetivos foram atingidos

ou não. A quarta etapa, é necessária para quando as melhorias implementadas não foram bem-sucedidas ou os seus resultados não eram os pretendidos, sendo necessário adequar-se novamente aplicando-se ações corretivas. Desta forma este ciclo deve ser aplicado constantemente, pois todos os processos devem ser continuamente analisados e avaliados de forma a procurar a sua melhoria contínua (DGS, 2014a).

Ainda no trabalho de Deming é importante referir os 14 princípios que foram criados por este sobre a qualidade direcionados para os gestores (Gomes, 2004; Moura e Sá, 2015).

1. Criar uma unidade com o propósito da melhoria constante dos produtos/serviços;
2. Adotar à nova filosofia;
3. Terminar a dependência de inspeção em massa e substituí-la por desenhos do produto e processos de qualidade intrínseca;
4. Não confiar no preço como critério único na escolha de um fornecedor;
5. Melhorar continuamente os processos do sistema, através do estudo sistemático dos problemas;
6. Considerar as pessoas como o principal recurso de uma organização;
7. Instituir programas de formação;
8. Ensinar os indivíduos a realizar a autoavaliação;
9. Eliminar o medo. Encorajar a verdade e a confiança;
10. Remover as barreiras entre os departamentos e instituir rotinas de cooperação;
11. Apostar no trabalho em equipa, envolvendo todos os profissionais na transformação da organização;
12. Eliminar os *slogans* de aumento de produtividade, pois os problemas residem na estrutura sistema e não podem ser resolvidos apenas pelos trabalhadores;
13. Criar e incentivar o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem organizacional;

14. Conceber como responsabilidade essencial da liderança a criação de uma atmosfera favorável à melhoria contínua;

Juran e Gryna (1988), de igual forma, tentaram reformular e perceber a real definição de qualidade, perceberam que esta palavra teria múltiplos significados, mas que no seu entender qualidade é aptidão para o uso. Estes autores identificam a trilogia da qualidade. As três frentes da trilogia da qualidade são o planeamento, controlo e a melhoria contínua. Os objetivos da GQ assentam nestes dois processos são a prevenção e a melhoria de desempenho (Juran e Gryna, 1988).

Crosby (1979) define a qualidade como zero defeitos e a forma de o efetuar é fazendo bem à primeira sem desperdícios. A GQ, pela perceção de Crosby, é um conceito lato, que numa organização tem como meta aumentar a competitividade e a eficácia, o planeamento, a organização e o envolvimento de todos os que compõem a organização. A GQ deve assentar na qualidade, enquanto conformidade e não elegância, fazer bem à primeira é mais económico, os erros não devem existir e a medida do desempenho apenas pode ser os custos de qualidade (Pires, 2004).

A definição por parte de Crosby entra em conflito direto com as inovações e com as melhorias dos processos, pois para este autor qualidade significa ter zero defeitos e fazer bem à primeira.

Imperatori (1999) define qualidade como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe conferem a aptidão para satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes, conceito que pode ser encarado como multidimensional e sistemático para a busca da excelência (Imperatori, 1999 *apud* Mendes, 2012). Define a GQ como um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade (Imperatori, 1999).

Atualmente, a GQ, de uma forma geral, é vista por muitos autores como sendo responsável pelo conjunto de atividades, que se praticam tendo em vista a qualidade e a melhoria contínua (Couto e Pedrosa, 2009; Manzo, 2009).

Ainda neste contexto, mais recentemente, a ISO (2015) definiu os princípios nos quais a GQ deve assentar nos dias de hoje, como sendo as normas, regras e valores que são aceites como verdadeiros sendo utilizados sempre como base da GQ quando aplicado por uma organização. Assim são identificados sete princípios da GQ (ISO, 2015):

1. Foco no cliente;
2. Liderança;
3. Envolvimento de pessoas;
4. Abordagem de processos;
5. Melhoria;
6. Tomada de decisões com base em dados;
7. Gestão de relacionamentos;

A importância de cada princípio, segundo a ISO, depende de organização para organização, porém na sua visão geral a ordem pela qual é descrito cada princípio está relacionado com a sua importância. De seguida apresentar-se-á uma breve descrição de cada princípio utilizado na visão da ISO (2015).

O primeiro princípio de GQ (foco no cliente), é ir ao encontro das necessidades e exigências do cliente, de forma a atrair clientes e manter a sua lealdade para com o produto ou serviço, que é prestado pela organização. Para que se concretize tal ação deve-se criar mais valor para o cliente. Se aplicarmos este princípio na área da saúde podemos dizer que atividades como a monitorização da satisfação do utente e a criação de uma certa fidelização entre o utente e a instituição ou o seu médico, são essenciais para que este princípio se cumpra numa GQ bem adaptada.

O segundo princípio de GQ (liderança) acontece, quando todos os líderes da organização se encontram comprometidos em estabelecer uma união através de objetivos e direções/estratégias, levando a que todos (todas as pessoas da organização sem exceção) tenham condições para atingir em conjunto os objetivos de qualidade que

tenham sido delineados. Na área da saúde podemos aplicar este princípio aumentando a eficiência e a eficácia (como iremos ver mais à frente esta situação é potencializada pela gestão clínica e governação clínica) e ampliando a comunicação entre todos os níveis funcionais das organizações da saúde, para que aumente a confiança, conscientes que todos conhecem a missão, visão, as estratégias definidas nos planos e os processos organizacionais.

O terceiro princípio de GQ (envolvimento de pessoas) diz-nos que é importante o envolvimento de todas as pessoas a todos os níveis e respeitá-los como individualidades. Desta forma é essencial reconhecer que todos os indivíduos são capazes de serem competentes, de lhes dar poder e envolvê-los nas decisões, para que todos possam contribuir para se atingir os objetivos delineados. Na área da saúde, o envolvimento e participação dos profissionais é imprescindível ao sucesso da qualidade e podemos potenciar este princípio pelas atividades de monitorização da satisfação dos profissionais, perceber a perceção de todos os indivíduos perante os objetivos que foram delineados para atingir a qualidade. O mesmo se aplica no envolvimento dos utilizadores, contribuindo para os melhores serviços de saúde.

O quarto princípio de GQ (abordagem de processos) consiste em atingir resultados previsíveis consistentes de forma eficiente, pois as atividades são entendidas e interligadas com processos que eventualmente levam a um sistema coerente. Ou seja, através de um sistema, que é composto por vários processos, são atingidos resultados, percebendo-se como estes foram atingidos.

O quinto princípio de GQ (melhoria), tal como o nome deste princípio nos indica, é considerado que uma organização apenas possa obter sucesso se um dos objetos principais for a melhoria constante e contínua. Esta melhoria é essencial para as organizações manterem o seu nível de desempenho corrente e para reagirem a mudanças das condições externas ou internas. Na área da saúde pode-se potenciar este princípio fazendo análises *SWOT's*² adaptadas a esta área, de forma a potencializar

² A análise SWOT é uma ferramenta que é utilizada pela gestão no diagnóstico estratégico. A análise SWOT centra-se nas Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidade (Opportunities) e Ameaças (Threats).

oportunidades e a minimizar ameaças ou mesmo pontos fracos que possam ser identificados. Para além disso deve-se promover a formação de ferramentas para alcançar a melhoria que se pretende atingir.

O sexto princípio de GQ (tomada de decisões com base em dados), incentiva a utilizar os resultados, que foram adquiridos de ações realizadas, de forma a tomar novas decisões, abrindo novos caminhos e perspetivas. Este princípio é importante pois a tomada de decisões é considerado um processo que pode ser complexo envolvendo várias incertezas e pode ainda ser considerado um processo subjetivo uma vez que se encontra dependente de várias fontes e interpretações, assim é considerado, que apenas se deve confiar em dados concretos, que possam levar a decisões com um elevado grau de confiança, diminuindo assim a incerteza desse mesmo processo.

O sétimo e último princípio da GQ (gestão de relacionamentos) fala da importância de gerir os relacionamentos entre os diferentes grupos de pessoas, (como por exemplo: organização – fornecedores; pessoas dentro da organização; entre outros) de fora a manter o sucesso (ISO, 2015).

Através destes princípios é clara a forma como este conceito evoluiu de algo simples, concentrado nas características dos produtos e com a responsabilidade de o manter num indivíduo, para um conceito que abrange todos, tendo em consideração a satisfação do cliente e todos os interessados envolvidos (desde os acionistas aos fornecedores), o envolvimento de todos nas decisões e a manutenção do compromisso de atingir a qualidade.

Tal como já foi referido no início deste tópico este conceito só foi devidamente aplicado anos depois de ter surgido. Tal como referido por Pires (2004), na década de 1920 as atividades da qualidade, a sua grande maioria eram inspeção da conformidade dos produtos, porém a tendência foi para evoluir para o controlo estatístico da produção em massa e para sistemas de garantia de qualidade. Esta transição foi possível uma vez que as atividades começaram a ser planeadas e sistematizadas, levando a uma GQ que mais tarde passou a encontrar-se na gestão global das organizações.

Assim este conceito evoluiu para a gestão da qualidade total (GQT³). Resumindo, a GQT a partir da utilização de metodologias e as respetivas ferramentas tem como objetivo aumentar a competitividade da organização através da melhoria contínua, da prevenção dos erros na produção do produto ou na prestação do serviço, evitando assim os custos de não qualidade.

Para as organizações de saúde aplicarem a GQ ou a GQT a par dos princípios aqui referidos é necessário uma mudança de mentalidades, de forma a se alterarem os paradoxos existentes na cultura interna intrínseca a estas organizações, tendo em conta o tipo de serviços prestados e o seu contexto de evolução.

1.3. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

Uma vez implementado a GQ houve a necessidade de fazer com que esta gestão fosse eficiente e eficaz, daí surgir os Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ). Os SGQ são todas as ações que se implementam com o intuito de proporcionar uma melhor gestão quer da organização quer dos seus processos. Pires (2004) definiu SGQ como o conjunto das várias medidas organizacionais formuladas de forma a transmitirem a máxima confiança num nível aceitável de qualidade sempre ao menor custo possível. Noutras palavras o SGQ é um conjunto de ações e procedimentos organizacionais, que são precisos para se implementar a GQ, de forma a obter mais qualidade com menor custo. Com a utilização do SGQ uma organização consegue ligar todos os fatores que se encontram associados à qualidade, aumentando assim a eficiência e a eficácia da organização.

Através do SGQ é garantido que os produtos ou serviços prestados satisfaçam o cliente cumprindo com os seus requisitos desejados, transmitindo assim uma imagem mais favorável da organização para o seu exterior.

³ *Total Quality Management (TQM)*

O SGQ deve ser um sistema dinâmico que utiliza fundamentos associados ao planeamento da qualidade, ao controlo da qualidade, à garantia da qualidade, ao estabelecimento de políticas de qualidade e à melhoria contínua (Pinto e Soares, 2010).

Numa fase inicial é essencial que a organização delinear uma política de qualidade na qual são determinados os princípios que serão guias para esta SGQ e definir compromissos de qualidade. Assim, será possível construir uma estratégia que contenha os objetivos e as metas a atingir e que leve a organização ao seu cumprimento.

O planeamento da qualidade é essencial para que a organização seja bem-sucedida, uma vez que através deste processo é possível definir objetivos, parâmetros considerados aceitáveis para processos e produtos e a análise dos resultados adquiridos, através das atividades praticadas pela organização. A grande vantagem para uma organização, quando pratica o planeamento, é a capacidade que adquire para evitar erros evitáveis, sendo estes identificados previamente. Além disso, com o planeamento toda a organização trabalha como um todo, uma vez que todos conhecem os objetivos e a forma como se pretende atingi-los, facilitando a comunicação dentro da organização.

O controlo da qualidade é uma consequência lógica do planeamento da qualidade. Este deve ser implementado de forma a controlar os procedimentos, estabelecendo-se parâmetros aceitáveis e não aceitáveis, para que atinja em conformidade os resultados, atingindo o que é previamente planeado. Esta ação do SGQ tem um maior impacto a nível operacional.

A organização tem sempre que assegurar uma garantia de qualidade. Para a obter é preciso envolver as atividades de planeamento e controlo de qualidade nas ações que a irão garantir. Atingimos a garantia, quando conseguimos ter um envolvimento entre as atividades de planeamento e o controlo, de modo que estas influenciem o produto ou o serviço prestado pela organização. As ações que são consideradas como garantia de qualidade são as auditorias, ações preventivas e o controlo estatístico.

A melhoria contínua é um termo constante e essencial, quando se trata de qualidade nas organizações. Desta forma a melhoria contínua encontra-se na base de um SGQ. De forma a atingir esta melhoria contínua deve-se monitorizar os objetivos que

foram propostos e analisar os resultados que são adquiridos através das ações que são executadas para se atingir. De igual forma deve-se ter conhecimento do nível de satisfação do cliente, sendo um ponto crucial em qualquer organização, que pode levar à melhoria contínua uma vez que pretende-se garantir, sempre, a satisfação do cliente.

Segundo Pires (2004), todos os membros da organização devem ser envolvidos na implementação deste sistema, de forma a torná-lo tão dinâmico, tal como é pretendido. Para que isto aconteça, segundo este autor, todas as pessoas da organização devem ter o conhecimento que os principais objetivos do sistema são:

- Permite que todas as atividades tenham uma abordagem sistemática de forma a influenciar a qualidade, desde o momento da conceção ao fabrico e desde o estudo de mercado à assistência pós-venda;
- Utilização maior da prevenção em vez das inspeções;
- Dar provas de que o nível de qualidade foi atingido.

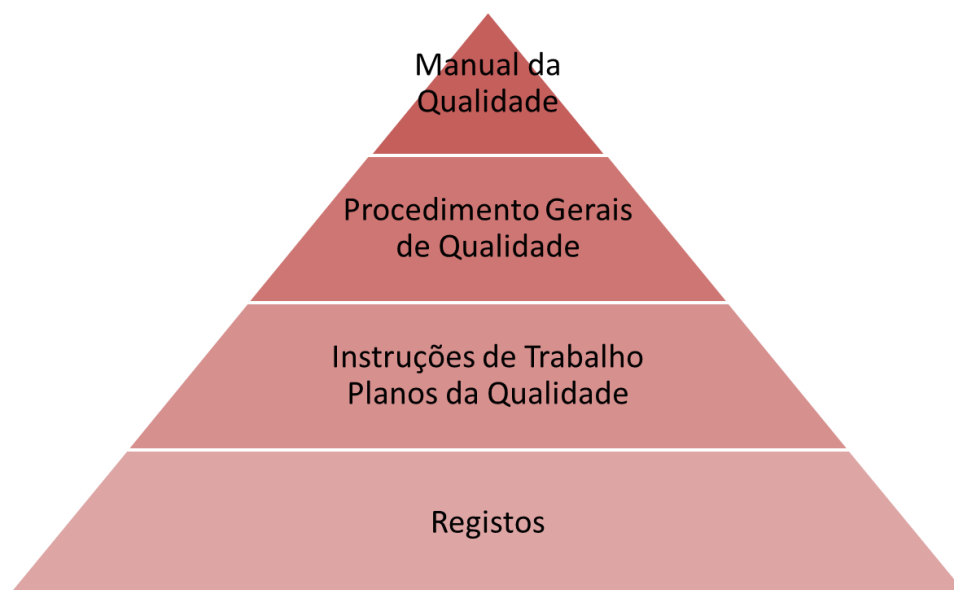
Segundo Pinto e Soares (2010), para a constituição de um SGQ são precisos três elementos essenciais:

1. Suporte documental;
2. Estrutura Organizacional;
3. Recursos.

No primeiro elemento, suporte documental, é necessário levar a organização a elaborar documentos e procedimentos, para que o sistema se possa suportar e guiar por estes, organizando a informação de uma forma hierárquica (figura 1), conforme a importância da informação. Assim através destes documentos a organização é capaz de identificar prioridades. Podem ser encontradas diretrizes para a criação destes documentos nas normas Portuguesas sobre a qualidade, nomeadamente na NP EN ISO 9000:2015⁴.

