



Susana Cristina Oliveira Vaz

Impacto do referencial ACSA nas Unidades de Saúde

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre, sob orientação do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Setembro de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Susana Cristina Oliveira Vaz

Impacto do referencial ACSA nas Unidades de Saúde

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, Setembro de 2017

A persistência é o caminho do êxito.

Charlie Chaplin

Agradecimentos

A concretização deste objetivo, adiado por algum tempo, por dificuldades várias encontradas ao longo do seu percurso, tornam a sua finalização ainda mais gratificante, apenas possível graças ao apoio incondicional de todos os que verdadeiramente me acompanharam, a quem muito agradeço (vocês sabem quem são).

Ao Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira pela disponibilidade para orientar este longo percurso e nem sempre fácil, pela ajuda e flexibilidade constantes, e pelos preciosos comentários, esclarecimentos e opiniões acerca da matéria abordada.

Ao Prof. Doutor Álvaro Moreira da Silva por me ter sempre encorajado na prossecução deste caminho de enriquecimento pessoal e profissional e por me ter feito acreditar que somos o resultado do nosso trabalho.

Ao Dr. Eurico Castro Alves por ter despertado em mim o gosto pela matéria da qualidade em saúde, nas suas mais diferentes vertentes, e pelo seu contributo para o meu crescimento como pessoa e como profissional.

Um agradecimento muito especial à Ana Maria e à Susana, que de forma completamente desinteressada, mas muito empenhada, contribuíram tecnicamente para a conclusão deste trabalho.

Aos meus verdadeiros amigos pelo apoio e motivação constantes.

Ao meu irmão e sobrinhos pelos sorrisos e abraços que me fazem transbordar de alegria e amor.

E claro, aos meus queridos pais, pilares do meu ser, da minha vida, sempre presentes em todos os momentos, e a quem devo tudo o que sou.

Resumo

Há vários anos que se discute internacionalmente qual o impacto da implementação de sistemas de acreditação nas unidades de saúde. Em 2009 o Ministério da Saúde (MS) definiu como modelo oficial de acreditação, o referencial da *Agencia de Calidad Sanitaria Andaluçia* (ACSA). Decorridos alguns anos desde a adoção deste modelo, considerou-se pertinente a recolha de informação que permitisse aferir qual o impacto deste referencial nas instituições de saúde que em Portugal já se encontram acreditadas pelo mesmo, traduzindo-se este no objetivo principal do estudo, para o qual foram também formuladas algumas hipóteses de investigação.

Foi utilizado como instrumento de recolha de dados, um questionário, construído especificamente para este efeito, o qual foi remetido a todas as 93 entidades que, até 28 de Fevereiro 2017, tinham obtido a acreditação pelo modelo ACSA em algum dos seus serviços/unidades de saúde.

Foram obtidas 76 respostas ao questionário, num total de 93 entidades acreditadas, das quais 89,5 % referem-se a unidades de saúde de natureza pública e maioritariamente (53,9%) do setor hospitalar, tendo 43,3% dos respondentes selecionado a melhoria da qualidade dos cuidados como a principal motivação para adesão ao processo.

As respostas obtidas às questões relativas à dimensão Avaliação do Impacto do modelo ACSA foram muito consensuais entre os respondentes, e com uma percentagem de resposta superior a 90% nas opções que valorizam o modelo ACSA enquanto modelo com impacto nas unidades de saúde.

Considerando as estatísticas descritivas poderemos concluir que a acreditação em Portugal tem gerado nas instituições de saúde um efeito positivo, podendo ser destacadas as consequências ao nível dos recursos humanos (motivação dos profissionais, trabalho em equipa e melhoria da comunicação) e da melhoria da cultura organizacional, com especial enfoque na melhoria dos processos, conclusões estas que vão de encontro à evidência internacional.

De referir que ainda que o modelo nacional de acreditação esteja disponível para os prestadores de natureza pública e não pública, têm sido os de natureza pública que

maioritariamente têm aderido ao mesmo, o que desde logo impossibilita que se delineiem conclusões mais abrangentes para todo o Sistema Nacional de Saúde.

Nesse sentido, uma potencial implicação deste estudo poderá ser a reflexão sobre a necessidade de revisão da estratégia que atualmente tem vindo a ser utilizada, com vista a captar um maior número de prestadores não públicos, para que possamos falar de um verdadeiro programa nacional de acreditação. A repetição de um novo estudo de impacto poderá fazer sentido após a obtenção de um maior número de serviço/instituições acreditadas, de diferentes naturezas, e decorrido um período maior desde o momento da acreditação.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde; Avaliação da Qualidade; Acreditação; Referencial ACSA; Impacto da Acreditação em Saúde.

Abstract

For many years the impact of accreditation programs in healthcare providers has been internationally discussed. In 2009, the Health Ministry chose the Andalusian Agency for Healthcare Quality (ACSA) programme, as the official accreditation standard. Given that the empirical evidence on this topic, in Portugal, is very sparse, our objective is to assess the impact of this programme in the health care providers that are already accredited, in Portugal.

Data was collected by means of an online questionnaire specifically built for this purpose, which was sent to all the 93 healthcare providers accredited by the ACSA programme at 28 February 2017. 76 questionnaires were received from a total of 93 accredited healthcare providers, of which 89.5% from public providers and the most from hospitals (53.9%). 43.3% of the respondents selected the improvement of quality of care as the main motivation to choose this programme.

The answers given to questions related to the Impact Assessment of the ACSA programme were very consensual among the respondents with almost all of them being achieved by more than 90% in the options that say that the ACSA programme have a positive impact on the healthcare providers.

Considering the descriptive statistics, we concluded that accreditation in Portugal created a positive effect in health care institutions, and improvements were emphasized in human resources (motivation of the professionals, teamwork and improvement of communication) and also in the organizational culture, with focus on the process improvement, in line with international evidence.

It should be noted that although the national accreditation programme is available to public and non-public providers, those who adopted it the most were public providers, so it is not possible to draw more comprehensive conclusions for the entire National Health System.

Like that, a potential implication of this study could be the need to revise the strategy that has been adopted, in order to attract a greater number of non-public providers, so that we can talk about a real national accreditation programme. A new impact study can

make sense after a larger number of accredited public and non-public providers get in the programme, and a longer period has overpass after the moment of accreditation.

Keywords: Quality in Healthcare; Quality Assessment; Accreditation; ACSA program; Impact of Health care Accreditation.

Índice

Índice de Figuras	ix
Índice de Gráficos	ix
Índice de Quadros	ix
Índice de Tabelas	ix
Siglas	xi
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Conceito de Qualidade em Saúde	5
2. Qualidade em Saúde em Portugal	11
2.1. Evolução histórica.....	11
2.2. Entidades com competência em qualidade em saúde.....	14
3. Sistemas de Avaliação da Qualidade em Saúde	23
3.1. Acreditação na área da Saúde	25
3.2. Génese da Acreditação na área da Saúde	26
3.3. Acreditação em Portugal	28
3.3.1. Modelos de Acreditação em Portugal	33
3.3.2. Outros sistemas de avaliação da qualidade	41
4. Impacto da acreditação em unidades de saúde.....	45
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	49
5. Metodologia.....	51
5.1. Objetivo do estudo	51
5.2. Amostra	52
5.3. Instrumento de recolha de dados	53
5.4. Tratamento da Informação.....	55
6. Resultados.....	61
7. Discussão	81
Conclusão.....	89
Referências Bibliográficas	93
ANEXOS.....	101

Índice de Figuras

Figura 1: Definições várias do conceito Qualidade em Saúde.....	6
-----------------------------------------------------------------	---

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Histograma relativo ao período de recolha de informação.....	62
-------------------------------------------------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Quadro comparativo dos principais referenciais de acreditação	40
Quadro 2: Dimensões a analisar considerando as questões colocadas no questionário ...	55
Quadro 3: Categorização de variáveis	57

Índice de Tabelas

Tabela 1: Número de Unidades de Saúde acreditadas.....	33
Tabela 2: Hora de acesso ao questionário.....	62
Tabela 3: Caracterização do respondente	63
Tabela 4: Caracterização das instituições respondentes.....	64
Tabela 5: Dimensão Conhecimento	65
Tabela 6: Dimensão Participação, Envolvimento e Motivação	66
Tabela 7: Dimensão Avaliação dos Intervenientes:.....	68
Tabela 8: Dimensão Opinião	73
Tabela 9: Dimensão Avaliação do impacto do modelo ACSA nas Unidade de Saúde	76

Siglas

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria Andalucia

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

CHKS - Casper Healthcare Knowledge Systems

CNQ - Conselho Nacional da Qualidade

DGS – Direção Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IPQ – Instituto Português da Qualidade

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

ISO - International Standards Organization

ISQUA - International Society for Quality in Healthcare

JCI - Joint Commission International

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

Nos últimos anos tem-se verificado um interesse crescente pelas temáticas associadas à qualidade em saúde, quer a nível nacional, quer internacionalmente. Este interesse resultou na proliferação de diferentes sistemas de gestão e de avaliação da qualidade em saúde, dos quais se destaca os sistemas de acreditação de unidades de saúde, associados à necessidade de um investimento crescente em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Entende-se por acreditação 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 estabelecidos (*standards*) e para implementar ferramentas de auxílio à melhoria continua (ISQUA, 2013).

Há vários anos que se discute internacionalmente qual o impacto da implementação de sistemas de acreditação nas unidades de saúde, sendo as conclusões ainda pouco consensuais. Em Portugal a informação existente é ainda muito incipiente quanto a esta matéria. Ainda assim a acreditação continua a ter um papel de destaque nos documentos de orientação nacional como o Plano Nacional de Saúde (PNS) e a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS). Em 2009 o Ministério da Saúde (MS) preconizou como modelo oficial de acreditação, o referencial da *Agencia de Calidad Sanitaria Andaluca* (ACSA). Considerando que decorreram já oito anos desde a adoção deste modelo, importará aferir qual o efeito que este referencial gera nas instituições de saúde.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes: a parte I relativa ao enquadramento teórico do tema abordado (primeiro, segundo, terceiro e quarto capítulos) e a parte II referente ao estudo empírico (quinto, sexto e sétimo capítulos), para além da introdução e das conclusões. Especificando um pouco mais, no primeiro capítulo é abordado o conceito de qualidade em saúde. No segundo é explorada a qualidade em saúde em Portugal, a perspetiva histórica da sua evolução, bem como referência às entidades nacionais com um papel nesta matéria. O terceiro capítulo dedica-se aos sistemas de avaliação da qualidade, com especial enfoque na acreditação em saúde, seus diferentes modelos, e outros sistemas de avaliação da qualidade. O

quarto capítulo aborda a temática do impacto que a acreditação tem nas instituições de saúde, com a referência às experiências internacionais neste âmbito.

O quinto é dedicado à descrição da metodologia adotada, o sexto à apresentação dos resultados, e no sétimo capítulo procede-se à discussão dos mesmos. Por fim serão apresentadas as conclusões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Conceito de Qualidade em Saúde

O termo qualidade deriva do latim *quali* que significa tal e qual as coisas de facto são (Rego, 2008). A subjetividade inerente ao conceito de qualidade torna difícil a sua interpretação, podendo a qualidade assumir diferentes definições e significados em função das pessoas, do contexto e das medidas de qualidade usadas (Rego, 2008). Este conceito desenvolveu-se com aplicação à indústria, após a I Guerra Mundial, particularmente na indústria japonesa, decorrente da necessidade de produção em massa. É assim considerada um componente estratégico na maioria dos países, independentemente do seu nível de desenvolvimento económico e social, desde os países considerados de primeiro mundo até aos países subdesenvolvidos, ficando assim ultrapassada a ideia de associação das preocupações com a qualidade aos países ricos, com recursos e com um sistema de saúde avançado (Serapioni, 2009).

O conceito de qualidade tem vindo a evoluir, acompanhando a evolução dos mecanismos através dos quais as organizações procuraram gerir essa mesma qualidade (Carapeto & Fonseca, 2006).

Se o conceito de qualidade, no seu global, é vasto e de difícil concretização, a qualidade aplicada à saúde tem algumas características que a diferenciam da definição utilizada noutros sectores, visto que tem que ser orientada para as necessidades e não simplesmente para a procura, e encarada em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Este é um conceito em grande parte subjetivo, com diferentes definições e abordagens, consoante o seu autor ou os diferentes intervenientes na área da saúde: utilizador, fornecedor de cuidados, gestor, profissional de saúde.

O crescente enfoque e interesse pela qualidade em saúde é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo por referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial, a partir de meados do século XX (Deming, 1986).

A definição do conceito de saúde, universalmente aceite, é a definição dada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) que considera saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, definição esta que de acordo com Bircher, foi aceite por esta organização em 1946 e

surge espelhada no preâmbulo da constituição da OMS em 1948. Por considerar que esta definição já não se adequa aos tempos atuais, este mesmo autor, veio ajustar a definição. Assim Bircher define saúde como um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal (Bircher, 2005).

Quanto ao conceito de qualidade em saúde, são inúmeras as definições existentes. Num trabalho elaborado em 2008, para o *European Observatory on Health Systems and Policies*, sobre a garantia da qualidade em cuidados de saúde na União Europeia, é referido não existir grande consenso acerca de um conceito único de qualidade em saúde, apresentando as definições que com maior frequência são mencionadas na literatura sobre esta matéria (Legido-Quigley, Mckee, Nolte, & Glinos, 2008).

Figura 1: Definições várias do conceito Qualidade em Saúde

Table 1.1 *Definitions of quality of care*

<i>Author/Organization</i>	<i>Definition</i>
<i>Donabedian (1980)</i>	Quality of care is the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts.
<i>IOM (1990)</i>	Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.
<i>Department of Health (UK) (1997)</i>	Quality of care is: <ul style="list-style-type: none"> • doing the right things (what) • to the right people (to whom) • at the right time (when) • and doing things right first time.
<i>Council of Europe (1998)</i>	Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results, having regard to the current state of knowledge.
<i>WHO (2000)</i>	Quality of care is the level of attainment of health systems' intrinsic goals for health improvement and responsiveness to legitimate expectations of the population.

Notes: IOM: Institute of Medicine; WHO: World Health Organization.

Fonte: *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a case for action - European Observatory on Health Systems and Policies*

Neste estudo, foram identificadas como sendo mais consensuais e mais influentes as definições de *Donabadien* (1980) e do *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA (1990). *Donabadien*, surge na década de 60 como um dos pioneiros e um grande mestre da qualidade, permanecendo até hoje como uma inspiração nesta área, definiu qualidade em saúde como sendo, o tipo de prestação de cuidados em que se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de o mesmo ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde. Por sua vez o IOM definiu qualidade em saúde como o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados de saúde desejados, para indivíduos e populações, e se estes são consistentes com o conhecimento profissional atual (Legido-Quigley *et al.*, 2008).

Em Portugal, o PNS 2011-2016 selecionou três possibilidades, como sendo as que melhor parecem resumir o conceito de qualidade em saúde: a definição apresentada pelo IOM, já referido no parágrafo anterior; a definição proposta em 1997 pelo Departamento da Saúde do Reino Unido (igualmente presente na figura n.º 1) *doing the right things right at the first time to the right people at the right time*. Quanto a esta foi considerado que ainda que se trate de uma definição acertada, encontra-se, no entender dos autores deste estudo, incompleta, faltando a referência a: *in the right place at the lowest cost*. Ainda assim o documento adota como definição mais completa de qualidade em saúde a apresentada em 1990 pelo Programa Ibérico, que a entende como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes (Campos & Carneiro, 2010).

Estas últimas duas definições são as que igualmente constam do Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde do PNS 2012-2016 (Ministério da Saúde - DGS, 2012). E por fim no PNS – Revisão e Extensão a 2020, apenas é feita referência à definição apresentada pelo Programa Ibérico, numa citação de Saturno *et al*, 1990, ao que acrescentam, que a qualidade em saúde implica ainda, a adequação dos cuidados de saúde e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (Ministério da Saúde - DGS, 2015b).

Em suma, qualidade em saúde é inquestionavelmente um conceito complexo, resultante de uma profícua integração e conexão de diferentes aspetos, com múltiplas facetas e, utilizada por diferentes autores, com diferentes significados e entendimentos.

Mais consensual do que os diferentes conceitos de qualidade em saúde é o reconhecimento da existência de diferentes dimensões da qualidade, o que permite o alargamento do conceito, evitando as que poderiam traduzir-se em definições demasiado restritivas (Ortigosa, 2003).

As dimensões mais comumente aceites pelos diferentes autores, são as relativas à efetividade, à eficiência, ao acesso, à segurança, à equidade e à adequação. Outras dimensões, como a oportunidade, a satisfação, a focalização no utente, a continuidade dos cuidados e as competências técnicas, ainda que mencionadas em menor número de situações, são referidas integradas num conjunto de dimensões que incorporam as expectativas médicas, sociais e dos utentes (Legidio-Quigley *et al*, 2008).

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde, não é uma questão recente, existindo desde os primórdios da Medicina (Campos & Carneiro, 2010). No século V a. C, já Hipócrates demonstrava a sua preocupação com o tema da qualidade em saúde, enunciando no seu juramento que deveriam ser tomadas medidas dietéticas para que os doentes conseguissem ultrapassar a doença. Ainda o Juramento de Maimonides referia a necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, afirmando que os médicos deveriam primar pela melhoria dos seus conhecimentos técnicos e da prática clínica (Warrier & McGillen, 2011).

A publicação no ano 2000 do relatório *To Err is Human*, pelo IOM, veio alertar para a problemática dos eventos adversos (mortes evitáveis) nos Hospitais dos EUA, o qual conclui que, por ano, morriam nos hospitais 48.000 a 98.000 pessoas, em resultado de erros possíveis de prevenir (IOM, 2000). A este estudo seguiu-se um outro, igualmente do *Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm*, o qual promoveu muitos pontos já referidos no relatório anteriormente citado. A publicação destes, veio despertar a atenção para a temática da segurança do doente e sensibilizar os envolvidos para a necessidade de adoção de programas que minimizassem o erro médico, entre as quais a aprovação de leis e regulamentos que visaram melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Campos & Carneiro, 2010, Carey & Stefos, 2011).

Na declaração Saúde para todos no ano 2000, a OMS e o Conselho da Europa identificaram e explicitaram, respetivamente, na sua meta 31 (WHO, 1985) e na recomendação n.º 17/97 do Conselho de Ministros, a necessidade de implementação de um sistema de qualidade, sendo consensual a sua definição como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Biscaia, 2002).

A qualidade em saúde constitui um dos fatores decisivos para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Serapioni (2009) refere que foram várias as razões que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias na área da qualidade entre as quais se podem referir: a não adequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera; o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia (Ovretveit, 2011, Shaw & Kalo, 2002).

A necessidade de uma abordagem mais reiterada à temática da qualidade em saúde, tem por base diferentes motivações: razões sociais, dada uma maior exigência e expectativas dos utentes; éticas, onde se colocam as exigências ao nível de formação e de conhecimento; razões profissionais, onde se situam o desenvolvimento das boas práticas, da valorização e da satisfação dos prestadores de cuidados de saúde; razões económicas, as quais surgem associadas à necessidade de racionalização dos recursos, dado que os mesmos são limitados, logo, para que haja qualidade, terá que existir necessariamente uma boa governação (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008).

Os grandes desafios colocados atualmente, aquando da definição das políticas de saúde, são condicionados, de forma negativa ou positiva, pelas alterações demográficas e envelhecimento da população, pela crescente complexidade dos cuidados de saúde, pelo desenvolvimento tecnológico, pelo aumento das expectativas dos utentes e pelos recursos financeiros disponíveis, fatores que condicionam não só o presente, mas também influenciam a sustentabilidade dessas mesmas políticas (Ministério da Saúde - DGS, 2012, Ministério da Saúde - DGS, 2015b).

2. Qualidade em Saúde em Portugal

A qualidade em saúde em Portugal tem assumido um papel principal em toda reforma estrutural da saúde. Trata-se, segundo alguns autores, de uma segunda reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS), vencida a barreira da falta de sustentabilidade económica e financeira do sistema. Com acelerações e recuos, assumiu nos últimos anos uma evidência crescente de preocupação nos prestadores de cuidados de saúde (Nunes, 2014; Secanell, 2014).

Para que seja perceptível a contextualização da qualidade em saúde em Portugal, importará percorrer a sua evolução ao longo dos últimos quase 40 anos, momento em que em Portugal se iniciou a abordagem desta temática. Neste capítulo será apresentada a evolução histórica da qualidade em saúde em Portugal, com breves referências a programas e ações que se tornaram marcos no crescimento do interesse pela prestação de cuidados com qualidade. Desde os primeiros passos nesta matéria, até uma maior consciencialização e sensibilização quanto à importância da qualidade em saúde e à sua abordagem no dia-a-dia pelos diferentes intervenientes da área da saúde em Portugal, decorreram mais de duas décadas. A qualidade em saúde tem vindo a ser uma preocupação dos vários governos dos últimos anos, tendo em conta os seus diferentes programas e as várias iniciativas neste âmbito. No entanto, este é um caminho que deve ser entendido como contínuo.

Perceber-se a evolução da qualidade em saúde em Portugal não poderá estar dissociada da intervenção das diferentes entidades que foram, ao longo dos anos, tendo competência nesta matéria, e a quem incumbiu o desenvolvimento de grande parte das iniciativas neste âmbito.

2.1. Evolução histórica

As primeiras abordagens à qualidade em saúde, em Portugal, surgiram na década de 80 do século XX, ainda que de forma pouco expressiva. Entre 1985 e 1989 foram organizados pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em parceria com a OMS e outros organismos, seminários internacionais sobre a garantia da qualidade dos cuidados

de saúde, um dos quais, originou a publicação de um documento com artigos sobre avaliação da qualidade nos centros de saúde e hospitais (Pisco & Biscaia, 2001). Ainda em 1989, surgiu no Hospital São Francisco Xavier, a primeira comissão da qualidade hospitalar (Campos & Carneiro, 2010).

Entre 1990 e 1993 a Direção Geral da Saúde (DGS) investiu em projetos e em formação na área da qualidade, tendo ainda sido iniciado o Programa de Ação Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais, numa parceria entre a ENSP e as comunidades europeias. Este foi o primeiro projeto de qualidade a nível hospitalar em diversos países europeus (Klazinga, 1994).

Em 1993, a DGS emitiu uma circular normativa onde determinava a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com a função de desenvolverem e implementarem programas de garantia e melhoria da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001). Ainda em 1993, o Sistema Português da Qualidade, coordenado pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), criado em 1986, sob a tutela do Ministério da Economia, foi instituído como uma estrutura concebida para desenvolver a qualidade em todos os sectores de atividade no âmbito nacional, incluindo a área da saúde.

