



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



Mestrado em Gestão da Saúde

Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras

Vanessa de Melo Pena Mendes

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Lisboa, Julho de 2012

Mestrado em Gestão da Saúde

Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras

Vanessa de Melo Pena Mendes

Orientador

Prof. Doutor Carlos Silva Santos

Trabalho de Projecto apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade
Nova de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, na
Especialização em Gestão de Organizações de Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Lisboa, Julho de 2012

“Só aqueles que arriscam ir demasiado longe ficarão a saber até onde podem ir”

T. S. Elliot

“Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova”

Mahatma Gandhi

Aos meus pais

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Carlos Silva Santos, pela disponibilidade para orientar este trabalho, pela ajuda e exigência, e pelos preciosos comentários, esclarecimentos, opiniões e conselhos;

Ao Doutor José Luís Biscaia; ao Prof. Doutor Manuel Delgado; ao Sr. Enf. Manuel Oliveira; ao Doutor Luís Pisco; ao Prof. Doutor Paulo Boto; à Prof. Doutora Ana Escoval; ao Doutor Luís Campos; e à Doutora Margarida França, por prescindirem de algum do seu tempo para colaborarem comigo neste estudo;

Ao Prof. Doutor Luís Graça, pelo apoio prestado na metodologia deste trabalho;

À Doutora Isabel Andrade, pela disponibilidade para as minhas dúvidas.

E claro,

Ao João, pelo seu apoio e amor que me motivaram sempre nesta importante etapa;

Aos meus pais, as pessoas mais importantes da minha vida, pelos seus sacrifícios, pelo seu carinho e pela confiança que têm sempre em mim.

Resumo

A qualidade é um pilar fundamental de qualquer sector de actividade. No sector da saúde, a qualidade deixou de ser um factor opcional e tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito de enorme importância na gestão das organizações de saúde, representando a sua responsabilidade, ética e respeito pelos cidadãos que a elas recorrem. O crescente interesse pelas questões da qualidade segue, ao longo das últimas décadas, uma tendência mundial nos sistemas de saúde, sendo um dos temas mais presentes no debate político e nas estratégias de saúde um pouco por todo o mundo. Porém, as abordagens à qualidade são díspares, reflectindo a sua dinâmica e o pouco consenso nesta área, o que justifica a necessidade de reflectir sobre o tema e de estudar as estratégias actualmente implementadas.

Objectivos Este trabalho pretendeu apresentar uma perspectiva integrada e completa da qualidade em saúde em Portugal, contribuindo para o seu entendimento global e reflexão. Teve como finalidade estudar a sua evolução, nomeadamente a nível das políticas, das práticas e dos seus resultados, e conhecer a situação actual da qualidade nas organizações públicas de saúde nacionais, podendo assim contribuir para novas medidas nesta área.

Metodologia Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a oito peritos portugueses na área da qualidade em saúde, seleccionados diante critérios de diversidade profissional, formação de base, tipo de instituição e localização geográfica onde exercem a sua actividade. Para as entrevistas foi elaborado um guião com perguntas sobre vários temas relacionados com a área da qualidade em saúde. As entrevistas foram gravadas e a informação foi transcrita e organizada em categorias através de uma análise de conteúdo. Para o segundo objectivo do estudo, foi construído e proposto um questionário, como projecto para investigações futuras.

Resultados e Conclusões Os resultados mostraram que a qualidade é um tema muito valorizado e presente nos quadros da administração de saúde portuguesa. A sua evolução sofreu diversas mudanças, com fases de grande progresso e outras de grande indefinição. No entanto, ficou evidente que a grande divergência de opiniões justifica a necessidade de uma maior discussão e consenso a nível nacional e internacional nesta área. O futuro da qualidade em saúde em Portugal irá depender da capacidade do Departamento da Qualidade na Saúde e das organizações gerirem esta complexa área.

Palavras-Chave: Qualidade em saúde; Melhoria contínua da qualidade; Política de qualidade em saúde.

Abstract

Quality is an essential support of any sector of activity. In the health sector, quality is no longer an optional factor and became a priority, a demand and a requirement of huge importance in the management of healthcare organizations, representing its responsibility, ethics and respect for citizens who use them. The growing interest in quality issues follows, over the past few decades, a global trend in health systems, being one of the most present themes in the political debate and in health strategies around the world. However, the approaches to quality are different, reflecting its dynamics and little consensus in this area, which justifies the need to reflect on the subject and study the strategies currently implemented.

Objectives This work was intended to present a complete and integrated perspective of quality in healthcare in Portugal, contributing to its global understanding and reflection. It had the purpose to study its evolution, particularly in terms of policies, practices and outcomes, and to understand the current situation of quality in public health organizations, so that can contribute to further strategies in this area.

Methodology Semi-structured interviews were conducted to eight Portuguese experts in the area of health quality, selected on criteria of diversity of professional activity, basic formation, type of institution and geographic location where they work. For the interviews was prepared a script with questions on various topics related to the health quality area. The interviews were recorded and the information was transcribed and organized into categories using a content analysis. For the second objective of the study, was proposed and constructed a questionnaire, as a project for future investigations.

Results and Final Conclusions The results showed that quality is a very present and valued concept in the Portuguese health administration. Its evolution has undergone several changes, with periods of great progress and others of great uncertainty. However, it was evident that the great divergence of opinions justifies the need for further discussion and consensus at national and international level in this area. The future of quality in healthcare in Portugal will depend on the ability of the Department of Quality in Healthcare and of organizations to manage this complex area.