⁴ NP EN ISO 9000 são normas portuguesas sobre a qualidade. A norma que se refere no texto contém os fundamentos e vocabulário de um SGQ. Estas normas acabam por ser guias para as organizações que pretendem a implementação de um SGQ.

O segundo elemento, estrutura organizacional, pode ser essencial para pequenas e médias organizações, nas quais a estrutura organizacional ainda não se encontra bem definida. Assim, neste elemento pretende-se a formação concreta duma estrutura organizacional, deixando bem claro as competências, autoridades e responsabilidades de cada indivíduo. A definição desta estrutura irá trazer à organização uma maior clareza, organização sob a forma de trabalhar, responsabilização das pessoas e potencializar a melhoria contínua, devido à facilitação de encontrar pontos fracos com margem para melhoria.



*Figura 1- Exemplo de uma Hierarquia Documental
Adaptado de Pinto e Soares (2010)*

O terceiro elemento, recursos, deixa claro que as organizações devem ceder todos os recursos para que as responsabilidades de cada um sejam executadas da melhor forma culminando na satisfação de todos. Quando se fala de recursos vai para além dos recursos humanos não nos podendo esquecer que os recursos físicos e recursos de ambiente de trabalho são igualmente importantes.

No trabalho realizado por Pinto e Soares (2010) a implementação de um SGQ tem custos e vantagens associados. Os custos estão relacionados principalmente com a afetação de recursos humanos, consultores, tempo despendido por parte dos profissionais para que o SGQ seja implementado e materiais. Por seu turno, as vantagens

que a implementação de um SGQ pode trazer são: a definição de prioridades, identificação de áreas que mais afetam o desempenho, eliminação de tarefas em que o seu fim não é uma mais-valia ou que já é possível atingir esse fim por outras vias, definição de responsabilidades, melhoria da imagem exterior e diminuição da ocorrência de erros.

1.4. ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

A acreditação, segundo o Instituto Português de Acreditação (IPAC), é a avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade, sendo a avaliação da conformidade a certificação, ensaios, calibração ou inspeção; ou seja, é uma avaliação verificar se o serviço ou produto contém as características/requisitos que lhe devem ser aplicadas (IPAC, 2016).

A acreditação tem o propósito de fazer com que a organização que se pretende acreditar ganhe e transmita confiança no momento de execução das suas atividades, demonstrando a sua competência técnica, que lhe será reconhecida. A acreditação em geral é utilizada para regular, globalizar, como fator de competitividade e de racionalização do Estado (IPAC, 2016).

A crescente competição e o objetivo de muitas organizações de aumentar os seus lucros mantendo baixos custos de produção, são fatores que podem levar as organizações a executar as suas atividades técnicas de forma menos correta. Porém, a acreditação pode ter um efeito de regulador técnico, não atuando a nível económico, mas sim garantindo que as atividades são executadas dentro dos padrões (IPAC, 2016).

A acreditação também pode ter um efeito de globalização uma vez que entre os organismos que são acreditados é facilitada a livre circulação de bens e serviços abrangidos pelas acreditações, uma vez que no regulamento (CE) nº 765/2008 leva a que todas as autoridades nacionais de acreditação reconheçam às organizações a equivalência das acreditações entre todos os estados membros.

A acreditação pode ainda ser utilizada como um fator de competitividade, pois muitas marcas exigem que os seus parceiros sejam acreditados, chegando mesmo a trabalhar apenas com essas organizações.

Por último a acreditação pode ser uma ferramenta de racionalização para o Estado uma vez que é utilizada para descentralizar tarefas do Estado em terceiros, mantendo simultaneamente controlo e vigilância na delegação. Permite assim ao Estado emagrecer de uma forma controlada e fiável (IPAC, 2016).

O processo de acreditação, figura 2, é regulado por normas internacionais. Este processo é sempre iniciado por vontade da própria organização, através da apresentação de uma candidatura. De seguida, a candidatura é analisada pelo IPAC que nomeia a Equipa Avaliadora se tudo se encontrar correto na candidatura. Esta equipa procederá à avaliação que culmina com a entrega de um relatório à organização. A organização poderá então proceder a uma resposta onde poderá apresentar propostas de melhorias das áreas que foram identificadas. Após esta resposta que é analisada, o IPAC comunica a sua decisão. O processo de acreditação tem a necessidade de renovação anual (IPAC, 2016).



Figura 2-Processo de acreditação pelo IPAC

Fonte: IPAC (2016)

Segundo o IPAC a acreditação diferencia-se da certificação em vários aspetos, nomeadamente nos critérios e metodologias usados, bem como por haver apenas uma entidade acreditadora, a qual efetua a regulação dos organismos de certificação. Porém, na área da saúde, a expressão acreditação é vulgarmente utilizada, no entanto os processos em causa são, tecnicamente, processos de certificação da prestação de cuidados e não de acreditação (DGS, 2014b).

CAPÍTULO 2. DEFINIÇÕES RELACIONADAS COM SAÚDE

Neste capítulo será realizada uma contextualização dos conceitos necessários para entender melhor a qualidade e acreditação em saúde e a forma como esta se articula nas organizações de saúde que contêm uma cultura organizacional diferente dos restantes setores. Para a compreensão da aplicação da acreditação na saúde, e em consequência deste conceito se encontrar intimamente relacionado com a qualidade, far-se-á um enquadramento da evolução da qualidade em saúde em Portugal. Neste capítulo são ainda apresentados diferentes modelos de avaliação de qualidade que podem ser utilizadas pelas instituições de saúde e modelos de acreditação.

2.1. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade, que surgiu no início do século XX, cada vez mais aplicado na indústria, tem vindo nos últimos anos a aumentar a sua relevância. Porém, só recentemente se fala de qualidade na área da saúde fruto da gestão clínica e da governação clínica.

Uma vez que a área de saúde é complexa envolvendo diferentes atores houve a necessidade, por parte de vários autores, de definir qualidade em saúde.

Ferreira (1991) definiu qualidade em saúde como produção de saúde e de satisfação para uma população tendo em conta as limitações da tecnologia, os recursos disponíveis e as características da população que é servida. Este autor diz que quando nos referimos a este conceito não nos podemos esquecer de três aspetos interligados: missão, serviço e satisfação do cliente.

O Institute of Medicine (2001) definiu qualidade em saúde como o nível de serviços de saúde que, para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se obter os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento que o profissional tem no momento.

Quando se refere cuidados de saúde de qualidade propõem-se os melhores serviços, em tempo útil, a custos adequados, para todos de forma a serem efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e acessíveis. Assim, Biscaia (2000) considera que a qualidade deve ser o conjunto de atividades que foram previamente planeadas de acordo com as metas a atingir, que envolve todos aos níveis de cuidados prestados sempre com o objetivo de melhoria contínua de forma a obter o maior grau de satisfação dos utentes nos serviços da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵ definiu a qualidade em saúde como um serviço que contém profissionais que refletem um elevado nível de excelência, associados a um risco mínimo, resultados de saúde nos utentes e utilização eficiente dos recursos existentes (WHO, 2006). A OMS sentiu a necessidade de criar estratégias para a qualidade na saúde, segundo esta organização a definição de qualidade em saúde deve ser colocada na perspetiva dos vários sistemas de saúde. Para estes, a forma mais apropriada de resumir a necessidade de qualidade em saúde é devido aos rápidos avanços da ciência e tecnologia, os sistemas de prestação de cuidados de saúde tem fracassado na sua capacidade de prestação de serviços de forma consistente e de qualidade para todos. Isto implica que o aumento do *know-how* e o aumento dos recursos não se traduz automaticamente no aumento de qualidade dos serviços de saúde tal como a população se encontra à espera, assim torna importante a forma como cada um serviço de prestação de cuidados se encontra organizado (WHO, 2006).

Donabedian (1988) numa forma de simplificar o conceito definiu sete atributos que caracterizam a complexidade do conceito: eficiência⁶, eficácia⁷, efetividade⁸, aceitabilidade, legitimidade, otimização e equidade.

Além disso a OMS refere que a qualidade em saúde devido à sua complexidade devia ser definidas em seis dimensões diferentes (WHO, 2006):

⁵ World Health Organization (WHO).

⁶ Neste ponto entra o fator de custo. Entre duas opções com o mesmo nível de eficácia e efetividade a que é considerada mais eficiente é a que possui um custo mais baixo

⁷ É considerado como sendo o resultado obtido, em condições perfeitas

⁸ É considerado o resultado obtido em condições reais.

- Eficaz- prestação de cuidados baseados em evidência e que resultam em melhores resultados de saúde para os indivíduos e comunidades, com base nas suas necessidades;
- Eficiente- prestar cuidados de saúde de uma forma que maximiza a utilização dos recursos e evita o desperdício;
- Acessível- prestação de cuidados de saúde oportuna, geograficamente razoável, e um ambiente onde as habilidades e os recursos são adequados às necessidades médicas;
- Aceitável / centrado no paciente- prestação de cuidados de saúde que leva em conta as preferências e as aspirações dos utilizadores de serviços individuais e das culturas das comunidades envolvidas;
- Equitativo- prestação de cuidados de saúde que não varia em qualidade devido às suas características pessoais, como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou condição socioeconômica;
- Seguro- prestação de cuidados de saúde que minimiza os riscos e os danos dos utilizadores dos serviços.

Porém, a qualidade em saúde depende da posição de cada indivíduo relativamente à instituição de saúde uma vez que para cada indivíduo as diferentes dimensões podem ter diferentes importâncias. Para o utente o mais importante é a acessibilidade, a relação com o seu profissional de saúde e melhorias; para o prestador do serviço é a aquisição de bons resultados clínicos; e para o gestor o mais importante é a eficiência, avaliação do desempenho e maximizar os investimentos (Pisco e Biscaia, 2001).

2.2. GESTÃO CLÍNICA

Os serviços de saúde diferem muito das restantes organizações devido à sua cultura. Com a mudança de vários paradigmas no setor da saúde, foram sendo introduzidos conceitos de gestão, visões e metodologias que são relacionadas com a

forma como a gestão é praticada nos outros setores, como por exemplo na indústria, em áreas da gestão por processos e da GQ.

Para percebermos o que é a gestão clínica, primeiro temos que referenciar a cultura organizacional dos serviços da saúde, onde até há pouco tempo era baseada em modelos hierárquicos, muito centralizados, nos quais os profissionais de saúde não eram ouvidos relativamente a assuntos de gestão e vice-versa. Porém, mais recentemente com a entrada do termo gestão clínica, nos anos noventa, a organização dos serviços de saúde foi alterando o seu modo de funcionamento e atualmente a grande maioria dos serviços do setor da saúde trabalham em modelos horizontais, com uma participação cada vez mais crescente dos profissionais da saúde em tomadas de decisão relacionadas com processos estratégicos e operativos.

Este novo modelo adequa-se melhor aos processos assistenciais para que a terapêutica seja contínua. No modelo horizontal os poderes encontram-se descentralizados, desenvolvendo mais o nível organizacional, para que as metodologias e as respetivas ferramentas de gestão sejam utilizadas de forma eficaz e eficiente (Iglesias, 2004).

Assim, a gestão clínica nasce como forma a potencializar a otimização dos resultados da prática clínica. Até agora o que era praticado como gestão clínica, era executado pelos médicos através da prática clínica, desde que recebiam o utente até à aplicação de uma terapêutica e o seu acompanhamento posterior. No entanto a nova gestão clínica envolve a direção das organizações, levando a uma evolução da atividade assistencial e envolve os profissionais de saúde, desde os médicos, aos enfermeiros e aos secretários clínicos, na gestão dos recursos, que são utilizados durante o processo assistencial. Esta abordagem é vista por muitos como sendo lógica e necessária, tendo em conta que são os profissionais de saúde que tomam as decisões relativamente aos pacientes utilizando assim os recursos que se encontram ao seu dispor (Pérez *et al.*, 1999).

Assim, Pérez *et al.* (1999) definem gestão clínica como o uso de recursos intelectuais, humanos, tecnológicos e organizativos para o melhor cuidado do paciente e

estão relacionados com o conhecimento clínico, melhorando processos de atendimento e unidades organizacionais clínicas. Desta forma, a gestão clínica é uma gestão adequada ao setor da saúde combinando o melhor que a gestão tem para oferecer, como a otimização e a normalização de resultados, com os fundamentos intrínsecos à medicina, como a ética médica, a relação médico paciente, entre outros.

A gestão clínica é uma proposta organizacional específica para o setor da saúde que se rege pelo princípio da responsabilidade cooperativa e pelo funcionamento assistencial (Iglesias, 2004). A gestão clínica baseia-se nos princípios das boas práticas da gestão aplicáveis a qualquer outra organização, como por exemplo o foco no cliente, responsabilidade social, serviço de qualidade, envolvimento do utente na organização na definição dos padrões de qualidade e nas expectativas de serviços, políticas e estratégias, de forma a obter-se uma boa prática assistencial e boa liderança. Assim se articulará os processos de tomada de decisão em torno dos processos de atendimento articulados com os de suporte.

Segundo Pérez *et al.* (2002), a gestão clínica pode-se dividir em três diferentes níveis:

1. Gestão dos cuidados de saúde individual;
2. Gestão dos processos assistenciais;
3. Unidade de gestão ou utilização de recursos.

O primeiro nível da gestão clínica, a gestão dos cuidados de saúde individual, diz respeito à decisão que um médico tem de tomar frente ao paciente, nomeadamente a seleção do plano de tratamento ou dos métodos de diagnóstico a serem implementados. Tendo em conta os desenvolvimentos da medicina, existem diversos métodos auxiliares de diagnóstico bem como diversos caminhos terapêuticos pelos quais os médicos podem decidir atuar. Consoante a sua decisão, o médico pode gastar mais ou menos recursos que poderão ser mais ou menos justificados. Assim, tal como Pérez *et al.* (2002) descrevem no seu trabalho, este nível revela que “a melhor gestão é um bom remédio”, por isso deve existir um plano de cuidados para algumas doenças, principalmente as

crónicas, devido às mudanças das características da população atual, como o envelhecimento populacional, aumento de doenças crónicas e aumento da esperança média de vida. Estes autores lembram-nos ainda que é necessário a educação para a saúde, para que os doentes possam, dentro do possível, auto cuidarem-se (de forma preventiva) e que é necessário uma rede de apoio a familiares.