Entre 1996 e 1997 a Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade da DGS, promoveu mais um conjunto de iniciativas de formação e projetos de avaliação e de garantia da qualidade, (Pisco & Biscaia, 2001), volvidos quase 10 anos desde a primeira abordagem a esta temática, dos quais se destacou o projeto de monitorização do desempenho dos centros de saúde, com base num conjunto de indicadores, por um período de três anos.

Ainda em 1996/1997 o MS assume a qualidade como uma prioridade na sua atuação e considera-a um eixo de intervenção fundamental. No ano seguinte, com a elaboração do documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” (Ministério da Saúde, 1999), a qualidade foi reconhecida como uma prioridade para o SNS.

Em 2000 foi aprovado, pela Comissão Europeia, o Programa Saúde XXI (destinado à gestão dos fundos comunitários para a Saúde). Nesse âmbito, foi definida, pela primeira vez, uma estratégia a desenvolver entre o ano 2000 e 2006, uma política da qualidade e a

foi criado o Sistema Português de Qualidade na Saúde, cuja missão consistia no desenvolvimento contínuo da qualidade a nível nacional, regional e local. Este programa assentava em atributos de melhoria contínua, responsabilização, participação e cooperação, e na criação de um conjunto de estruturas que incluíam: o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ), o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), uma Comissão Nacional de Acreditação, uma Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os subsistemas do Medicamento e do Sangue (Ministério da Saúde, 1999; Pisco & Biscaia, 2001)). Neste programa encontrava-se prevista uma linha de financiamento para projetos de garantia da qualidade e atividades definidas. Porém, o Sistema Português de Qualidade na Saúde foi extinto em 2008, algumas das estruturas previstas acabaram por não ser criadas e outras foram extintas poucos anos depois (Campos & Carneiro, 2010).

Dessas estruturas destaca-se o IQS, criado para a definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde, bem como o CNQ, como órgão de consulta do MS, no âmbito da política da qualidade, responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001).

A reforma do estatuto jurídico dos hospitais, com a publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, veio introduzir novos conceitos associados aos princípios da qualidade, aplicáveis ao contexto hospitalar e sua gestão. No referido estatuto é mencionado o princípio geral da prestação de cuidados de saúde, o atendimento de qualidade, a garantia da prestação e cuidados de saúde de qualidade, e o conseqüente controlo de recursos. Este diploma determinou ainda como um dos poderes do Estado, a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população. Previu-se então a celebração de contratos programa com os hospitais, baseados em indicadores de atividade, qualidade e eficiência. Mais tarde, já em 2008, assistiu-se ao alargamento desta lógica de racionalização dos recursos e de estímulos à prestação de cuidados de saúde de qualidade aos cuidados de saúde primários, com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro.

Apesar das iniciativas e do interesse demonstrado pela garantia e melhoria da qualidade nas organizações de saúde, os resultados alcançados com estas iniciativas não foram os expectáveis e não permitiram a continuidade de todas as iniciativas e

programas. As atividades levadas a cabo tiveram impacto circunscrito à sua área de aplicação e por tempo determinado, não se tendo assistido à disseminação de uma verdadeira cultura de avaliação, monitorização e melhoria contínua da qualidade.

Com a definição de competências na área da qualidade em saúde atribuída a organismos específicos, as ações implementadas e os programas de avaliação realizados foram-no no seio das atribuições e competências de cada um. Algumas das iniciativas permanecem ainda hoje, dado o empenho das próprias organizações e seus recursos na manutenção das mesmas, bem como pelo reconhecimento da sua importância na melhoria da qualidade das organizações. As próprias instituições de saúde foram assumindo como missão a implementação de processo de melhoria contínua, por iniciativa própria com vista à melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde.

2.2. Entidades com competência em qualidade em saúde

As competências em matéria de qualidade em saúde foram, ao longo dos anos, atribuídas de forma dispersa a diferentes organismos, pelo que importará destacar o papel de cada um. Atualmente as competências em matéria de qualidade em saúde estão atribuídas a diferentes entidades, denotando algumas sobreposições, não existindo uma clara barreira entre as mesmas. Ainda que o IQS tenha sido já extinto, far-se-á referência ao mesmo, dado o seu relevante papel no que diz respeito à disseminação e implementação de programas, iniciativas e cultura de qualidade em saúde. A este organismo juntam-se outros três atualmente com competências atribuídas: a DGS, o IPQ e por fim a Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

2.2.1.1. O Instituto da Qualidade em Saúde

O IQS foi o primeiro organismo com competências específicas na área da saúde. Criado em 1999, pela Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, no âmbito do MS e sob a direta dependência da DGS, foi dotado de autonomia científica, técnica e administrativa. Foi incumbido, no quadro das medidas de política de saúde estabelecidas, de proceder à

definição e ao desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visassem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Como suas atribuições foram definidas as seguintes – artigo 3.º da portaria referida supra:

- (i) a promoção, a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- (ii) a promoção do desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação;
- (iii) promoção do enquadramento da investigação e da formação profissional contínua;
- (iv) a prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

No preâmbulo da portaria que procedeu à sua criação, foi reconhecido que a qualidade na saúde era uma exigência de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde, sendo mesmo reconhecida com seu atributo essencial, o que levou a que um dos seus objetivos prioritários fosse a definição de uma política de qualidade.

Várias foram as iniciativas levadas a efeito por este organismo, que ao nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, podendo enumerar-se algumas como (Pisco & Biscaia, 2001):

1. MoniQuor – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde;
2. Programa Nacional de Acreditação Hospitalar – Parceria com o KFHQS;
3. Projetos de melhoria contínua;
4. Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento dos Utentes;
5. Avaliação da satisfação dos utentes;
6. Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde;
7. QualiGest – Qualidade na Gestão;

-
8. Normas de Orientação Clínica;
 9. Publicações em qualidade.

Em 2006, numa reestruturação levada a cabo no âmbito da Administração Pública, o IQS foi extinto. As competências deste organismo em matéria de qualidade transitaram para dois outros organismos: no que se refere à gestão da qualidade clínica coube à DGS acolher esta atribuição; relativamente à gestão da qualidade organizacional, a responsabilidade foi atribuída à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

No âmbito da ACSS, foi então criada em 2007 a Agência da Qualidade em Saúde, visando dar seguimento às suas atribuições no âmbito da gestão da qualidade organizacional, as quais foram logo em 2008 igualmente transferidas para a DGS (Decreto-Lei n.º 238/2008, de 2 de Dezembro).

Coube ao IQS durante seis anos disseminar e implementar um vasto conjunto de programas de melhoria da qualidade alguns dos quais permanecem até hoje ativos. Este foi o organismo responsável pela implementação e desenvolvimento das primeiras ações/iniciativas concertadas em matéria de qualidade em saúde, com consequências ainda hoje visíveis, não tendo havido capacidade de as instituições que lhe sucederam, de dar continuidade às mesmas, de forma organizada.

2.2.1.2. A Direção Geral da Saúde

Com a extinção do IQS, coube à DGS acolher as competências relativas à gestão da qualidade clínica. Certo é que o Departamento da Qualidade em Saúde (DQS) (Portaria n.º 155/2009, de 15 de Fevereiro) apenas foi criado quando foram igualmente transferidas para este organismo as competências relativas à gestão organizacional. A este departamento compete atualmente, de forma sumária, desenvolver as seguintes atividades, de acordo com o definido pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de Janeiro:

- a) Emitir normas e orientações, quer clínicas quer organizacionais;

-
- b) Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde;
 - c) Analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação de cuidados de saúde;
 - d) Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, e promover a avaliação sistemática da satisfação;
 - e) Definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho, acesso e prática das unidades do sistema de saúde na área da qualidade clínica e organizacional, incluindo a gestão do Portal da Transparência;
 - f) Coordenar os fluxos de mobilidade de doentes portugueses no estrangeiro e de doentes estrangeiros em Portugal e avaliar o seu impacto no sistema de saúde;
 - g) Autorizar unidades, serviços e processos em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana;
 - h) Exercer as funções de autoridade competente atribuídas à Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação na Lei n.º 12/2009, de 26 de Março, e no Decreto-Lei n.º 267/2007, de 24 de Julho, sem prejuízo da articulação com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em matéria de fiscalização e inspeção;
 - i) Regulamentar e controlar o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança das atividades relativas à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.

O DQS é igualmente o coordenador da ENQS definida pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio. Esta tem um horizonte temporal de cinco anos e pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso aos cuidados de saúde são efetuados em condições adequadas às necessidades dos utentes, determinando aos prestadores de cuidados de saúde, a adoção de conjunto de medidas tendentes à melhoria contínua da qualidade, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

A sua missão é de 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.

Foram definidas neste programa, as seguintes prioridades estratégicas:

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.

A definição desta ENQS decorre, conforme referido no preâmbulo do despacho, dos resultados alcançados com a implementação da ENQS definida anteriormente (anos de 2009-2014). Houve igualmente necessidade de adequação das estratégias nacionais às ações propostas no Programa de Ação Social para a Saúde da União Europeia para 2014-2020, às recomendações da Revisão sobre Qualidade dos Cuidados efetuada em Portugal pela OCDE, e às recomendações contidas no Relatório “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014). O próprio PNS cujo plano de ação compreenderia os anos de 2012 a 2016, foi revisto e estendido até 2020, em função das novas estratégias referidas (Ministério da Saúde - DGS, 2015b).

2.2.1.3. O Instituto Português da Qualidade

O IPQ foi criado em 1986 na dependência direta do Ministério da Economia. Tem definidas competências e responsabilidades enquanto organismo gestor e coordenador

do Sistema Português da Qualidade¹, Organismo Nacional de Normalização, Instituição Nacional de Metrologia, e os Assuntos Europeus. Aquando da sua criação, este era ainda o Organismo Nacional de Acreditação. Os requisitos normativos internacionais (ISO/IEC 17011) obrigaram à cisão desta competência do IPQ, decorrente da necessidade de isolar as atividades de acreditação, tendo em consideração as funções a desempenhar por este organismo. Assim, em 2004 foi criado o Instituto Português de Acreditação (IPAC). Este é o organismo nacional de acreditação, que tem por missão reconhecer a competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação de conformidade, de acordo com os referenciais normativos pré-estabelecidos no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 81/2012, de 27 de Março.

O IPQ assegura a representação de Portugal em organismos internacionais de certificação, de normalização e de metrologia, bem como em outras entidades europeias e internacionais relacionadas com a definição e regulamentação de políticas de qualidade, no âmbito da União Europeia e da Organização Mundial de Comércio, sendo ainda, responsável pela normalização, controlo metrológico e desenvolvimento do sistema de qualidade, seguindo neste processo normas internacionais e orientações de referência de outras organizações.

O IPQ é assim promotor de atividades que dinamizem a qualidade nos diversos sectores de atividade, incluindo o sector da saúde. A sua Comissão Sectorial para a Saúde – CS/09, tem vindo a promover a qualidade nas instituições de saúde, através do desenvolvimento de recomendações para a sua melhoria. Foi constituída em maio de 1994 e tem como objetivos gerais analisar, promover e dinamizar as várias componentes que influenciam a qualidade na saúde e preparar recomendações para a respetiva melhoria, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 80/2014, de 15 de Maio. A CS/09 inclui-se num contexto de estruturas especializadas que agregam representantes de organismos públicos e privados com maior responsabilidade e interesse em garantir e promover a qualidade em cada um

¹ Os três principais objetivos do Sistema Português da Qualidade são: (i) Incentivar a adoção dos princípios e alargar a base de aplicação das metodologias da Qualidade e conceitos associados aos diferentes sectores; (ii) Contribuir para conferir aos agentes económicos e sociais mais credibilidade e ganhos ao nível da eficácia, da produtividade e da competência; (iii) Estimular a confiança de clientes e parceiros.

dos setores representados. A sua inserção no Instituto Português da Qualidade assegura a consonância estratégica e operativa com os princípios e normas em que assenta o Sistema Português da Qualidade.

O contributo da CS/09 tem sido pouco expressivo, possivelmente pela falta de meios ao dispor desta comissão, e mesmo pelo facto de as suas competências se resumirem basicamente à emissão de recomendações.

2.2.1.4. A Entidade Reguladora da Saúde

A ERS surge em 2003, como autoridade administrativa independente, visando a regulação e supervisão da atuação dos prestadores de cuidados de saúde que intervêm no sector. As suas incumbências em matéria de qualidade em saúde fazem parte do corpo dos diferentes diplomas que foram sendo publicados.

Assegurar a qualidade e a segurança dos prestadores de cuidados de saúde é um dos principais objetivos da regulação da saúde (Nunes, 2014), havendo mesmo quem considere a qualidade, a grande área da regulação, onde deverá verificar-se um controlo sobre o produto oferecido ou sobre a estrutura e processo de o produzir e distribuir, usando uma combinação de contratos, licenciamento e acreditação por entidade independente (Lewis, Alvarez & Mays, 2006).

O diploma da sua criação previa como atribuição e objetivo da ERS, a regulação e a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, com inclusão da observância dos níveis de qualidade e segurança, garantindo adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde, avaliando os padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados e verificando a sua aplicação e acompanhando o cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços. Já este primeiro diploma indiciava a necessidade de criação de um sistema de avaliação, o qual se veio a concretizar e ganhar formulação jurídica, aquando da revisão do diploma.

O diploma que sucedeu ao da criação da ERS, o Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, no seu artigo 36.º sob a epígrafe “Defesa dos Direitos dos Utentes”, incumbiu o regulador de promover um sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde

quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes, a qual se veio a materializar no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Para além desta competência, estava ainda prevista a necessidade de verificar o não cumprimento das obrigações legais e regulamentares relativas à acreditação e certificação dos estabelecimentos.

Os mais recentes Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, fazem menção expressa, em diferentes normativos legais, de que compete a esta entidade zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, devendo para o efeito:

- (i) Promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes;
- (ii) Verificar o não cumprimento das obrigações legais e regulamentares relativas à acreditação e certificação dos estabelecimentos;
- (iii) Garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade, sem prejuízo das competências da Direção -Geral da Saúde, e por fim
- (iv) Propor e homologar códigos de conduta e manuais de boas práticas dos destinatários da atividade objeto de regulação pela ERS.

Para além da atividade que decorre diretamente do plasmado nos artigos mencionados, a atuação da ERS em matéria de qualidade tem passado pela elaboração de estudos com enfoque na qualidade de diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde, bem como pela emissão de recomendações e instruções, sendo certo que a principal atividade da ERS, nesta matéria, tem-se centrado maioritariamente no desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (ERS, 2015; ERS, 2016).

O SINAS é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, dos três setores de atividade: público, privado e social.

De acordo com a tipologia de cuidados prestados, as instituições são inseridas em diferentes módulos. Os módulos do SINAS constituem, em si, modelos independentes de avaliação da qualidade global dos serviços prestados nos estabelecimentos em questão: o módulo SINAS@Hospitais visa avaliar os estabelecimentos hospitalares e o módulo SINAS@Saúde.Oral visa avaliar as clínicas e consultórios de medicina dentária, estomatologia e odontologia. O SINAS@Saúde.Mental avalia a qualidade dos estabelecimentos que prestam cuidados na área da saúde mental, e o SINAS@Urgências dedica-se a aferir da qualidade dos estabelecimentos hospitalares com serviços de urgência.

Para cada uma das tipologias de prestadores identificadas, são avaliadas cinco ou mais dimensões, de forma a aferir de uma forma mais fidedigna os níveis de qualidade em saúde, nomeadamente Excelência Clínica, Segurança do Doente, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização no Utente e a Satisfação do Utente.

Em primeira linha, o SINAS visa facultar informação clara e inteligível aos utentes sobre os cuidados de saúde prestados nos estabelecimentos incluídos em cada um dos módulos avaliados. Como mais-valia, figura igualmente como uma ferramenta de gestão para os prestadores, potenciando a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados.

Neste capítulo, foi apresentada uma perspetiva generalizada sobre as competências das diferentes entidades, em matéria de qualidade em saúde.

3. Sistemas de Avaliação da Qualidade em Saúde

No presente capítulo pretende-se uma abordagem às diferentes possibilidades existentes de avaliar e medir a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados nos mais diferentes estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, dando-se um destaque aos sistemas de acreditação existentes.

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efetividade dos mesmos, constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos (Sousa & Pinto, 2008). Apenas com a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde se torna visível o que ocorre dentro de uma organização, e o que poderá ser efetuado para a introdução de melhorias nas mesmas. Para o efeito é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados de forma adequada obtendo a melhor qualidade possível (Pisco & Biscaia, 2001).

O conceito moderno de avaliação da qualidade em saúde surge com *Avedis Donabadien*. A sua célebre tríade, assente em três princípios (estrutura, processo e resultado), influenciou a partir dos anos 80, as abordagens subsequentes em matéria de qualidade em saúde. Estas dimensões têm vindo a ser desde então aceites como uma abordagem para a medição da qualidade dos cuidados de saúde, bem como um instrumento para classificar programas de garantia da qualidade (Ferreira, 1991).

A implementação de medidas que visem a melhoria da qualidade, sem o estabelecimento de mecanismos de avaliação dessa mesma qualidade, não surte efeitos práticos e com visibilidade. Este é o grande objetivo atualmente, ou seja proceder-se à avaliação da qualidade prestada nos serviços de saúde e, em resultado dessa mesma avaliação, introduzir as necessárias melhorias.

Uma breve análise à documentação emanada por diferentes organismos nacionais e internacionais com competências na área da saúde, e mais especificamente na área da qualidade em saúde, permite concluir que esta é uma matéria com especial enfoque nos últimos anos o que revela uma clara preocupação dessas entidades para esta problemática. Este movimento entronca e, simultaneamente, deriva do paradigma de que a qualidade em saúde deve ser definida, mensurada e comparada, sendo os seus

resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados (Sousa & Pinto, 2008).

A nível nacional e internacional o entendimento é unânime, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é necessária, devendo ser realizada quer interna, quer externamente – avaliação interna e externa - em resultado da evolução da sociedade, e da boa governação dos sistemas da saúde e, tem vindo a ser utilizada essencialmente numa lógica de promoção da melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

É possível distinguir dois tipos de avaliações: a avaliação interna e a avaliação externa. A avaliação interna realizada pela própria organização, pelos seus gestores e pelos seus profissionais. A externa é realizada por entidades que, como o próprio nome indica, são externas à organização, com reconhecidas competências para a atividade em questão.

Existe uma grande diversidade de modelos de avaliação externa. Em Portugal destacam-se a acreditação de unidades de saúde (*King's Fund* e a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organisations*, JCAHO, e mais recentemente a ACSA, atual modelo nacional de acreditação), as auditorias clínicas, a certificação pelas normas da *International Standards Organization* (ISO). Todos estes modelos têm como fins comuns, a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos doentes (Catsambas, Kelley, Legros, Massoud & Bouchet, 2002).

No fim dos anos 90, com a criação das agências de contratualização, foram definidos sistemas de indicadores, ao nível das Administrações Regionais de Saúde, para acompanhamento dos hospitais, mas esse esforço enfraqueceu a partir do ano 2000 (Escoval & Matos, 2009). Quando 31 hospitais foram convertidos em S.A., chegou mesmo a existir um *ranking* destes hospitais. Com o retomar da contratualização, a partir de 2006, alguns indicadores de qualidade definidos pela ACSS foram incluídos no processo de contratualização com os hospitais (Campos & Borges, 2009). Atualmente encontram-se definidos indicadores de qualidade ao nível dos cuidados de saúde primários, os quais foram incluídos no processo de contratualização (Ministério da Saúde – ACSS, 2016).

De forma mais ou menos simultânea com o crescimento da visibilidade dos processos de acreditação, alguns hospitais começaram a participar voluntariamente em projetos de *benchmarking* com congéneres internacionais, nomeadamente, como é o caso do projeto *International Quality Indicator Project* (IQIP). Este projeto foi inicialmente abraçado pelo Estado Português, no entanto, em 2009 o contrato que permitia a participação dos hospitais portugueses neste sistema de avaliação foi suspenso (Campos & Borges, 2009).

Relativamente a Portugal, atualmente existe o SINAS, um sistema de indicadores desenvolvido pela ERS, que avalia várias dimensões da qualidade, e que semestralmente apresenta o resultado dessa mesma avaliação, permitindo o *benchmarking* entre as instituições de saúde participantes. Para além deste sistema, existem ainda diferentes modelos/estudos de avaliação da qualidade implementados nas instituições de saúde. Em alguns modelos, as instituições participam por sua iniciativa, com recurso ou não a entidades externas. Outros são promovidos por diferentes entidades com competências na área da saúde.

Todas as iniciativas já realizadas bem como as que se encontram ainda em curso, são importantes, nomeadamente pelo facto de poderem contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

As especificidades da área da saúde levam a que a necessidade da avaliação de unidades prestadoras de cuidados de saúde vise não apenas a melhoria do desempenho da organização. As razões que levam a considerar necessária ou até inevitável a avaliação das unidades de saúde passam por diferentes fatores, por vezes até conjunturais. De destacar as razões determinadas pelo contexto político e económico, da necessidade controlo da atividade, a responsabilização das organizações e dos seus profissionais, e o *empowerment* do doente.

3.1. Acreditação na área da Saúde

Por se tratar de tema central da abordagem neste estudo importará compreender então o que se entende por acreditação.

Trata-se de um processo formal de avaliação externa, na sua maioria de natureza voluntária e periódica, realizado por um organismo independente, reconhecido, e não-governamental, avalia a conformidade da prestação de cuidados de saúde com padrões predeterminados (Rooney & Ostenberg, 1999).

Esta prática possibilita o reconhecimento público das organizações de saúde pela sua prestação de cuidados, baseada na melhor evidência científica e em padrões de qualidade elevados, reconhecidos por entidades de referência na área. Os referenciais assumidos são desenvolvidos por um conjunto de especialistas internacionais, que os publicam, analisam e revêm periodicamente de forma a acompanharem o progresso do conhecimento, dos avanços tecnológicos e terapêuticos e das mudanças nas políticas de saúde (Rooney & Ostenberg, 1999).

A acreditação é geralmente um processo voluntário (com exceção de alguns países onde atualmente já é obrigatória) e as suas normas são vistas como muito favoráveis para as organizações, permitindo dar visibilidade ao compromisso da organização no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados que são prestados ao utente, de garantia de segurança quer para o utente quer para os profissionais de saúde, e de trabalhar no sentido de redução dos riscos para os doentes e para os profissionais de saúde, em consonância com as boas práticas (Mezomo, 2001).