Keywords: Quality in healthcare; Continuous quality improvement; Policy on quality in health care.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice.....	iv
Índice de Figuras	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 Relevância do Tema	1
1.2 Estrutura do Trabalho	3
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2.1 Qualidade em Saúde	6
2.1.1 Conceito de Qualidade	6
2.1.2 Gestão da Qualidade	9
2.1.3 Importância da melhoria contínua e da definição de padrões de qualidade	12
2.1.4 Avaliação da Qualidade em Saúde	16
2.2 Práticas e Estratégias Internacionais na área da Qualidade em Saúde	19
2.2.1 Acreditação	19
2.2.2 Certificação.....	22
2.2.3 Modelo de Excelência da EFQM.....	25
2.2.4 Auditorias Clínicas	27
2.2.5 Normas de Orientação Clínica.....	27
2.2.6 Outros exemplos	28
2.3 Políticas de Qualidade em Saúde na Europa.....	28
2.4 Entidades e Projectos Internacionais	34
2.5 Qualidade em Saúde em Portugal – Visão Histórica	38
2.5.1 Os primeiros passos da Qualidade no sector da Saúde em Portugal – Século XX	39
2.5.2 A Política de Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Último decénio	40
2.5.2.1 As principais reformas estruturais	40
2.5.2.2 O Instituto da Qualidade em Saúde e o Departamento da Qualidade na Saúde ...	41
2.5.2.3 O Plano Nacional de Saúde 2004-2010	45
2.5.2.4 A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde - ENQS	46
2.5.2.5 Os Programas Nacionais de Acreditação em Saúde - PNAS.....	47

2.5.2.6 Outros projectos actuais	50
CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	53
3.1 Descrição do Problema	53
3.2 Perguntas de Investigação	55
3.3 Finalidade do Estudo	55
3.4 Objectivos.....	55
3.5 Tipo de Estudo.....	56
3.6 Técnicas de Recolha da Informação.....	57
3.6.1 Entrevistas semi-estruturadas.....	57
3.6.2 Questionário.....	59
3.7 Técnicas de Tratamento da Informação	61
3.7.1 Análise de Conteúdo	61
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	63
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	72
5.1 Discussão Metodológica.....	72
5.2 Discussão dos Resultados.....	74
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	84
BIBLIOGRAFIA.....	86
ANEXOS	I
ANEXO A – Pedido e Guião de Entrevista	II
ANEXO B – Declaração de Autorização para Gravação das Entrevistas.....	V
ANEXO C – Proposta de Questionário.....	VI
ANEXO D – Grelhas de Análise do Conteúdo das Entrevistas	XII

Índice de Figuras

Figura 1 - Ciclo de Deming (Ciclo PDCA).....	7
Figura 2 - Componentes da Governação Clínica	15
Figura 3 - Tríade de Donabedian	17
Figura 4 - Lógica RADAR	26

Lista de Abreviaturas

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
DGS	Direcção Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESQH	<i>European Society for Quality in Healthcare</i>
HOPE	<i>European Hospital and Healthcare Federation</i>
HQS	<i>Health Quality Service</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISQua	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
KFHQS	<i>King's Fund Health Quality Service</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NOC	Normas de Orientação Clínica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho, realizado no âmbito da Gestão das Organizações de Saúde, centra-se na área da Qualidade como elemento fundamental e indissociável da prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, este capítulo elucida sobre a relevância deste tema, relaciona os objectivos com o tipo de estudo realizado e faz uma breve descrição da estrutura de todo o trabalho.

1.1 Relevância do Tema

O sistema de saúde português foi dos que mais evoluiu nos últimos 30 anos. Numa época em que Portugal tinha indicadores de saúde muito aquém dos restantes países europeus, e o acesso da população aos serviços de saúde era muito limitado, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) como resposta à necessidade de uma cobertura mais extensa e equitativa dos serviços e de um maior acesso de todos os portugueses a melhores cuidados de saúde. Este foi o marco mais importante da história da Saúde em Portugal, tendo sido determinante para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos.

Foram muitos os ganhos em saúde que se obtiveram com a criação do SNS, reflectindo-se no aumento considerável da esperança média de vida à nascença, pela melhoria das condições e do acesso aos cuidados de saúde, e na diminuição drástica da taxa de mortalidade infantil, como resultado de estratégias bem definidas na área perinatal e materno-infantil, sendo este o indicador com ganhos mais significativos. A nível, por exemplo, da política de vacinação nos últimos anos, Portugal tem chegado a valores de imunização da população acima dos 90% (Campos, 2008). Outros indicadores, como a diminuição das mortes por doenças cardíacas, apesar de ainda não estarem na média europeia representam ganhos em saúde muito significativos comparativamente com a década de 1970. Estes progressos foram possíveis muito devido à maior cobertura e acessibilidade, ao facto de existir um maior investimento em recursos humanos, financeiros e tecnológicos alocados à área da saúde, e também, mais recentemente, pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 que foi um instrumento estratégico que possibilitou o melhoramento de muitos e importantes

indicadores de saúde, colocando-os rapidamente na média, e alguns ainda acima da média, dos restantes países europeus (WHO Europe, 2010).

A criação do SNS foi, sem dúvida, um marco importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português que representa ainda hoje não só a sua importância para a qualidade de vida da população portuguesa como tem uma grande influência na economia do país, quer pelo número de pessoas que emprega, directa e indirectamente, quer pelo peso que tem no orçamento do Estado e no orçamento das famílias. A qualidade dos serviços públicos de saúde e dos seus profissionais é largamente reconhecida internacionalmente como sendo das melhores e isso para além de ser o resultado do investimento feito ao longo dos anos é também fruto de uma maior consciencialização de que a qualidade é um elemento fundamental da prestação de cuidados. Para Silva (2001) a qualidade tornou-se num imperativo para as organizações públicas de saúde pela diversidade de serviços que prestam à comunidade e pela sua necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigência do cidadão, e pela referência que o Estado assume perante a sociedade. No contexto actual, observa-se um intenso debate que não é exclusivo no nosso país, mas também a nível internacional, sobre temas relacionados com o financiamento, a gestão e a reorganização dos serviços de saúde colocando uma pressão sobre o SNS e todo o sistema de saúde português para o controlo e diminuição da despesa em saúde, que em 2011 rondava os 9,8% do PIB português, segundo dados preliminares do INE.

As maiores reformas e inovações no SNS, e focando as mais recentes como a introdução de novos modelos de gestão hospitalar, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos, as parcerias público-privadas, a criação de Centros Hospitalares e de Unidades Locais de Saúde, os Agrupamentos de Centros de Saúde e a reforma dos cuidados primários, entre outras, foram pensadas e centradas não só em resultados económicos, de eficiência, mas sobretudo para resultados a nível da qualidade dos serviços e da sua efectividade, ou seja, melhores resultados em saúde. A evolução da prestação de cuidados e da organização do sistema de saúde tem sido no sentido da melhor qualidade, ou seja, a qualidade é o destino e o propósito inerente a todas as medidas que são discutidas para melhorar o sistema de saúde português. Está implícita nas políticas e nas práticas de gestão e é indissociável da prestação de cuidados de saúde onde o que está em causa é a vida dos cidadãos. O reflexo da importância da qualidade no sector da saúde, e nomeadamente no SNS, está no crescente interesse das organizações de saúde em adoptarem metodologias de gestão, de garantia e de melhoria contínua da qualidade (Shaw, 2000; Groene *et al.*, 2010), não só por

saberem que poderão ter ganhos económicos e em saúde substanciais mas também porque cada vez mais os cidadãos assim o exigem.