O segundo nível da gestão clínica, gestão dos processos assistenciais, refere-se à otimização dos processos assistenciais e administrativos, de forma a tornar a prática clínica eficaz. Por outras palavras, é quando na prática clínica os médicos utilizam os conhecimentos que possuem, tecnológicos e científicos baseados em normas e os aplicam a um paciente e obtêm os resultados desejados. Ou seja, neste segundo nível é necessário a análise e a melhoria contínua dos processos de saúde, utilizando as novas tecnologias de forma adequada e utilizando de igual forma ferramentas de melhoria contínua da qualidade.

Ao existir uma tomada de decisão na organização que envolva custos, o decisor deve ser responsabilizado pela eficácia de tais decisões. Assim, o terceiro nível da gestão clínica, utilização de recursos, refere-se à relação entre as vantagens e os custos das tomadas das decisões. Desta forma, neste nível a unidade de gestão da organização deve ver, considerando o grau de conhecimento que possui, qual o melhor modelo de gestão que se adequa a si e lhe traz mais benefícios. Todas as decisões, desde os pressupostos clínicos, sistemas de controlo de gestão, os serviços assistenciais e os sistemas de informação de custos, afetam diretamente os custos de toda a organização, refletindo-se na imagem da organização, nos seus resultados e no nível de qualidade da organização (Pérez *et al.*, 2002). Desta forma, todos os profissionais que se encontram envolvidos nas organizações de saúde devem planear as suas ações de forma a melhorar a eficácia, eficiência e efetividade dos resultados, que advêm das suas tomadas de decisão.

2.3. GOVERNAÇÃO CLÍNICA

A governação clínica foi descrita pela primeira vez em 1998, no Reino Unido, num documento desenvolvido pelo *Department of Health* do National Health Service (NHS), como um novo sistema nos CSP para garantir que os padrões clínicos são cumpridos, e que os processos estão no local para garantir a melhoria contínua, suportado por um novo dever legal de qualidade no NHS. Por outras palavras a governação clínica é um sistema que é utilizado com o objetivo de melhorar o nível da prática clínica. O principal objetivo do NHS com a introdução deste conceito era principalmente uma mudança da cultura existente nos serviços de saúde (Leatherman e Sutherland, 2003).

Este conceito adveio do atual *satus quo* em que cada vez mais os utentes exigem que exista qualidade nos serviços que lhes são prestados. Além disso, os profissionais dos serviços de saúde, até aí tinham tido uma tendência para proteger a sua autonomia individual e reputação, levando à promoção de uma cultura de culpa e de segredo que inibe a organização de aprender com os erros, uma vez que estes muitas vezes não são reportados, de forma a prevenir incidentes semelhantes no futuro (Huntington *et al.*, 2000). Berwick (1989) considera que a introdução da governação clínica deve ser vista como uma abordagem sistemática para garantir a qualidade e a melhoria dentro de uma organização de saúde; acima de tudo a governação clínica é sobre uma mudança de cultura organizacional longe de uma cultura de culpa, para uma de aprendizagem em que a qualidade seja imprescindível a todos os aspetos do trabalho da organização.

Tendo em vista tal mudança, os processos tradicionais que até então eram aplicados, deixam de ter validade sendo preciso uma nova atualização dos mesmos. Assim, a governação clínica é um sistema que assegura a manutenção dos padrões mais elevados dos cuidados de saúde e o aumento contínuo da qualidade dos serviços (Degeling *et al.*, 2004). Na perspetiva de Scally e Donaldson (1998), a governação clínica só pode ser eficaz se envolver todos os níveis, que são parte integrante de uma organização de saúde, desde o controlo financeiro, o desempenho dos serviços e a qualidade clínica, de forma a envolver todos os profissionais, principalmente os profissionais clínicos, e a uma melhoria de todos os serviços.

A governação clínica junta os melhores fundamentos das boas práticas de gestão de organizações, com os melhores fundamentos das boas práticas de governação, havendo uma responsabilidade social para com a população servida por estes serviços, garantindo a qualidade e segurança do mesmo (Iglesias, 2004).

A governação clínica foi criada como forma de envolver toda a estrutura da organização de saúde criando um ambiente de aprendizagem caracterizado pela liderança e pela valorização pessoal dos profissionais, havendo uma parceria ativa entre os profissionais da organização de saúde e os pacientes (Leatherman e Sutherland, 2003).

A governação clínica é um sistema composto por seis elementos fundamentais (Starey, 2003):

1. Educação;
2. Auditorias clínicas;
3. Eficácia clínica;
4. Gestão do risco;
5. Investigação e desenvolvimento;
6. Transparência.

Com os avanços contínuos e crescentes na área da medicina, os profissionais de saúde devem manter-se constantemente atualizados sobre as novas técnicas terapêuticas e novos meios de diagnóstico, que poderão levar a uma maior e melhor qualidade dos serviços prestados, associados a menores custos e por isso a uma melhor gestão clínica. Por estas razões, o primeiro elemento da governação clínica é a formação. A existência de formação contínua pós-graduada, é essencial no setor da saúde, por isso incentiva-se as organizações de saúde a fomentar a formação dos seus profissionais, através de planos de formação individuais e coletivos, bem como de autoaprendizagem.

A auditoria clínica é o momento de avaliação dos resultados provenientes do desempenho clínico, de acordo com o que foi previamente estabelecido. As auditorias são processos cíclicos efetuados entre espaços de tempo regulares, com temas definidos e metas pré estabelecidas. As auditorias são importantes para o processo de melhoria contínua da qualidade, uma vez que através destas avaliações pode-se identificar áreas a

melhorar. Esta prática tem sido encorajada principalmente nos cuidados primários de saúde, onde as auditorias têm evoluído não só para envolver gestores especializados, como profissionais de saúde e até mesmo pacientes (Starey, 2003). As auditorias têm sido um meio para se aumentar ações que levem à eficácia clínica.

A eficácia clínica, tal como já referido anteriormente, é uma medida pela qual se relaciona o resultado obtido da prática clínica com o que era pretendido. Esta medida é essencial, pois existe a necessidade de se perceber a legitimidade do caminho tomado pelo profissional, tanto a nível científico como a nível da relação custo-benefício. O setor da saúde, como vimos até agora, é um setor especial principalmente porque os profissionais encontram-se a lidar com vidas e por isso não pode ser medido apenas pela sua eficácia, mas também pela sua segurança e eficiência.

O setor da saúde é um dos setores onde pode haver mais riscos, por isso é necessário que seja executada uma gestão de riscos, com o objetivo de os minimizar. Quando falamos de riscos pode-se identificar diferentes grupos de riscos, como por exemplo: o risco para o paciente, o risco para os profissionais de saúde e os riscos da organização de saúde. O risco para o paciente pode ser minimizado através da utilização das normas e diretrizes (no caso português estas são divulgadas e publicadas pela DGS) ou outras que se executem nas unidades, bem como através de processos de aprendizagem que advenham de situações anteriores identificadas ou referidas pelos doentes utilizando estes os meios de comunicação existentes nas unidades de saúde. De forma a diminuir o risco para os profissionais estes devem-se encontrar devidamente imunizados contra doenças infecciosas, ter um ambiente de trabalho seguro e devidamente higienizado, e manterem-se atualizados para uma boa prática clínica levando a uma maior qualidade no serviço prestado. O risco para a organização centra-se principalmente na falta de qualidade podendo colocar em causa qualquer organização. Por isso, para minimizar os riscos para a organização esta deve-se certificar que existe uma melhoria contínua e aumento da qualidade, através da prática clínica dos seus profissionais, garantindo-lhes um ambiente de trabalho seguro.

Embora os desenvolvimentos na área da medicina sejam muitos, por vezes pode haver um desfasamento entre a descoberta e a sua aplicação prática pelos profissionais de saúde. Este intervalo de tempo deve ser o mais curto possível, por forma aos cuidados e terapêuticas serem as mais eficazes. Porém, a disseminação desta informação nem sempre é fácil e rápida, surgindo a necessidade do quinto elemento da governação clínica, a investigação e o seu desenvolvimento. Para que este objetivo seja atingido podem-se utilizar diversas ferramentas, como por exemplo: a avaliação crítica da literatura, gestão de projetos próprios ou individuais, criação por parte de toda organização de procedimentos, protocolos e estratégias que se implementem e divulgadas para que todos os seus profissionais tenham conhecimento dos mesmos.

Por último, mas não menos importante, é o elemento de transparência, pois os processos abertos ao escrutínio do público, promovem a participação, envolvem o público e melhoram as boas práticas. Porém esta transparência tem as suas limitações, pois deve ser salvaguardada sempre a confidencialidade do utente.

Este novo sistema (governação clínica) consegue juntar todos os elementos que promovem a qualidade e ajudam a organização a enfrentar mais facilmente os desafios relativamente à sua implementação.

Assim, a governação clínica veio complementar a gestão clínica, auxiliando-a no processo de colocar os profissionais clínicos no seio da organização, podendo haver uma responsabilização de todos, tendo sempre em vista a melhoria contínua e a qualidade dos serviços de saúde.

2.4. MODELOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

À medida que o conceito de qualidade foi sendo implementado nas organizações, este foi visto como um passo chave para a excelência e satisfação do cliente. Como já foi referido, a implementação da qualidade precisa da participação de todas as pessoas envolvidas na organização. Porém, os processos de manutenção e desenvolvimento da qualidade, aos quais as organizações foram habituando o cliente, não são simples de

serem executados. Geralmente, estes processos são facilitados pela implementação dos SGQ, que já foi referido anteriormente neste relatório.

Assim, surge a necessidade de haver uma avaliação por parte das organizações sobre a forma como as ferramentas, que auxiliam a implementação da qualidade, estão a ser utilizadas. Desta forma, é necessário para este relatório referirmos alguns dos modelos de avaliação de qualidade específicas para o setor da saúde. De seguida serão apresentadas cinco referenciais.

1. Norma NP EN ISO 9001;
2. Modelo de Excelência de EFQM;
3. Common Assessment Framework;
4. European Task Force on Patient Evaluation of General Practice;
5. Modelo de Donabedian.

2.4.1. NORMA NP EN ISO 9001

Um SGQ embora seja essencial numa organização, nem sempre a sua implementação é simples, principalmente para organizações em que o seu foco é o produto ou o serviço prestado. De forma a auxiliar estas organizações a implementarem esta estratégia organizacional, que como vimos no tópico anterior pode trazer diversas vantagens, a ISO desenvolveu as normas de qualidade, a família de ISO 9000. Nestas normas cada organização encontrará de forma simples os termos essenciais e orientações para que seja fácil implementar esta ferramenta.

A família ISO 9000 refere-se à qualidade, sendo composta por várias normas, tais como a ISO 9000:2015 que descreve os fundamentos de um SGQ e especifica a sua terminologia; a ISO 9001:2015 que especifica os requisitos para um SGQ; a ISO 9004:2000 que proporciona diretrizes para a eficácia e eficiência de um SGQ e a ISO 19011 que proporciona a orientação das auditorias de um SGQ e de gestão ambiental.

Neste ano, devido à atualização da norma ISO 9001 e a ISO 9000⁹, é um momento de transição para a ISO e para todos os que as utilizam.

A norma NP EN ISO 9001, baseia-se nos princípios da GQ, utiliza requisitos de um SGQ, sendo geralmente utilizada para a certificação de serviços. Esta norma incentiva as organizações a trabalhar por processos e respeitar os requisitos dos utilizadores, cumprindo-os. Com esta norma são executadas mudanças, com o intuito de melhorar, nas áreas de registos, documentação, objetivos de qualidade, planeamento das ações e controlo dos processos de uma forma mais rigorosa. Estas normas apenas dão conselhos e guias, cabendo à organização definir como vai fazer o seu caminho para atingir o que pretende. A ISO 9001 encontra-se organizada em oito capítulos nos quais se explicam a forma apropriada para a sua implementação, sendo que se baseia no ciclo de PDCA, havendo assim uma responsabilização da gestão de topo para criar ou linear as políticas de qualidade, objetivos, implementação e melhoria do SGQ, sendo que deve sempre haver uma avaliação e revisão periódica. Esta norma não esquece os processos que envolvem o cliente bem como a sua satisfação.

A maioria dos requisitos desta norma são para que seja possível a sua implementação em qualquer organização, independentemente do tamanho, de ser pública ou privada ou do setor em que se encontra. Trata-se de uma norma internacional, que se encontra aplicada, atualmente, a 170 países e a mais de 1 milhão de empresas.

Porém na nova revisão a ISO 9001:2015 leva a que o processo se foque ainda mais no sistema de gestão da qualidade, como decisões estratégicas da organização, com abordagem baseada no risco para este sistema. Houve alterações ao nível do contexto organizacional, riscos e oportunidades, liderança e informações documentadas. Estas mudanças vêm simplificar o processo (SGS, 2016).

Mais particularmente no setor da saúde a utilização dos modelos da avaliação que se encontram na ISO 9001:2015 leva à certificação destas como será referido mais à frente no texto. A certificação é a avaliação externa por uma entidade independente e

⁹ Como ainda nos encontramos num ano de transição e as normas não serem de fácil acesso neste trabalho iremo-nos focar nas normas anteriores, se bem que sempre que possível mencionaremos as normas atuais.

acreditada das atividades de uma organização de forma a reconhecer que esta desenvolve as suas atividades como é suposto.

2.4.2. MODELO DE EXCELÊNCIA EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) é uma organização associativa que tem como objetivo auxiliar organizações a melhorar o seu desempenho e competitividade (EFQM, 2013). A EFQM através das suas várias parcerias é capaz de identificar boas práticas, novas tendências e caminhos inovadores de trabalhar, utilizando o seu modelo de excelência. A sua missão centra-se na inspiração das organizações para que estas atinjam uma excelência sustentável através do envolvimento dos líderes em aprendizagem, partilha e inovação usando o Modelo de Excelência EFQM.

Este modelo introduz o princípio de autoavaliação e diagnóstico, cedendo ferramentas que permitem às organizações colocar estes conceitos em prática. Do ponto de vista da EFQM (1999) a GQ deve-se focar em todas as atividades e em todos os níveis da organização, sendo um processo contínuo para melhoria do seu desempenho, indo sempre de encontro às exigências de todos os interessados, envolvidos na organização.

Este modelo, é composto por nove dimensões ou critérios (figura 3) :

1. Liderança;
2. Gestão de Pessoas;
3. Política e estratégia;
4. Parcerias e recursos;
5. Processos;
6. Resultados nas pessoas;
7. Resultados nos consumidores;
8. Resultados na sociedade;
9. Resultados-chave no desempenho.

Para além destas nove dimensões o modelo contém mais oito conceitos fundamentais e sistemas de medição.

As nove dimensões que são tratadas no modelo de excelência EFQM encontram-se divididas em dois grupos: Meios e Resultados. Os meios estão relacionados com os processos, estrutura e recursos da organização. Os resultados envolvem todas as questões ligadas ao desenvolvimento da organização. Este modelo baseia-se no facto de os meios levarem diretamente a resultados, noutras palavras, se a organização possuir os meios indicados poderá ser levada a ter resultados de excelência.