3.2. Génese da Acreditação na área da Saúde

A acreditação de unidades de saúde teve como motivação inicial as iniciativas do *American College of Surgeons*, nos Estados Unidos da América (EUA), em 1917, as quais se traduziram no estabelecimento do Programa de Padronização Hospitalar, e na sua publicação, em 1918, motivado pelos avanços significativos na área cirúrgica. O processo rapidamente se multiplicou por diferentes hospitais americanos. Em 1945, 93% dos hospitais dos EUA e do Canadá cumpriam os requisitos mínimos considerados pelo programa (Legidio-Quigley *et al*, 2008 e Shaw, 2000).

Nos EUA a disseminação deste modelo levou à criação da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que desde cedo preservou o seu carácter de independência face a outras instituições. Desenvolvendo novas metodologias,

a organização expandiu-se e fundou a *Joint Commission International* (JCI) (Legidio-Quigley *et al*, 2008).

Esta filosofia rapidamente se difundiu em todo o mundo, sendo que atualmente são vários os programas de acreditação internacionalmente reconhecidos: o *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) no Canadá; o *King's Fund Health Quality Services* (KFHQ) no Reino Unido; a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES) em França; o *Programma di Accreditamento Istituzionale Regione Marche* (PAIRM) em Itália; o programa ACSA em Espanha; *Council for Health Services Accreditation of Southern Africa* (COHSASA) na África do Sul; o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) no Brasil; o *Quality Improvement Council Review/Accreditation Program* (QICRAP) na Austrália e muitos outros (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Montagu, 2003; WHO, 2003).

A maioria destes programas tem uma participação voluntária dos países que os desenvolvem, excetuando-se a Croácia, França, Escócia e a Itália, em que o seu carácter passou a ser obrigatório, após um período de adaptação voluntário aos sistemas (Shaw, 2004b).

Esta diversidade de programas de acreditação leva a que cada país responsável pelo desenvolvimento e gestão do seu sistema de acreditação, o adapte às suas características particulares, ainda com princípios gerais e universalmente aceites, presentes em todos os programas, como: a focalização na melhoria dos cuidados prestados aos utentes; o uso de padrões escritos; a focalização nos procedimentos e processos organizacionais; a avaliação externa por elementos com experiência profissional nos serviços de saúde e elaboração de recomendações por parte dos avaliadores (Shaw, 2004a). Houve necessidade igualmente de atentar na convergência e coerência dos mesmos na União Europeia, de acordo com os princípios ALPHA definidos pela *International Society for Quality in Health Care* (ISQUA), em função de um conjunto de fatores decorrentes, em grande medida, do processo de globalização, como sendo a mobilidade de doentes; a formação dos profissionais; liberalização dos serviços e a proteção e segurança dos doentes em espaço comunitário (Lopes, 2007, Shaw, 2004b, e WHO 2003).

São apontadas várias razões para a adesão a sistemas de acreditação. Aquelas que são consideradas como as principais razões são: o reconhecimento interno de entre

os profissionais da entidade acreditada e o reconhecimento externo; o *marketing*; o desenvolvimento organizacional voluntário, a exigência legal e coerência com a política governamental (Shaw *et al.*, 2010).

Consoante o modelo de acreditação que é adotado por uma organização, os critérios a serem considerados na avaliação também vão ser diferentes. Este é o único aspeto que distingue uns modelos dos outros, dado que em todos eles, o que se visa é uma uniformização de práticas, promoção da mudança, reforço do planeamento e a integração de ações, criação de sistemas de gestão da qualidade, desenvolvimento e atualização dos profissionais, de forma integrada e consistente, e aumento da transparência das organizações (Boto, Costa & Lopes, 2008; Greenfield & Braithwaite, 2008).

3.3. Acreditação em Portugal

O conceito de acreditação tem sido um dos assuntos controversos em matéria de sistemas de avaliação da qualidade na área da saúde no contexto nacional.

Em Portugal cabe ao organismo nacional de acreditação, o Instituto Português de Acreditação (IPAC), a gestão do sistema nacional de acreditação no domínio dos laboratórios, dos organismos de certificação, dos organismos de inspeção e certificadores. Este instituto define a acreditação como um processo de avaliação e reconhecimento de competências técnicas de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação de conformidade.

Para o IPAC todas as creditações efetuadas no contexto da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente na área hospitalar, dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados, realizadas ao abrigo de modelos internacionais - JCI, *Casper Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) ou ACSA –, são tecnicamente sistemas de certificação da prestação de cuidados de saúde, na medida em que esta consiste no reconhecimento formal, realizado por uma entidade independente, da conformidade e da eficácia de uma organização, em relação a determinado ato, circunstância ou capacidade, de acordo com requisitos especificados (Ministério da Saúde - DGS, 2014a).

Acresce ao anteriormente exposto, o facto de a acreditação da qualidade em saúde em Portugal, não fazer parte do Sistema Português da Qualidade, não sendo por isso acompanhado pelo IPAC.

Em Portugal, não existindo um conceito de acreditação aplicado aos cuidados de saúde, este resultou da adoção dos modelos de acreditação internacionalmente reconhecidos, como é o caso do modelo inglês – *King's Fund Health Quality Service* atualmente designado de CHKS – e o modelo americano – JCI, numa tradução direta do termo *accreditation*. Internacionalmente quando se fala do conceito de acreditação na área da saúde, uma das definições mais consensuais é a utilizada pela ISQUA como sendo 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 estabelecidos (*standards*) e para implementar ferramentas de auxílio à melhoria continua (ISQUA, 2013).

Contrariamente ao ocorrido noutros países da Europa ou mesmo nos EUA em que o contacto com a acreditação se iniciou mais cedo, em Portugal, só em 1998, com a criação das primeiras linhas de orientação daquilo que se pretendia que fosse o sistema português da qualidade, é que se previu a implementação de um sistema de acreditação de unidades de saúde, por um organismo específico a criar para o efeito (Pisco & Biscaia, 2001).

A primeira iniciativa tomada no âmbito do MS para a implementação de um programa de acreditação no SNS, remonta a 1999, num momento em que a consolidação de uma estratégia de participação em processos de melhoria da qualidade era um objetivo da tutela, tendo para o efeito criado o IQS. Em Março do referido ano, o IQS estabeleceu um protocolo de colaboração com o *King's Fund Health Quality Service* (atualmente CHKS), organismo que oferecia, à data, no Reino Unido, um processo único de acreditação, criado especificamente para as organizações de saúde, constituindo-se assim como a mais importante entidade acreditadora do país, com o objetivo de desenvolver e implementar um programa de acreditação para os hospitais nacionais tendo por base o modelo inglês de acreditação. Os hospitais que aderiram voluntariamente ao processo utilizariam a metodologia do manual de auditoria organizacional do *King's Fund*, contribuindo para a sua adaptação à realidade nacional.

Este programa teve início em Setembro de 1999 com um conjunto de sete hospitais piloto², tendo logo no ano seguinte outras nove unidades hospitalares³ aderido igualmente ao processo.

Os principais objetivos desta parceria foram, nos termos do Despacho n.º 14584/2003, de 1 de Julho:

- 1) Contribuir para o desenvolvimento do sistema de garantia da qualidade hospitalar;
- 2) Criar um programa nacional autónomo de modernização e certificação da qualidade organizacional dos hospitais portugueses a partir do modelo do *King's Fund*;
- 3) Criar um programa de *benchmarking* nacional e internacional da qualidade do desempenho dos hospitais.

O protocolo foi celebrado para um período de cinco anos, desdobrado em três fases distintas: a primeira consistia num processo de aprendizagem do processo de acreditação de hospitais e sua aplicação; a segunda no estabelecimento de uma infraestrutura e gestão da transição; e por fim, a revisão e avaliação do sistema e consequente definição do tipo de colaboração desejada por ambas as partes (Pisco & Biscaia, 2001).

Posteriormente, o PNS 2004/2010 referiu a existência de uma ainda escassa cultura de qualidade, défice organizacional dos serviços de saúde, assim como verificou a falta de indicadores de desempenho de apoio à decisão, tendo apontado como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Assim, em 2004 a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. (criada por Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro), com o objetivo de gerir os hospitais de capital 100% público) considerou que seria mais conveniente e apropriado às características das unidades hospitalares portuguesas, a adoção de um outro modelo de acreditação, o modelo americano da JCI, no contexto da necessidade de agilização da

² Hospital de Portimão, Hospital Doutor José Maria Grande, Hospital Santa Marta, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de São Teotónio, aos quais se juntaram em Janeiro de 2000 o Hospital Garcia da Orta e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

³ Hospital de São Marcos, o Hospital de Santo António, Hospital de São José, D. Estefânia, Hospital José Luciano de Castro, Hospital Francisco Zagalo, Hospital de São João e os Institutos Português de Oncologia de Coimbra e Porto.

gestão hospitalar, na sequência da mudança de estatuto jurídico de alguns hospitais (Ministério da Saúde - DGS, 2009 e Boto, Costa & Lopes, 2008).

Com a extinção do IQS em 2006, a DGS veio a acolher as atribuições e competências daquele organismo, tendo ficado incumbida de, através do DQS, prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente e de disseminar as boas práticas clínicas e organizacionais.

Não obstante o mérito reconhecido a todos os referenciais internacionais até aí abraçados, tendo por base o plasmado na ENQS, foi adotado pelo MS como modelo nacional oficial para a qualidade em saúde, de natureza voluntária, o modelo ACSA, formalizado pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 69/2009, de 31 de Agosto. A justificação para adoção deste modelo passou por se entender este modelo como o que melhor se adequava à estratégia então definida na ENQS, por ser igualmente um modelo reconhecido internacionalmente e consolidado, concebido para um sistema de saúde de organização semelhante ao português, pela sua transversalidade e facilidade de adaptação às várias unidades que constituem o Sistema de Saúde Português, e pela sua sustentabilidade económica que permitisse a adoção generalizada do modelo (Ministério da Saúde - DGS, 2009).

Para a adoção do referencial ACSA foram estabelecidos vários protocolos de cooperação entre Portugal e Espanha, a diferentes níveis, entre os Ministérios da Saúde dos dois países, entre o Alto Comissariado para a Saúde e a *Conselherie de Saúde da Andaluzia*, e entre a DGS e a ACSA.

Em Portugal atualmente coexistem os três referenciais de acreditação: CHKS, JCI e ACSA. Tendo em consideração o programa nacional de acreditação da responsabilidade da DGS, o qual preconiza como modelo de acreditação o modelo ACSA, os prestadores de cuidados de saúde do sector público, que ainda não estão acreditados, têm-se submetido a este processo e referencial. Aos prestadores de cuidados de saúde privados, é-lhes permitida a adoção pelo modelo de acreditação que considerarem mais conveniente aos objetivos das suas próprias organizações. Os do sector público já acreditados por outro modelo podem optar por renovar as creditações ao abrigo do modelo já adotado ou, dar início a um novo processo de acreditação com o modelo ACSA.

Ao anteriormente exposto acresce o facto de no âmbito dos processos de reconhecimento dos Centros de Referência deverão, de acordo com o disposto na alínea d) do n.º 2 do artigo 4.º da Portaria n.º 194/2014, de 30 de Setembro, alterada pela Portaria 195/2016, de 19 de Julho e pela Portaria n.º 52/2017, de 2 de Fevereiro, “iniciar, no prazo de um ano, após o seu reconhecimento, o processo de certificação e acreditação da qualidade, seguindo o modelo de acreditação indicado pela Direção -Geral da Saúde.” Desta forma a adesão à ACSA acaba por se tornar obrigatória para as entidades/unidades reconhecidas como centros de referência. Não obstante a publicação desta portaria e a referência expressa à necessidade de obter a acreditação indicada pela DGS, no dia 20 de Julho de 2017, a própria DGS publicou no seu *website* a Orientação n.º 14/2017, com o título “Certificação da Qualidade de Centros de Referência”. Após a leitura atenta da referida orientação é possível, por um lado, verificar o reforço no sentido de os centros de referência iniciarem o processo de acreditação, seguindo o modelo indicado pela DGS. Por outro lado no seu ponto 2, verifica-se uma contradição com o disposto na portaria referida, bem como com o ponto 1 da orientação. Este ponto 2 refere expressamente que a DGS permitirá aos centros de referência que tenham já acreditação ao abrigo de um outro modelo, a apresentação da evidência de que nessa acreditação aplicou *standards* de qualidade assistencial e segurança do doente reconhecidos oficialmente pela ISQUA.

A 28 de Fevereiro de 2017 eram 121 as unidades de saúde (nomeadamente Hospitais, serviços/departamentos de hospitais, unidades de cuidados de saúde primários e unidades de cuidados continuados) já acreditadas. Deste número apenas 27 das unidades têm uma acreditação global da unidade, pois são estas as unidades acreditadas pelo referencial da JCI, que apenas permite a acreditação total da instituição, e do CHKS que permite a acreditação quer total quer parcial, sendo certo que maioritariamente as instituições aderentes a este referencial optaram pela acreditação total; por fim o modelo ACSA ainda que permita a acreditação quer parcial, quer total, em Portugal temos assistido que, a nível hospitalar, a opção tem recaído por acreditações parcelares, por departamentos/serviços.

Tabela 1: Número de Unidades de Saúde acreditadas

Acreditação de Unidades de Saúde	
Referencial	N.º Unidades Acreditadas
JCI	16
CHKS	11
ACSA	93*

Fonte: *Website JCI; CHKS e DGS.*

*A acreditação poderá ser da totalidade da unidade (cuidados continuados ou cuidados de saúde primários) ou apenas referente a algum(s) dos serviço(s) da unidade (cuidados de saúde hospitalares).

3.3.1. Modelos de Acreditação em Portugal

Conforme já referido, em Portugal atualmente coexistem três modelos de acreditação: CHKS, JCI e o modelo ACSA, sendo certo que este último é o referencial de acreditação adotado pelo MS, e é com base neste modelo que têm surgido as acreditações mais recentes em Portugal, com especial enfoque nos prestadores de natureza pública. Os prestadores de natureza privada têm dado continuidade à manutenção dos sistemas pelos quais eram já acreditados, ou mesmo aquando de novas adesões tem optado pelo referencial americano da JCI.

Existem algumas diferenças entre os diferentes modelos utilizados. Para o efeito será efetuada uma breve descrição de cada um destes referenciais, a qual culminará com um quadro comparativo entre os mesmos atentando em alguns dos aspectos considerados mais relevantes.

3.3.1.1. *Casper Healthcare Knowledge Systems - CHKS*

O CHKS (Ex. *King's Fund*) surgiu em 1989, tendo desenvolvido o primeiro referencial britânico de *benchmarking* para hospitais. É atualmente um dos líderes da prestação de serviços de melhoria contínua na Grã-Bretanha (CHKS, 2017).

De carácter voluntário, o programa preconizado por este modelo de acreditação, está disponível para ser aplicado não só no Reino Unido, como também internacionalmente.

A acreditação pelo CHKS é apenas atribuída por esta entidade. O processo até à obtenção da acreditação está dividido em seis fases diferentes, obrigatórias, e sequenciais: A primeira fase designada de base de referência, onde a organização verifica a conformidade inicial com os critérios e normas, e completa o que for necessário; na segunda fase, fase da autoavaliação, são juntas provas e documentação de apoio à classificação de conformidade, podendo esta fase incluir ou não uma fase de auditoria interna; a terceira fase consiste na realização de uma auditoria pela CHKS; de seguida é emitido um relatório de auditoria (quarta fase); a quinta fase a qual poderá apenas ocorrer se se verificar a necessidade de realizar nova auditoria, decorrente da verificação de critérios em falta e por fim é atribuída a acreditação/certificação à organização (sexta e última fase).

Apesar de neste modelo haver lugar a monitorização de aspetos estruturais e processuais, o facto de estar muito orientado para o processo torna-o muito burocrático.

Este modelo subdivide-se em diferentes itens de avaliação, estando os seus critérios divididos nas seguintes secções:

1. Gestão e Liderança Organizacional
2. Funções corporativas
3. Cuidados de saúde centrados no doente
4. Instalações e Serviços hoteleiros
5. Prestação de serviços
6. Serviços específicos (serviços clínicos de: cirurgia, especializados de agudos, serviços de especialidade, entre outros).

Os critérios deste referencial estão divididos em dois tipos: as normas de nível “A”, refletem requisitos profissionais, diretrizes, riscos significativos para a segurança dos doentes ou do pessoal, ou práticas recomendáveis na prestação de cuidados de saúde, e as normas de nível “A+” que se referem à prática melhorada que os hospitais deveriam procurar atingir, dados os recursos suficientes e um forte empenho na qualidade.

Na avaliação de cada critério é atribuída um nível de conformidade: total, parcial, não conforme ou não aplicável.

A acreditação só é atribuída no caso de as organizações demonstrarem total conformidade com os critérios de nível "A". Em casos excepcionais e perante a prova de implementação de medidas corretivas, a acreditação é concedida ainda que com alguns critérios com conformidade parcial. A duração da acreditação é de três anos.

A acreditação pelo CHKS constitui uma ferramenta de qualidade para as instituições de saúde, cujas normas foram concebidas para proporcionar uma estrutura de garantia e melhoria da qualidade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Ainda que este referencial permita a acreditação de apenas alguns dos serviços das instituições, é aconselhado que optem por uma acreditação da globalidade das instituições, de forma a maximizar as vantagens decorrentes da implementação do mesmo (CHKS, 2010).

3.3.1.2. *Joint Commission International - JCI*

Em 1998 foi criada a JCI, divisão da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, que por sua vez teve origem em 1951 nos EUA, como uma organização independente, não-governamental e não lucrativa, composta por diferentes profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, administradores especialistas na área pública e outras entidades, com o propósito de avaliar as instituições prestadoras de cuidados de saúde.

A missão da JCI é melhorar continuamente a segurança e a qualidade dos cuidados médicos na comunidade internacional, por meio da prestação de serviços de educação e consultoria e da acreditação e certificação internacionais, através do estabelecimento de normas de qualidade que possam ser aplicáveis a organizações de saúde (JCI, 2017).

Inicialmente a JCI acreditava somente hospitais, tendo posteriormente alargado o seu campo de atuação a outras instituições prestadoras de cuidados de saúde: serviços domiciliários, cuidados de saúde continuados, ambulatório, cuidados primários laboratórios de análises clínicas.

O modelo da JCI é um processo voluntário e moroso, sendo que a validade do certificado emitido é de três anos. Utiliza essencialmente indicadores de estrutura e de processo, no entanto, mais recentemente, inseriu, no processo avaliativo, uma componente de resultado.

Os requisitos da JCI para hospitais estão organizados segundo padrões importantes e comuns a todas as organizações de saúde. Aplicam-se a toda a organização, e dividem-se em normas centradas no doente e em normas relacionadas com a gestão das organizações de saúde. O primeiro grupo de normas inclui os seguintes requisitos:

1. Meta internacional de segurança do doente
2. Acesso e continuidades dos cuidados de saúde
3. Direitos do utente e família
4. Avaliação dos utentes
5. Cuidados prestados aos utentes
6. Anestesia e cuidados cirúrgicos
7. Gestão e Uso da medicação
8. Educação do doente e família.

O segundo grupo os seguintes:

1. Melhoria da qualidade e segurança do doente
2. Prevenção e controlo de infeções
3. Governação, liderança e direção
4. Gestão e Segurança das instalações
5. Qualificação e formação dos profissionais
6. Gestão da Informação e comunicação

Quando se tratem de instituições com ensino universitário, aos itens anteriormente referidos juntam-se ainda:

7. Formação de profissionais médicos em contexto de trabalho
8. Programas de investigação clínica

Assim, considerando o tipo de organização, o programa vai sendo adequado à mesma, sendo adicionados itens específicos.

O processo de acreditação da JCI é desenvolvido em quatro etapas. Começa com uma “Avaliação de linha de base”, em que é efetuada uma avaliação presencial para observar se a organização está pronta para iniciar o processo de acreditação. A segunda fase consiste na “Avaliação simulada”, que serve como último ponto de verificação antes da avaliação final, onde consultores da JCI simulam um processo de avaliação real no qual identificam lacunas na conformidade com os *standards*. A terceira fase (que pode ocorrer também antes da “Avaliação simulada”) é a “Consultoria direcionada”, em que consultores JCI fornecem suporte específico para áreas de alta prioridade, para instituições com dificuldades em cumprir os requisitos. Por fim, dá-se a “Avaliação de acreditação”, em que é feita uma avaliação exaustiva das instituições de saúde que culmina com a obtenção da acreditação pela JCI, válida por 3 anos (JCI, 2014).

3.3.1.3. *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía - ACSA*

O modelo ACSA foi criado pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, a pedido da *Conselheria de Saúde da Região Autónoma da Andaluzia*, com o objetivo de assegurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Traduz-se num modelo de acreditação focado no doente e nas suas necessidades, direitos e expectativas, bem como no progresso e desenvolvimento dos profissionais e na melhoria contínua das organizações de saúde. A acreditação através deste modelo pode ser concedida às organizações de saúde como um todo, ou por área/departamento funcional, não estando limitada a sua aplicabilidade às unidades hospitalares, podendo igualmente ser aplicado, com as necessárias adaptações de modelo, nomeadamente às unidades de cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados, unidades de saúde sem internamento, laboratórios clínicos e a unidades de urgência e emergência (Ministério da Saúde - DGS, 2015a).

A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* é uma fundação pública, sem fins lucrativos, integrada na *Conselheria de Saúde*, com uma experiência de dez anos e, com mais de 500 unidades certificadas, com um programa integral de acreditação que inclui, além das certificações de unidades de saúde, a acreditação de competências profissionais, a acreditação da formação contínua e a acreditação de páginas web.

Este modelo assenta em três pilares, exigindo a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, assim como dos resultados e da efetividade das medidas tomadas através de um conjunto de indicadores: Gestão de processo, gestão clínica e a gestão por competências (Ministério da Saúde - DGS, 2009).