Embora a política de saúde em Portugal tenha evoluído de forma marcante nas últimas décadas, carece de avaliação da efectividade e qualidade das suas estratégias e de estudos que permitam caracterizar a situação actual das organizações de saúde. E apesar do debate político actual mostrar uma preocupação com a qualidade, esta ainda é um paradigma emergente. A falta de estudos nesta área em Portugal e a falta de uma clarificação de certas questões, com uma perspectiva integrada e global da qualidade, foram as razões determinantes e motivadoras para dedicar este trabalho ao estudo desta temática que se revela bastante pertinente, não só pelo contexto actual de grandes desafios para o sector, que a podem pôr em causa, mas por ser um tema incontornável e prioritário na gestão das organizações de saúde. Por isso, propõe-se fazer uma reflexão crítica do tema, analisando o passado e fazendo um ponto da situação actual da qualidade em saúde em Portugal, nomeadamente no SNS onde se centra a maior parte da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos.

1.2 Estrutura do Trabalho

Tendo como ponto de partida estas reflexões, e dada a pouca informação e estudos empíricos sobre o tema, foi desenhado este estudo, do tipo exploratório-descritivo, com uma metodologia essencialmente qualitativa e uma estratégia de investigação bem definida. É um estudo preliminar e exploratório dedicado à investigação na área da qualidade em saúde, que procura identificar padrões e ideias, e não testar hipóteses, e cujas conclusões têm um carácter descritivo. Seguindo uma abordagem qualitativa, tenta-se explorar perspectivas e experiências, aumentar o conhecimento e obter uma visão mais completa da problemática em estudo, de modo a que posteriores pesquisas sejam concebidas com maior rigor e fundamento. Como estratégia de investigação, numa primeira fase, é realizada uma investigação de campo consistindo na realização de entrevistas semi-estruturadas a peritos na área da qualidade em saúde. Os dados recolhidos das entrevistas são resumidos e organizados e é feita uma análise do seu conteúdo. A segunda fase do estudo consiste no desenho e construção de um questionário, em forma de projecto, a aplicar a todas as organizações públicas de saúde portuguesas em futuras investigações, para o conhecimento da situação e do estado de desenvolvimento da qualidade nessas organizações.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro consiste nesta introdução que faz referência à importância do tema escolhido, aos seus objectivos e a toda a organização do trabalho.

No segundo capítulo é feito o enquadramento teórico, com uma revisão de literatura, para conhecer o estado da arte e contextualizar o estudo, estando dividido em cinco pontos. No primeiro ponto, são abordados os conceitos dos maiores pensadores da área da qualidade e justifica-se a importância da gestão da qualidade, da aplicação dos princípios e ferramentas da melhoria contínua, e da definição de padrões e avaliação da qualidade no contexto da prestação de cuidados de saúde. O segundo ponto faz uma breve descrição das práticas e metodologias de garantia e melhoria contínua da qualidade mais utilizadas na área da saúde a nível internacional. O terceiro ponto faz uma incursão sintética das políticas de qualidade em saúde em alguns países da Europa e o seguinte faz uma breve referência às entidades e projectos internacionais na área da qualidade em saúde mais importantes para a sua promoção e aos quais é dado também destaque. O capítulo é concluído com o quinto ponto que é dedicado à qualidade em saúde em Portugal, à sua história resumida, presente e passado, com as principais reformas que ocorreram no último decénio, com as estruturas mais relevantes e com os projectos e estratégias que mais impulsionaram e promoveram a qualidade no sector da saúde em Portugal.

O terceiro capítulo apresenta detalhadamente a definição do problema a partir do qual surgem as perguntas de investigação, a finalidade do estudo e os seus objectivos. Faz-se referência ao tipo de estudo, ao planeamento e delineamento da investigação e à metodologia utilizada para a recolha dos dados e para o seu tratamento.

A apresentação dos resultados é divulgada no quarto capítulo e a sua análise e discussão no capítulo seguinte. Este último engloba tanto a discussão dos resultados como da metodologia e opções seguidas.

Como último capítulo estão as conclusões do estudo, com recomendações para investigações futuras nesta área e com algumas reflexões sobre os resultados, os contributos e as suas limitações.

Em suma, este projecto de investigação pretende incentivar a reflexão sobre as questões fundamentais, e as controversas, da área da qualidade em saúde, apresentando uma perspectiva integrada e global da sua evolução e da situação actual do nosso país.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Qualidade em Saúde

O crescente interesse pela qualidade segue, ao longo das últimas décadas, uma tendência mundial nos sistemas de saúde, tendo como principal referência a evolução das práticas desenvolvidas na área industrial. O erro em medicina, a variação das práticas, o controlo de custos e a problemática da escassez de recursos, são algumas das razões pelas quais a qualidade é intensamente debatida no sector da saúde. Talvez por isso, num período de grandes desafios para o sector, como o actual, este seja um dos temas mais presentes no debate político e nas estratégias e políticas de saúde de muitos países.

Este ponto revê algumas definições e esclarece a importância da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

2.1.1 Conceito de Qualidade

“Quality is never an accident, it is always the result of intelligent effort”

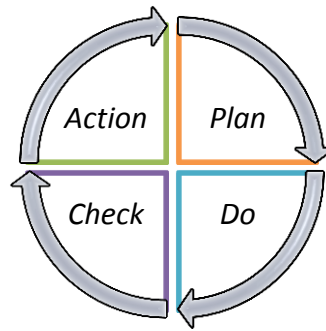
John Ruskin

A qualidade não é entendida por todos do mesmo modo. A evolução do seu conceito tem levado a que diversos autores proponham diferentes definições, cada uma reflectindo uma perspectiva e abordagem distinta a um conceito que, por si só, não é estático. A sua multiplicidade de interpretações é o resultado de uma sociedade em constante evolução que procura adaptar o conceito da qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros sectores, como o da saúde (Pisco e Biscaia, 2001).