Figura 3- Estrutura do Modelo de excelência EFQM
Adaptado de EFQM (2016)

Porém, o modelo acaba por ser mais complexo do que as simples nove dimensões. Além das dimensões o modelo tem trinta e duas subdimensões, das quais vinte e quatro pertencem aos meios de forma a avaliar a aproximação, o desenvolvimento e a evolução. No grupo dos resultados, cada um tem oito subdimensões que precisam de factos, datas e de medidas objetivas de forma a cada organização se poder comparar com as restantes, uma vez que nos encontramos num ambiente competitivo. Cada subdimensão contém áreas explícitas que devem ser dirigidas bem como medidas para a avaliação destas. Assim, este modelo torna-se mais simples de ser aplicado uma vez que tem tudo descrito da forma mais direta possível pela fundação.

Neste modelo o sistema utilizado para avaliar a qualidade do mesmo não é o PDCA, mas o sistema RADAR (*Results, Approche, Deploy, Assess e Review*), sendo uma versão modificada do mesmo. Este sistema tem cinco fases, com o objetivo de avaliar cada subdimensão - tendências, metas, *benchmark*, causa e extensão – sendo avaliados numa escala de 0-25-50-75-100%.

2.4.3. COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK

Este modelo foi desenhado com base no modelo anterior, com o objetivo de se adequar a organizações públicas. Tal facto é visível quando observamos a estrutura deste modelo, sendo esta extremamente familiar à do EFQM, como se pode visualizar na figura 4. O modelo *Common Assessment Framework* (CAF) é uma forma mais simplificada de abordar a GQ e de autoavaliação. O modelo CAF foi criado em 2002 e desde então teve mais duas atualizações, sendo a última referente a 2013.

Este analisa a organização de várias perspetivas, sendo considerada uma análise holística do desempenho. A filosofia que se encontra por detrás do CAF são os resultados para o cliente e os resultados para a sociedade, que são obtidos através de uma boa liderança que sabe orientar da melhor forma a estratégia, os processos, os recursos, os profissionais e as parcerias (DGAEP, 2016).

Ao contrário do modelo de excelência EFQM, o modelo de CAF tem disponível ao público interessado e de forma gratuita toda a documentação precisa para que qualquer organização pública o possa o implementar. Através dos critérios da CAF é possível identificar áreas críticas que podem ser melhoradas através da implementação de outros modelos de gestão do desempenho organizacional como o *Balanced Scorecard*, ISO 9000, Cartas da Qualidade e Inquéritos de Satisfação (DGAEP, 2016).



Figura 4- Representação do Modelo de CAF
Retirado de : EIPA (2013)

O processo de autoavaliação do CAF tem três fases: primeira fase – o início da caminhada CAF; segunda fase – processo de autoavaliação; terceira fase - planos de melhorias/priorização. No conjunto destas fases têm de ser desenvolvidos dez passos, dois na primeira fase, quatro na segunda fase e os restantes quatro na terceira fase. Os passos que segundo o modelo de CAF devem ser percorridos são (DGAEP, 2016):

1. Decidir como organizar e planear a autoavaliação;
2. Comunicar o projeto de autoavaliação;
3. Criar equipa(s) de autoavaliação;
4. Organizar a formação;
5. Realizar a autoavaliação;
6. Elaborar um relatório de autoavaliação;
7. Elaborar um plano de melhorias;
8. Comunicar o plano melhorias;
9. Implementar o plano melhorias;
10. Planear a próxima autoavaliação.

Estes passos devem respeitar a ordem apresentada. O CAF ainda permite que as organizações implementem projetos de *bench learning* possibilitando à organização

identificar, comparar e implementar ações de melhoria através de processos de partilha e aprendizagem (DGAEP, 2016).

2.4.4. MODELO DE DONABEDIAN

Donabedian foi um médico e um dos fundadores do estudo sobre a qualidade nos cuidados de saúde. Donabedian (1988) deixou um modelo conceptual que tem como objetivo avaliar a qualidade nos cuidados de saúde, tendo como base três pilhares essenciais que se encontram interligados: a estrutura, o processo e o resultado (figura 5).

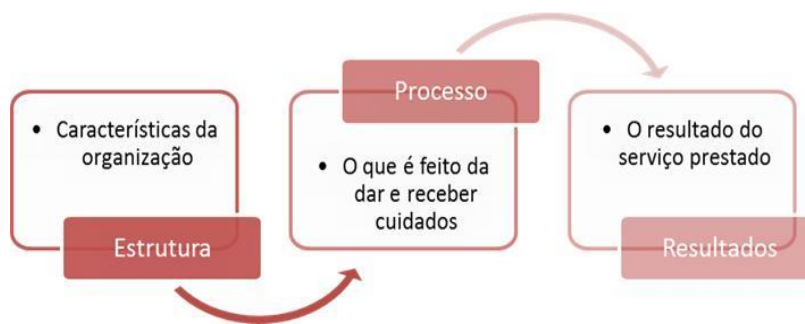


Figura 5- Modelo de Donabedian
Adaptado de Donabedian (1988)

A estrutura são os atributos nos quais os cuidados de saúde assentam. O autor considera que os atributos são os recursos materiais (as instalações, o equipamento e o orçamento); recursos humanos (que não são apenas avaliados pelo número de pessoas, mas também as suas habilitações) e a estrutura organizacional.

O processo são as atividades realizadas para dar e receber cuidados. Ou seja, são as atividades do utente que procura os cuidados de saúde, bem como as atividades dos profissionais, como o diagnóstico, recomendação e/ou implementação de um tratamento (Donabedian, 1988).

O resultado são os efeitos que os cuidados prestados têm no utente e na população que é servida pelo serviço. Donabedian considera que faz parte dos resultados a satisfação do utente, a melhoria da qualidade de vida do utente e o aumento de conhecimento, bem como a mudança de comportamento deste para melhor.

Esta visão de avaliação de qualidade, apenas é possível porque só uma boa estrutura poderá aumentar as hipóteses de um bom processo que por sua vez irá aumentar as hipóteses de um bom resultado. Assim podemos concluir que apenas haverá qualidade nos cuidados de saúde se as três componentes tiverem uma boa avaliação. Sem uma as outras não podem existir.

2.4.5. EUROPEAN TASK FORCE ON PATIENT EVALUATION OF GENERAL PRACTICE

O modelo EUROPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*) é uma ferramenta direcionada para avaliar e comparar os serviços de qualidade na área da Medicina Geral e Familiar (MGF). Esta ferramenta encontra-se na forma de um formulário que foi criado em 1995.

Este formulário é preenchido pelo utilizador de forma a perceber a sua opinião, sendo constituído por trinta e oito perguntas, divididas em cinco áreas específicas (Guimarães, 2009):

1. Relação médica – utente (6 perguntas);
2. Assistência médica e técnica (5 perguntas);
3. Informação e apoio (4 perguntas);
4. Organização dos serviços (2 perguntas);
5. Acessibilidade (6 perguntas).

O utente utiliza uma escala de *Likert* de cinco pontos para cada pergunta (variando de 1 - Mau, até 5 - Excelente). Assim, através destas respostas a organização pode saber, segundo a perspetiva do utente, quais os aspetos que tem de melhorar e os que tem de manter (Pestana, 2013).

Este modelo tem um percurso consolidado em Portugal que tem vindo a ser utilizado sistematicamente nos CSP. A sua primeira aplicação em Portugal foi em 2000, em 86 centros de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. No ano que se seguiu o número

aumentou para 194 centros de saúde. Até que atingiram o universo total de 365 centros de saúde, sendo integrado num projeto no então Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Posteriormente em 2006, com a reforma dos CSP surgiram as USF's de modelo A e B¹⁰ e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP). As USF's são unidades operativas dos centros de saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam indicadores de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços (USF-AN, 2016). As UCSP são agrupamentos de centros de saúde com autonomia administrativa, constituída por várias unidades funcionais, que prestam serviços personalizados (ACSS, 2016).

Como consequência desta mudança era fundamental avaliar-se o grau de satisfação das necessidades e expectativas dos utilizadores destes serviços, nos quais o desempenho é considerado a quando da contratualização. Assim, em 2009, foi utilizado o modelo EUROPEP, havendo um novo pedido para a utilização do mesmo, em 2012, mas desta vez por pedido da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Assim com o auxílio do Gabinete do Cidadão foi possível realizar este estudo, tendo os dados sido relatados em junho de 2015 (Ferreira e Raposo, 2015).

2.5. A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE EM PORTUGAL

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi fundado em 1979 pela necessidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde que até então era limitado, tornando-o mais igual entre os cidadãos. O SNS desde que foi criado ajudou o sistema de saúde português a melhorar vários dos seus indicadores, igualando-os aos da restante Europa. Houve uma melhoria significativa na taxa de mortalidade infantil, na esperança média de vida à nascença e uma melhor qualidade de vida dos cidadãos. Um dos exemplos mais evidentes foi o plano de vacinação que em anos mais recentes atingiu uma percentagem de 90%.

¹⁰ Será explicada a diferença mais à frente no tópico da acreditação em saúde

Entre os anos de 1985 e 1989, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com a OMS, foram realizadas vários seminários bem como um programa entre Portugal e Espanha com foco na garantia da qualidade em CSP (Pisco e Biscaia, 2001). Posteriormente, entre 1990 e 1993, foi iniciado o programa de ação concertada na garantia da qualidade em hospitais pela DGS em parceria com a ENSP e começou a surgir uma forte aposta na formação bem como em projetos que envolvessem a qualidade. Ainda no ano de 1993 o Sistema Português da Qualidade (SPQ) foi criado com uma estrutura com o propósito do desenvolvimento da qualidade em todos os setores do país.

O Instituto Português da Qualidade (IPQ), criado em 1986, exerceu funções sobre a alçada do Ministério da Economia. Ainda em 1993 a DGS faz circular uma norma na qual descrevia a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde. Estas comissões estavam encarregues de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001). Porém foi apenas em 1998 que a qualidade foi reconhecida pelo SNS como prioridade, após a elaboração do documento *“Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”*.

Foram definidas pela primeira vez estratégias, políticas e um sistema de qualidade no Programa Saúde XXI. Neste programa era pretendido o desenvolvimento contínuo da qualidade, tendo em conta a melhoria contínua, a responsabilização dos profissionais e a participação de todos, porém este programa não teve grande sucesso (Pisco e Biscaia, 2001). Foi depois de 1999 que a história da qualidade na saúde em Portugal mudou, tendo sido um ponto de destaque na agenda política na área da saúde no nosso país, levando a várias reestruturações das instituições¹¹ da qualidade até aos dias de hoje (Legido-Quigley, 2008).

2.6. INSTITUIÇÕES DE REGULAMENTAÇÃO DA QUALIDADE

Como instituições de qualidade em Portugal existe o IPQ, o SPQ e neste caso mais específico temos o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), integrada na DGS.

¹¹ Tema aprofundado no tópico seguinte.

O IPQ é um instituto público, que tem como missão orientar todos os sistemas portugueses de qualidade, entre outros sistemas designados por lei. As suas principais atividades, como coordenador dos sistemas de qualidade português, são a gestão, coordenação e desenvolvimento dos mesmos, de forma a proporcionar a interação das componentes relevantes para a melhoria da qualidade de produtos, de serviços e de sistemas de qualidade e da qualidade da vida das pessoas. Este é ainda responsável pelos programas de apoio financeiro e encontra-se envolvido com outros países, quando existe cooperação, no âmbito da qualidade.

É um organismo nacional de normalização ao IPQ, promovendo a elaboração de normas portuguesas, garantindo a coerência e atualidade do acervo normativo nacional e promover o ajustamento de legislação nacional sobre produtos às normas da União Europeia (IPQ, 2016a). Este organismo representa Portugal em diversas estruturas europeias tais como: *European Committee for Standardization*, no *European Committee for Electrotechnical Standardization*, na *International Electrotechnical Commission*, na *Conference General des Poids et Mesures*, na *International Organization for Legal Metrology* e na ISO (IPQ, 2016a).

O SPQ tem como objetivo principal dinamizar a qualidade em Portugal, para esta assegurar qualidade na vida da sociedade em geral e ajudar o desenvolvimento sustentado do país. De igual forma, coordena simultaneamente três subsistemas: o subsistema da normalização, o subsistema da qualidade e o subsistema da metrologia. O SPQ é constituído por um conjunto de entidades e organizações interrelacionadas e que interagem, regulando-se por princípios, regras e procedimentos que são aceites a nível internacional. Para este trabalho os subsistemas que têm mais relevância são o da normalização e o da qualidade (IPQ, 2016b).

O subsistema da normalização envolve todas as atividades que têm como objetivo a elaboração de normas e documentos que tenham um carácter normativo seja do âmbito nacional, europeu ou mesmo internacional. O subsistema da qualidade envolve todas as atividades relacionadas com a certificação, acreditação e outras, nas quais tenham como

objetivo o reconhecimento de competências e de avaliação de conformidades (IPQ, 2016b).

O DQS, integrante da DGS foi criado em 2009, pela Portaria nº 155/2009, de 15 de fevereiro, no intuito de agregar as competências da qualidade do sistema de saúde à DGS (DQS, 2016). Com a criação deste departamento foi extinto o IQS, já referenciado anteriormente, uma vez que as suas funções se sobrepunham. Antes deste existia a Agência da Qualidade na Saúde, que fazia parte da ACSS, de acordo com o Decreto - Lei nº 219/2007, de 29 de Maio.

O DQS tem as competências da antiga Agencia da Qualidade na Saúde e como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma melhoria contínua da qualidade. Este departamento tem a seu cargo de igual forma a coordenação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), que tem uma validade de cinco anos, de 2015 a 2020. Esta já é a segunda estratégia apresentada pelo DQS, sendo a sua primeira estratégia referente ao período compreendido entre o ano 2009 e 2014. Com a ENQS de 2015-2020 o DQS pretende reforçar a sua estratégia anterior, garantindo as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente respeitando as várias medidas de efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Assim é pretendido por esta estratégia, que o cidadão veja os seus direitos cumpridos no sistema nacional de saúde, bem como a segurança e qualidade dos cuidados que lhe são prestados (DQS, 2016).

2.7. ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

A acreditação em saúde é definida pela *International Society for Quality in Health Care* (ISQua) como um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente. Ou seja, é um método de autoavaliação e avaliação por entidades

externas, através de auditorias externas, com o objetivo, das organizações de saúde, ficarem a conhecer o seu nível de desempenho relativamente a referenciais pré concebidos por entidades externas, e consequentemente identificar áreas em que seja necessário aplicar-se melhorias de forma a atingirem um nível de desempenho cada vez mais elevado. Foi esta a definição que a DGS adotou. A própria ISQua desenvolveu um programa de acreditação, o *International Accreditation Programme*, que tal como o nome indica avalia as instituições para ir de encontro a parâmetros internacionais.