Todos os manuais que servem de referência ao modelo estão subdivididos em cinco grandes grupos, dentro dos quais estão definidos os critérios, que por sua vez se subdividem em subcritérios, a saber:

I – O cidadão no centro do sistema de saúde

1. Utentes: Satisfação, participação e direitos
2. Acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados
3. Documentação clínica

II – Organização da atividade centrada no utente

4. Gestão de processos assistenciais
5. Atividades de promoção e programas de saúde
6. Direção

III – Os profissionais

7. Profissionais, formação e desenvolvimento

IV – Processos de suporte

8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação, comunicação
10. Sistemas de qualidade

V - Resultados

11. Resultados chave da organização

Dentro de cada subcritério elencado estão os *standards*. Estes são divididos em três grupos consoante o grau de obrigatoriedade para a obtenção da acreditação. Os incluídos no grupo I, são os que se referem aos direitos dos cidadãos tal como reconhecidos pelo Sistema Nacional de Saúde, à segurança dos utentes e profissionais, aos princípios éticos que devem orientar a atuação das organizações e à avaliação do grau de satisfação dos utentes, estando aqui incluídos os critérios obrigatórios. Os *standards*

do grupo II dizem respeito a fatores que demonstram um maior desenvolvimento da qualidade da organização, como sendo os sistemas de informação, novas tecnologias, reorganização de espaços e fluxos. Por fim os *standards* do grupo III demonstram que a organização cria inovação e desenvolvimento orientado para a sociedade (Ministério da Saúde - DGS, 2014a e Ministério da Saúde - DGS, 2014b).

O processo de acreditação poderá culminar com um dos três níveis de classificação: bom, ótimo e excelente, num processo de melhoria contínua e de carácter progressivo. Na acreditação de nível “bom” têm de estar cumpridos pelo menos 70% dos *standards* do grupo I, incluindo a totalidade dos obrigatórios. A acreditação de nível “ótimo”, em que têm de estar cumpridos 100% dos *standards* do grupo I e pelo menos 40% dos *standards* do grupo II. Na acreditação de nível “excelente” têm de estar cumpridos 100% dos *standards* do grupo I e II e pelo menos 40% dos *standards* do grupo III (Ministério da Saúde - DGS, 2014b)

Este processo de acreditação desenrola-se em quatro diferentes fases: Pedido de adesão e preparação, autoavaliação, avaliação externa e seguimento. Na fase do pedido de adesão e preparação, a instituição de saúde/serviço da mesma apresenta a sua candidatura ao processo, são nomeados os responsáveis pela condução do processo, quer por parte da organização, quer por parte da DGS, o que se pretende que seja um elemento de comunicação facilitador do processo. É organizada a primeira visita da ACSA à instituição, de modo a ser apresentado o programa a implementar. Segue-se a fase de “autoavaliação”, a qual consiste num processo de análise interno da instituição e dos seus profissionais, onde estes analisam e comparam o seu desempenho com o descrito no manual de acreditação, identificando e planificando as ações de melhoria de qualidade e segurança, as quais vão sendo reavaliadas dentro de um prazo estabelecido. A evolução do processo e o cumprimento dos itens a avaliar é demonstrado pela junção de evidência, a qual é inserida na aplicação informática que gere o modelo.

A terceira fase é a fase da avaliação externa, que concretamente consiste na visita de avaliação por parte da equipa ACSA. Nesta visita, os auditores vão avaliar, completar e confirmar a avaliação fornecida pelas instituições, analisar documentação, entrevistar os profissionais de saúde e verificar, *in loco*, algumas das questões mais pertinentes. Após esta visita, é enviado pela ACSA à instituição um relatório, do qual

constam as conclusões da auditoria, bem como o grau de conformidade com os *standards*. No caso de ser conseguida a acreditação, inicia-se a última fase que consiste na “monitorização e colaboração” entre a instituição acreditada e a ACSA, no qual é acompanhado o desempenho da instituição, com vista a manter o grau de conformidade e conseguir dar seguimento à implementação das ações de melhoria identificadas, para o período dos cinco anos, com nova visita externa de reavaliação/acompanhamento aos dois anos e seis meses contados a partir da data da visita de avaliação inicial (Ministério da Saúde - DGS, 2015a).

Ainda que tenha sido definido como modelo de acreditação nacional desde 2009, até ao início de 2016 poucas eram as organizações aderentes a este processo. Em 2016 o número de serviços/unidades acreditadas aumentou substancialmente, totalizando até Fevereiro de 2017, 93 serviços/unidades acreditadas por este modelo.

Abordados que foram os principais referenciais de qualidade, no âmbito da área da saúde em Portugal, importará reter as principais características de cada um, atentando nos seus aspetos diferenciadores.

Quadro 1: Quadro comparativo dos principais referenciais de acreditação

Aspetos objeto de análise	Identificação dos referenciais em análise		
	CHKS	JCI	ACSA
Âmbito de aplicação	Organizações de Saúde: critérios específicos para diferentes tipologias	Programas diferenciados: Hospitalar; Cuidados Continuados; Clínicos; Cuidados primários; Transporte de Doentes; Cuidados em Ambulatório	Unidades de saúde: centros hospitalares, hospitais, serviços especializados (farmácias, laboratórios...), cuidados de saúde primários, cuidados continuados, unidades sem internamento.
Âmbito de aplicação na instituição	Total ou parcial	Total	Total ou parcial
Resultado final do processo	Nível global de conformidade com os critérios da norma	Nível global de conformidade com os critérios da norma	Um dos 3 níveis: Bom, Ótimo, Excelente

Duração do certificado	3 anos	3 anos	2-4 anos
Requisitos mínimos de cumprimento obrigatório	Obrigatoriedade na adoção dos padrões previstos na norma	Obrigatoriedade na adoção dos padrões previstos na norma	Requisitos do Grupo I (Cidadão, centro do sistema)
Entidade acreditadora certificadora	CHKS	JCI	ACSA/DGS
Monitorização	Indicadores de processo e estrutura	Indicadores de processo, estrutura e resultado	Indicadores de processo
Tipo de processo	Voluntário	Voluntário	Voluntário
Princípios das normas	Normas centradas no doente e seu acompanhante	Normas centradas nos doentes e normas relacionadas com a gestão das organizações de saúde	Normas centradas no doente

3.3.2. Outros sistemas de avaliação da qualidade

A par da adesão a processos de acreditação, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde começaram, ao longo dos últimos anos, a participar em diferentes outros programas de melhoria contínua da qualidade, como sendo a certificação ou mesmo sistemas de avaliação de desempenho e de *benchmarking*.

A certificação (de sistemas de gestão, de produtos, de pessoas) é uma das atividades de avaliação da conformidade (certificação, inspeção, ensaio, calibração), que consiste no reconhecimento formal, realizado por uma entidade independente, da conformidade e da eficácia de uma organização, em relação a determinado ato, circunstância ou capacidade, de acordo com requisitos especificados.

No âmbito da certificação, de destacar a certificação da responsabilidade da *International Standards Organisation*⁴ (ISO) (Carapeto & Fonseca, 2006; Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2004b). As normas ISO são as mais utilizadas, abrangendo todos os domínios da atividade industrial, económica, científica e técnica, sem prejuízo da existência de outras, como por exemplo as OSHAS (*Occupational Health and Safety Assessment Services*). Ainda assim, as organizações optam pelo normativo que se adequar mais ao objetivo específico a atingir, sendo expectável a sensibilização e o envolvimento de toda a organização, desde o topo da hierarquia até à base. Cada norma indica como manter um sistema de qualidade na organização e como prevenir não conformidades com a norma (Carapeto & Fonseca, 2006).

O facto de uma organização se encontrar em conformidade com a norma ISO 9001 significa que esta possui uma abordagem sistemática para a gestão dos processos para que os produtos ou serviços fornecidos por essa organização respondam às expectativas dos clientes.

A nível hospitalar, a certificação poderá ser requerida de forma departamental, isto é, cada um dos serviços hospitalares pode desenvolver um sistema individual de gestão da qualidade solicitando, posteriormente, uma auditoria, com vista a obter uma certificação NP EN ISO 9001. No entanto, poderá existir um sistema de gestão da qualidade transversal a toda a organização, englobando todos os serviços, que após uma avaliação positiva permitirá à instituição apresentar-se como instituição certificada transversalmente (Portugal – APCER, 2003).

Os prestadores de cuidados de saúde têm vindo a demonstrar interesse na promoção da melhoria em outras áreas, igualmente relevantes para a sua atividade, tais como o ambiente, a higiene e segurança no trabalho. Para estas áreas existem igualmente normas que auxiliam os prestadores numa melhor gestão.

Nos sistemas de *benchmarking*, os participantes comparam o seu desempenho com os seus pares nacionais ou internacionais. O que é pretendido com a adesão a estes

⁴ *International Standart Organization* - Trata-se de uma federação a nível mundial de corpos de normas internacionais de qualidade. Esta organização foi estabelecida em 1947, tendo como principal missão a promoção do desenvolvimento da normalização e actividades relacionadas como elementos facilitador das trocas de bens e serviços. Ainda que muitas normas possam aplicar-se à saúde, outras são de difícil aplicação, sobretudo quando se fala na dimensão clínica

sistemas, e com a consequente divulgação da performance, é a comparação desta entre as unidades avaliadas. Esta comparação, para além de imprimir uma cultura de qualidade e de melhoria contínua nas instituições, leva à revisão e implementação das melhores práticas, com vista à obtenção de melhores resultados. Em Portugal destacam-se atualmente neste âmbito, o *Benchmarking* da ACSS e o SINAS, da responsabilidade da ERS.

A existência de sistemas de avaliação em diferentes países é já uma realidade, sendo mais comuns, neste âmbito, os sistemas de acreditação. Na Europa, a utilização de sistemas de avaliação da qualidade que tenham por base a análise de indicadores é ainda relativamente escassa. Existem alguns sistemas de origem e utilização a nível nacional como é o caso da Dinamarca, Itália, França, Alemanha, Reino Unido e Eslovénia (WHO, 2008).

Nos Estados Unidos da América, a *HealthGrades*, uma agência privada, desenvolveu um sistema de avaliação voluntário, o qual envolve prestadores de cuidados de diferentes naturezas e tipologias. A avaliação preconizada por esta agência avalia os hospitais apenas no que concerne a resultados clínicos: mortalidade calculada com ajuste de risco e complicações intra-hospitalares, de diferentes procedimentos e diagnósticos, de vários serviços.

Em 2015 o relatório publicado por esta agência, relativo a dados dos anos de 2011 e 2013, mostrou algumas evidências relevantes, ou seja, se todos os hospitais fossem classificados com o nível 5 (o melhor dos níveis de qualidade neste sistema), 228426 vidas poderiam ser salvas nestes anos. Para além de estes números, que representam a totalidade do hospital, também conclusões mais específicas foram retiradas neste estudo, como por exemplo no caso da taxa de mortalidade associada à sépsis que é 13,4% nos hospitais com 5 estrelas e de 23,1% nos Hospitais com 1 estrela (o nível mais baixo e qualidade nestes sistema). Outras variáveis que onde se denotou igualmente impacto neste estudo comparativo entre hospitais com 5 ou 1 estrela foram a taxa de mortalidade associada a ataque cardíaco, pneumonia, cirurgias coloretais, acidente vascular cerebral (AVC) ou doença pulmonar obstrutiva crónica e a taxa de complicações média associada à substituição total do joelho, substituição da anca, cirurgia carótida ou cirurgia de remoção da vesícula biliar (HealthGrades, 2015).

Com base nesta informação é possível concluir que a melhoria de qualidade da prestação de cuidados de saúde, é igualmente possível através de sistema de *benchmarking*.

4. Impacto da acreditação em unidades de saúde

Neste capítulo irá ser abordada a questão do impacto dos sistemas de acreditação a nível internacional, independentemente do referencial aplicado, dado que o estudo empírico incidirá precisamente sobre esta questão, concretamente qual o efeito nas organizações de saúde, da adesão a sistemas de acreditação.

Existe uma crescente preocupação mundial com a qualidade dos cuidados de saúde e conseqüentemente uma procura por mecanismos que eficazmente promovam essa mesma qualidade. Há um crescente apoio dos governos, e de agências intergovernamentais e financiadoras, à acreditação, como ferramenta que auxilie na alteração de comportamentos na saúde. Este apoio, no entanto, varia de país para país (Shaw, 2004b).

Muito é referido, do ponto de vista teórico, acerca dos benefícios que a adesão a processos de acreditação traz às organizações, sendo muitas das vezes adoptada como uma estratégia para melhorar a qualidade e a produtividade, traduzindo-se numa ferramenta de melhoria da qualidade (Pomey, Lemieux-Charles, Champagne, Angus, Shabah & Contradriopoulos, 2010).

Nos diferentes manuais de acreditação, bem como na literatura internacional, muito se pode encontrar acerca dos benefícios que a adesão a processos de acreditação traz às organizações. O manual de acreditação da JCI (2014) fala numa elevação da credibilidade da instituição por traduzir uma preocupação com a segurança do doente e com a qualidade do atendimento, no facto de a acreditação proporcionar um ambiente de trabalho seguro e eficiente, na foco no utente e seus familiares, na criação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Outros autores falam de a acreditação estimular e melhorar a integração e a gestão dos serviços de saúde, permitir a comparação entre organizações de saúde que adiram ao mesmo referencial, reduzir os custos dos cuidados de saúde, concentrando-se no aumento da eficiência, fornece formação e consultoria aos gestores e profissionais de saúde sobre estratégias de melhoria da qualidade e de melhores práticas (Rooney & Ostenberg, 1999).

Na maioria dos programas atualmente em vigor, verifica-se a existência de impacto positivo, quer da avaliação interna quer externa, no entanto, poucos utilizam

métodos comparáveis, que nos permitam retirar conclusões efetivas (Shaw, 2004b, Greenfield & Braithwaite, 2008). Existe sim clara evidência de que a nível hospitalar se verificou o aumento do cumprimento das normas que foram publicadas, nos meses anteriores à avaliação externa, com conseqüente melhoria dos processos organizacionais. A evidência é menor quando falamos do impacto da acreditação nos processos clínicos e nos resultados (Shaw, 2004b).

O número de instituições aderentes a algum dos referenciais disponíveis, em todo o mundo, é cada vez maior. Os diferentes estudos promovidos que visam aferir do impacto nas organizações de saúde da implementação deste sistemas de melhoria da qualidade, são ainda escassos e nem sempre conduzem a resultados idênticos ou pelo menos com enfoque positivo em aspetos diferentes: uns revelaram enormes benefícios nas áreas organizacionais, de segurança, outros revelaram melhoria nos processos de comunicação, mas sem reflexo nas práticas clínicas (Pomey, Contandriopoulos, François & Bertrand, 2004).

Um artigo escrito em 2008 analisou 66 estudos relacionados com o impacto da acreditação, tendo optado por dividir as conclusões encontradas em 10 categorias diferentes, consoante o efeito da acreditação em cada uma das áreas intervenção. Na categoria relativa à mudança e desenvolvimento profissional, foi encontrada evidência do impacto positivo para a unidade de saúde. Em cinco outras categorias, onde se incluiu a atitude dos profissionais perante a acreditação, o impacto organizacional, o impacto financeiro, as medidas de qualidade e avaliação do programa, não foram encontradas evidências fortes do impacto da acreditação. Em três outras categorias foi possível concluir que não existiam estudos suficientes que permitissem retirar conclusões, e são elas a satisfação dos utentes, a divulgação pública e os problemas relacionados com as auditorias (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Um estudo relacionado com a acreditação hospitalar efetuado em 2010 chegou a uma conclusão idêntica à apresentada anteriormente, isto é de que inexistem estudos suficientes para que possamos afirmar com segurança, do impacto da acreditação nos resultados e na satisfação dos utentes (Llewellyn, Capdevilla, Lorenc & Lugon, 2010). Este mesmo estudo concluiu ainda que se verificou um impacto positivo na melhoria da gestão

institucional, ao nível da comunicação entre profissionais e na gestão das situações urgentes e de risco, bem como nas práticas dos profissionais.

Num outro estudo também realizado em 2010 foi verificado que hospitais que adotaram algum referencial de certificação ou de acreditação, tinham melhor desempenho do que hospitais sem qualquer tipo de referencial (Shaw, Groene, Mora & Sunol, 2010a).

Num estudo levado a efeito em sete países, onde foram envolvidos 73 hospitais, analisou-se o efeito da acreditação e da certificação de aspetos relacionados com a liderança clínica, a segurança do doente, a revisão clínica e a prática clínica, em áreas clínicas específicas. Foi possível concluir que a adesão a estes sistemas tem impacto na liderança clínica, na segurança do doente, na revisão clínica, mas não na prática clínica propriamente dita (Shaw *et al.*, 2014).

Mendes & Mirandola (2015), num estudo realizado em 2015, procederam também a uma revisão crítica de literatura de diferentes autores. Este estudo refere haver consenso de que a acreditação promove mudanças organizacionais, sendo as mudanças na gestão dos processos, nas práticas de segurança e no comportamento das pessoas, as mais referidas nos estudos analisados. Já o impacto ao nível das práticas clínicas, apesar de alguns estudos sugerirem melhorias em alguns resultados de práticas clínicas específicas, parece não existir evidência robusta que permita uma conclusão geral. Quanto ao impacto no comportamento dos profissionais de saúde este parece existir ao nível da sua motivação, e mesmo no ambiente de trabalho, contribuindo a acreditação também para a qualificação dos profissionais (Mendes & Mirandola, 2015). Estes autores mencionam ainda o facto de ter sido por várias vezes já abordada a questão relativa à resistência dos profissionais de saúde médicos em se envolverem ativamente nos processos de acreditação (Mendes & Mirandola, 2015).

Em Portugal a literatura com vista a avaliar o efeito da adesão das unidades de saúde a processos de acreditação é escassa, ainda que estes processos se tenham já iniciado em 1999. Apenas se referir um estudo onde foi comparada a taxa de mortalidade intra hospitalar, com o correspondente ajuste pelo risco, entre hospitais envolvidos ou não em processos de acreditação e ou de *benchmarking*. Os autores concluíram não

existir diferenças estatisticamente significativas na taxa de mortalidade nos hospitais considerados para o efeito (Boto, Costa & Lopes, 2008).

Ainda que se reconheça que há resultados positivos como a melhoria da gestão da organização, a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde, bem como o reconhecimento dado a uma instituição acreditada, possam ser alcançados com a adesão à acreditação, alguns estudos permitem concluir que há necessidade de efetuar mais avaliações e mais pesquisa, para se aferir do real impacto da acreditação (Mendes & Mirandola, 2015).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5. Metodologia

A revisão de literatura realizada na primeira parte desta dissertação, procurou enquadrar e apresentar a temática da qualidade em saúde, nas suas diferentes vertentes, conceitos, entendimentos e competências. Procurou apresentar o estado da arte em matéria de sistemas de avaliação da qualidade, com especial enfoque para a acreditação de unidades de saúde, abordando igualmente o tema central desta investigação, relacionada com o impacto da acreditação nas instituições de saúde.

Este capítulo pretende esclarecer a finalidade deste estudo, introduzindo as questões centrais da investigação e os seus principais objetivos, expondo a metodologia utilizada para esse fim específico.

5.1. Objetivo do estudo

A evidência existente quanto ao impacto de referenciais de acreditação em organizações de saúde é por todo o mundo pouco conclusiva, e por vezes até contraditória. Em Portugal o efeito dos processos de acreditação nas instituições de saúde não foi até à data estudado com grande profundidade, nem tampouco o efeito que a adoção do modelo nacional adotado pelo MS, como modelo de acreditação oficial, gera nas instituições de saúde. Pretende-se, assim, recolher informação que permita concluir qual o efeito que este modelo de acreditação tem nas unidades de saúde que em Portugal aderiram a este sistema de avaliação da qualidade, traduzindo-se este no objetivo principal do estudo.

Para tal serão considerados diferentes aspetos, os quais serão integrados em grandes dimensões conforme será melhor explicitado de seguida, como nomeadamente, a motivação para a adesão a este processo, os benefícios das organizações com a adesão ao mesmo, as dificuldades internas e externas sentidas na implementação do modelo, os aspetos positivos e negativos deste referencial de acreditação, a forma como este modelo é percecionado pelos profissionais envolvidos, entre outros.

Visando auxiliar no esclarecimento do objetivo do estudo, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1) Sensibilidade das dificuldades internas (dimensão avaliação dos intervenientes) aos dados do respondente (função, categoria profissional e género);

H2) Sensibilidade das dificuldades internas (dimensão avaliação dos intervenientes) às características das instituições (natureza da instituição e tipologia);

H3) Sensibilidade das ajudas externas (dimensão avaliação dos intervenientes) aos dados do respondente (função, categoria profissional e género);

H4) Sensibilidade das ajudas externas (dimensão avaliação dos intervenientes) às características das instituições (natureza da instituição e tipologia);

H5) Sensibilidade da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA” aos dados do respondente (função, categoria profissional e género);

H6) Sensibilidade da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA” às características das instituições (natureza da instituição e tipologia).

5.2. Amostra

Neste estudo o universo em análise corresponde às instituições já acreditadas pelo modelo ACSA em Portugal, para se perceber qual a perceção dos intervenientes neste processo sobre o conhecimento do modelo, o seu envolvimento no processo de acreditação, os intervenientes no processo e o efeito que a adesão a este modelo de acreditação teve na sua organização.

Tendo por referência a informação disponibilizada pela DGS no seu *website*, entidade que gere a nível nacional este processo de acreditação, o referido questionário foi remetido a todos os prestadores de cuidados de saúde que, até 28 de Fevereiro 2017, tinham obtido a acreditação pelo modelo ACSA em algum dos seus serviços/unidades de saúde, num total de 93 entidades. Considerando as diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde que já aderiram a estes processos, o questionário foi então remetido a todos os Diretores de Agrupamentos de Centros de Saúde e Coordenadores das respetivas unidades funcionais/centros de saúde, bem como aos Presidentes do Conselho de Administração, Diretores de Serviço e responsáveis pela qualidade, no caso das Unidades Hospitalares. Solicitou-se que o questionário fosse ainda difundido pelos

diferentes interessados nas instituições, com vista à obtenção do maior número de respostas, que permitissem captar diferentes experiências. Mais se solicitou que fosse preenchido, por cada um dos intervenientes, um questionário, para cada um dos serviços/unidades acreditadas, no caso de a instituição dispor de creditações para diferentes serviços/departamentos.

O *link* de acesso ao questionário foi remetido por correio eletrónico para cada uma das instituições e/ou serviços acreditados, ou para os endereços eletrónicos das pessoas que assumem os cargos *supra* referidos. Juntamente com o acesso ao questionário seguiu uma comunicação onde se referia o enquadramento e âmbito deste estudo.

Importará reforçar que algumas entidades visadas têm apenas um ou outro serviço acreditado por este modelo, e outras (Cuidados de Saúde Primários e a classificação “outros”) podem ter uma creditação da totalidade do estabelecimento em questão.