W. Edwards Deming, notável especialista e pioneiro da gestão da qualidade na indústria, defende que a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo cliente, pelo que esta deve “traduzir as futuras necessidades do cliente em características mensuráveis, de modo que o produto possa ser projectado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar” (Deming, 1986). Neste sentido, a qualidade vai alterando o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do cliente

(Deming, 1986). Este autor concentrou-se no processo de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, adoptando e divulgando um método de abordagem sistemática para a resolução ágil de problemas pela gestão, conhecido como ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*), ou ciclo de Deming. A primeira fase do ciclo consiste no planeamento e análise das actividades ou processos que se pretende melhorar, seguido da implementação na prática dessas melhorias; segue-se a monitorização e por fim a acção correctiva ou de melhoria consoante os resultados observados durante todo o processo (Deming, 1986). Este método, que ainda hoje é a base de alguns programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade aplicados a diversos sectores de actividade, estabelece que todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ter as suas modificações e melhorias implementadas e controladas e os resultados avaliados de forma cíclica e constante.

Figura 1 - Ciclo de Deming (Ciclo PDCA)



Fonte – Adaptado de Deming (1986)

Numa perspectiva de produção, Juran (1988) define qualidade como uma forma de “adequação ao uso”, onde as características do produto não contemplam deficiências e se ajustam às necessidades do cliente. Para o autor, a gestão da qualidade reúne uma trilogia de processos (Trilogia de Juran) - o planeamento, o controlo e a melhoria contínua da qualidade - cujo objectivo é tornar a gestão mais atenta à prevenção e ao contínuo alcance do melhor desempenho possível (Juran, 1988). Esta é uma visão que converge com a de outro autor que também contribuiu muito para o desenvolvimento da qualidade no século XX, Philip B. Crosby. Defendendo que os produtos ou serviços devem ser prestados com a máxima qualidade possível, Crosby (1979) define qualidade como uma “conformidade com os requisitos”, e aposta na prevenção de falhas, a chamada política de Zero-Defeitos, como melhor método para “fazer a coisa certa à primeira” e alcançar a qualidade, evitando os elevados custos da correcção. Esta teoria foi muito contestada por limitar a inovação e a melhoria dos processos.

Outros autores, também notáveis nesta área, como K. Ishikawa e A. Feigenbaum, enfatizam a plena satisfação do cliente como sinónimo de qualidade.

Mais tarde, Imperatori (1999) define qualidade como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas dos clientes. É assumido como um conceito multidimensional e sistemático para a busca da excelência.

Qualidade em Saúde

A qualidade é transversal a todos os sectores de actividade. Nos últimos anos, a preocupação com este tema ultrapassou as fronteiras da área industrial e tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde. No entanto, o significado de qualidade neste sector torna-se mais difícil de definir, por todos os factores e variáveis presentes.

Palmer cit. por Ferreira (1991) refere-se à qualidade em saúde como “a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes”, devendo as organizações de saúde, para Biscaia (2000), “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efectivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (WHO, 2006). Como objectivos fundamentais das políticas de melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde, a OMS aponta a promoção da saúde das populações, a estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos tanto humanos, físicos como financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional prestada aos cidadãos por forma a satisfazer plenamente as suas necessidades (WHO, 2006).

A definição até hoje mais aceite é a do *Institute of Medicine* (IOM) que considera a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente” (USA. Institute of Medicine, 2000). Este conceito concentra a ideia mais global de qualidade em saúde que envolve a relação directa entre prestadores e doentes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades

e expectativas de quem o recebe. Para Pisco e Biscaia (2001), a definição de qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, seja ele doente, prestador de cuidados de saúde ou gestor. Para o doente a acessibilidade, os aspectos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde são mais importantes do que a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência, como o são para o gestor, assim como a obtenção de resultados clínicos é o factor mais relevante para o prestador e não para os restantes, tornando assim a questão da qualidade em saúde difícil de abordar (Pisco e Biscaia, 2001). Estas três perspectivas, quando integradas, contemplam uma visão global da qualidade de um serviço e evitam conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos. Por esse motivo, Donabedian (1988) define sete atributos que caracterizam a complexidade da qualidade nos cuidados de saúde sendo eles a eficiência; a eficácia; a efectividade; a aceitabilidade; a legitimidade; a optimização e a equidade.

Em 2001, o IOM aponta seis dimensões da qualidade onde se incluem a efectividade e a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente (USA. Institute of Medicine, 2001; Berwick, 2002). Já outros autores caracterizam a qualidade dos serviços de saúde através de atributos como a performance técnica; a gestão das relações interpessoais; as condições da prestação de cuidados; a resposta às preferências dos pacientes; a eficiência e a eficácia (Ransom, Joshi e Nash, 2008).

Em síntese, a qualidade é talvez o conceito mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um valor sentido e reconhecido por todos, apesar de definido de formas diferentes, dependendo da percepção dos indivíduos em relação aos mesmos produtos ou serviços e das suas necessidades, experiências e expectativas em determinado momento.

2.1.2 Gestão da Qualidade

A gestão da qualidade surgiu com a necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objectivo da excelência dos seus produtos. Segundo Imperatori (1999), a gestão da qualidade é um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade. A gestão da qualidade integra um conjunto de actividades de gestão que determinam a política da qualidade, os objectivos e as responsabilidades, através do planeamento, controlo e melhoria no âmbito de um sistema da qualidade. Inicialmente, na década de 1920, as actividades da qualidade centravam-se na inspecção da conformidade dos produtos, tendo evoluído para o controlo estatístico da produção em massa, para sistemas de garantia da qualidade, através de

actividades planeadas e sistemáticas, e mais tarde para a gestão da qualidade integrada na gestão global das organizações (Pires, 2007). Recentemente, evoluiu-se para o conceito de gestão da qualidade total que enfatiza a concepção de um sistema da qualidade que assegura a satisfação de todos os *stakeholders* - clientes, trabalhadores, gestores, accionistas e a sociedade. A qualidade deixou de ser apenas um atributo do produto, com a responsabilidade de um indivíduo, e passou a abranger todos os processos da actividade das organizações e a ser um objectivo conjunto de todos os seus membros. Deste modo, a gestão da qualidade total procura maximizar a competitividade das organizações por meio de novas ferramentas e metodologias que ajudam à melhoria contínua dos seus processos e à prevenção de problemas, eliminando desta forma o custo de os corrigir.