Tal como já referido anteriormente, este é um processo de iniciativa própria, ou seja, têm de ser as próprias organizações a voluntariarem-se para o processo a partir do momento que acham mais apropriado para a sua organização. O objetivo que a maioria das instituições de saúde encontra para se acreditar é o reconhecimento público do nível dos cuidados de saúde que presta, uma vez que o processo se baseia em provas científicas e estabelece padrões elevados de qualidade (Rooney e Ostenberg, 1999).

Cada vez mais, em Portugal, as organizações de saúde e a DGS têm vindo a aumentar a relevância da acreditação no setor, fazendo com que no futuro todas as instituições se encontrem acreditadas, quase passando a um requisito para a existência das mesmas.

A acreditação das entidades de saúde, em Portugal teve início no ano de 1999 com a criação do IQS. Neste momento, a acreditação em Portugal no setor da saúde é um aspeto muito importante para a DGS, sendo de realçar dois documentos importantes, que foram elaborados por esta entidade:

- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS);
- Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS).

O documento da ENQS (Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio) já se encontra na sua segunda versão, sendo válido por 5 anos (2020). Segundo a DGS esta estratégia visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A DGS vai mais além, afirmando que com esta

estratégia pretende potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde. Neste documento encontramos seis prioridades estratégicas definidas (DGS, 2015):

1. Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
2. Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
3. Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
4. Reforço da segurança dos doentes;
5. Reforço da investigação clínica;
6. Monitorização permanente da qualidade e segurança;
7. Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
8. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
9. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Dentro de cada prioridade, encontram-se delineadas ações que devem ser executadas.

Nos últimos cinco anos, segundo o DQS, o balanço que é feito do conjunto de ações que tem sido executado em prol da qualidade resultou na produção de 127 normas de qualidade clínica, a produção de 18 normas de qualidade organizacional, na produção de 6 processos assistenciais integrados, na formação de mais de 275 auditores clínicos, na realização de 279 auditorias externas, e acompanhamento de 122 unidades com processos de acreditação em curso.

O PNAS (DGS, 2014b) mostra as vantagens deste programa, bem como os pilares do modelo nacional, explicando também a autoavaliação como sendo o elemento central da melhoria e que as auditorias externas dão uma maior credibilidade ao processo.

Neste momento a acreditação em Portugal é feita pelo modelo espanhol da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia*, que é explicado mais à frente no relatório. O processo

de acreditação em saúde é efetuado pela plataforma @Qredita. O processo é iniciado com a candidatura da organização, seguido por um ano, 12 meses, de autoavaliação de acordo com os padrões apresentados no respetivo manual de acreditação. Após este período, existe a auditoria externa que pode ser executada até três meses do fim da fase de autoavaliação, da qual resultará um relatório do qual a entidade emitirá uma resposta. Após o fim deste processo é emitida uma decisão por parte de uma comissão. Se o parecer for positivo a certificação terá uma validade até cinco anos, com uma nova avaliação externa aos dois anos e seis meses, para renovação da certificação (DGS, 2014a). Neste momento na acreditação na saúde em Portugal o que muda é o manual de acreditação conforme o tipo de cuidados de saúde que se encontram a candidatar à acreditação.

Assim, no contexto do relatório, a partir deste momento iremo-nos referir unicamente aos CSP, em específico, às USF. Desta forma é adequado fazer uma pequena contextualização dos CSP em Portugal. Como já foi referido anteriormente existiu uma reforma destes mesmos cuidados em 2006, foi assim que a conceito de USF modelo A e USF modelo B surgiram. A grande diferença entre estes dois modelos encontra-se no grau de autonomia organizacional e na diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais (USF-AN, 2016).

Consequentemente, nos CSP, encontramos cinco áreas de atuação, das quais algumas delas encontram-se subdivididas em critérios. A estrutura que é apresentada no manual de acreditação de unidades de saúde encontra-se descrita da seguinte forma (DGS, 2014a):

- I. O cidadão, centro do sistema de saúde
 1. A pessoa como sujeito ativo
 2. Acessibilidade e continuidade assistencial
 3. Informação clínica
- II. Organização da atividade centrada na pessoa
 4. Gestão dos processos assistenciais integrados e programas de saúde
 5. Promoção da saúde na comunidade

6. Direção da unidade de gestão clínica
- III. Os profissionais
 7. Os profissionais da unidade de gestão clínica
- IV. Processos de suporte
 8. Estrutura, equipamento e fornecedores
 9. Sistema e tecnologias de informação e comunicação
 10. Melhoria contínua
- V. Resultados
 11. Resultados da unidade de gestão clínica

No primeiro tópico (o cidadão, centro do sistema de saúde) trata-se dos “direitos, expectativas e participação dos utentes, profissionais e partes interessadas” dando ênfase à privacidade, acessibilidade dos recursos existentes na unidade, relação entre os profissionais e atuações interdisciplinares relativas à forma de utilização da informação do utente.

No segundo tópico (organização da atividade centrada na pessoa) os padrões descritos são referentes “à gestão clínica refere-se aos Programas de Saúde e aos processos assistenciais destinados às patologias e problemas de saúde correspondentes à sua carteira de serviços, nomeadamente os Processos Assistenciais Integrados publicados pela DGS” (DGS, 2014^a: 33).

No terceiro tópico (os profissionais) os padrões descritos destinam-se “evidenciar as práticas de gestão relacionadas com os profissionais de saúde ao nível da Unidade de Gestão Clínica, desde o seu acolhimento até ao seu desenvolvimento contínuo” (DGS, 2014a: 33).

No quarto tópico (processos de suporte) os padrões descritos são referentes à avaliação da gestão da “estrutura da unidade, das suas instalações, dos equipamentos e manutenção de que são alvo, a gestão das medidas de segurança para utentes e profissionais e as funcionalidades existentes para que utentes e profissionais possam atingir os objetivos propostos”, além disso analisam-se “os aspetos relacionados com

novos avanços tecnológicos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação e as medidas implementadas para garantir a proteção de dados pessoais, bem como as estratégias de gestão dos riscos e de implementação de planos de qualidade específicos” (DGS, 2014a: 34).

No quinto tópico (resultados) é essencialmente destinado à análise dos resultados que advêm das atividades desenvolvidas pela unidade de gestão clínica relativamente “à eficiência, à acessibilidade, à satisfação dos utentes e aos resultados assistenciais e de segurança e/ou relacionados com a qualidade técnico-científica” (DGS, 2014a: 34).




| TIPOLOGIA DO STANDARD | Definição | Nº | % |
|---|--|------------|---------------|
| GRUPO I | | | |
|  | Standards que contemplem direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança de utentes e profissionais, princípios éticos que se devem contemplar em todas as atuações da Unidade de Gestão Clínica e todas as áreas prioritárias para a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. | 30 | 27,53% |
| GRUPO I OBRIGATÓRIOS | | | |
|  | Standards obrigatórios – indispensáveis a qualquer grau de certificação. | 39 | 35,78% |
| TOTAL Grupo I | | 69 | 63,31% |
| GRUPO II | | | |
|  | Standards associados a um maior grau de desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.). | 18 | 16,51% |
| | Standards imprescindíveis – Têm de estar cumpridos para se obter o Nível ótimo. | 6 | 5,50% |
| TOTAL Grupo II | | 24 | 22,01% |
| GRUPO III | | | |
|  | Standards associados a elementos e critérios de qualidade que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica gera inovação e desenvolvimento social e está capacitada ao nível da excelência organizacional. | 16 | 14,68% |
| TOTAL | | 109 | 100% |

Figura 6- Diferentes grupos existentes no processo de acreditação das Unidades de Saúde em Portugal

Retirado de DGS (2014a)

Para se obter a acreditação, as unidades familiares têm de ter um mínimo de padrões atingidos, porém nem todos têm o mesmo peso e dependendo do número de padrões executados as unidades podem ser certificadas com diferentes níveis. Tal como é demonstrado na figura 6, existem três grupos de padrões, evoluindo do mais importante para o menos importante. Para se obter a certificação do nível bom a unidade tem de possuir 70% ou mais dos padrões do grupo I, sendo que desses 70% é imperativo que sejam cumpridos na totalidade todos os que se consideram obrigatório do respetivo grupo. Para se atingir uma acreditação de nível ótimo, a unidade tem de cumprir todos os padrões do grupo I e pelo menos 40% do grupo II. Para se atingir uma acreditação de nível excelente, a unidade tem de cumprir todos os padrões do grupo I, do grupo II e pelo menos 70% do grupo III (figura 10).

Nos CSP, em Portugal a primeira Unidade de Saúde Familiar (USF) a ser acreditada foi a USF de Valongo.

2.8. MODELOS DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

Em Portugal, o programa de acreditação que foi adotado inicialmente foi a metodologia do *King's Fund* (KF). Esta metodologia foi uma colaboração entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS), originando assim o primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais. Porém em 2004-2010 verificou-se que existia um défice relativo da cultura da qualidade, em aspetos organizacionais do serviço de saúde e a falta de indicadores de desempenho que ajudasse à tomada de decisões. Assim foi adotado o modelo da *Joint Commission International* (JCI) para acreditação de saúde.

Ao perceber a importância desta acreditação, pela portaria n.º 155/2009 de 15 de Fevereiro, foi criado o DQS que definiu a ENQS. Assim, adotou-se um modelo de acreditação que tivesse estes três requisitos (DGS, 2014b):

1. Alinhamento com as grandes linhas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;

2. Transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o Sistema de Saúde Português, avaliação por profissionais da saúde nacionais e possibilidade de alargamento a outras áreas de acreditação em saúde;
3. Sustentabilidade económica, de forma a permitir a adoção generalizada do modelo de acreditação escolhido.

Desta forma, dos vários modelos existentes foi selecionado o modelo de *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)*.

Para se perceber melhor a acreditação em saúde iremos explicar de forma resumida quatros modelos de acreditação.

2.8.1 .KING’S FUND HEALTH QUALITY SERVICE

O *King’s Fund*, fundada em 1897, é uma organização independente com cariz de caridade, com o objetivo de melhorar a saúde e cuidados prestados neste setor em Inglaterra. Esta organização ajuda a moldar políticas e práticas através da investigação e análise, a desenvolver indivíduos, equipas e organizações, a promover a compreensão do sistema de saúde e assistência social, e a reunir as pessoas para aprender, partilhar conhecimentos e debate (King's Fund, 2016). No século XX a sua forma de trabalhar mudou, uma vez que antes de distribuir os fundos que tinha na sua posse, esta inspecionava os hospitais garantindo que estes executavam boas práticas no seu serviço (King's Fund, 2016). Após a fundação do NHS, a sua função mudou de forma a auxiliar este serviço nas mudanças de políticas e práticas de saúde, concentrando-se na melhoria de qualidade, bem como no desenvolvimento de serviços de auditoria. Atualmente, esta centra-se em serviços de auditoria e de acreditação na área da saúde

Em 2005, o *Health Quality Service (HQS)* foi integrada na empresa que centra a sua atividade nos CSP e que é especializada na gestão de conhecimentos e na acreditação

internacional, denominada de *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)* (King's Fund, 2016).

Assim, foi desenvolvido o programa de acreditação *CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit*. A última atualização do manual do programa de acreditação, em 2010, indica que devem ser avaliadas 69 normas de forma a ser obtida a acreditação. Dentro de cada norma encontram-se padrões, que são de carácter mais geral e critérios, com um carácter mais específico. Estes padrões geralmente encontram-se focados em aspetos estruturais e processuais (Boto *et al.*, 2008).

Neste modelo as áreas que são consideradas são seis (CHKS, 2016):

1. Gestão e liderança das organizações;
2. Funções institucionais;
3. Cuidados de saúde centrados nos doentes;
4. Serviços hoteleiros;
5. Prestação de serviços;
6. Serviços clínicos.

2.8.2. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

A *Joint Commission International (JCI)* foi criada em 1998 pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, criada em 1987, que é successor da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, fundada em 1951. No seu início esta organização era composta por profissionais clínicos (médicos e enfermeiros), administradores e profissionais especializados no desenvolvimento de políticas públicas. Atualmente, além de ser constituída por estes grupos estão incluídas organizações que representam os utentes (JCI, 2016).

A missão da JCI é melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional, através da prestação de serviços de educação, publicações, consultoria e avaliação. Esta entidade aplica a sua missão nos hospitais, cuidados

primários, cuidados continuados, cuidados domiciliários, serviços ambulatoriais e laboratórios de análises clínicas (JCI, 2016).

O seu modelo de acreditação, de forma geral, encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, “normas centradas nos doentes” com os seguintes subtemas avaliáveis:

- Acesso e continuidade dos cuidados de saúde;
- Direitos dos doentes e das suas famílias;
- Avaliação de doentes;
- Prestação de cuidados aos doentes;
- Cuidados cirúrgicos e anestésicos;
- Gestão e utilização da medicação;
- Educação dos doentes e das suas famílias;
- Metas internacionais de segurança do doente.

A segunda parte, normas de gestão das organizações de saúde com os seguintes subtemas avaliáveis:

- Melhoria da qualidade e segurança dos doentes;
- Prevenção e controlo de infeções;
- Administração, liderança e orientação;
- Gestão e segurança de instalações;
- Qualificações e formação do pessoal;
- Gestão da comunicação e da informação.

2.8.3. MODELO DA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUZIA

Como já foi referido anteriormente, este foi o modelo escolhido pela DGS como modelo oficial da acreditação em Portugal.

Este modelo foi criado pela fundação espanhola ACSA. Esta fundação surgiu em 2002, vinculada ao ministério da saúde de Andaluzia e recebe apoio de gestão da

Fundación Progreso y Salud. Esta tem como missão contribuir para a excelência em serviços de cuidados de saúde e bem-estar social, através da promoção da qualidade através da certificação, segurança, desenvolvimento profissional e avaliação dos resultados. Os seus objetivos passaram por melhorar a qualidade dos serviços prestados por organizações e profissionais de saúde bem como os serviços sociais. Assim o modelo ACSA procura sempre a excelência em cuidados de saúde, bem-estar social e promoção de uma cultura de melhoria contínua (ACSA, 2016).

Este modelo é constituído por diversos programas de acreditação, sendo considerado um modelo que aborda a qualidade de uma forma integral. A qualidade é enquadrada de forma progressiva e é considerado um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e crescimento (DGS, 2014a).

2.8.4. DIAGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

O Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar (DiOr-USF) surgiu na necessidade de instrumentos de acompanhamento e nas auditorias de candidaturas a modelos B das USF. Este diagnóstico é a evolução natural do modelo MoniQuor (Monitorização da Qualidade Organizacional), tendo sido este o primeiro instrumento utilizado para monitorizar e avaliar a qualidade no setor da saúde (ACSS, 2012).

DiOr-USF é uma ferramenta de trabalho com o objetivo de implementar linhas orientadoras de forma rigorosa e sistemática de forma a monitorizar e a avaliar a organização de serviços tendo em conta a melhoria contínua e a satisfação dos clientes e profissionais. Esta ferramenta permite avaliar as USF's com o acompanhamento do Conselho Clínico, bem como a manutenção do modelo B e como forma de desempate nos processos de acreditação (ACSS, 2012).