5.3. Instrumento de recolha de dados

Para se aferir do impacto que o modelo de acreditação ACSA teve nas organizações de saúde que em Portugal já aderiram a este modelo, foi utilizado como instrumento de recolha de dados, um questionário, construído especificamente para este efeito. Este é constituído por 29 questões, algumas das quais de resposta aberta (por se entender que devia ser dada a liberdade aos respondentes de abordarem questões para além das elencadas nas questões fechadas), outras de resposta única de entre as possibilidade avançadas, umas de natureza obrigatória, outras de natureza facultativa, distribuídas por sete grupos de questões:

- Capítulo I: Caracterização da instituição designadamente quanto à sua natureza, tipologia de prestação de cuidados prestados, região de saúde onde se encontram localizadas e a sua denominação;

-
- Capítulo II: Neste capítulo designado de “Acreditação”, constituído por 9 questões, pretende aferir-se se a instituição está efetivamente acreditada; quando foi obtida essa acreditação; se a instituição está envolvida em outros processos de qualidade; qual a principal motivação da instituição para ter aderido a este processo; motivo pelo qual a seleção recaiu sobre o referencial ACSA; possibilidade de escolha de outro referencial de acreditação; se adesão a este processo trouxe melhorias internas à organização; se as alterações introduzidas pela acreditação se refletem em termos de impacto nos doentes;
 - Capítulo III: Designado de “Implementação”, neste capítulo pretende-se perceber, através de uma avaliação dos intervenientes mais diretos no processo, quais as dificuldades internas com que se depararam no decurso do processo de acreditação, bem como avaliar as ajudas externas por parte da entidade responsável por este processo;
 - Capítulo IV: Recolha de opinião dos respondentes quanto ao facto de acreditação poder ser ou não um processo de carácter obrigatório, da adequabilidade do referencial às diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde, bem como opinião quanto à possibilidade de este referencial permitir a acreditação parcelar das instituições;
 - Capítulo V: Designado de “Resultados”, pretende avaliar o impacto do modelo de acreditação nas instituições (benefícios internos, dificuldades internas e externas);
 - Capítulo VI: No capítulo “Participação e envolvimento” solicita-se informação quanto ao grau de participação dos respondentes no processo de acreditação, isto é, se a participação foi a que estava em condições de oferecer, se o esforço empreendido no processo trouxe os resultados esperados para a organização, se voltaria a estar envolvido neste processos, principais aspetos positivos e negativos do modelo;
 - Capítulo VII: Dados pessoais do respondente quanto à função, categoria profissional, género e tempo de serviço na instituição.
-

5.4. Tratamento da Informação

Visando apresentar a informação de uma forma clara, e direcionada para os objetivos delineados, os capítulos de questões integrantes do questionário referidos no ponto 5.3, foram organizados para que a obtenção de informação fosse essencialmente orientada para um conjunto de diferentes dimensões e aspetos (Ferreira & França, 2003), a seguir apresentados:

Quadro 2: Dimensões a analisar considerando as questões colocadas no questionário

DIMENSÕES	ASPECTOS
Conhecimento	Existência do processo
	Momento da acreditação
	Continuidade da acreditação
	Outros processos de qualidade
Participação, envolvimento e motivação	Motivação para a acreditação
	Motivação para adesão a este referencial
	Motivação para adesão a outro referencial
	Grau de participação
	Relação entre o grau de participação efetivo com o que estava em condições de oferecer
	Disponibilidade para novo processo de acreditação
Avaliação dos intervenientes	Dificuldades internas
	Ajudas externas
Opinião	Capacidade das alterações introduzidas na organização se traduzirem em impacto direto nos doente
	Obrigatoriedade da adesão ao modelo
	Adequabilidade do modelo a todas as unidades de saúde
	Vantagem deste modelo face a outros existentes
	Aspectos positivos e negativos do referencial
Avaliação do impacto do modelo	Orgulho na participação no processo
	Capacidade do modelo na promoção do trabalho em equipa
	Capacidade do modelo para introduzir melhorias em diferentes áreas, processos, cultura organizacional e na qualidade da prestação de cuidados
	Capacidade das alterações introduzidas na organização se traduzirem em impacto direto nos doentes
	Existência de propostas de solução para os problemas detetados

Com a dimensão Conhecimento pretende analisar-se se o respondente identifica o facto de a instituição/serviço estar efetivamente acreditado, se tem conhecimento de quando foi obtida essa acreditação, se na sua opinião deve continuar com este processo, e se a sua instituição/serviço está envolvido em algum outro processo de qualidade.

Na dimensão Participação, Envolvimento e Motivação pretende apurar-se qual foi a motivação para a adesão a um processo de acreditação e porque motivo a opção recaiu sobre o referencial ACSA, questionando-se igualmente se os inquiridos pretendiam a adesão a um outro referencial que não o escolhido. Por outro lado perceber-se qual foi o grau de participação neste processo por parte do inquirido, bem como qual foi o seu grau de empenho no mesmo e aferir se estaria disponível para um novo processo de acreditação.

Sabendo-se que estes processos são de difícil implementação, considerou-se importante aferir quais foram as principais dificuldades encontradas no seio das próprias instituições envolvidas, na perspetiva de quem esteve diretamente visado no processo, bem como foram avaliadas do ponto de vista da instituição/serviço acreditado, as ajudas externas dadas pela entidade líder do processo DGS/ACSA. Estes aspetos foram integrados na dimensão Avaliação dos Intervenientes.

No conjunto de questões que foram integradas na dimensão Opinião, pretende-se a recolha da visão dos respondentes quanto a aspetos relativos ao efeito da acreditação nas unidades de saúde, bem como questões mais genéricas de análise quer quanto à obrigatoriedade de todas as instituições serem submetidas a processos de acreditação, da adequabilidade do referencial ACSA às diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde, bem como opinião quanto à possibilidade de este referencial permitir a acreditação parcelar das instituições. Seguidamente e ainda integrada nesta dimensão foi solicitado aos respondentes de forma livre apontassem os aspetos positivos e negativos do referencial ACSA.

Visando aferir do efeito que o modelo de acreditação trouxe às organizações de saúde, as questões mais direcionadas para a dimensão Avaliação do impacto do modelo, foram colocadas na questão n.º 19, onde de um total de oito afirmações disponíveis para opção, solicitou-se aos inquiridos que avaliassem o seu grau de concordância com as mesmas. Contribuiu igualmente para o conteúdo desta dimensão a pergunta n.º 12, onde

se questiona diretamente o inquirido se a adesão ao modelo ACSA trouxe melhorias à organização, solicitando-se que a resposta positiva fosse, de forma livre, justificada.

A organização e sistematização da informação recolhida foi diferente consoante o tipo de questões colocadas e as opções de resposta possíveis. Se na grande maioria das questões as respostas variam entre o “sim”, “não”, “não sei”, ou em escalas que vão do “concordo muito” ao “discordo muito”, outras questões há onde as resposta são abertas. Nestas é permitido ao inquirido, de forma livre e com carácter facultativo, manifestar a sua opinião acerca de algumas das questões colocadas, sem estar condicionado a conjunto de opções pré-definidas. A análise desta informação obrigou a várias leituras atentas, e a uma análise cuidada do seu conteúdo, com vista à sua categorização em diferentes grupos, permitindo assim a agregação e tratamento da informação recolhida por assunto e a retirada de conclusões relativamente à mesma.

No quadro n.º 3 é apresentada a categorização efetuada, quanto aos aspetos positivos e negativos do referencial, bem como quanto às melhorias internas sentidas nas organizações decorrentes da adesão ao modelo ACSA.

Quadro 3: Categorização de variáveis

	Categorização		Categorização		Categorização
Aspetos positivos do referencial	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento positivo • Adequabilidade do referencial • <i>Benchmarking</i> • Eficiência • Focalização no Utente • Melhoria contínua da qualidade • Melhoria da organização • Melhoria dos cuidados de saúde • Melhoria dos processos • Plataforma informática • Questões Económicas • Reconhecimento externo • Recursos Humanos • Segurança do Doente 	Aspetos negativos do referencial	<ul style="list-style-type: none"> • Burocrático • Difícil compreensão • Falta de envolvimento da organização • Falta de suporte • Impossibilidade de <i>benchmarking</i> • Ineficaz • Plataforma Informática • Preço • Referencial desadequado • Tempo despendido 	Melhorias internas na organização resultantes da adesão	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de Processos • Eficiência • Estrutura da Organização • Melhoria Contínua • Melhoria da prestação de cuidados de saúde • Outros • Reconhecimento externo • Recursos Humanos • Segurança do Doente

Ao longo do estudo recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial nomeadamente: frequências (relativas e absolutas), medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) e teste de ajustamento do Qui-Quadrado. Este teste apenas é possível de implementar se estiverem verificadas as seguintes condições (Pereira, 2006):

- Não existirem mais de 20% de categorias com valores esperados inferiores a 5;
- Todas as categorias terem valores esperados superiores ou iguais a 1.

Assim, considerando a dimensão da amostra alguns dos valores das variáveis foram agregados da seguinte forma:

- A variável “função”, relativa aos dados do respondente, foi agregada em três categorias: Diretor de Serviço, Responsável pela Qualidade e Outros (onde se incluíram os Membros do Conselho de Administração, os Coordenador de USF ou UCSP, e os Outros com função não especificada nas opções possíveis);
- A variável “categoria”, igualmente respeitante aos dados do respondente, foi agregada em duas possibilidades: Médicos e Outros profissionais. Esta última opção inclui os valores Enfermeiro/a, Administrador/a Hospitalar, Técnico/a Superior e a opção Outros;
- Relativamente às características da instituição, a variável “natureza” foi agrupada em dois valores: pública e não pública (onde se incluem as instituições de natureza privada e social);
- A variável “tipologia de cuidados prestados” na instituição, foi agrupada em dois valores: cuidados hospitalares e outro tipo de cuidados (onde estão incluídos os valores cuidados de saúde primários e outros);
- Os valores da escala de “concordo muito” a “discordo muito”, foram agrupadas em dois valores: positivo (que inclui o “concordo muito” e o “concordo”, ou o “discordo muito” e o “discordo”, tendo aqui em

consideração o sentido da afirmação em questão); negativo (que inclui o “discordo muito” e o “discordo” ou o “concordo muito” e o “concordo”, considerando, uma vez mais, a afirmação em análise.

Após a recolha dos dados, a organização e sistematização e análise estatística destes foi efetuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 24.0 para *Windows*.

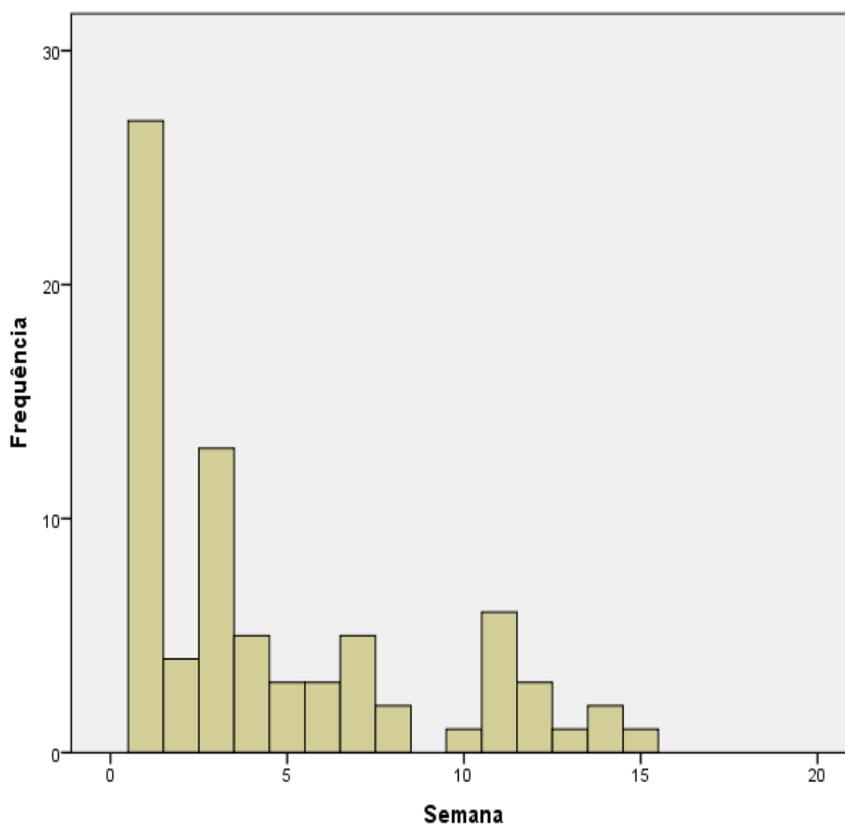
6. Resultados

Este capítulo é dedicado à análise e interpretação dos dados recolhidos, sendo possível encontrar quer dados quantitativos, quer dados qualitativos. Para o efeito serão utilizadas estatísticas descritivas e estatísticas inferenciais. Iniciar-se-á a apresentação com a descrição dos dados da amostra em estudo, de modo a posteriormente avançar-se para a compreensão dos restantes resultados e delinear as conclusões gerais.

Foram obtidas 76 respostas ao questionário, num total de 93 entidades acreditadas. Lembra-se que foi permitido que diferentes pessoas da mesma instituição respondessem ao questionário, pelo que o número de respostas obtidas não significa que se obtiveram respostas de 76 das 93 unidades que estão já acreditadas, podendo mesmo existir várias respostas da mesma instituição ou serviço.

- **Recolha de dados**

O período de recolha de dados teve a duração de 15 semanas. O envio da primeira comunicação ocorreu a 27 de Março, e o último questionário foi recebido no dia 9 de Julho de 2017, momento com o qual findou a recolha de dados. Após a comunicação inicial solicitando o preenchimento do questionário, foram efetuados cinco reenvios da comunicação, as quais ocorreram nos dias 3 (2.^a semana) e 18 de Abril (4.^a semana), 9 de Maio (7.^a semana), 5 (11.^a semana) e 26 de Junho (14.^a semana). Poderá observar-se no gráfico n.º 1 como decorreram os acessos ao questionário nas 15 semanas em que o mesmo esteve ativo.

Gráfico 1: Histograma relativo ao período de recolha de informação

Quanto ao momento em que os questionários foram respondidos, podemos verificar na tabela n.º 2 que entre as 8h e as 13h foram preenchidos 32,9% dos questionários, logo seguido do horário entre as 14h e as 18h com 30,3% dos preenchimentos.

Tabela 2: Hora de acesso ao questionário

Horário	Frequência	Percentagem
	N	%
[0:00 - 8:00[	7	9,2
[08:00 - 13:00[	25	32,9
[13:00 - 14:00[	6	7,9
[14:00 - 18:00[	23	30,3
[18:00 - 24:00[	15	19,7
Total	76	100

- **Dados do respondente**

As questões relativas aos dados do respondente constam da tabela n.º 3. Estas eram de resposta facultativa e essa informação foi desde logo fornecida aquando do envio do convite para resposta ao questionário.

Tabela 3: Caracterização do respondente

Variável	Valor	Frequência N	Percentagem %
Função	Membro do Conselho de Administração	5	10,2
	Diretor de Serviço	14	28,6
	Responsável pela Qualidade	12	24,5
	Coordenador de USF ou UCSP	7	14,3
	Outro	11	22,4
	Total	49	100
Categoria Profissional	Médico/a	30	57,7
	Enfermeiro/a	12	23,1
	Administrador/a Hospitalar	2	3,8
	Técnico/a Superior	5	9,6
	Outro	3	5,8
	Total	52	100
Género	Feminino	35	67,3
	Masculino	17	32,7
	Total	52	100
Anos de serviço	Média ± DP	26,7 ± 18,3	-
	Mínimo a Máximo	2 - 62	-

De acordo com o apresentado na tabela n.º 3 e quanto à função que desempenham na instituição, 28,6% dos respondentes afirmaram ser Diretores de Serviço e 24,5% Responsáveis pela Qualidade. Quanto à sua categoria profissional 57,7% dos respondentes referiram ser médicos. Quando questionamos quanto ao género, 67,3% dos respondentes disseram ser do género feminino.

Relativamente ao tempo de serviços dos respondentes na instituição o valor médio do tempo de serviço é de 26,7 anos, com um desvio padrão de 18,3 anos.

- **Caracterização das instituições respondentes**

De seguida, dar-se-á início à análise das questões relativas à caracterização da instituição quanto à sua natureza, tipologia de prestação de cuidados prestados e região de saúde onde se encontra localizada, de acordo com o apresentado na tabela n.º 4. A lista com a identificação das instituições/serviços acreditados será apresentada em anexo, de acordo com a informação disponibilizada no *website* da DGS a 28 de Fevereiro de 2017.

Tabela 4: Caracterização das instituições respondentes

Variável	Valor	Frequência	Percentagem
		N	%
Natureza da instituição	Pública	68	89,5
	Privada	4	5,3
	Social	4	5,3
	Total	76	100
Tipologia de cuidados prestados	Cuidados de Saúde Primários	30	39,5
	Cuidados Hospitalares	41	53,9
	Outro tipo de cuidados	5	6,6
	Total	76	100
Região	Norte	9	11,8
	Centro	25	32,9
	Lisboa e Vale do Tejo	23	30,3
	Alentejo	3	3,9
	Algarve	1	1,3
	Âmbito Nacional ou Continental	1	1,3
	Região Autónoma da Madeira	9	11,8
	Região Autónoma dos Açores	5	6,6
	Total	76	100

Após análise da tabela é possível concluir que do total de respostas recebidas 89,5 % referem-se a prestadores de cuidados de saúde de natureza pública e que as respostas obtidas, quanto à tipologia de cuidados, reportam maioritariamente (53,9%) ao sector hospitalar. Analisados os questionários recebidos por região, podemos concluir

que 32,9% reportam a unidades localizadas na região Centro e 30,3% a unidades situadas na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Após a caracterização dos respondentes e das instituições aos quais os mesmos pertencem, para uma melhor sistematização da informação, a análise será apresentada em conformidade com as dimensões apresentadas no quadro n.º 2, por esta ordem: Conhecimento; Participação, Envolvimento e Motivação; Avaliação dos Intervenientes; Opinião e Avaliação do Impacto do modelo ACSA.

- **Dimensão Conhecimento:**

As respostas oferecidas a cada uma das questões previstas para a dimensão Conhecimento estão apresentadas na tabela n.º 5.

Tabela 5: Dimensão Conhecimento

Variável	Valor	Frequência N	Percentagem %
Existência do processo	Sim	61	96,8
	Não	2	3,2
	Total	63	100
Momento da acreditação	Média ± DP	2015 ± 1,5	-
	Mínimo a Máximo	2010 - 2017	-
Continuidade da acreditação	Sim	63	100
	Não	-	-
	Total	63	100
Outros processos de qualidade	Sim	23	37,1
	Não	39	62,9
	Total	62	100

Quanto questionados os respondentes se a sua instituição estava acreditada, 96,8% responderam afirmativamente. Quanto ao momento da acreditação, em média as instituições/serviços foram acreditados em 2015 com um desvio padrão de 1,5 anos.

Quanto à opinião dos respondentes relativamente ao facto dever dar-se ou não continuidade ao processo de acreditação, 100% responderam afirmativamente.

Quando questionados quanto à existência de outros processos de qualidade em que as respectivas instituições estão envolvidas, apenas 37,1% dos inquiridos ofereceram resposta positiva. Dado que se se tratava de um campo de resposta livre alguns dos respondentes avançaram quais os processos em que se encontram a participar, tendo sido possível constatar que 47,7% das referências efetuadas foram para as certificações ISO 9001.

- **Dimensão Participação, Envolvimento e Motivação:**

O conjunto de questões que nos permitem dar corpo a esta dimensão compreende os n.ºs 9, 10, 11, 20, 21 e 23 do questionário. A súmula das respostas está apresentada na tabela n.º 6.

Tabela 6: Dimensão Participação, Envolvimento e Motivação

Variável	Valor	Frequência N	Percentagem %
Motivação para a acreditação	Melhoria da qualidade dos cuidados	26	43,3
	Melhoria da organização interna (controlo de processos)	17	28,3
	Segurança do doente	5	8,3
	Necessidade de adoção de um referencial de qualidade	7	11,7
	Reconhecimento externo	4	6,7
	Outro	1	1,7
	Total	60	100
Motivação para a adesão ACSA	Por se tratar do modelo de acreditação do Ministério da Saúde	46	75,4
	Já conhecia este modelo de acreditação e as suas mais-valias	4	6,6
	As condições oferecidas para a candidatura a este referencial	4	6,6
	Os custos de implementação do modelo (quando comparado com outros modelos de acreditação)	3	4,9
	Impossibilidade de escolher qualquer outro modelo	3	4,9
	Não sei	1	1,6
	Total	61	100

Motivação para adesão a outro referencial	Sim	2	3,3
	Não	25	41,7
	Não sei	28	46,7
	Prefere não responder	5	8,3
	Total	60	100
Grau de participação	Pequeno	2	3,6
	Médio	8	14,5
	Grande	17	30,9
	Muito grande	28	50,9
	Total	55	100
Relação entre a participação e o que estava em condições de oferecer	Sim	47	85,5
	Não, poderia ter participado mais	4	7,3
	Não, não deveria ter participado tanto	4	7,3
	Total	55	100
Disponibilidade para novo processo de acreditação	Sim	44	80
	Não	2	3,6
	Não sei	9	16,4
	Total	55	100

Interrogados quanto à principal motivação dos prestadores de cuidados de saúde para adesão ao processo de acreditação, 43,3% dos respondentes selecionaram a melhoria da qualidade dos cuidados como a principal motivação para adesão ao processo. Para além de perceber o que levou, na perspetiva dos respondentes, à adesão a um processo de acreditação, importará perceber o que motivou a escolha do referencial ACSA. Foram dadas seis possibilidades de resposta conforme descrito na tabela n.º 7, tendo a maioria dos respondentes (75,4%) afirmado que a opção recaiu no modelo ACSA por se tratar do modelo de acreditação do MS.

Quando questionados sobre se selecionariam um outro referencial que não modelo ACSA, caso tivessem oportunidade, e sobre em que modelo recairia essa escolha, 46,7% dos respondentes selecionou a opção “não sei”. Destaque-se que apenas 2,6% responderam que teriam selecionado um outro referencial, tendo sido feita referência à norma de acreditação do CHKS e da JCI.

Visando aferir qual o grau de participação no processo de acreditação do respondente, é possível concluir 81,8% afirmou ter tido uma participação muito grande e grande na acreditação da unidade/serviço.

Sem prejuízo do grau de participação já avaliado, haverá que igualmente apurar se este foi aquele que estava em condições de oferecer, bem como aferir se os inquiridos voltariam a estar envolvidos no processo da mesma forma se este estivesse a iniciar.