Neste contexto, Mezomo (2001) indica os princípios gerais para a gestão da qualidade total como o enfoque no cliente; visão de futuro; liderança da gestão de topo; gestão com base em factos; melhoria contínua; criação de parcerias; participação e desenvolvimento dos colaboradores; ética; agilidade de resposta à mudança; orientação para os resultados; e acção preventiva.

A gestão da qualidade total pressupõe uma filosofia de gestão participativa e descentralizada, centrada no cliente, e com forte incentivo ao trabalho de equipa como forma de motivar os colaboradores e estimular a inovação e melhoria dos processos. Na saúde, a adopção desta filosofia pressupõe o compromisso de todos os gestores e profissionais para com a qualidade dos cuidados que são prestados a todos os níveis, e essa visão de gestão implica, claramente, uma mudança na cultura interna das organizações.

Sistemas de Gestão da Qualidade

Corresponder às exigências dos clientes obriga a um nível organizacional de excelência apenas conseguido com o empenho e o envolvimento de todos os membros de uma organização. Um dos métodos mais utilizados pelas organizações para desenvolver e assegurar a qualidade nas suas actividades é a implementação de um sistema de gestão da qualidade.

Um sistema de gestão da qualidade consiste num conjunto de elementos integrados numa organização, que estão coordenados para estabelecer e alcançar o cumprimento da política e dos objectivos da qualidade, dando consistência aos produtos e serviços para que estes satisfaçam as necessidades e expectativas dos seus clientes, tendo em atenção os custos (Pires, 2007). Numa organização ou empresa, a adopção de um sistema de gestão da

qualidade, estruturado para a sua actividade e compatível com a sua estrutura e capacidades, é uma estratégia que visa clarificar a atribuição de responsabilidades, privilegiar as actividades de prevenção, fornecer uma evidência clara e objectiva da qualidade dos seus produtos ou serviços e uma visão sistemática e descritiva de todos os processos que possam comprometer essa qualidade. Uma das vantagens da implementação de um sistema de gestão da qualidade é a exigência de documentação e registos actualizados de todas as actividades que envolvem o processo produtivo. Um dos documentos mais importantes é o manual da qualidade que contém a definição da política de qualidade, responsabilidades e procedimentos do sistema (Pires, 2007). Deste modo, ao ser exigida toda a documentação, revista e actualizada periodicamente, as organizações conseguem monitorizar os seus procedimentos e resultados e demonstrar o cumprimento dos requisitos da qualidade da sua actividade, tornando-se assim uma mais-valia. No entanto, para que o sistema de gestão da qualidade implementado se consiga adaptar a novas exigências, é necessário que os documentos sejam conhecidos e entendidos a todos os níveis, pois o seu sucesso dependerá de factores como a cultura organizacional, a liderança e o grau de capacitação dos seus membros (Wardhani *et al.*, 2009).

No sector da saúde já se verifica a aplicação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais. O facto dos processos e tecnologias serem cada vez mais complexos justifica a adopção desta ferramenta, sendo útil para identificar, direccionar e solucionar diversos tipos de problemas nas instituições de saúde (Pires, 2007). A melhoria contínua da qualidade, no âmbito de um sistema de gestão da qualidade, é essencialmente um processo de mudança e tem como objectivos corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade das práticas e melhorar a sua eficiência. Este processo tem subjacente a responsabilidade partilhada de efectuar e monitorizar procedimentos de forma contínua, procurando aprender com os erros e atingir níveis de qualidade sucessivamente superiores. Para isso é necessário proceder, primeiramente, à definição dos requisitos e padrões de qualidade desejados que vão definir o sistema de gestão da qualidade adequado às actividades das organizações (Pisco e Biscaia, 2001). De seguida é necessário sistematizar processos e fluxos de trabalho, identificar os processos críticos e medir e avaliar a qualidade actual, quantificando o nível de desempenho e definindo indicadores para análise e interpretação de resultados. O processo de melhoria da qualidade prossegue com a aplicação de metodologias e ferramentas para aplicar as correcções mais adequadas aos problemas identificados no sistema (Pisco e Biscaia, 2001). Para dar a continuidade ao ciclo de melhoria é preciso prosseguir com a análise, monitorização e revisão constante dos processos para resolver ou prevenir potenciais problemas.

A nível nacional, esta necessidade foi primeiramente identificada pela OMS, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, onde previa que até esse ano “todos os estados membros devem ter criado e desenvolvido sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e de desenvolvimento e adequado uso das tecnologias da saúde” (WHO, 1978). Tendo subjacente estas directivas, um sistema de qualidade adaptado à saúde consiste num “conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados” (WHO, 1978).

Neste sentido, torna-se evidente que a existência de sistemas de gestão da qualidade nas organizações de saúde é fundamental (Pisco e Biscaia, 2001) onde o envolvimento dos profissionais é um factor decisivo para o sucesso da sua implementação (Maguerez *et al.*, 2001; Cánovas, Hernández e Botella, 2009; Wardhani *et al.*, 2009) num esforço conjunto para melhorar a qualidade, corrigir erros, reduzir a variabilidade indesejada e para conhecer o doente no seu todo, associando esse conhecimento à prestação de cuidados.

2.1.3 Importância da melhoria contínua e da definição de padrões de qualidade

“Nós somos o que repetidamente fazemos. A excelência não é um acto, mas sim um hábito”

Aristóteles

O sector da saúde exhibe importantes diferenças em relação à indústria, principalmente por se lidar com a vida e a morte e pela falta de literacia e entendimento técnico-científico da maioria dos utentes para julgar a qualidade técnica da prestação de cuidados e para gerir a sua própria saúde (Sakellarides, 2011). De facto, muita pressão tem sido exercida nas organizações de saúde para melhorarem a sua eficiência e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo subjacentes razões não só de carácter económico mas também devido à complexidade do contexto dessas organizações pela coexistência de um grande número de profissionais e técnicos com formação em diferentes especialidades; pela sua missão e actividade intensa numa área em constante evolução técnica e científica; pelas características e elevadas expectativas do seu público-alvo; e pela complexidade dos processos que desenvolve, com o conjunto de técnicas de diagnóstico e terapêutica de complexidade tecnológica variável, em contextos com inúmeras particularidades (Sousa, 2006). Os hospitais, grandes consumidores de recursos e estruturas centrais do sistema de saúde, são as organizações que mais sofrem as pressões da procura e da oferta de cuidados de saúde, sendo, ao mesmo tempo, um espaço

onde ocorrem inúmeros feitos tecnológicos e inovadores e onde persistem demonstrações de desperdício e falhas a nível da qualidade. Aliadas a essas condições estão as preocupações com as questões económicas, de financiamento e de eficiência; com o desenvolvimento de novas orientações políticas centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); com a pressão da tecnologia e inovação; com o desafio das alterações demográficas e do envelhecimento da população; e com o crescente interesse no grau de satisfação dos doentes visto estes serem cada vez mais exigentes com os serviços que são prestados.