As linhas orientadoras da aplicação da grelha têm duas fases: a recolha técnica dos dados e o preenchimento da grelha. Os dados recolhidos devem ser recolhidos por observação direta de documentos dos sistemas de informação disponíveis ou das infraestruturas (como regulamentos internos, plano de ação, manuais,...) e/ou por entrevistas a profissionais e cidadãos para recolha de dados ou informações sobre o que não é observável. O preenchimento das grelhas têm critérios constantes que estão classificados em categorias, A, B e C. A categoria A são critérios de cumprimento obrigatório. Os critérios de categoria B terão de ser cumpridos entre 70% a 74% para avaliação satisfatória, para um resultado considerado bom tem de ser acima dos 75% a 90% e para um resultado excelente tem de ser acima dos 90%. Os critérios de categoria C avaliam o empenho do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES)/Administração Regional de Saúde (ARS) para proporcionar à USF melhores condições de trabalho (ACSS, 2012).

CAPÍTULO 3. ESTÁGIO

Esta parte do relatório descreve fundamentalmente as atividades que foram desenvolvidas no âmbito do estágio do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, com a duração de seis meses na Unidade de Saúde Familiar –CelaSaúde.

Este capítulo será composto por uma descrição da entidade que me acolheu e das atividades que desenvolvi, dando ênfase às atividades relacionadas com a qualidade e a acreditação uma vez que foram aqueles a que foi dedicado mais tempo.

3.1. ENTIDADE

A USF CelaSaúde emerge a 23 Novembro de 2009, do Centro de Saúde de Celas, que tinha na altura cerca de 45 000 utentes. Esta USF encontra-se a funcionar em Modelo B desde Setembro de 2013, tendo por lema *“Reinventar o quotidiano: a arte de superar os objetivos”*. A sua missão é prestar cuidados de saúde personalizados, globais, garantes de equidade e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais. A USF CelaSaúde pertence ao ACES Baixo Mondego, da ARS Centro.

Esta USF abrange geograficamente quatro freguesias de um total de dezoito no distrito de Coimbra: União de Freguesias de Santo António dos Olivais, a União de Freguesias de Eiras e São Paulo de Frades, União de Freguesias de Coimbra e por último a Freguesia de Torres do Mondego, com um total de 73230 habitantes, representando 51% dos habitantes do município de Coimbra. Nesta unidade estão inscritos no MedicineOne¹² 15851 utentes¹³, com um rácio de 1773,8 utentes por médico, 1773,8 por enfermeiro e 2660,7 por administrativo. Estes números são prova da dimensão e da importância da sua centralidade e por isso da adequação da resposta desta USF.

¹² Programa informático utilizado pelos profissionais clínicos, contendo todas as informações do utente, bem como o seu processo clínico.

¹³ Estes dados foram apurados em 31/12/2015.

A USF CelaSaúde encontra-se localizada num local estratégico. O seu edifício localiza-se perto de vários Pólos universitários tais como a Faculdade de Economia, o Pólo das Ciências da Saúde onde se situa a Faculdade de Medicina e Faculdade de Farmácia, do Pólo 1 onde se localiza parte da Faculdade de Ciências de Tecnologia (FCTUC), da Faculdade de Letras, Direito e Psicologia. Ainda se encontra rodeada pela Maternidade Bissaya Barreto, pelo Associação para Investigação Biomédica em Luz e Imagem (AIBILI), Instituto de Imagem Biomédica e Ciências da Vida (IBILI) e do Hospital Universitário de Coimbra.

Como se constata esta unidade encontra-se rodeado tanto de recursos que pode utilizar a seu favor como parcerias, como também por fortes concorrentes na sua áreas de atuação, como por exemplo consultórios privados ou mesmo hospitais. Mesmo nesta conjuntura esta unidade tem uma grande utilização dos seus utentes, o que revela uma fidelização ao serviço e uma satisfação com a prestação (retornam ao serviço e manifestam a sua opinião muito favorável, através das sondagens de opinião, inquérito e livro de elogios).

Esta USF com a sua missão propõe-se executar pressupostos sérios e reais de gestão, a dar relevo e importância do trabalho em equipa, a responsabilização partilhada de resultados, a intervenção comunitária e às novas tecnologias, de forma a prestar cuidados de saúde mais eficientes e efetivos, com mais qualidade. Esta USF vai mais além privilegiando a acessibilidade e a aceitabilidade, na intervenção a nível da comunidade, na gestão por objetivos, na promoção e desenvolvimento de atividades de investigação e formação, na satisfação dos utentes e dos profissionais e na divulgação adequada dos serviços e da sua utilização.

A USF tem três grandes vertentes internas: assistencial (que inclui as consultas curativas e as consultas preventivas); formativa, pré e pós graduada; e a investigação em parceria com o Hospital Universitário de Coimbra, com a FCTUC, com o AIBILI, entre outras. Em termos de atividades exteriores, a USF CelaSaúde também desenvolve ações de formação e mesas redondas a nível da universidade e de escolas secundárias e outros, na área de prevenção e cuidados primários.

3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECURSO DO ESTÁGIO

O estágio teve início no dia 8 de Fevereiro de 2016. Numa primeira reunião com a Dr^a Maria Teresa Tomé, coordenadora da USF e coordenadora do estágio, foi-me explicado a funcionamento da organização, bem como cedido material sobre a unidade, para que fosse executada a integração na organização, incluído um Manual de Acolhimento ao Estagiário. Nesta mesma reunião foram definidas algumas tarefas iniciais, como a execução de um cronograma, a execução de análises SWOT, a participação na construção do relatório de atividades, a construção de um documento relativo aos elogios e iniciar o processo de acreditação. A par disso, ficou estabelecido que durante algum tempo teria como objetivo a minha familiarização com o SNS, e leitura de legislação e documentos relativos à USF.

Mais tarde ainda no início do estágio surgiu a hipótese da USF concorrer ao Prémio de Saúde Sustentável, organizado pelo Jornal de Negócios e pela Cofina.

3.2.1. ANÁLISES SWOT

Assim, o estágio foi iniciado com a construção de uma análise SWOT com material que tinha sido anteriormente recolhido numa reunião de Conselho Geral. Este material continha os pontos fortes e fracos indicados pelos profissionais da USF, médicos, enfermeiros e secretariado clínico. Nesta tarefa pude colocar em prática o que me tinha sido ensinado na cadeira de Análise Estratégica.

De forma a facilitar a análise desta SWOT foi executado um pequeno relatório, onde foram dadas sugestões para possíveis melhorias e mudanças para ameaças e pontos fracos, bem como o reforço dos pontos fortes e oportunidades. Posteriormente, em abril, foi recolhido novo material e executada uma nova análise SWOT e respetivo relatório para que fosse analisado pelos profissionais para reflexão e monitorização.

3.2.2 LIVRO DE ELOGIOS

Esta unidade considera muito importante o que os utentes têm para dizer. Assim, é possível encontrar-se dois livros de elogios nas duas salas de espera, no rés-do-chão e primeiro andar, respetivamente. Porém, para que a unidade possa utilizar esta informação é preciso que esta seja compilada e tratada, tendo esta unidade por hábito a construção de um relatório anual com o material existente nestes livros. Assim foi executado um documento que continha o que foi escrito pelos utentes, acompanhado de uma análise/reflexão.

Como esta análise é executada anualmente houve a possibilidade de comparar com o ano anterior. Este ano foi detetado um aumento de elogios. Estes elogios fazem referência ao trabalho produzido por todos os profissionais da unidade, e da forma como este é percecionado pelo utente de uma forma muito positiva. Numa unidade onde existe uma forte política de satisfação do utente e de o enquadrar no centro dos seus serviços, é importante que os seus esforços sejam reconhecidos e que todos os profissionais tenham a noção disso, de forma a incentivá-los a fazer mais e melhor.

3.2.3.FORMAÇÃO: “PROCESSO DO ATENDIMENTO E A QUALIDADE DO SERVIÇO NUMA USF”

Na semana de 7 a 11 de março, fui convidada pela Dr^a Maria Teresa Tomé a fazer parte da equipa que ia receber uma formação com o tema “Processo do atendimento e a qualidade do serviço numa USF”, pois como o objetivo principal do estágio era a qualidade, poderia ser importante.

Nesta formação foram abordados muitos dos conceitos que estão neste relatório, tais como: o conceito de qualidade; a norma ISO 9001:2015 e os seus princípios; eficiência vs. eficácia; abordagem de processos; gestão de tempo, entre outros.

Esta formação foi efetuada pela empresa Euro-Symbiose e teve uma duração de vinte horas. É importante referenciar que esta formação decorreu com a presença de todos os profissionais, o que foi muito útil para mim ver como cada um encara e interpreta este tema.

Nesta formação foi possível relembrar e atualizar conceitos, que já tinham tratado na cadeira de Planeamento e Avaliação de Qualidade, mas aplicados à saúde e mais em específico ao atendimento, sendo o primeiro ponto de contacto da organização com o utente.

3.2.4. ANÁLISE DOS INDICADORES DA USF

Esta USF encontra-se em modelo B desde 2013, isto implica, que seja avaliada por indicadores que são previamente contratualizados com o ACES Baixo Mondego, do qual esta unidade faz parte. Se a unidade cumprir as metas que contratualiza pode receber incentivos institucionais, que são exclusivamente gastos em formação e material para a USF, ou seja, para o melhoramento da unidade como prestadora. Os resultados dos indicadores contratualizados e analisados foram referentes ao ano anterior, tendo sido continuamente atualizados e reatualizados, até abril de 2016, o que dificultou a evolução trabalho uma vez que teve que se refazer algumas vezes os documentos (Excel) de trabalho.

Além da análise dos indicadores contratualizados, foram executados as análises dos indicadores da equipa médica, da equipa de enfermagem, e das equipas de trabalho, pois cada médico trabalha diretamente com um enfermeiro. Foram analisados os dados de faturação de medicamentos dos médicos e internos de 2015 e no primeiro semestre de 2016. Foi analisada a faturação de medicamentos genéricos e de marca dos médicos e internos de 2015 e no primeiro semestre de 2016 e foram analisadas as atividades específicas dos médicos relativos a 2015. Até ao fim deste estágio houve a tentativa de executar a análise dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, porém os dados ainda não foram distribuídos por parte da ACSS.

Cada análise tem um objetivo diferente. A análise dos indicadores contratualizados tem como objetivo verificar se a unidade conseguiu atingir as metas colocadas no ano anterior, sendo assim avaliada pelo seu ACES, e auxiliar na negociação da nova contratualização, de forma a existir um melhor ajuste das metas. A análise dos resultados das equipas médicas e de enfermagem, bem como das atividades específicas, ajuda à equipa clínica a perceber como se encontra a trabalhar e como pode melhorar, sendo que esta análise pode ajudar a atingir as novas metas estabelecidas pelos indicadores contratualizados.

3.2.5.RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Desde o início do estágio a Dr^a Maria Teresa Tomé solicitou-me a participação no relatório de atividades. Assim executei com o auxílio da Dr^a Teresa e da Dr^a Maria o capítulo da satisfação do utente e profissional, bem como o capítulo referente aos indicadores, respetiva análise e comentários.

3.2.6.PRÉMIO DE SAÚDE SUSTENTÁVEL

Este prémio pretende galardoar entidades individuais e coletivas, públicas, privadas ou do sector social, prestadoras de cuidados de saúde, sejam hospitalares, cuidados primários, cuidados continuados, farmácias, centros de diagnóstico, centros de reabilitação, associações e outros que desenvolvam saúde de forma sustentável. Este galardão na área das instituições tem quatro prémios: para Cuidados de Saúde Hospitalar; para Cuidados de Saúde Primários; para Cuidados de Saúde Continuados e outras categorias. São utilizados cinco critérios de avaliação:

1. Centralização dos cuidados de saúde no doente (inclui acesso, satisfação, atenção ao cliente, humanização);
2. Governação Clínica e Segurança (inclui resultados em saúde);

3. Gestão das Tecnologias na Saúde (inclui gestão do medicamento);
4. Impacto Ambiental;
5. Sustentabilidade económico-financeira.

Como já foi referido anteriormente, logo no início do estágio surgiu a possibilidade de executar uma candidatura ao Prémio de Saúde Sustentável, à categoria de cuidados primários, em que o fim da fase de entregas de candidaturas era 8 de março de 2016. Assim, sempre com o auxílio e correção da Dr^a Teresa executamos a primeira candidatura que foi submetida no dia de entrega (anexo I). Na semana de 11 de abril fomos surpreendidos por termos sido selecionados e integrar o *Check-list* dos cinco primeiros num contexto de cerca de mais de trinta candidaturas à nossa categoria. Assim, com menos de uma semana para construir a segunda candidatura que continha perguntas mais específicas conseguimos entregar dentro do prazo, dia 24 de abril, (anexo II).

Foi com muito orgulho, entusiasmo e alegria, que no dia 7 de junho em Lisboa, numa cerimónia oficial nos informaram que tínhamos ganho o 1^o prémio na categoria a que nos tínhamos candidatado (CSP), sendo o prémio entregue à Coordenadora da USF Dr^a Maria Teresa Tomé pela antiga Ministra da Saúde Maria de Belém.

Ambas as candidaturas foram executadas com o que a USF é e pratica todos os dias, sendo um reconhecimento importante que dá uma nova força a todos os profissionais que aqui trabalham e se revêm neste prémio.

Em relação à minha participação na execução da Candidatura parece-me deveras importante este reconhecimento, tendo sido esta a minha primeira candidatura a um prémio na área da saúde e sujeito à avaliação com uma forte componente de gestão e economia.

3.2.7.PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

O processo de acreditação foi iniciado no mês de maio. Havia já algum material reunido para o processo de acreditação, porém nesse momento esse material já se encontrava desatualizado, pois saiu uma nova versão do manual de acreditação das

unidades de saúde e houve alterações nos parâmetros de avaliação. Assim, foi preciso começar do início novamente.

Após a leitura dos documentos – PNAS, ENQS, Manual de Acreditação de Unidades de Saúde e Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde - foram executadas as seguintes atividades: organização do material físico na unidade; cronograma do processo; verificação de todos os parâmetros do Manual de Acreditação; construção de lista de tarefas a executar; e Candidatura na plataforma @Qredita¹⁴.

Primeiro foi executada a candidatura no portal @Qredita que é gerido pelo DQS. Nesta plataforma a candidatura tinha 6 passos que foram cumpridos e preenchidos. Após o envio online desta candidatura, esta foi impressa e assinada pela coordenadora da USF e pelo diretor executivo do ACES Baixo Mondego e enviada para o DQS. Presentemente, a candidatura encontra-se em estado de pré-aceite, ou seja, a candidatura encontra-se em processo de análise por parte das entidades responsáveis de forma a se decidir se a unidade se encontra em condições para iniciar o processo de acreditação.

Posteriormente, construiu-se um cronograma com base no existente no manual e de acordo com as indicações do documento geral.