Num primeiro momento podemos referir que 85,5% afirmaram que a sua participação foi aquela que estavam em condições de oferecer. 80% dos respondentes afirmaram que se o processo estivesse a iniciar agora voltariam a estar envolvidos como estiveram.

- **Dimensão Avaliação dos intervenientes:**

Esta dimensão encontra-se dividida na avaliação das dificuldades internas encontradas no decurso do processo na instituição/serviço acreditado e nas ajudas externas dadas pela entidade líder do processo DGS/ACSA. A informação recolhida quanto aos aspetos agora mencionados encontra-se resumida na tabela n.º 7.

Tabela 7: Dimensão Avaliação dos Intervenientes:

Variável	Valor	Frequência N	Percentagem %
Dificuldades Internas	Inexistência de cultura de qualidade na instituição	7	12,3
	Resistência por parte dos profissionais de saúde da unidade	9	15,8
	Desconhecimento do processo	8	14
	Tempo de dedicação necessário	24	42,1
	Burocracia inerente ao processo	6	10,5
	Outras	3	5,3
	TOTAL	57	100

Ajudas Externas	No decurso da implementação as entidades responsáveis não prestaram todo o apoio necessário	Concordo muito	6	10,5
		Concordo	7	12,3
		Discordo	4	7
		Discordo muito	27	47,4
		Não sei	13	22,8
		TOTAL	57	100
	Todas as dúvidas que foram surgindo no decurso do processo foram cabalmente esclarecidas	Concordo muito	12	21,1
		Concordo	28	49,1
		Discordo	5	8,8
		Discordo muito	11	19,3
		Não sei	1	1,8
		TOTAL	57	100
	Foram feitas melhorias em diferentes áreas	Concordo muito	23	40,4
		Concordo	30	52,6
		Discordo	1	1,8
		Discordo muito	2	3,5
		Não sei	1	1,8
		TOTAL	57	100
	A infraestrutura disponibilizada (plataforma informática) não é adequada ao fim a que se destina	Concordo muito	2	3,5
		Concordo	8	14
		Discordo	3	5,3
		Discordo muito	32	56,1
		Não sei	12	21,1
		TOTAL	57	100
	O manual de <i>standards</i> não é de fácil compreensão e implementação	Concordo muito	6	10,5
		Concordo	20	35,1
		Discordo	2	3,5
Discordo muito		26	45,6	
Não sei		3	5,3	
TOTAL		57	100	
A visita de avaliação externa traduziu-se num momento de aprendizagem e de melhoria contínua	Concordo muito	22	38,6	
	Concordo	29	50,9	
	Discordo	1	1,8	
	Discordo muito	4	7	
	Não sei	1	1,8	
	TOTAL	57	100	
Os recursos humanos demonstraram dispor de um conhecimento aprofundado sobre o tema	Concordo muito	14	24,6	
	Concordo	39	68,4	
	Discordo	1	1,8	
	Discordo muito	2	3,5	
	Não sei	1	1,8	
	TOTAL	57	100	

Quanto às dificuldades internas com que os intervenientes se depararam nas suas instituições aquando da implementação do referencial ACSA, solicitou-se que de entre um conjunto de seis possibilidades elencadas, fosse selecionada aquela que, na opinião do respondente, foi a principal dificuldade no decurso da experiência.

Da análise da tabela supra apresentada é possível concluir que 42,1% dos respondentes consideraram que o tempo de dedicação necessário à implementação do projeto se tornou na principal dificuldade na implementação do mesmo.

Pretendeu-se igualmente analisar de que forma as instituições aderentes ao referencial ACSA, avaliaram o apoio da entidade responsável pelo processo. Num total de sete afirmações disponíveis para opção, solicitou-se aos inquiridos que avaliassem o seu grau de concordância com as mesmas, numa escala que vai desde o “concordo muito” ao “discordo”.

Foram 47,4% os inquiridos que discordaram muito da afirmação: “no decurso da implementação as entidades responsáveis não prestaram todo o apoio necessário”.

Questionados quanto à afirmação “todas as dúvidas que foram surgindo no decurso do processo foram cabalmente esclarecidas” a concordância com a mesma foi de 49,1%.

52,6% dos respondentes concordaram com o facto de que o apoio prestado pela entidade responsável pelo processo de acreditação DGS/ACSA permitiu que fossem efetuadas melhorias em diferentes áreas.

Foram 56,1% os respondentes que discordaram muito da afirmação: “A infraestrutura disponibilizada (plataforma informática) não é adequada ao fim a que se destina”.

Quanto à frase “O manual de *standards* não é de fácil compreensão e implementação” foram 45,6% dos inquiridos que se mostraram muito discordantes com a mesma.

50,9% dos respondentes concordaram com a afirmação relacionada com o facto de a visita de avaliação externa (DGS/ACSA) se traduziu num momento de aprendizagem e de melhoria contínua.

Por fim, a afirmação “os recursos humanos (avaliadores e pessoal técnico) demonstraram dispor de um conhecimento aprofundado sobre o tema”, obteve a concordância de 68,4% dos inquiridos.

Quanto às hipóteses de investigação formuladas foi possível apurar, após a aplicação do teste Qui Quadrado que:

H3) Quanto à sensibilidade das ajudas externas (dimensão avaliação dos intervenientes) aos dados do respondente (função, categoria profissional e género);

- A afirmação “No decurso da implementação do processo as entidades responsáveis não prestaram todo o apoio necessário”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada em função da categoria profissional dos respondentes, evidencia que há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=6,658$; $p \text{ valor} \leq 0,05$). Assim poderá dizer-se que a avaliação dos intervenientes diferiu na forma como foi decorreu o processo de apoio prestado pela DGS/ACSA, em função da categoria profissional do respondente. Era esperado que mais médicos discordassem muito ou discordassem com a afirmação, do que o que foi observado. Quanto à categoria outros profissionais (Enfermeiro/a, Administrador/a Hospitalar, Técnico/a Superior e a opção Outros) o valor observado foi superior ao esperado.
- A afirmação “Todas as dúvidas que foram surgindo no decurso do processo foram cabalmente esclarecidas”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada em função da categoria dos respondentes, evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=2,286$; $p \text{ valor}= 0,131$), ou seja a avaliação desta afirmação não é sensível às diferentes categorias profissionais dos respondentes.
- A afirmação “O manual de *standards* não é de fácil compreensão”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada de acordo com as diferentes funções dos respondentes, evidencia que há diferenças

estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=8,235$; p valor $\leq 0,05$), poderá assim afirmar-se que a dimensão aqui em análise, na variável e afirmação visada, é sensível às diferentes funções dos respondentes. Era esperado que mais Diretores de Serviço discordassem muito ou discordassem com a afirmação, do que o que foi observado. Quanto ao Responsável da Qualidade o valor observado foi superior ao esperado. Quanto à função definida como Outros (onde se incluem os Membros do Conselho de Administração, os Coordenador de USF ou UCSP, e os Outros com função não especificada nas opções possíveis) o valor observado foi igualmente superior ao valor esperado.

- A afirmação “O manual de *standards* não é de fácil compreensão”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada em função da categoria dos respondentes, evidencia que há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=4,461$; p valor $\leq 0,05$). Tal teste permite-nos afirmar que a dimensão aqui em análise, na variável e com enfoque na afirmação de que o manual de *standards* não é de fácil compreensão, é sensível às categorias profissionais dos respondentes. Era esperado que mais médicos discordassem muito ou discordassem com a afirmação, do que o que foi observado. Quanto à categoria outros profissionais (Enfermeiro/a, Administrador/a Hospitalar, Técnico/a Superior e a opção Outros) o valor observado foi superior ao esperado.

H4) Sensibilidade das ajudas externas (dimensão avaliação dos intervenientes) às características das instituições (natureza da instituição e tipologia);

- A afirmação “No decurso da implementação do processo as entidades responsáveis não prestaram todo o apoio necessário”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada em função da tipologia dos prestadores, evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=0,818$; p valor= 0,366), logo a avaliação desta afirmação não é sensível às diferentes tipologias de prestadores.
- A afirmação “Todas as dúvidas que foram surgindo no decurso do processo foram cabalmente esclarecidas”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação

dos Intervenientes”, analisada em função da tipologia dos prestadores, evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($\chi^2=0,751$; p valor= 0,386). Podemos assim referir que a avaliação desta afirmação não é sensível às diferentes tipologias de prestadores.

- A afirmação “O manual de *standards* não é de fácil compreensão”, da variável “Ajudas Externas” da dimensão “Avaliação dos Intervenientes”, analisada em função da tipologia dos prestadores, evidencia que há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($\chi^2=5,884$; p valor $\leq 0,05$), logo a avaliação efetuada quanto ao facto de o manual de acreditação ser ou não de fácil compreensão é sensível em função da tipologia dos prestadores. Era esperado que nos Cuidados Hospitalares houvesse uma maior discordância (discordo muito e discordo) com a afirmação, do que o que foi observado. Na tipologia Outro tipo de Cuidados verificou-se uma maior discordância (discordo muito e discordo) com a afirmação, do que o que era esperado.

Quanto às restantes hipóteses formuladas para as variáveis desta dimensão, o teste de ajustamento do Qui-Quadrado não pode ser aplicado com rigor, considerando os pressupostos enunciados na metodologia para utilização deste teste.

- **Dimensão Opinião:**

A informação recolhida quanto à dimensão aqui em análise encontra-se resumida na tabela que de seguida se apresenta.

Tabela 8: Dimensão Opinião

Variável	Valor	Frequência	Percentagem
		N	%
As alterações introduzidas têm impacto nos doentes	Sim	55	91,7
	Não	3	5
	Não sei	2	3,3
	Total	60	100

O modelo de acreditação devia ser obrigatório para todas as unidades	Sim	27	47,4
	Não	15	26,3
	Não sei	15	26,3
	Total	57	100
Adequabilidade do modelo ACSA a todas as unidades de saúde	Sim	17	29,8
	Não	8	14
	Não sei	32	56,1
	Total	57	100
Traduz-se numa vantagem o modelo permitir a acreditação parcelar	Sim	46	80,7
	Não	4	7
	Não sei	7	12,3
	Total	57	100
Aspetos positivos do referencial ACSA*	Recursos Humanos	17	22,4
	Melhoria contínua da qualidade	15	19,7
	Focalização no Utente	13	17,1
	Melhoria dos processos	11	14,5
	Melhoria da organização	9	11,8
	Adequabilidade do referencial	8	10,5
	Segurança do Doente	6	7,9
	Plataforma informática	6	7,9
	Acompanhamento positivo	5	6,6
	Melhoria dos cuidados de saúde	4	5,3
	Questões Económicas	3	3,9
	Eficiência	2	2,6
	Reconhecimento externo	2	2,6
	<i>Benchmarking</i>	1	1,3
Aspetos negativos do referencial ACSA*	Referencial desadequado	10	13,2
	Falta de suporte	7	9,2
	Tempo despendido	7	9,2
	Falta de envolvimento da organização	7	9,2
	Difícil compreensão	6	7,9
	Burocrático	3	3,9
	Preço	2	2,6
	Ineficaz	2	2,6
	Impossibilidade de <i>benchmarking</i>	1	1,3
Plataforma Informática	1	1,3	

*Nota: Como foi permitido indicar mais do que um aspecto positivo e negativo do referencial ACSA, a percentagem apresentada tem por referência o número de respondentes (N=76).

Pela observação do descrito na tabela n.º 8 agora apresentada é possível concluir que 91,7% afirmaram que, na sua opinião, as alterações introduzidas pela adesão à

acreditação tiveram impacto nos doentes. Quanto ao facto de o modelo de acreditação dever ou não ser obrigatório, 47,4% responderam afirmativamente.

Quando questionados quanto a se o modelo ACSA é o mais adequado a todas as unidades de saúde, a maioria (56,1%) respondeu que não sabe.

O facto de o referencial ACSA permitir uma acreditação parcelar foi considerado pela grande maioria dos respondentes (80,7%) como uma vantagem.

Foram 40 os respondentes (52,6%) que optaram por oferecer resposta à questão dos aspetos positivos e negativos do referencial adotado como modelo nacional de acreditação, por vezes fazendo referência a um ou a vários aspetos. Na tabela n.º 9 apresenta-se o número de vezes que cada um dos aspetos positivos e negativos foram referidos pelos respondentes.

Os aspetos positivos mais vezes referidos (por 17 dos respondentes) foram as questões relacionadas com os recursos humanos, aqui numa perspetiva de motivação das equipas, do envolvimento das mesmas num objetivo comum, a melhoria da comunicação entre as diferentes hierarquias. Em seguida foram referidas por 15 dos respondentes, as questões relacionadas com a melhoria contínua da qualidade. A categoria relacionada com o facto de este modelo de acreditação permitir um enfoque no utente foi referida por 13 dos respondentes.

No topo dos aspetos negativos do referencial ACSA mais mencionado pelos respondentes figura a desadequação do referencial, dada as diferentes tipologias e especialidades de cuidados de saúde prestados nas diferentes unidades referido por 10 dos respondentes. A falta de suporte da DGS/ACSA, o tempo despendido na implementação do sistema e a falta de envolvimento da organização, foram referidas por sete dos respondentes, respetivamente.

- **Dimensão Avaliação do impacto do modelo ACSA nas unidades de saúde:**

As questões mais direcionadas ao efeito que o modelo de acreditação trouxe às organizações, foram colocadas na pergunta n.º 12 e n.º 19 do questionário. A pergunta n.º 12 era uma questão cuja resposta incluía um campo “livre”, que permitiu aos

inquiridos expressarem a sua opinião. Na pergunta n.º 19, de um total de oito afirmações disponíveis para opção, solicitou-se aos inquiridos que avaliassem o seu grau de concordância com as mesmas, numa escala que vai desde o “concordo muito” ao “discordo muito”.

Os resultados obtidos encontram-se na tabela n.º 9 apresentada de seguida.

Tabela 9: Dimensão Avaliação do impacto do modelo ACSA nas Unidade de Saúde

Variável		Valor	Frequência N	Percentagem %
Melhorias internas para a organização com a adesão ao ACSA*		Controlo de Processos	25	32,9
		Segurança do Doente	17	22,4
		Recursos Humanos	15	19,7
		Melhoria da prestação de cuidados de saúde	12	15,8
		Outros	12	15,8
		Eficiência	6	7,9
		Melhoria Contínua	5	6,6
		Estrutura da Organização	5	6,6
		Reconhecimento externo	4	5,3
Avaliação do impacto do modelo ACSA	Sinto-me bastante orgulhoso/a pela acreditação obtida	Concordo muito	29	52,7
		Concordo	25	45,5
		Discordo	1	1,8
		Discordo muito	-	-
		Não sei	-	-
		TOTAL	55	100
	Este processo não conseguiu promover o trabalho em equipa	Concordo muito	1	1,8
		Concordo	7	12,7
		Discordo	29	52,7
		Discordo muito	15	27,3
		Não sei	3	5,5
		TOTAL	55	100
	Foram feitas melhorias em diferentes áreas	Concordo muito	21	38,2
		Concordo	32	58,2
		Discordo	1	1,8
		Discordo muito	1	1,8
		Não sei	-	-
		TOTAL	55	100
	Não foram efetuadas propostas de solução	Concordo muito	3	5,5
Concordo		12	21,8	

	para alguns dos problemas detetados	Discordo	29	52,7
		Discordo muito	7	12,7
		Não sei	4	7,3
		TOTAL	55	100
	As alterações introduzidas resultaram na melhoria de processos	Concordo muito	14	25,5
		Concordo	38	69,1
		Discordo	1	1,8
		Discordo muito	1	1,8
		Não sei	1	1,8
		TOTAL	55	100
	As alterações não imprimiram qualquer melhoria da própria cultura organizacional	Concordo muito	1	1,8
		Concordo	3	5,5
		Discordo	32	58,2
		Discordo muito	18	32,7
		Não sei	1	1,8
		TOTAL	55	100
	As alterações introduzidas resultaram na melhoria da qualidade da prestação de cuidados	Concordo muito	15	27,3
		Concordo	36	65,5
		Discordo	1	1,8
		Discordo muito	1	1,8
Não sei		2	3,6	
TOTAL		55	100	
As alterações introduzidas não tiveram impacto direto nos doentes	Concordo muito	1	1,8	
	Concordo	2	3,6	
	Discordo	37	67,3	
	Discordo muito	12	21,8	
	Não sei	3	5,5	
	TOTAL	55	100	

***Nota:** Como foi permitido indicar mais do que uma melhoria interna para a organização com a adesão ao referencial ACSA, a percentagem apresentada tem por referência o número de respondentes (N=76).

Quanto questionamos os respondentes quanto ao facto de a adesão ao processo ter trazido melhorias internas para organização, 98,4% dos respondentes consideraram que sim. Conforme referido supra, esta questão permitia que os inquiridos especificassem onde foram sentidas essas melhorias, sendo certo que as mais referidas, após a correspondente catalogação, foram as melhorias ao nível do controlo dos processos, da segurança do doente e ao nível dos recursos humanos (no que se refere à melhoria da comunicação entre os mesmos, ao trabalho em equipa, e à sua motivação).

Quanto ao conjunto afirmações que pretendem a avaliação do impacto da acreditação na instituição, os resultados foram: Quanto à afirmação “Sinto-me bastante orgulhoso/a pela acreditação obtida”, 52,7% dos respondentes afirmaram concordar muito com a mesma.

Quando questionado o grau de concordância com a seguinte frase “Este processo não conseguiu promover o trabalho em equipa”, 52,7% dos respondentes afirmaram discordar da mesma.

58,2% dos respondentes concordaram com a afirmação de terem sido efetuadas melhorias em diferentes áreas em resultado da acreditação pelo modelo ACSA.

Quanto à afirmação “Não foram efetuadas propostas de solução para alguns dos problemas detetados”, 52,7% dos respondentes discordou da mesma.

69,1% e 65,5% dos respondentes concordou com o facto de as alterações introduzidas em consequência da acreditação pelo modelo ACSA, resultarem na melhoria dos processos e na melhoria da qualidade da prestação de cuidados, respetivamente.

Quando questionado o grau de concordância com a frase “As alterações não imprimiram qualquer melhoria da própria cultura organizacional”, 58,2% dos respondentes afirmaram discordar da mesma. 67,3% dos inquiridos igualmente discordaram do facto de as alterações introduzidas pela acreditação, não terem impacto direto nos doentes.

Quanto às hipóteses de investigação formuladas foi possível apurar, após a aplicação do teste Qui Quadrado que:

H5) Quanto à sensibilidade da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA” aos dados do respondente (função, categoria profissional e género):

- A variável “Não foram efetuadas propostas de solução para alguns dos problemas detetados”, da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA”, analisada em função da categoria dos respondentes, evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=0,815$; p valor=0,367), não diferendo a avaliação efetuada em função da categoria profissional dos inquiridos.

H6) Sensibilidade da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA” às características das instituições (natureza da instituição e tipologia).

- A variável “Não foram efetuadas propostas de solução para alguns dos problemas detetados”, da dimensão “Avaliação do impacto do modelo ACSA”, analisada em função da tipologia dos prestadores avaliados, evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas ($X^2=0,815$; p valor=0,070), assim sendo podemos afirmar que a variável em análise não é sensível à tipologia de prestadores.

Quanto às restantes hipóteses formuladas para as variáveis desta dimensão o teste de ajustamento do Qui-Quadrado não pode ser aplicado com rigor, considerando os pressupostos enunciados na metodologia para utilização deste teste.

7. Discussão

Nesta etapa pretende-se analisar e discutir os resultados obtidos, interpretando os mesmos juntamente com a fundamentação teórica efetuada, visando dar resposta às questões da investigação, bem como às hipóteses formuladas.

A discussão dos resultados assumirá a mesma divisão assumida aquando da apresentação dos resultados.

Quanto aos **dados pessoais dos respondentes** de referir apenas que o facto de 28,6% dos respondentes afirmarem ser Diretores de Serviço e 24,5% Responsáveis pela Qualidade, demonstra o empenho no processo quer do responsável pelo serviço acreditado, bem como do responsável por esta matéria na instituição. Este empenho poderá em alguma das situações demonstra uma articulação entre as questões específicas de uma instituição de saúde e as da qualidade, cruzando-se esta informação com o facto de que 81,8% dos respondentes terem afirmado ter tido uma participação muito grande e grande na acreditação da unidade/serviço. Quanto à sua categoria profissional 57,7% dos respondentes afirmaram ser médicos. Ora esta informação surpreende pela positiva considerando que foi possível evidenciar, na revisão de literatura efetuada, menções à resistência dos profissionais de saúde médicos em se envolverem ativamente nos processos de acreditação (Mendes & Mirandola, 2015).

Quanto à **caracterização da instituição** acreditada 89,5% afirmaram ser de natureza pública, o que não se revela como uma grande novidade. Aqui será importante referir que o modelo ACSA é o modelo nacional de acreditação preconizado pelo MS. O mesmo despacho que o definiu como tal, permite aos prestadores de cuidados de saúde privados a adoção do modelo que considerem mais conveniente aos objetivos das suas próprias organizações. Os de natureza pública que se encontrem já acreditados por outro modelo podem optar por renovar a acreditação ao abrigo do modelo já adotado ou, dar início a um novo processo com o modelo ACSA. Face ao exposto parece desde logo ser um modelo direcionado para as instituições públicas, integrantes do SNS. A portaria que definiu a obrigatoriedade de os centros de referência iniciarem o processo de acreditação seguindo o modelo de acreditação indicado pela DGS, que parecia indiciar a obrigatoriedade de adoção do modelo ACSA para as entidades/unidades reconhecidas

como centros de referência, quer públicas, quer não públicas, acabou por perder força considerando que, no dia seguinte à sua publicação, a própria DGS publicou no seu *website* a Orientação n.º 14/2017, intitulada de Certificação da Qualidade de Centros de Referência. Após a leitura atenta da referida orientação é possível verificar que a mesma contraria o previsto na portaria anteriormente referida, na medida em que permite o reconhecimento de outros sistemas de acreditação às instituições que já a detenham, desde que seja um modelo reconhecidos oficialmente pela ISQUA. Esta parece ser uma orientação sensata considerando que se as unidades de saúde se encontram já acreditadas, têm o seu sistema de qualidade implementado, sendo desnecessário a submissão a um novo processo, a utilização de recursos humanos e financeiros para implementação de um outro sistema, corroborando um pouco o que vem sendo a lógica a nível internacional, a qual tem dado relevância à existência de uma ferramenta de melhoria da qualidade, com estratégias definidas, independentemente do modelo (Pomey, Lemieux-Charles, Champagne, Angus, Shabah & Contradriopoulos, 2010).