Estes desafios têm sido um incentivo à maior atenção pela qualidade em saúde e sua avaliação por parte dos gestores e responsáveis dos serviços de saúde públicos e privados. No entanto, o problema simultâneo do controlo de custos e da pressão para aumentar a qualidade da prestação de cuidados tem criado um desentendimento e incompreensão dos custos e potenciais compensações dessa aposta na qualidade (Carey e Stefos, 2011). Sendo reconhecido que a qualidade dos cuidados de saúde e a sua melhoria contínua depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados os serviços (Portugal. Ministério da Saúde, 2004), a introdução de políticas e estratégias de melhoria da qualidade nos serviços de saúde poderá garantir a melhoria dos processos e a reestruturação dos serviços, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos e níveis elevados de qualidade e segurança necessários sobretudo actualmente, em que têm sido levantadas estas questões, pois “erros, enganos e má prática podem ser sérios problemas em qualquer organização, mas na saúde são muitas vezes devastadores” (Sale, 1998).

No ano 2000, com a publicação do documento *To Err is Human*, pelo IOM, constatou-se que, nos Estados Unidos da América, por ano, 48.000 a 98.000 pessoas morriam nos hospitais como resultado de erros preveníveis (USA. Institute of Medicine, 2000). Desde então, esses resultados, a par com a publicação, pelo mesmo instituto, de outro documento importante – *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century* - despoletaram uma sensibilização generalizada para com a segurança dos doentes que se reflectiu num conjunto de acções, entre as quais a aprovação de leis, que se expandiram pelo mundo para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde (Carey e Stefos, 2011). Este último documento refere que os cuidados de saúde devem ser seguros, no sentido de proteger o doente e evitar erros que o lesem; eficazes; centrados no doente, ou seja, a prestação deve respeitar o doente, as suas necessidades e valores; atempados; eficientes, evitando o desperdício; e equitativos (USA. Institute of Medicine, 2001). Em 2004, a

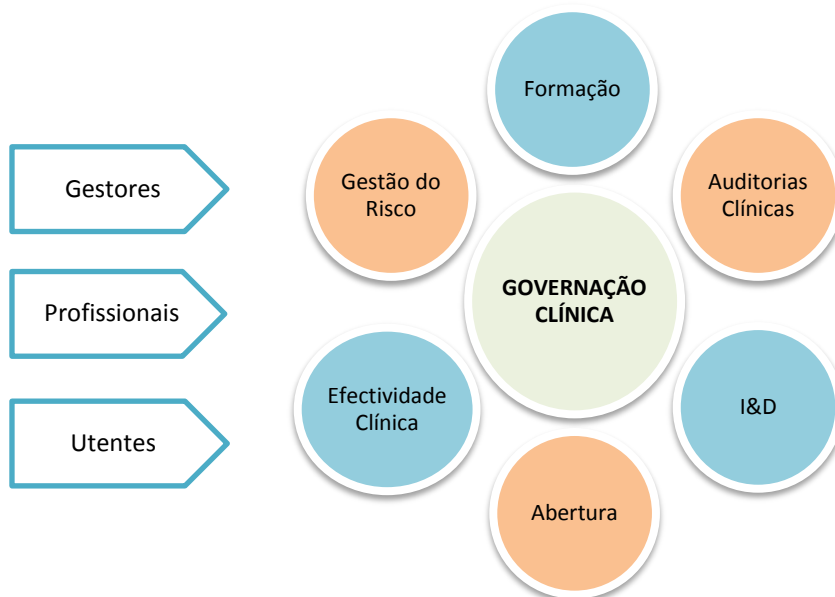
Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) identificou a dificuldade no acesso a cuidados básicos de saúde, os erros médicos e a prestação de serviços desnecessários como os três principais problemas relacionados com a qualidade dos serviços de saúde (OECD, 2004).

A falta de qualidade e segurança nas organizações de saúde levantam algumas questões importantes. A ocorrência de eventos adversos, seja por erro médico ou por outras razões, não só causa danos aos doentes como também tem consequências sociais e financeiras significativas. Estas situações podem levar a um aumento dos custos incorridos da maior utilização de recursos para reverter os danos causados ao doente, podendo incluir mais dias de internamento, mais exames, tratamentos ou medicação. Além dos custos, pode haver a perda de confiança nas organizações e nos seus profissionais com consequente degradação das relações entre estes e os doentes (Sousa, 2006). A magnitude dos custos associados à má qualidade dos serviços de saúde tende a justificar o investimento em sistemas ou programas de controlo e melhoria contínua da qualidade (Cánovas, Hernández e Botella, 2009; Carey e Stefos, 2011). Esses custos, e as suas consequências, tendem a ser mais elevados do que o custo dos programas adoptados (Cánovas, Hernández e Botella, 2009), que promovem tanto a melhoria da qualidade dos cuidados como aumentam a sua eficácia (Carey e Stefos, 2011).

Por isso, e dado que a segurança dos doentes é sem dúvida uma componente fundamental da qualidade, o sector da saúde, nos últimos anos, tem aprendido muitas lições importantes da aviação e da indústria. Os avanços mais relevantes assentam na padronização dos processos de trabalho, através de práticas de acreditação e certificação de serviços e unidades, cujas normas incidem sobre a componente da segurança dos doentes, com consequente alteração da organização do trabalho dos profissionais de saúde (protocolos); na criação de departamentos de controlo da infecção hospitalar e de gestão do risco; e na adopção de normas de orientação clínica (*guidelines*), no sentido de reduzir a variabilidade das práticas clínicas e permitir a tomada de decisões baseadas na melhor evidência disponível (Sousa, 2006). Outras medidas consistem no reporte de erros e eventos adversos e na formação dos profissionais. Estas medidas são muitas vezes vistas com desconfiança por parte dos profissionais, que ficam relutantes em participar nas actividades, por limitação de tempo, por ansiedade ou por receio de potenciais represálias (Maguerez *et al.*, 2001; Cánovas, Hernández e Botella, 2009).