O passo a seguir foi uma série de reuniões com a Dr^a Teresa em que analisámos cada padrão do Manual da Acreditação com o objetivo de se construir um documento onde se verifica o que já se encontra a ser cumprido e o que ainda tem de ser melhorado, se possível, antes da segunda fase de acreditação, a autoavaliação. O segundo documento reunirá todos os processos e procedimentos, que ainda são necessários elaborar e um respetivo responsável. Esta não foi uma tarefa simples, pois muitos dos padrões têm uma linguagem ambígua ou subjetiva, podendo levar a várias interpretações dependendo da pessoa que está a ler, o que levou por vezes a interpretações várias, relativamente ao significado do que era pedido.

No decorrer das reuniões para análise dos parâmetros deparamo-nos logo no início com uma necessidade de uniformização da informação personalizada e acessível para a

¹⁴ @Qredita é uma plataforma na qual o processo de acreditação é gerido, sendo o local de comunicação entre a instituição e o DQS.

comunidade à qual a unidade presta serviço. Assim, surgiu por parte da Dr^a Maria Teresa a ideia de se contactar a reitoria com o objetivo de haver uma colaboração por parte do Gabinete de Apoio ao Estudante com Deficiência, pois além dos estrangeiros esta unidade também tem população com problemas visuais, motores, analfabetos, entre outros.

Assim, no primeiro dia de junho ouve uma reunião com a Vice Reitora Clara Almeida Santos, a Dra. Filomena Marques de Carvalho do Gabinete de Apoio ao Estudante com Deficiência e Estrangeiros, com a Dra. Diana Breda do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e da parte da USF CelaSaúde, estive presente com a Dr^a Teresa Tomé e a Dr^a Otília. Nesta reunião foram delineados vários projetos com o intuito de uniformização da informação sobre sistema de saúde para todos, de forma a tornar mais fácil a acessibilidade ao SNS, até porque Coimbra tem um elevado número de população que é estrangeira (cientistas, refugiados, estudantes de Erasmus), para os quais muitas vezes a sua entrada no SNS é algo difícil.

Assim, distribuíram-se tarefas pela USF e pelos CHUC para que numa próxima reunião se possa avançar com os projetos. Neste âmbito, em conjunto com a Dr^a Teresa elaborei fluxogramas com a informação referente à utilização correta dos CSP, UCSP e USF. Esta colaboração irá continuar até que todas as atividades planeadas sejam executadas.

Por fim, era necessário envolver todos os profissionais no processo de acreditação. Embora já todos estivessem a par de que este se encontrava a ser desenvolvido e houvesse já uma equipa especialmente designada para a acreditação foi manifestado o interesse e vontade de todos participarem no processo, e então irá integrar-se toda a equipa (os nove médicos, nove enfermeiros, seis secretários clínicos e seis internos de especialidade).

Assim, a Dr^a Teresa pediu-me para fazer uma apresentação para toda a equipa do que era a acreditação, do que se ia processar, bem como o que era preciso fazer. Nesta apresentação ficou definido que iriam ser formadas equipas e cada indivíduo escolheria o grupo em que iria colaborar e depois irão rodar. Os temas serão as cinco áreas do manual

e o tamanho das equipas serão constituídas de acordo com a quantidade de trabalho de cada área.

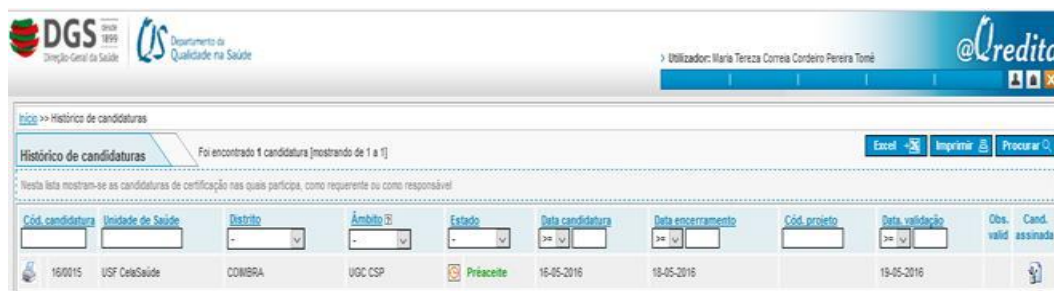
Na minha apresentação utilizei o programa Power Point, esclareci dúvidas, clarifiquei situações e simulei demonstrações para ultrapassar alguns casos, durante cerca de 60 minutos.

Esta unidade foi convidada, em março de 2016, a ser um balão de ensaio para a Marca da Qualidade no Atendimento, por uma das criadoras Dr^a Catarina Paiva, o que irá auxiliar o processo de acreditação. Esta Marca de Qualidade do Atendimento é uma forma de acreditação focada no atendimento das unidades. Através deste processo será possível já mudar hábitos e criar planos de melhoria na área do atendimento, que vai em muito de encontro com algumas das exigências para a acreditação por parte da DQS.

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRABALHO REALIZADO INTEGRADO NO TEMA

O tema principal deste relatório é a acreditação na saúde. Este tema como foi descrito na introdução é um processo moroso e que depende de entidades externas à organização de saúde, que se candidata ao processo. Por isso não seria possível fazer todo o processo no decorrer deste estágio. Assim as atividades que foram executadas foram as que estavam dentro das possibilidades.

Foi entregue a candidatura que passou por vários processos desde a sua entrega, neste momento encontra-se na fase de pré aceite, figura 7 e 8.



| Cód. candidatura | Unidade de Saúde | Distrito | Âmbito | Estado | Data candidatura | Data encerramento | Cód. projeto | Data validação | Obs. valid. | Cand. assinada |
|------------------|------------------|----------|---------|------------|------------------|-------------------|--------------|----------------|-------------|----------------|
| 16/0015 | USF CeliaSaúde | COIMBRA | UGC CSP | Pré-aceite | 16-05-2016 | 18-05-2016 | | 19-05-2016 | | |

Figura 7 - Imagem que representa o início do processo de acreditação.
Retirado do @Qredita

| Data e hora | Utilizador | Evento | Observações | Candidatura assinada |
|---------------------|--|---|-------------|----------------------|
| 10-05-2016 18:02:05 | Maria Tereza Correia Cordeiro Pereira Tomé | Solicitud en elaboraci3n | | |
| 16-05-2016 20:56:29 | Maria Tereza Correia Cordeiro Pereira Tomé | Solicitud enviada pendiente de validaci3n | | |
| 18-05-2016 18:39:48 | Direc3o-Geral da Saude | Candidatura pendiente de informaci3n | | |
| 18-05-2016 18:42:51 | Maria Tereza Correia Cordeiro Pereira Tomé | Solicitud reenviada para nueva validaci3n | | |
| 19-05-2016 15:50:10 | Direc3o-Geral da Saude | Candidatura pr3-aceite | | |
| 22-05-2016 22:55:33 | Maria Tereza Correia Cordeiro Pereira Tomé | Solicitud firmada adjunta | | |

Figura 8 – Evolu3o do processo de acredita3o.

Retirado do @Qredita

A USF CelaSaude encontra-se instalada num edifcio antigo que causa muitos constrangimentos para toda a equipa e utentes, tendo sido adaptado da melhor forma possvel. Assim, nesta fase inicial, antes de a candidatura ser aceite era essencial este trabalho de prepara3o e distribu3o de trabalho, tendo em conta que ap3s os 12 meses do in3cio da candidatura ser aceite se a fase de autoavalia3o n3o estiver terminada o processo 3 encerrado.

Na prepara3o foi elaborado um documento j3 referido acima com o formato que se encontra representado na figura 9.

Este documento encontra-se dividido da mesma forma que o manual da acredita3o nas unidades de saude, contendo cada padr3o que 3 preciso cumprir e com uma respetiva tabela, com o que 3 necess3rio para que na avalia3o este seja cumprido.

O documento encontra-se sempre acompanhado de um outro no qual se encontra a documenta3o que j3 existe e que 3 preciso elaborar. Existem 109 padr3es e em cada padr3o existe um ou mais itens avali3veis. Por3m, para a unidade ser acreditada n3o precisa de cumprir todos os par3metros.

I. O cidadão, centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo

Standard S 01.01 A Unidade de Cessão Clínica divulga o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres.

Propósito: Assegurar a divulgação pela unidade dos direitos do cidadão, publicitando-os nas diferentes áreas assistenciais e não assistenciais, de forma adaptada às características da sua população, salvaguardando barreiras de qualquer tipo (deficiência, língua, etc.) e envolvendo os profissionais na sua difusão.

Elementos avaliáveis:
 1 – A unidade garante que as pessoas conhecem os seus direitos.
 2 – A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população atendida.

| Documento | Ações a efetuar | Responsável | Temos/Fazer |
|--|-----------------|-------------|-------------|
| 1- Garante que as pessoas têm conhecimento | | | ✓ |
| 2- Carta Direito e Deveres adequados | | | ✓ |

Figura 9- Representação da organização do documento para análise do Manual de Acreditação

| | Bom | Ótimo | Excelente |
|-----------|---|---|-----------|
| GRUPO I | ≥ 70% incluindo a totalidade (100%) dos obrigatórios | 100% | 100% |
| GRUPO II | | ≥ 40% (incluindo todos os imprescindíveis) | 100% |
| GRUPO III | | | ≥ 70% |

Figura 10-Requisitos necessários para a atribuição das diferentes qualificações na acreditação
 Retirado de DGS (2014a)

Cada parâmetro está avaliado com um tipo de prioridade. Como referenciado anteriormente existem três níveis (figura 10), para ser acreditada com Bom, a instituição tem de cumprir os 39 obrigatórios, mais 5 dos restantes do grupo I, ou seja é necessário 44 standards. Para ser acreditada com Ótimo a unidade tem de cumprir todos os 69 standards do grupo I e no mínimo mais 10 standards do grupo II; de um total de 24; assim

perfaz um total de 79 *standards* cumpridos. Para a unidade se acreditar com Excelente esta tem de cumprir os 69 *standards* do grupo I, os 24 do grupo II e pelo menos 11 *standards* do grupo III; do total de 16 *standards*, podendo não cumprir 5 *standards* padrão. Até este momento a USF cumpre na totalidade 47 *standards* do total de 109, porém em muitos *standards* a unidade tem vários itens cumpridos faltando apenas um ou outro, havendo ainda um grande caminho a percorrer, mas se todos os profissionais se envolverem é possível atingir-se a acreditação com bons resultados.

Este segundo documento é mais simples e curto, de forma a ser mais fácil de consultar. A par disto os arquivos de documentos impressos que se encontravam na USF foram reorganizados. Esta necessidade foi levantada uma vez que estes encontravam-se organizados de acordo com o antigo manual e a forma como se encontrava organizada por vezes causava o constrangimento de haver mais do que uma cópia do mesmo documento. Neste momento os documentos estão agrupados por tipo de documento e as suas várias versões, por exemplo o relatório de atividades de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015, sendo neste momento mais fácil de encontrar e está preparado para qualquer auditoria ou consulta dos próprios profissionais.

Ainda na preparação foi possível começar alguns projetos que irão levar ao cumprimento dos padrões, como por exemplo o projeto com a Reitoria e CHUC, a elaboração de alguns procedimentos que se encontravam em falta, bem como a atualização de todos os documentos, procedimentos e manuais que já elaborados tinham passado do período de renovação e edição de uma nova versão dos mesmos. Pode-se dizer que com esta fase inicial a unidade no fundo já começou a trabalhar num plano de melhoria contínua, identificando várias áreas nas quais já pode atuar de imediato e outras que não sendo apenas dependentes da vontade e trabalho dos profissionais foram iniciadas as diligências para que fosse possível. Um exemplo desta última é a intervenção no edifício, como já foi referido, o local onde a unidade se encontra a prestar cuidados que precisa de intervenção arquitetónica urgente.

A integração e a participação de todos os profissionais é importante, e será altamente recompensante no final. Embora a maior parte das atividades estejam

dependentes destes, os profissionais não podem deixar as suas atividades clínicas para segundo plano.

Esta fase inicial antes da fase de avaliação é importante, assim a unidade já se encontra consciencializada do que tem que mudar, do que ainda tem de realizar para que na fase de autoavaliação e avaliação externa possa estar no seu melhor. A acreditação é um fenómeno recente nas unidades de saúde, mas veio para ficar. Assim, os profissionais têm de estar consciencializados, que mais tarde ou mais cedo terão de passar por este processo. Por este motivo foi executada uma apresentação para os profissionais e a criação de grupos.

Mesmo as tarefas que não se encontram relacionadas diretamente com o processo de acreditação, encontram-se valorizadas na acreditação. O relatório de atividades é necessário para a acreditação, bem como a monitorização das atividades executadas pela unidade de saúde, bem como o relato da satisfação dos profissionais, dos seus processos clínicos e indicadores que avaliam o desempenho. O livro de elogios é necessário para ajudar a monitorizar a satisfação do utente como é pedido em diversos *standards*, como por exemplo o standard S11.03: “A Unidade de Gestão Clínica disponibiliza e promove a utilização de ferramentas de avaliação e análise da satisfação dos utentes e incorpora melhorias a partir dos resultados obtidos”.

A formação dos profissionais é outro fator chave na acreditação, como por exemplo *standard* S07.06: “A Unidade de Gestão Clínica identifica as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das características da sua população”. E as análises dos indicadores ajudam a encontrar lacunas no desempenho, podendo desta forma serem identificadas áreas de melhoria nos processos assistenciais.

Assim, como é perceptível a acreditação encontra-se envolvida em todas as áreas de uma unidade de saúde. A USF CelaSaúde ainda tem um longo caminho até ser acreditada, porém é algo na qual esta unidade já tem vindo a trabalhar. Esta USF faz todos os dias o melhor que pode com o que tem, colocando sempre o utente em primeiro lugar.

CONCLUSÃO

Neste momento a USF CelaSaúde encontra-se a desenvolver vários projetos que irão contribuir para o processo de acreditação. Estes projetos encontram-se envolvidos direta e indiretamente com a acreditação. Projetos como a Marca de Qualidade para o Atendimento, projetos de investigação em colaboração com o AIBILI, projetos em colaboração com a Reitoria e CHUC, o novo site da USF¹⁵, entre outros.

Assim que a candidatura for aceite, num período de 10 dias será celebrado um acordo, após o qual será dada uma formação por parte do DQS. E assim a segunda fase começa com a validade de 12 meses.

No fim do estágio ficou clarificado a forma como a área da gestão, da qualidade e a área da saúde interagem. Esta interação ainda é recente e precisa de ser integrada na cultura da organização. Alguns profissionais precisam de perceber a importância da interligação destas áreas e que uma vez que as mudanças tenham sido implementadas serão benéficas para todos os envolvidos. As mudanças que a acreditação exige podem causar alguma resistência entre alguns profissionais, por isso estas mudanças devem ocorrer de uma forma gradual e com o envolvimento de todos. Assim o caminho que a USF CelaSaúde está a tomar é o mais adequado de forma a se tornar uma mudança estrutural e organizacional.

Para se atingir a acreditação a USF CelaSaúde tem de ter intervenções no edifício de forma a atingir alguns padrões e a elaboração de alguns documentos. Porém em várias áreas a unidade já possui muito trabalho realizado, como na área de satisfação do utente e do profissional, a acessibilidade, informação e comunicação e nos resultados da unidade de gestão clínica.