Por fim de referir apenas que uma das questões colocadas se prendia com a identificação da instituição/serviço. Da totalidade de respondentes apenas cinco preferiram não identificar a mesma, possibilidade a qual foi dada pelo próprio questionário. Importará igualmente mencionar que alguns dos respondentes não responderam a mais questões a partir do momento em que se solicitou a identificação da instituição/serviços a que pertenciam, sem prejuízo de existir na listagem de opções a possibilidade de se selecionar “prefere não responder”, e assim dar continuidade ao questionário sem identificar a instituição/serviço.

- **Dimensão Conhecimento:**

Nesta dimensão de referir que 2,6% dos respondentes afirmaram que o seu serviço/instituição não estava acreditado pelo referencial ACSA, o que poderá indiciar ou um lapso na informação disponibilizada pela DGS, ou um total desconhecimento do respondente quanto a esta questão.

O facto de 100% dos inquiridos considerarem que a sua instituição/serviço deve continuar a estar acreditada parece desde logo demonstrar que a acreditação trouxe

melhorias às organizações que se submeteram a este processo e que estas melhorias são percebidas internamente, indo ao encontro dos diferentes artigos referidos no enquadramento teórico que referem de que a adoção deste tipo de processos traz sempre melhorias às organizações, mais evidenciadas numas áreas do que noutras.

Outra observação resulta do facto de ainda que desde 2009 o modelo ACSA seja o modelo nacional de acreditação, apenas a partir do ano de 2015 é que se verificou um maior número de adesões ao processo, sendo certo que foi em 2016 que se verificaram mais de 50% das acreditações ao abrigo deste modelo. Este crescimento exponencial do processo de acreditação pelo modelo ACSA poderá ter resultado da nova ENQS e da importância que na mesma foi dada, uma vez mais, à acreditação por este modelo. De referir que de acordo com a informação disponibilizada no *website* da DGS, a 31 de Julho de 2017 o número de instituições/serviços acreditados pela ACSA era de 114, evidenciando uma tendência crescente de adesão ao modelo.

Quando questionados quanto à existência de outros processos de qualidade em que as respetivas instituições estão envolvidas para além do modelo ACSA, 37,1% ofereceram resposta positiva. Esta análise permite concluir que as unidades de saúde participam paralelamente noutros processos de qualidade, denotando uma preocupação com o tema da melhoria contínua da qualidade, podendo todos funcionar numa ótica de complementaridade.

- **Dimensão Participação, Envolvimento e Motivação:**

Quanto a esta dimensão, 43,3% dos respondentes selecionaram como principal motivação para adesão ao processo de acreditação, a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo 75,4% afirmado que a opção recaiu pelo modelo ACSA por se tratar do modelo de acreditação do MS. A tendência poderá ter recaído nesta opção, numa lógica de implementação de um processo de melhoria contínua, adotando para tal o modelo nacional de acreditação, ou considerando que a grande maioria das instituições que se submeteram a este processo são de natureza pública, alguma eventual obrigatoriedade na sua adoção, sem prejuízo dos já referidos benefícios com a adesão a processos de

melhoria de qualidade, independentemente de qual ele seja, desde que sirva os objetivos das organizações em questão.

Logo de seguida com 28,3% a opção recaiu sobre a melhoria da organização interna ao nível de controlo de processos. Esta é uma área na qual a evidência existente a nível internacional quanto ao efeito da acreditação é mais consensual, referida por Shaw (2004b) e por Mendes e Mirandola (2015).

Quando os respondentes foram confrontados com a questão relativa à oportunidade de ter selecionado um outro referencial que não o modelo ACSA, se o fariam e sobre que modelo recairia essa opção, 46,7% dos respondentes selecionou “não sei”, o que poderá demonstrar que desconhecem qualquer outro referencial. Os 2,6% que responderam que teriam selecionado um outro referencial, teriam optado pela norma de acreditação do CHKS e da JCI, possivelmente por terem tido já algum contacto com estes referenciais ou simplesmente pelo seu reconhecimento externo.

Quanto ao facto de 81,8% ter afirmado ter tido uma participação muito grande e grande na acreditação da unidade/serviço, demonstra que possivelmente foram as pessoas com um melhor conhecimento sobre a forma como decorreu na instituição/serviço o processo de implementação do modelo, e que terão seguramente uma perceção mais acertada relativamente ao conteúdo do que foi questionado.

O facto de 80% dos respondentes terem afirmado que se o processo estivesse a iniciar agora, voltariam a estar envolvidos com o mesmo empenho, parece demonstrar, uma vez mais, as mais-valias que o mesmo trouxe às diferentes instituições/serviços.

- **Dimensão Avaliação dos intervenientes:**

Nesta dimensão de realçar a perceção generalizada que existe quanto à relação quase implícita da implementação de processos de acreditação e do tempo despendido com o mesmo. Quando se tratam de instituições com cultura de qualidade, a implementação destes processos pode tornar-se mais célere, no entanto, obriga sempre a uma grande dedicação por parte, se possível, de diferentes elementos da instituição, integrantes de uma mesma equipa.

Para esta dimensão foram definidas algumas hipóteses de investigação, quer para a perspetiva das dificuldades internas encontradas no seio da organização, quer para a perspetiva das ajudas externas dadas pela DGS/ACSA.

Relativamente à variável dificuldades internas o teste qui-quadrado não produziu resultados válidos, por questões relacionadas com a dimensão da amostra e possivelmente com a tendência das respostas.

Quanto à variável ajudas externas foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas em função da categoria profissional quanto à forma como foi avaliado o apoio prestado pela DGS/ACSA. Aqui recorda-se que a variável categoria profissional assumiu apenas dois valores possíveis: médicos e outros profissionais (aqui incluem-se os enfermeiros, administradores hospitalares, técnicos superiores e outros).

Igualmente com significância estatística foi possível verificar que a afirmação relativa à compreensão quanto ao conteúdo do manual de acreditação, se mostrou sensível em função quer da categoria profissional dos respondentes, quer da sua função, bem como da tipologia dos prestadores. Valerá a pena lembrar que a variável função foi agregada em três categorias: Diretor de Serviço, Responsável pela Qualidade e Outros (onde se incluíram os Membros do Conselho de Administração, os Coordenador de USF ou UCSP, e os Outros com função não especificada nas opções possíveis) e a variável tipologia de prestadores foi agrupada em dois valores: cuidados hospitalares e outro tipo de cuidados (onde se incluem os cuidados de saúde primários e outros).

- **Dimensão Opinião:**

Na dimensão Opinião, pretendia-se a recolha da visão dos respondentes quanto a aspetos relativos ao efeito da acreditação nas unidades de saúde. Quanto a este aspeto a resposta dos inquiridos não poderia ser muito mais consensual dado que, conforme referido supra, 91,7% dos inquiridos afirmaram que as alterações introduzidas pela acreditação teve impacto direto nos doentes. Da revisão de literatura efetuada, não foi possível encontrar evidência de impacto direto da acreditação nos doentes, nem

tampouco uma relação direta entre a acreditação e a satisfação dos utentes (Greenfield & Braithwaite, 2008 e Llewellyn, Capdevilla, Lorenc & Lugon, 2010).

A questão relacionada com a possibilidade de todas as instituições serem obrigatoriamente acreditadas, merece destaque pelos 26,3% dos inquiridos que responderam “Não sei”, possivelmente porque o facto de um determinado sistema se tornar obrigatório, pode gerar algum desconforto e resistência por parte das organizações sujeitas ao mesmo. Ainda assim e no que se refere à acreditação, refira-se aqui a questão já mencionada supra, relativa aos centros de referência, e à obrigatoriedade destes se submeterem a um processo desta natureza. Por outro lado há países como a França, onde a acreditação é obrigatória, faz parte do processo de licenciamento, sendo mesmo condição para o funcionamento da instituição de saúde (Shaw, 2004b).

Quando questionados quanto à adequabilidade do referencial ACSA às diferentes tipologias de prestadores de cuidados de saúde, 56,1% dos inquiridos referiram não saber. Tal informação poderá indiciar que os respondentes têm conhecimento do referencial no tipo de prestador em que exercem funções, embora desconheçam o potencial impacto noutra tipo de unidades. De referir também que o aspeto negativo do referencial mais vezes referenciado foi precisamente a falta de adequabilidade do mesmo.

Os aspetos positivos mencionados com maior frequência foram os alusivos aos recursos humanos, à melhoria contínua da qualidade e à focalização no utente. Estas componentes referidas como positivas são igualmente corroboradas pela literatura internacional existente, falando-se a nível dos recursos humanos em questões de motivação e atitude dos profissionais para com a acreditação, desenvolvimento profissional, melhoria da comunicação interna entre os profissionais (Greenfield & Braithwaite, 2008, Llewellyn, Capdevilla, Lorenc & Lugon, 2010 e Mendes e Mirandola, 2015). A melhoria contínua da qualidade está diretamente relacionada com a adesão processos de gestão da qualidade em geral, como ferramenta de melhoria e resulta como consequência para as organizações da adesão aos processos de acreditação (Pomey, Lemieux-Charles, Champagne, Angus, Shabah & Contradriopoulos, 2010).

- **Dimensão Avaliação do impacto do modelo ACSA nas unidades de saúde:**

As respostas obtidas nas variáveis utilizadas nesta dimensão com as opções de resposta na escala de “concordo muito” a “discordo muito”, foram muito consensuais entre os respondentes, tendo sido alcançado em todas elas, uma percentagem superior a 50% na mesma opção. Com a agregação das opções de resposta, “concordo muito” com o “concordo” e o “discordo muito” com o “discordo”, a percentagem sobe para valores superiores a 90% nas opções de resposta que valorizam o modelo ACSA enquanto modelo com impacto nas unidades de saúde.

Quanto questionamos os respondentes quanto ao facto de a adesão ao processo ter trazido melhorias internas para a organização, 98,4% dos respondentes consideraram que sim. Conforme referido esta questão permitia que os inquiridos especificassem onde foram sentidas essas melhorias, sendo certo que as mais referidas, após a correspondente catalogação, foram as melhorias ao nível do controlo dos processos, da segurança do doente e ao nível dos recursos humanos (no que se refere à melhoria da comunicação entre os mesmos, ao trabalho em equipa, e à sua motivação). Para todos estes aspetos existe evidência internacional das melhorias introduzidas decorrente dos processos de acreditação em unidades de saúde. Aqui destaca-se, por ainda não ter sido focado anteriormente, as questões relacionadas com a segurança do doente (Pomey, Contandriopoulos, François & Bertrand, 2004, Shaw *et al.*, 2014 e Mendes e Mirandola, 2015).

Para a dimensão em discussão, “Avaliação do impacto do modelo ACSA”, foram igualmente formuladas algumas hipóteses de investigação, no entanto, esta não se mostrou sensível em função da categoria profissional dos respondentes, nem em função da tipologia de prestadores avaliados.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo principal a recolha de informação que permita aferir do impacto do referencial ACSA nas instituições de saúde em Portugal, decorridos oito anos desde a sua definição pelo MS como modelo nacional de acreditação.

Com a revisão de literatura efetuada ficou evidente que a falta de um fio condutor nas iniciativas de melhoria contínua da qualidade ao longo das últimas décadas impossibilitou que as instituições de saúde nacionais acompanhassem a evolução internacional nesta matéria. Foi igualmente possível perceber que resultam atualmente algumas dúvidas quanto à definição de competências em matéria de qualidade em saúde atribuídas a diferentes entidades nacionais, com especial enfoque no que respeita à avaliação da qualidade. Assim, importaria que as estruturas com competência nesta matéria se organizassem com vista à clarificação e ao aprofundamento das suas competências, visando um melhor acompanhamento e a prestação de consultoria às instituições de saúde, tendentes à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

O modelo ACSA abrangia, a 28 de Fevereiro de 2017 93 instituições/serviços acreditados. Importa destacar como resultado deste estudo que, apesar do MS ter definido o modelo ACSA como modelo nacional de acreditação em 2009, apenas a partir de 2015 se verificou um crescimento do número de instituições/serviços acreditados, com mais de 50% das acreditações ao abrigo deste modelo a decorrer em 2016.

As principais conclusões a retirar do estudo realizado, considerando as diferentes dimensões abordadas, e quanto à dimensão Conhecimento, poderá dizer-se que todos os respondentes consideraram ter existido um efeito positivo com a adoção deste referencial de acreditação, na medida em que a totalidade dos respondentes afirmou que o seu serviço/instituição deve continuar a estar acreditada.

Quanto à dimensão Participação, Envolvimento e Motivação, 81,8% dos respondentes teve uma participação muito grande e grande no processo de acreditação da sua instituição/serviço, o que nos permite assumir com alguma segurança o conjunto de informação recolhida; já 80% dos respondentes demonstrou-se disponível para iniciar

novo processo de acreditação. Uma vez mais se estes não vissem que o processo tem um efeito positivo na sua organização, não demonstrariam essa disponibilidade, acresce ainda que 43,3% dos questionados afirmaram que o que os motivou a aderirem a um processo de acreditação foi o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Quanto à dimensão Avaliação dos Intervenientes, e quanto às Ajudas Externas (avaliação da DGS/ACSA), refira-se que todas as avaliações foram maioritariamente favoráveis à entidade responsável pela gestão do modelo, com exceção da afirmação relativa à facilidade de implementação e compreensão do manual de acreditação.

Quanto à dimensão Opinião, 91,7% dos respondentes consideraram que as alterações introduzidas na organização em consequência da acreditação têm impacto nos doentes. Os aspetos positivos do referencial mais mencionados foram ao nível dos recursos humanos, da melhoria contínua da qualidade e da focalização no utente.

Por fim, e quanto à dimensão Avaliação do Impacto do modelo ACSA, 98,4% dos respondentes consideraram que a adesão ao processo trouxe melhorias internas para a organização. Essas melhorias foram mais percecionadas ao nível do controlo dos processos, da segurança do doente e ao nível dos recursos humanos (no que se refere à melhoria da comunicação entre os mesmos, ao trabalho em equipa, e à sua motivação). Ainda no contexto desta dimensão, mais de 90% dos respondentes sente-se bastante orgulhoso com a obtenção da acreditação, considera que na sequência da adesão ao referencial foram feitas melhorias em diferentes áreas, nomeadamente ao nível dos processos e na qualidade da prestação de cuidados; 80% considera que o processo promoveu o trabalho em equipa; 90,9% discorda muito ou discorda com a afirmação de que as alterações introduzidas não imprimiram qualquer melhoria na cultura organizacional e 89,1% discorda muito ou discorda que as alterações introduzidas pelo referencial não tiveram impacto nos doentes.

Das hipóteses de investigação formuladas para as variáveis desta dimensão o teste de ajustamento do Qui-Quadrado não pode ser aplicado com rigor na maioria das hipóteses formuladas, considerando os pressupostos enunciados na metodologia para utilização deste teste. Para as quais foi possível a aplicação do teste (H5 e H6), para

algumas das variáveis, verificou-se não existir diferenças estatisticamente significativas, pelo que as mesmas não serão aqui referidas.

Assim, considerando as estatísticas descritivas poderemos concluir que a acreditação em Portugal tem gerado nas instituições de saúde um efeito positivo, podendo ser destacadas as consequências ao nível dos recursos humanos (motivação dos profissionais, trabalho em equipa e melhoria da comunicação) e da melhoria da cultura organizacional, com especial enfoque na melhoria dos processos. Estas conclusões vão ao encontro da evidência internacional. Por outro lado, da estatística inferencial resultou que, na maioria dos casos, existe um elevado grau de afinidade entre as respostas dos diversos grupos considerados em oposição.

Será importante, no entanto referir, que ainda que o modelo nacional de acreditação esteja disponível para os prestadores de natureza pública e não pública, têm sido os prestadores de natureza pública que maioritariamente têm aderido a este referencial. Este aspeto condicionou desde logo as respostas obtidas, com 89,5% dos respondentes integrados em instituições de natureza pública, o que desde logo impossibilita que se delineiem conclusões mais abrangentes para todo o Sistema Nacional de Saúde.

Nesse sentido, uma potencial implicação deste estudo poderá ser a reflexão sobre a necessidade de revisão da estratégia que atualmente tem vindo a ser utilizada, com vista a captar igualmente um número significativo de prestadores não públicos, para que possamos falar de um verdadeiro programa nacional de acreditação. A repetição de um novo estudo de impacto poderá fazer sentido após a obtenção de um maior número de serviço/instituições acreditadas, de diferentes naturezas, e decorrido um período maior desde o momento da acreditação.

Referências Bibliográficas

- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
- Biscaia, J. (2002). Qualidade em saúde: Uma perspetiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*.6-10.
- Boto, P., Costa, C., & Lopes, S. (2008). Acreditação, *benchmarking* e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 103-116.
- Campos L. & Borges M. (2009). *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Portugal R editores. Casa das Letras; 149-186.
- Campos, L. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade do PNS 2011-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, CEMBE, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capricho, L. & Lopes, A. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade 100%*. Lisboa: Editora RH 1ª edição.
- Carapeto, C. & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública-Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carey, K. & Stefos, T. (2011). Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health Economics*. 20, 1417-1430.
- Catsambas, T., Kelley, E., Legros, S., Massoud, R., Bouchet, B. (2002). The evaluation of quality assurance: developing and testing practical methods for managers. *International Journal for Quality in Health Care*. 14 Suppl. 1, 75-81.
- Casper Healthcare Knowledge Systems. (2010). Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação. 3.ª Edição. Versão 01.
- Casper Healthcare Knowledge Systems. (2017). The CHKS Story. [Internet] Disponível em <http://www.chks.co.uk/The-CHKS-Story>. [consultado em 20 de Agosto de 2017].
- Casper Healthcare Knowledge Systems. (2017). CHKS Accredited organisations. [Internet] Disponível em <http://www.chks.co.uk/Accredited-organisations>. [consultado em 17 de Setembro de 2017].
- Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, publicado no Diário da República n.º 102/2009, Série I de 2009-05-27. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.

-
- Decreto-Lei n.º 71/2012, de 21 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 80/2014, de 15 de Maio, publicado no Diário da República n.º 93/2014, Série I de 2014-05-15. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 81/2012, de 27 de Março, publicado no Diário da República n.º 62/2012, Série I de 2012-03-27. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.
- Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto, publicado no Diário da República n.º 161, Série I de 2014-08-22. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering.
- Despacho do Ministério da Saúde n.º 5613/2015, publicado no Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *Relatório de atividades de 2015*. [Internet] Disponível em <https://www.ers.pt/pages/33> [consultado em 20 de Agosto de 2017].
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). Relatório de atividades e de Gestão 2016. [Internet] Disponível em <https://www.ers.pt/pages/33> [consultado em 20 de Agosto de 2017].
- Escoval A & Matos T. (2009). Contratualização e Regulação nos Hospitais. *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- Ferreira, P. (1991). Definir e Medir a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 33, 93-110.
- Ferreira, P & França, M. (2003). A Acreditação dos Hospitais em Portugal – Três Anos de Experiência. *Revista Gestão Hospitalar*, 26-29.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um Futuro para a Saúde, todos temos um papel a desempenhar*. [Internet] Disponível em https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf [consultado em 16 de Setembro de 2017].
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Society for Quality in Healthcare*. 20(3), 172-183.
- HealthGrades (2015). *Healthgrades 2015 Report to the Nation: Making Smart Choices BuyerBeware*. [Internet] Disponível em
-

-
- <https://www.healthgrades.com/quality/2014-healthgrades-2015-report-to-the-nation-making-smart-choices> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington (US): National Academy Press.
- International Organisation for Standardization. (2010). *Quality Management Principles*. [Internet] Disponível em <https://www.iso.org/iso-9001-quality-management.html> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- International Society for Quality in Healthcare. (2013). *Guidelines and principles for development of health and social care standards* 4th edition, version 1.0. Dublin: International Society for Quality in Healthcare.
- Joint Commission International. (2014). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais 5.ª edição*. USA: Joint Commission International.
- Joint Commission International. (2017). *Who is JCI*. [Internet] Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Joint Commission International. (2017). *JCI-Accredited Organizations*. [Internet] Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal> [consultado em 16 de Agosto de 2017].
- Klazinga, N. (1994). Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA): Global results of the evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*. 6(3), 219-230.
- Legido-Quigley, H., Mckee, M., Nolte, E. & Glinos, I. A. (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a case for action*. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. [Internet] Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf [consultado em 7 de Maio de 2017].
- Lewis, R., Alvarez Rosete A., Mays, N. (2006). *How to Regulate Health Care in England – An International Perspective*. King's Fund. [Internet] Disponível em https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/how-regulate-health-care-england-international-perspective-richard-lewis-arturo-alvarez-rosete-nicholas-mays-kings-fund-23-november-2006.pdf [consultado em
-

- 6 de Julho de 2017].
- Llewellyn, A., Capdevilla, M., Lorenc, T. & Lugon, M. (2010). *Literature review on the impact of accreditation on health care providers*. Saint Denis: Haute Autorite de Sante.
- Mendes, G. & Mirandola, T. (2015). Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: Impacto em seis hospitais acreditados. *Gestão de Produção da Universidade Federal de São Carlos*, 22(3), 636-648.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole 1ª edição.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século: 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *O Cidadão no centro do Sistema, os Profissionais no centro da mudança - Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde (2016). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017. [Internet] Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf [consultado em 16 de Setembro de 2017].
- Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade em Saúde.
- Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde*. [Internet] Disponível em <http://pns.dgs.pt/> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2014a). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde, Reconhecimento da qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Departamento da Qualidade em Saúde.
- Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2014b). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Standards, Unidades de Gestão Clínica*. [Internet] Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/reconhecimento-da-qualidade/manuais-de-standards-e-niveis-de->

- acreditacao.aspx [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde (2015a). *Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde*. [Internet] Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/reconhecimento-da-qualidade/modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude.aspx> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde (2015b). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. [Internet] Disponível em <http://pns.dgs.pt/> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde (2017). *Unidades de saúde acreditadas*. [Internet] Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/reconhecimento-da-qualidade/unidades-de-saude-acreditadas.aspx> [consultado em 20 de Março de 2017].
- Montagu, D. (2003). *Accreditation and other External Quality Assessment Systems for Healthcare – Review of experience and lessons learned*. London: Health Systems Resources Centre.
- Nunes, R. (2014). *Regulação da Saúde*. Porto: Vida Económica – Editorial SA 3.ª edição.
- Ortigosa, E. (2003). *La valuatazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Franco Angeli
- Ovretveit, J. (2011). Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Quality and Safety*, 20(1), 18-23.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização de SPSS – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo 6.ª Edição.
- Pomey, M., Contandriopoulos, P., François, P., Bertrand, D. (2004). Accreditation as a tool for organizational change. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 17(3), 113-124.
- Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(31), 31. [Internet] Disponível em <http://www.implementationscience.com/content/5/1/31> [consultado em 15 de

- Agosto de 2017].
- Portaria n.º 194/2014, de 30 de Setembro, publicada no Diário da República n.º 188/2014, Série I de 2014-09-30, alterada pela Portaria 195/2016, de 19 de Julho, publicada no Diário da República n.º 137/2016, Série I de 2016-07-19, e pela Portaria n.º 52/2017, de 2 de Fevereiro, publicada no Diário da República n.º 24/2017, Série I de 2017-02-02. [Internet] Disponível em: www.dre.pt.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários – *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Portugal. Apcer (2003), Guia interpretativo ISO 9001:2000. Lisboa: Associação Portuguesa de Certificação.
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto: Vida Económica 2ª Edição.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*.
- Rooney, A. & Ostenberg, P. (1999). *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series*. USA: Quality Assurance Project.
- Saturno, P., Imperatori, E., Corbella, A. (1990). *Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Secanell M., Groene O., Arah OA, Lopez MA., Kutryba B., Pfaff, H., Klazinga, N., Wagner, C., Kristensen, S., Bartels, PD., Garel, P., Bruneau, C., Escoval, A., França, M., Mora, N., Suñol, R. (2014). Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Society for Quality in Healthcare*, 26(1), 5-15.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Shaw, C. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality

- Management. International Organization for Standardization. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(3), 169-175.
- Shaw, C & Kalo I. (2002). A Background for National Quality Policies in Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [Internet] Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107458/1/E77983.pdf> [consultado em 10 de Junho de 2017].
- Shaw, C. (2004a). Developing hospital accreditation in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhaga. [Internet] Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/240318/E88038.pdf [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Shaw, C. (2004b). The external assessment of health services. Management: external assesment. *World Hospitals and Health Services*, 40(1), 24-27. [Internet] Disponível em: <http://www.who.int/management/External%20Assessment%20of%20Health%20Services.pdf> [consultado em 15 de Agosto de 2017].
- Shaw, C, Groene, O., Mora, N. & Sunol, R., (2010a). Accreditation and ISO Certification: Do they explain differences in quality management in European Hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6): 445-451.
- Shaw, C., Kutryba, B., Braithwaite, J., Bedlicki, M. & Warunek, A. (2010b). Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 341 –350.
- Shaw, C., Groene, O., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., Bruneau, C., Hammer, A., Wang, A. Arah, O. & Wagner, C. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 100-107.
- Sousa, P., Pinto, F. (2008). Avaliação da qualidade em Saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 57-65.
- Warrier, S. & McGillen, B. (2011). The Evolution of Quality Improvement. *Quality Care Patient Safety for the Practising Physician*, 94(7), 211-212.
- World Health Organization. (1985). *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO

European Office.