Não obstante as dificuldades de aceitação da mudança, os objectivos da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do doente devem ser encarados como uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais e gestores. Donald Berwick, um dos grandes pensadores e promotores da qualidade no sector da saúde, refere mesmo que é impossível iniciar qualquer movimento pela qualidade sem o envolvimento dos médicos, remetendo para o conceito de governação clínica (*clinical governance*), iniciado no Reino Unido em 1997, que consiste no processo através do qual as organizações de saúde e os seus profissionais se responsabilizam pela melhoria contínua e pela garantia de elevados padrões de qualidade dos seus serviços. Este conceito, relativamente recente, tem sido aplicado principalmente no *National Health Service* (NHS) britânico para a melhoria contínua da qualidade das práticas clínicas, conjugando a responsabilização (*accountability*) e a excelência com outras componentes associadas à governação clínica como a formação, as auditorias clínicas, a investigação e desenvolvimento, a abertura ao público, a efectividade clínica e a gestão do risco.

Figura 2 - Componentes da Governação Clínica



Este acaba por ser um sistema que permite o envolvimento dos profissionais de saúde nas actividades de gestão das organizações, num quadro de responsabilização pela melhoria contínua e excelência da prestação de cuidados. No entanto, é preciso não esquecer que este sistema também pressupõe o envolvimento dos doentes. O doente é um elemento fundamental deste processo, porque a sua percepção e avaliação da qualidade podem ser diferentes. Um sistema de saúde centrado no doente requer a sua participação como princípio

democrático básico e como um valor que promove a transparência, a segurança e a tomada de decisão partilhada.

Tudo isto reflecte a extrema importância da melhoria contínua, da definição de padrões de qualidade elevados e do desenvolvimento de estratégias que protejam o doente num momento em que este está vulnerável, que tornem as organizações de saúde sustentáveis e seguras e que motivem os seus profissionais a dar o seu melhor. Nesse sentido, é muito importante que se estabeleça uma cultura de auto-avaliação e de procura constante da melhoria dos processos, valorizando as sugestões e ideias, mas também as críticas, dos profissionais e doentes, como forma de reconhecer que a qualidade é uma responsabilidade de todos.

2.1.4 Avaliação da Qualidade em Saúde

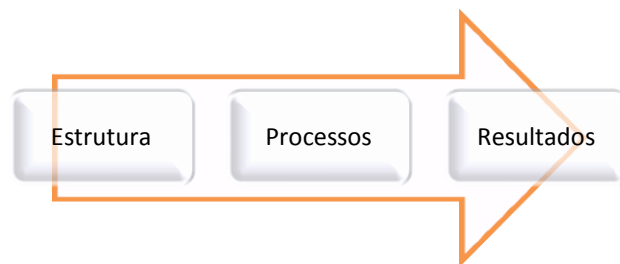
“Já não basta o fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (Pisco e Biscaia, 2001)

A avaliação da qualidade é uma actividade que faz parte do processo de melhoria contínua. Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é importante para tornar visível o que se passa dentro de uma organização, do nível de qualidade em que está a operar, e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho. Este tem sido um desafio que assumiu cada vez maior relevância no âmbito internacional, manifestando-se não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes. Esta preocupação existe devido a factores como as questões económicas e de eficiência; a pressão da sociedade para uma melhor qualidade dos serviços; a ocorrência de situações adversas; a exigência de responsabilidade social; a necessidade de conhecer o grau de satisfação dos doentes; e a dificuldade de melhorar a qualidade em saúde sem recorrer a mecanismos que a permitam medir e avaliar.

A avaliação da qualidade em saúde é um termo que foi inicialmente introduzido por Donabedian (1988). Este autor, cit. por Ferreira (1991), afirma como é desastroso proceder-se à medição da qualidade dos cuidados de saúde sem que haja primeiramente uma definição precisa do que se entende por este conceito e refere ainda que avaliar a qualidade implica conhecer, na globalidade, a relação entre as suas três dimensões: a estrutura, os processos e os resultados (Donabedian, 1988). A estrutura está relacionada com os recursos materiais e

humanos disponíveis, bem como as características do ambiente físico, a organização dos serviços e os recursos financeiros, todos eles necessários para a prestação de cuidados. A existência de uma boa estrutura, com todas as suas componentes, por si só não garante a qualidade, apesar de ser condição necessária, e muitas vezes a mais valorizada, para promover a qualidade em saúde (Donabedian, 1988; Ferreira, 1991). Os processos correspondem ao conjunto de actividades que são desenvolvidas durante a prestação de cuidados, incluindo os aspectos técnicos de diagnóstico e terapêutica e a relação entre profissionais e doentes. Estes englobam a prestação de cuidados directos e indirectos, os comportamentos e a ética inerentes (Donabedian, 1988; Ferreira, 1991). Os resultados reflectem o efeito, favorável ou adverso, no estado de saúde do doente ou da população, decorrente das acções e dos procedimentos efectuados aquando da prestação de cuidados. Englobam tanto os resultados clínicos e económicos como os resultados respeitantes ao grau de satisfação dos utentes (Donabedian, 1988; Ferreira, 1991).

Figura 3 - Tríade de Donabedian



Fonte – Adaptado de Donabedian (1988)

Esta tríade constitui, actualmente, o paradigma dominante da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, mostrando que estas dimensões estão interrelacionadas e dependentes umas das outras pois uma “boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado” (Donabedian, 1988). Tanto a estrutura como os processos podem ser condicionados ou influenciados pelos profissionais e pela organização o que, por sua vez, não acontece com os resultados que são o referencial a partir do qual a efectividade da estrutura e dos processos pode ser avaliada, tendo em consideração as características dos doentes (Sousa, 2006).