Até este momento a USF encontra-se em pleno processo de preparação da acreditação, continuando os seus cuidados assistenciais e o seu foco no utente.

¹⁵ No endereço <http://usfcelasaude.ipn.pt/>.

BIBLIOGRAFIA

- ACSA. : *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia*. <http://www.iuntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/> [5 de julho 2016].
- ACSS 2012. Guia para aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional na USF- DiOr- USF. *In: SAÚDE, A. R. D. (ed.)*.
- ACSS. : *Adminitração Central do Sistema de Saude. "UCSP"*. <http://bit.ly/2agYvK5> [5 de julho 2016].
- BERWICK, D. M. 1989. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*, 320, 53-56.
- BISCAIA, J. L. 2000. Qualidade em Saúde: uma prespectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*, 0, 6-10.
- BOTO, P., COSTA, C. e LOPES, S. 2008. Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 103-115.
- CAPELAS, L. e PAIVA, A. P. 2004. *Manual Prático para a certificação da Gestõ da Qualidade com Base nas Normas ISO 9000:2000*, Verlag Dashofer.
- CHKS. *Caspe HealthCare Kwololege Systems*. <http://www.chks.co.uk/> [5 de julho 2016].
- COUTO, R. C. e PEDROSA, T. M. G. 2009. Técnicas Básicas para a Implantação da Acreditação. *Belo Horizonte: Iag Saúde*.
- CROSBY, P. B. 1979. *Qaulity is Free: The Art of Making Quality Certain*. *McGraw-Hill, New York*, 7.
- DEGELING, P. J., MAXWELL, S., IEDEMA, R. e HUNTER, D. J. 2004. Making clinical governance work *BMJ*, 329, 679-681.
- DEMING, W. E. 1986. *Out of the Crisis*. *Massachusetts Institute of Technology Center for Adavanced Engineering Study, Cambridge*.
- DGAEP. : *Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público* <http://bit.ly/2ag4kVa> [5 de julho 2016].
- DGS 2014a. Manual de Acreditação das Unidades de Saúde- Gestão Clínica. *In: SAÚDE, D. D. Q. E. (ed.)*. *Infofluxos - Edição e Comunicação, Lda*.

- DGS 2014b. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. *In: SAÚDE, D. D. Q. E. (ed.)*. Lisboa.
- DGS 2015. Despacho n.º 14223/2009 *In: SAÚDE, G. D. S. D. E. A. D. M. D. (ed.)*. Lisboa: Diário da República.
- DONABEDIAN, A. 1988. The Quality of Care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260, 23-30.
- DQS. *Departamento da Qualidade em Saúde*. <https://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> [5 de julho 2016].
- EFQM 1999. Eight Essentials of Excellence - The Fundamental Concept and their Benefit. *In: BRUSSELS, E. R. O. (ed.)*. Brussels: European Foundatio for Quality Management.
- EFQM 2013. EFQM Annual Report.
- EFQM. *EFQM Model*. <http://www.efqm.org/efqm-model/model-criteria> [5 de junho 2016].
- EIPA 2013. Estrutura Comum de Avaliação (CAF): Melhorar as organizações públicas através da autoavaliação. *In: PÚBLICO, D.-G. D. A. E. D. E. (ed.)*.
- FERREIRA, P. L. 1991. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista de Ciências Sociais*, 33.
- FERREIRA, P. L. e RAPOSO, V. 2015. Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP -Relatório Final. *In: CEISUC (ed.)*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- GARVIN, D. A. 1984. What does "product quality" really mean? *Sloan Management Review*, 26, 25-43.
- GOMES, P. 2004. *A evolução do Conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação.*, Cadernos BAD 2.
- GUIMARÃES, M. D. C. V. 2009. *Satisfação do utente e qualidade apercebida. Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar.* . Tese de Mestrado em Qualidade., Universidade Fernando Pessoa.
- HUNTINGTON, J., GILLAM, S. e ROSEN, R. 2000. Organisational development for clinical governance. *BMJ*, 321, 679-682.

- IGLESIAS, L. R. 2004. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica? *Inv. Clin. Farm.*, 1, 24-34.
- IMPERATORI, E. 1999. *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*, Edinova Lisboa.
- INSTITUTE OF MEDICINE 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D.C.: National Academy Press.
- IPAC. : Instituto Português da Acreditação. <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp> [5 julho 2016].
- IPQ. Instituto Português da Qualidade. <http://www1.ipq.pt/PT/Pages/Homepage.aspx> [5 de julho 2016].
- IPQ. Sistema Portugues da Qualidade. <http://www1.ipq.pt/PT/SPQ/Pages/SPQ.aspx> [5 de julho 2016].
- ISHIKAMA, K. 1984. Quality Control in Japan. *The Japanese Approach to Product Quality: Its Applicability to the West*, Pergamon Press, Oxford, England.
- ISO, I. O. F. S. 2015. Quality management principles.
- JCI. *Who is JCI*. <http://bit.ly/2a27iFg> [5 de julho 2016].
- JURAN, J. M. 1951. *Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, New York.
- JURAN, J. M. e GRZYNA, F. M. 1988. *Juran's Quality Control Handbook*.
- JURAN, J. M. e GRZYNA, F. M. 1993. *Quality Planning and Analysis*. , Singapore., McGraw-Hill Book.
- KING'S FUND. <http://www.kingsfund.org.uk/> [5 de julho 2016].
- LEATHERMAN, S. e SUTHERLAND, K. 2003. The quest for quality in the NHS: a mid-term evaluation of the ten-year quality agenda. *London: Nuffield Trust*.
- LEGIDO-QUIGLEY, H. 2008. *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*, World Health Organization.
- LISBOA, J. V., COELHO, A. e COELHO, F. A. F. 2004. *Introdução À Gestão de Organizações.*, Vida Económica.
- MANZO, B. F. 2009. *O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde*. Dissertação mestrado em enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,.

- MENDES, V. D. M. P. 2012. *Qualidade no serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e prespetivas futuras*. Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999. *Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Ministério da Saúde Lisboa.
- MOURA E SÁ, P. 2015. *Aulas da disciplina de Gestão pela Qualidade Total, Apontamentos Diversos*.
- PÉREZ, J. J., GARCÍA, J. e TEJEDOR, M. 2002. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*, 17, 305-311.
- PÉREZ, J. J., PÉREZ, G., GARCÍA, J. e DíEZ, F. 1999. Futuro de la Gestión Clínica. . *Gestión Hospitalaria* 10, 114-120.
- PESTANA, E. A. 2013. *Avaliação do impacto nos utentes da marca AQR – Estudo no ACeS Nordeste*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança.
- PINTO, A. e SOARES, I. 2010. *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação.*, Lisboa, Edições Sílabo.
- PIRES, A. R. 2004. *Qualidade: Sistemas de Gestão Da Qualidade.*, Edição Lisboa.
- PISCO, L. e BISCAIA, J. L. 2001. Qualidade de cuidados de saúde primários. . *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- PORTER, M. E. 1980. *Competitive Strategy: technique for Analyzing Industries and Competitors*. *The Free Press, New York*.
- ROONEY, A. L. e OSTENBERG, P. 1999. Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde. *Projeto de Garantia de Qualidade, Centro dos Serviços Humanos-CHS. USA: USAID*.
- SCALLY, G. e DONALDSON, L. J. 1998. Looking forward: clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. . *BMJ*, 317.
- SEAWRIGHT, K. W. e YOUNG, S. T. 1996. A Quality Definition Continuum. *Interfaces*, 26, 107-113.
- SGS. *Revisão ISO 9001:2015*. <http://bit.ly/2aerm4C> [5 de julho 2016].
- STAREY, N. 2003. *What is clinical governance?* : Hayward Medical Communications.
- TAGUCHI, B. W. e CLAUSING, D. 1990. Robust quality. *Harvard Business Review*, 68, 65-75.

TUCHMAN, B. W. 1980. The decline of quality. *New York Times Magazine*, 2, 38-47.

USF-AN. :Unidade de Saúde Familiar Associação Nacional <http://www.usf-an.pt/index.php/utente> [5 de julho 2016].

WHO 2006. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. *WHO Press*.

LEGISLAÇÃO

DRECRETO-LEI nº 219/2007, "D.R." 1ª série - Nº 103 (29 de maio de 2007) 3509

Portaria nº 155/2009, "D.R." 1ª série - Nº28 (10 de fevereiro de 2009) 878

ANEXOS

ANEXO I- 1ª CANDIDATURA AO PRÉMIO

1. Identificação do Candidato

Nome da Instituição:

Endereço de Correio Eletrónico:

Tipo de Cuidados de Saúde Prestados (Cuidados Primários/Cuidados Hospitalares/Cuidados Continuados):

2. Memória Descritiva

Descreva de forma sucinta a iniciativa que é o objeto da candidatura.

3. Qualidade Clínica e Resultados em Saúde.

Identifique e descreva sucintamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a qualidade clínica e os resultados em saúde da população servida e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação.

4. Experiência do Utente

Identifique e descreva sucintamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a experiência de utilização dos serviços por parte dos utentes e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação.

5. Sustentabilidade Económico-Financeira

Identifique e descreva sucintamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a sustentabilidade económico-financeira da instituição e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação.

6. Responsabilidade Ambiental

Identifique e descreva sucintamente a forma como a iniciativa contribuiu favoravelmente para o meio ambiente e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação.

7. Inovação e Tecnologias na Saúde

Identifique e descreva sucintamente a forma como a iniciativa introduziu novas tecnologias e práticas inovadoras e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação.

ANEXO II- 2ª CANDIDATURA AO PRÉMIO**1. Identificação do Candidato****Nome da Instituição:****Endereço de Correio Eletrónico:****Tipo de Cuidados de Saúde Prestados (Cuidados Primários/Cuidados Hospitalares/Cuidados Continuados):****2. Qualidade Clínica e Resultados em Saúde.**

2.1 Descreva detalhadamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a qualidade clínica e os resultados em saúde da população servida e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação. Sempre que possível apresente dados quantitativos que demonstrem essa contribuição.

2.2. Indique qual a taxa de mortalidade infantil (5 anos).

2.3. Indique qual a taxa de mortalidade padronizada por todas as causas.

2.4. Indique qual a percentagem de recém nascidos com baixo peso de nascimento.

2.5. Indique qual a incidência de AVC na população residente com menos de 65 anos.

2.6. Indique qual a incidência e amputações major em diabéticos na população residente.

2.7. Indique qual a percentagem de crianças com PNV atualizado aos 13 anos.

2.8. Indique qual a percentagem de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro colo-rectal.

2.9. Indique qual a percentagem de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica superior a cinco fármacos.

2.10. Indique qual o número médio de antibióticos prescritos por utente.

2.11. Indique qual a percentagem de inscritos com médico de família.

2.12. Indique qual a percentagem de inscritos que efetuaram consultas no último ano.

3. Experiência do Utente

3.1 Descreva detalhadamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a experiência do utente e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação. Sempre que possível apresente dados quantitativos que demonstrem essa contribuição.

3.2. Indique qual o número de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos.

3.3. Indique qual a percentagem de utilizadores referenciados para consulta hospitalar.

3.4. Indique qual a percentagem de consultas ao utente realizadas pelo respetivo médico de família.

3.5 Indique qual a percentagem de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2.

3.6. Indique qual a percentagem de utentes satisfeitos/muito satisfeitos.

3.7. Indique qual o número de reclamações por cada 1.000 consultas médicas ou de enfermagem realizadas.

4. Sustentabilidade Económico-Financeira

4.1 Descreva detalhadamente a forma como a iniciativa contribuiu para melhorar a sustentabilidade económico-financeira e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação. Sempre que possível apresente dados quantitativos que demonstrem essa contribuição.

4.2. Indique qual a despesa média de medicamentos faturados anualmente por utente utilizador (baseado no valor participado pelo SNS).

4.3. Indique qual a despesa média de MCDT faturados anualmente por utente utilizador do SNS.

4.4. Indique qual o número médio de consultas anuais realizadas por médico.

4.5. Indique qual o número médio de consultas anuais realizadas por enfermeiro.

4.6. Indique qual a taxa de utilização global de consultas médicas.

4.7. Indique qual a taxa de utilização global de consultas de enfermagem.

4.8. Indique se foram utilizadas fontes alternativas de financiamento ao OE (ex. internacionalização e exportação de serviços, cobrança de taxas moderadoras e privados/subsistemas, etc.).

5. Responsabilidade Ambiental

5.1 Descreva detalhadamente a forma como a iniciativa contribuiu favoravelmente para o meio ambiente e os benefícios que foram alcançados com a sua

implementação. Sempre que possível apresente dados quantitativos que demonstrem essa contribuição.

5.2. Indique qual o consumo energético (kWh) por consulta no último ano (médica e enfermagem).

5.3. Indique qual o consumo água anual (m3) por consulta no último ano (médica e enfermagem).

5.4. Indique qual o consumo papel anual (folhas) por consulta no último ano (médica e enfermagem).

5.5. Indique qual a quantidade de resíduos hospitalares produzidos por consulta no último ano (médica e enfermagem).

5.6. Indique qual a percentagem de resíduos hospitalares do Grupo IV.

5.7. Indique qual a percentagem de resíduos hospitalares produzidos encaminhados para reciclagem, reutilização e outras formas de valorização.

5.8. Indique se são utilizadas fontes de energias renováveis e gestão de resíduos (ex. painéis solares, cogeração, etc.).

6. Inovação e Tecnologias na Saúde

6.1 Descreva detalhadamente a forma como a iniciativa introduziu novas tecnologias e práticas inovadoras e os benefícios que foram alcançados com a sua implementação. Sempre que possível apresente dados quantitativos que demonstrem essa contribuição.

6.2. Indique qual a percentagem de embalagens de medicamentos prescritas por DCI.

6.3. Indique se existe algum procedimento para avaliar relação custo-benefício de tecnologias de saúde adotadas. Em caso afirmativo, descreva quais.

6.4. Indique qual o número de consultas realizadas por meios de telemedicina por número total de consultas.

6.5. Indique qual a percentagem de receitas de medicamentos prescritas manualmente.

6.6. Indique qual a percentagem de requisições de MCDT prescritas manualmente.

6.7. Indique qual a percentagem de consultas médicas com o protocolo SOAP totalmente registado em sistema.

6.8. Indique qual a percentagem de consultas que é marcada recorrendo ao portal do utente ou outra plataforma eletrónica.

6.9. Indique se a instituição/serviço fazem acompanhamento remoto de doentes (ex. gestão de doentes crónicos, follow-up pós-alta, etc.).

6.10. Indique se a instituição/serviço implementou iniciativas com vista a melhoria da experiência dos utentes (ex. ponto único de contacto, serviços remotos, sinalética, quiosques, gestão de filas de espera, etc.).

6.11. Indique se a instituição/serviço implementou iniciativas de desmaterialização dos processos clínicos (ex. registo clínico eletrónico, gestão documental, *medical imaging*, etc.).

6.12. Indique se a instituição/serviço implementou novos serviços (ex. formação de utentes, programas de apoio e sensibilização, etc.).

6.13. Indique se existem outras iniciativas implementadas de carácter inovador. Em caso afirmativo, descreva quais.