World Health Organization. (2003). *Quality and accreditation in health care services*.

Geneva World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO Press.

ANEXOS

Listagem das instituições/serviços acreditados:

NOME DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO ACREDITADO
ACES Alentejo Central - Unidade de Saúde Familiar Eborae
ACES Almada-Seixal - Unidade de Saúde Familiar Cuidar Saúde
ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto - Unidade de Saúde Familiar Physis
ACES Arco Ribeirinho - Unidade de Saúde Familiar do Lavradio
ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Buarcos
ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Condeixa
ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas
ACES Baixo Vouga - Unidade de Saúde Familiar Barrinha
ACES Cascais - Unidade de Saúde Familiar Marginal
ACES Dão Lafões - Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco
ACES Dão Lafões - Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique
ACES Grande Porto III - Maia e Valongo - Unidade de Saúde Familiar São João do Sobrado
ACES Grande Porto III - Maia e Valongo - Unidade de Saúde Familiar Valongo
ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar Almeida Garrett
ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar Alviela
ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Dafundo
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Delta
ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Descobertas
ACES Loures-Odivelas - Unidade de Saúde Familiar Ars Médica
ACES Loures-Odivelas - Unidade de Saúde Familiar Magnólia
ACES Oeste Norte - Unidade de Saúde Familiar Tornada
ACES Oeste Sul - Unidade de Saúde Familiar Arandis
ACES Oeste Sul - Unidade de Saúde Familiar Gama
ACES Pinhal Interior Norte Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã
APDP - Associação Protectora de Diabéticos de Portugal
ASFE - Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação - Mafra - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE - Serviço de Pediatria
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE - Unidade de Oncologia
Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Ginecologia (Hospital de Faro)
Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Pediatria (Hospital de Faro)
Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Obstetrícia (Hospital de Faro)
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Departamento da Mulher e da Criança
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos
Pediátricos

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Cirurgia Pediátrica

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Neonatologia

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Pediatria

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Serviço Regional de Psiquiatria Forense

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Cirurgia Cardiorádica

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Cirurgia Pediátrica

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Pediatria/Neonatologia

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE - Serviço de Cirurgia Geral

Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE - Serviço de Medicina Interna

Hospital Distrital de Santarém, EPE - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Hospital Distrital de Santarém, EPE - Serviço de Pediatria

Hospital Dr. Francisco Zagalo - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Cirurgia Geral

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Oftalmologia

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Pediatria

INEM

Instituto Gama Pinto

SAMS - Serviços Farmacêuticos - Hospital do SAMS

SAMS - Unidade de Anatomia Patológica - Hospital do SAMS

SAMS - Unidade de Endoscopia Digestiva - Hospital do SAMS

SAMS - Bloco Operatório - Hospital do SAMS

SAMS - Unidade de Medicina Intensiva - Hospital do SAMS

Santa Casa da Misericórdia de Canha - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de
Canha

Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento - Unidade de Cuidados Continuados
Integrados

SESARAM - Centro de Saúde da Ribeira Brava

SESARAM - Centro de Saúde de Machico

SESARAM - Centro de Saúde de Santo António

SESARAM - Centro de Saúde do Caniço

SESARAM - Serviço de Anestesiologia

SESARAM - Serviço de Cirurgia Cardiorádica

SESARAM - Serviço de Cuidados Paliativos

SESARAM - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

SESARAM - Serviço de Medicina Intensiva

SESARAM - Serviço de Patologia Clínica

UCS - Cuidados Integrados de Saúde, S.A. - Serviços clínicos da TAP

Unidade de Saúde Ilha da Terceira - Centro de Saúde da Praia da Vitória

Unidade de Saúde Ilha da Terceira - Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

Unidade de Saúde Ilha de São Miguel - Centro de Saúde de Vila Franca do Campo

Unidade de Saúde Ilha do Faial - Centro de Saúde da Horta

Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Gastrenterologia

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Nefrologia

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Pediatria

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE - Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Hospital de Dia - Hospital de Santa Luzia de Elvas

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Patologia Clínica - Hospital Dr. Maria José Grande

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - UCC Ammaya

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Unidade de Cuidados na Comunidade Ammaya

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Patologia Clínica - Hospital de Santa Luzia de Elvas

Convite para resposta ao questionário modelo de acreditação ACSA:

Exmos. Senhores,

O meu nome é Susana Vaz, sou estudante do mestrado em Gestão e Economia em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Encontro-me a desenvolver a minha tese, a qual versa sobre o modelo de acreditação de unidades de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). Para o efeito desenvolvi o questionário que agora vos remeto, pretendendo com o mesmo, aferir do impacto sentido pelas instituições submetidas a este processo de acreditação.

O questionário é dirigido a todos os Diretores de ACES e Coordenadores das respetivas unidades funcionais/centros de saúde, e Presidentes do Conselho de Administração, Diretores de Serviço e responsáveis pela qualidade, no caso das Unidades Hospitalares acreditadas.

Deverá ser respondido um questionário por cada um dos serviços acreditados.

Muito agradeço que, caso entendam que o questionário deve ser respondido por mais alguma pessoa da instituição, por favor reencaminhem a presente comunicação.

Nas respostas dadas, está assegurada a total confidencialidade e garanto que nunca qualquer relatório produzido poderá identificar a unidade de saúde ou o respondente. Neste contexto, solicito o máximo de objetividade nas respostas, de forma a garantir que a análise seja feita com a fiabilidade desejável.

Para aceder à página onde se encontra o questionário, basta seguir o *link*:

http://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Projects/Acred_ACSA

Para qualquer esclarecimento por favor utilizar o presente endereço eletrónico ou o contacto telefónico 912289311.

Muito agradeço, desde já, a sua colaboração e tempo dispensado.

Susana Vaz

Questionário modelo de acreditação ACSA:

ACSA



**Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra**

Bem-vindo/a

O modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) é o modelo adotado pelo Ministério da Saúde Português e conduzido pela Direção Geral de Saúde para a acreditação de unidades de saúde.

Este questionário é dirigido a todos os Diretores de ACES e Coordenadores das respetivas unidades funcionais e Presidentes do Conselho de Administração, Diretores de Serviço e responsáveis pela qualidade.

Pretende-se aferir do impacto da acreditação pelo modelo ACSA nas instituições submetidas a este processo.

O presente inquérito assegura a total confidencialidade e garantimos que nunca qualquer relatório produzido poderá identificar a unidade hospitalar ou o respondente.

Para qualquer esclarecimento, por favor contacte Susana Vaz pelo número 912 289 311 ou pelo endereço questionarioacsa@gmail.com.

INSTITUIÇÃO

[] 1. Qual a natureza da sua instituição?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Público
- Privado
- Social

[] 2. Qual a tipologia de cuidados de saúde prestados na sua instituição?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Cuidados de saúde primários
- Cuidados hospitalares
- Outro tipo de cuidados

[] 3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Âmbito Continental ou Nacional
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Norte' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto - Unidade de Saúde Familiar Physis
- ACES Grande Porto III - Maia e Valongo - Unidade de Saúde Familiar São João do Sobrado
- ACES Grande Porto III - Maia e Valongo - Unidade de Saúde Familiar Valongo
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Cirurgia Cardiorádica
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Cirurgia Pediátrica
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Serviço de Pediatria/Neonatologia
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório
- Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Centro' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder

-
- ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Buarcos
 - ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Condeixa
 - ACES Baixo Mondego - Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas
 - ACES Baixo Vouga - Unidade de Saúde Familiar Barrinha
 - ACES Dão Lafões - Unidade de Saúde Familiar Grão Vasco
 - ACES Dão Lafões - Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique
 - ACES Pinhal Interior Norte Unidade de Saúde Familiar Serra da Lousã
 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Departamento da Mulher e da Criança
 - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia
 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório
 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
 - Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE - Serviço de Cirurgia Geral
 - Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE - Serviço de Medicina Interna
 - Hospital Dr. Francisco Zagalo - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
 - Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE - Unidade de Cirurgia de Ambulatório
 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Gastrenterologia
 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Nefrologia
 - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Serviço de Pediatria
-

-
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
- Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Lisboa e Vale do Tejo' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- ACES Almada-Seixal - Unidade de Saúde Familiar Cuidar Saúde
- ACES Arco Ribeirinho - Unidade de Saúde Familiar do Lavradio
- ACES Cascais - Unidade de Saúde Familiar Marginal
- ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar Almeida Garrett
- ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar Alviela
- ACES Lezíria - Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I
- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Dafundo
- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Delta
- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras - Unidade de Saúde Familiar Descobertas
- ACES Loures-Odivelas - Unidade de Saúde Familiar Ars Médica
- ACES Loures-Odivelas - Unidade de Saúde Familiar Magnólia

-
- ACES Oeste Norte - Unidade de Saúde Familiar Tornada
 - ACES Oeste Sul - Unidade de Saúde Familiar Arandis
 - ACES Oeste Sul - Unidade de Saúde Familiar Gama
 - APDP - Associação Protectora de Diabéticos de Portugal
 - ASFE - Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação -
Maфра - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
 - Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE - Serviço de Pediatria
 - Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE - Unidade de Oncologia
 - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Cirurgia
Pediátrica
 - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Neonatologia
 - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Serviço de Pediatria
 - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Serviço de Psiquiatria
Geral e Transcultural
 - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa -Serviço Regional de
Psiquiatria Forense
 - Hospital Distrital de Santarém, EPE - Departamento de Psiquiatria
e Saúde Mental
 - Hospital Distrital de Santarém, EPE - Serviço de Pediatria
 - Instituto Gama Pinto
 - SAMS - Serviços Farmacêuticos - Hospital do SAMS
 - SAMS - Unidade de Anatomia Patológica - Hospital do SAMS
 - SAMS - Unidade de Endoscopia Digestiva - Hospital do SAMS
 - SAMS -Bloco Operatório - Hospital do SAMS
-

-
- SAMS -Unidade de Medicina Intensiva - Hospital do SAMS
 - Santa Casa da Misericórdia de Canha - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Canha
 - Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
 - UCS - Cuidados Integrados de Saúde, S.A. - Serviços clínicos da TAP
 - Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Alentejo' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- ACES Alentejo Central - Unidade de Saúde Familiar Eborae
- Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Cirurgia Geral
- Hospital Espírito Santo de Évora, EPE - Serviço de Oftalmologia
- Hospital Espírito Santo de Évora, EPE – Serviço de Pediatria
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE - Unidade de Saúde Familiar Alfa Beja
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Hospital de Dia - Hospital de Santa Luzia de Elvas
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Serviço de Patologia Clínica - Hospital Dr. Maria José Grande

-
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - UCC Ammaya
 - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Unidade de Cuidados na Comunidade Ammaya
 - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE - Unidade de Saúde Familiar Portus Alacer
 - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE -Serviço de Patologia Clínica - Hospital de Santa Luzia de Elvas
 - Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Algarve' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Ginecologia (Hospital de Faro)
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE - Serviço de Pediatria (Hospital de Faro)
- Centro Hospitalar do Algarve, EPE -Serviço de Obstetrícia (Hospital de Faro)
- Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Âmbito Continental ou Nacional' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- INEM
- Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Região Autónoma da Madeira' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- SESARAM - Centro de Saúde da Ribeira Brava
- SESARAM - Centro de Saúde de Machico
- SESARAM - Centro de Saúde de Santo António
- SESARAM - Centro de Saúde do Caniço
- SESARAM - Serviço de Anestesiologia
- SESARAM - Serviço de Cirurgia Cardiotorácica
- SESARAM - Serviço de Cuidados Paliativos
- SESARAM - Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
- SESARAM - Serviço de Medicina Intensiva
- SESARAM - Serviço de Patologia Clínica

Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 4. Nome da instituição a que pertence.*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Região Autónoma dos Açores' na pergunta '3 [P03]' (3. Qual a região de saúde onde se encontra a sua instituição?)

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Não pretendo responder
- Unidade de Saúde Ilha da Terceira - Centro de Saúde da Praia da Vitória
- Unidade de Saúde Ilha da Terceira - Centro de Saúde de Angra do Heroísmo
- Unidade de Saúde Ilha de São Miguel - Centro de Saúde de Vila Franca do Campo
- Unidade de Saúde Ilha do Faial - Centro de Saúde da Horta
- Outra. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

ACREDITAÇÃO

[] 5. A sua instituição está acreditada pelo modelo ACSA?*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Sim
- Não

[] 6. Tem conhecimento em que ano é que a sua instituição foi acreditada pelo modelo ACSA?

Neste campo só é possível introduzir números. Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 7. Na sua opinião, entende que a sua instituição deve continuar a estar acreditada?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Sim

Não

[] 8. A instituição está envolvida em algum outro processo de qualidade?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Sim

Não

[] Se sim, por favor, especifique qual

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '15 [P08]' (8. A instituição está envolvida em algum outro processo de qualidade?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 9. De entre as opções infra indicadas selecione aquela que se traduz na principal motivação da instituição para aderir ao processo de acreditação? Se pretender, coloque um comentário na caixa da direita.*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Melhoria da qualidade dos cuidados

Melhoria da organização interna (controlo de processos)

-
- Segurança do doente
 - Necessidade de adoção de um referencial de qualidade
 - Motivação das equipas
 - Reconhecimento externo
 - Não sei
 - Outro. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 10. Considerando que existem diferentes modelos de acreditação implementados em Portugal, selecione, nas opções seguintes, aquela que mais se aproxima do principal motivo pelo qual a opção recaiu sobre o referencial da ACSA?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Por se tratar do modelo de acreditação do Ministério da Saúde
- Já conhecia este modelo de acreditação e as suas mais-valias
- As condições oferecidas para a candidatura a este referencial
- Os custos de implementação do modelo (quando comparado com outros modelos de acreditação)
- Impossibilidade de escolher qualquer outro modelo
- Não sei
- Outro. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 11. Se tivesse oportunidade teria escolhido um outro referencial? *

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim. Por favor, especifique qual na caixa à direita
- Não
- Não sei
- Prefere não responder

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 12. A adesão a este processo trouxe melhorias internas à organização?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim. Por favor, especifique quais na caixa à direita
- Não
- Não sei

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 13. Considera que as alterações introduzidas na organização, como consequência do processo de acreditação, têm impacto direto nos doentes?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim. Por favor, especifique de que forma na caixa à direita
- Não
- Não sei

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

IMPLEMENTAÇÃO**[] 14. Considerando que estes processos de acreditação são de difícil implementação, quais foram, na sua opinião, as principais dificuldades internas encontradas no decurso desta experiência.***

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Inexistência de uma qualquer cultura de qualidade na instituição
- Resistência por parte dos profissionais de saúde da unidade
- Desconhecimento do processo
- Tempo de dedicação necessário
- Burocracia inerente ao processo
- Não sei
- Outro. Por favor, especifique na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 15. As seguintes afirmações pretendem avaliar o seu grau de concordância (de concordo muito a discordo) quanto ao apoio prestado pela entidade responsável pelo processo de acreditação DGS/ACSA. Assinale a opção que mais se aproximar da sua opinião. Se considerar que não tem opinião sobre o assunto, por favor assinale a opção de resposta “não sei”.*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Concordo muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo muito
No decurso da implementação do processo as entidades responsáveis não prestaram todo o apoio necessário	<input type="radio"/>				

	Concordo muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo muito
Todas as dúvidas que foram surgindo no decurso do processo foram cabalmente esclarecidas	<input type="radio"/>				
Foram feitas melhorias em diferentes áreas	<input type="radio"/>				
A infraestrutura disponibilizada (plataforma informática) não é adequada ao fim a que se destina	<input type="radio"/>				
O manual de <i>standards</i> não é de fácil compreensão e implementação	<input type="radio"/>				
A visita de avaliação externa traduziu-se num momento de aprendizagem e de melhoria continua	<input type="radio"/>				
Os recursos humanos (avaliadores e pessoal técnico) demostraram dispor de um conhecimento aprofundado sobre o tema	<input type="radio"/>				

OPINIÃO

[] 16. Considera qua a adesão a este modelo de acreditação deveria ser obrigatória para todas as unidades de saúde*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Sim. Por favor, especifique porquê na caixa à direita

Não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Não sei

[] 17. Considera que este modelo de acreditação é o mais adequado para todas as unidades de saúde, independentemente do tipo de cuidados de saúde que são prestados?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Sim. Por favor, especifique porquê na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Não

Não sei

[] 18. Considera uma vantagem o facto de este modelo possibilitar uma acreditação parcelar, por serviço ou departamento?*

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

Sim. Por favor, especifique porquê na caixa à direita

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Não

Não sei

RESULTADOS

[] 19. Por favor atente nas afirmações que se seguem e responda de que modo concorda com cada uma delas, em consequência da acreditação pelo modelo ACSA obtida pela sua instituição. Assinale a opção que mais se aproximar da sua opinião. Se considerar que não tem opinião sobre o assunto, por favor assinale a opção de resposta “não sei”.*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Concordo muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo muito
Sinto-me bastante orgulhoso/a pela acreditação obtida	<input type="radio"/>				

	Concordo muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo muito
Este processo não conseguiu promover o trabalho em equipa	<input type="radio"/>				
Foram feitas melhorias em diferentes áreas	<input type="radio"/>				
Não foram efetuadas propostas de solução para alguns dos problemas detetados	<input type="radio"/>				
As alterações introduzidas resultaram na melhoria de processos	<input type="radio"/>				
As alterações não imprimiram qualquer melhoria da própria cultura organizacional	<input type="radio"/>				
As alterações introduzidas resultaram na melhoria da qualidade da prestação de cuidados	<input type="radio"/>				
As alterações introduzidas não tiveram impacto direto nos doentes	<input type="radio"/>				

[] 20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?*

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

- Nenhum
- Pequeno
- Médio
- Grande

Muito grande

[] 21. Considera que a sua participação foi aquela que estava em condições de oferecer?*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta não foi 'Nenhum' na pergunta '28 [P20]' (20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim
- Não, poderia ter participado mais
- Não, não deveria ter participado tanto

[] 22. Do seu ponto de vista, o seu esforço valeu a pena tendo em conta os resultados esperados em termos de melhoria da qualidade da organização da sua unidade ou serviço?*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta não foi 'Nenhum' na pergunta '28 [P20]' (20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim. Por favor, especifique na caixa à direita
- Não. Por favor, especifique na caixa à direita
- Não sei

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 23. Se o processo estivesse a iniciar agora, voltaria a estar tão envolvido/a como esteve?*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta não foi 'Nenhum' na pergunta '28 [P20]' (20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Sim. Por favor, especifique na caixa à direita
- Não. Por favor, especifique na caixa à direita
- Não sei

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 24. Quais os principais aspetos positivos deste modelo de acreditação?

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta não foi 'Nenhum' na pergunta '28 [P20]' (20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[] 25. Quais os principais aspetos negativos deste modelo de acreditação?

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta não foi 'Nenhum' na pergunta '28 [P20]' (20. Qual o seu grau de participação na acreditação da sua unidade de saúde?)

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

DADOS PESSOAIS**[] 26. Qual a sua função na Instituição?**

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

-
- Membro do Conselho de Administração
 - Diretor de Serviço
 - Diretor Executivo de ACES
 - Responsável pela Qualidade
 - Coordenador de USF ou UCSP
 - Outro. Por favor, especifique qual

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 27. Qual a sua categoria profissional?

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Médico/a
- Enfermeiro/a
- Administrador/a Hospitalar
- Técnico/a Superior
- Outro. Por favor, especifique qual

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[] 28. Género

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- Feminino
- Masculino

[] 29. Para finalizar, indique por favor o seu tempo de serviço na organização.

Neste campo só é possível introduzir números. Por favor, escreva aqui a sua resposta:

anos



**Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra**

**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO
AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.**

Submeter o seu inquérito

Obrigado por ter concluído este inquérito.