Existe alguma controvérsia em torno da melhor medida de avaliação da qualidade, muito pelas diferentes perspectivas dos principais grupos de interesse mas também pela divergência dos diversos autores e estudiosos desta área. Existe quem defenda abordagens centradas na avaliação da estrutura e dos processos, mais recentemente, quem defenda a

avaliação dos resultados e ainda quem não dissocie essas três dimensões e tenha uma visão mais global da avaliação da qualidade (WHO Europe. EOHSP, 2008). À parte desse debate, existe um vasto conjunto de práticas e ferramentas estratégicas, globalmente difundidas e utilizadas, para avaliar e melhorar a qualidade na área da saúde. A acreditação e a certificação são duas práticas de avaliação da qualidade organizacional que são largamente utilizadas pelas organizações de saúde de todo o mundo por apresentarem uma maior evidência das suas vantagens (Veillard *et al.*, 2005). Para a avaliação da qualidade clínica existem as normas de orientação clínica, as auditorias clínicas, os indicadores e os inquéritos de satisfação dos doentes. Os resultados das avaliações, quando divulgados e conhecidos publicamente, podem contribuir para reforçar a confiança, a motivação e a responsabilidade dos membros das organizações e dos cidadãos em geral.

Indicadores de Qualidade

Um indicador de qualidade, no sector da saúde, pode ser definido como um parâmetro que mede as variações de um fenómeno, directa ou indirectamente, e que permite a monitorização da qualidade clínica e organizacional dos serviços para a identificação de problemas ou aplicação de melhorias necessárias. Estes indicadores devem ser válidos, fiáveis e fáceis de implementar, reconhecendo-se, no entanto, a dificuldade da sua definição e medição. A satisfação dos doentes é um indicador de qualidade (indicador de *outcome*), da maior importância, que é obtido principalmente através de inquéritos de satisfação. Estes inquéritos são uma ferramenta importante para identificar a qualidade percebida pelos utentes e para facilitar a sua participação e *empowerment*, ou seja, dar voz às suas opiniões, necessidades e expectativas, atribuindo-lhes também a responsabilidade pela sua saúde, de forma informada e capaz de tomarem as suas próprias decisões. É uma forma de tornar os utentes codecisores e corresponsáveis pelas decisões e pelos serviços que as instituições proporcionam à comunidade (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Infelizmente esta ainda não é uma prática corrente, existindo poucas instituições que fazem uso deste conhecimento (Groene *et al.*, 2009).

A nível de projectos de âmbito internacional, surgiu em 1985, nos Estados Unidos da América, o projecto de avaliação do desempenho clínico IQIP (*International Quality Indicator Project*), para dar apoio às organizações de saúde na medição periódica do seu desempenho e na identificação de potenciais problemas e oportunidades para a sua melhoria contínua. O processo consiste na monitorização de um conjunto de indicadores (indicadores de processos)

obtidos a partir da recolha sistemática de dados relativos às respectivas actividades (Boto, Costa e Lopes, 2008). Este projecto, largamente disseminado e adoptado em diversos países, revelou-se importante para o *benchmarking* entre instituições participantes, permitindo a partilha e comparação da informação entre si. Portugal adoptou esta ferramenta em 2001, tendo chegado a uma adesão de 27 hospitais, mas o projecto foi descontinuado em 2010 (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Outro projecto interessante iniciado em 2001, pela OCDE, foi o *Health Care Quality Indicators Project* (HCQIP), que pretende medir e comparar a qualidade e os resultados da prestação de cuidados de saúde em diversos países, através do desenvolvimento e recolha de um conjunto de indicadores de qualidade. Todos os Estados-Membros participam neste projecto, incluindo Portugal. Estes dados são incluídos no relatório bienal da OCDE, *Health at a Glance*, que descreve os factores que afectam a saúde das populações e faz uma análise do desempenho dos sistemas de saúde nos países participantes, 31 no total (OECD, 2011). Os indicadores utilizados abrangem diversos temas como o estado de saúde, os recursos humanos, o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, entre outros, tendo começado há pouco tempo a incluir também indicadores sobre a segurança do doente. Na sua última edição, a OCDE destaca a melhoria da qualidade dos cuidados médicos nos países da OCDE (OECD, 2011).

2.2 Práticas e Estratégias Internacionais na área da Qualidade em Saúde

Na última década, e um pouco por todo o mundo, tem-se observado uma evolução das políticas de qualidade em saúde cuja preocupação tem sido introduzir medidas de melhoria da qualidade de forma mais consistente. Várias organizações de saúde têm implementado diferentes modelos reconhecidos internacionalmente, uns mais focados no desempenho profissional e na auto-avaliação e outros focados na avaliação externa da prestação de cuidados, sendo estes últimos os mais comumente utilizados. Os principais objectivos da maioria destas estratégias são simplificar, introduzir melhorias, sistematizar processos e possibilitar o reconhecimento externo e interno da qualidade das organizações. Este ponto descreve as práticas mais utilizadas para a avaliação e melhoria da qualidade nas organizações de saúde.

2.2.1 Acreditação

Segundo a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), a acreditação é um método de auto-avaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho em relação a padrões preestabelecidos e

implementarem melhorias. Trata-se de um processo formal de avaliação externa, na maioria das vezes voluntário e periódico, através do qual um organismo independente e reconhecido, geralmente uma organização não-governamental, avalia a conformidade da prestação de cuidados com padrões predeterminados e incentiva a cultura de melhoria contínua (Rooney e 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, como o Ministério da Saúde. Os padrões assumidos são desenvolvidos por um conjunto de especialistas internacionais, que os publicam, analisam e revêem periodicamente de forma a acompanharem o progresso do conhecimento, dos avanços tecnológicos e terapêuticos e das mudanças nas políticas de saúde (Rooney e Ostenberg, 1999).

As principais razões da adesão à acreditação são o prestígio entre os profissionais e a sociedade; o marketing; o desenvolvimento organizacional voluntário; e a exigência legal e coerência com a política governamental (Shaw *et al.*, 2010a). O processo de acreditação consiste, basicamente, na realização de uma primeira visita da entidade acreditadora à “organização-cliente” para verificar o grau de conformidade dos seus processos para com os padrões. Se a apreciação for satisfatória é entregue um certificado de acreditação com a validade de três anos, caso não o seja, a entidade fará recomendações e realizará outras visitas para fazer novas avaliações do que, entretanto, foi feito. O conjunto de critérios considerados para a avaliação depende do modelo de acreditação adoptado, sendo esse praticamente o único aspecto que distingue os diferentes modelos, que têm por princípios comuns criar uma maior uniformização das práticas, promover a mudança, reforçar o planeamento e a integração de acções, criar sistemas integrados de gestão da qualidade, desenvolver e actualizar os profissionais de forma integrada e consistente, e aumentar a transparência das organizações (Boto, Costa e Lopes, 2008; Greenfield e Braithwaite, 2008).

Modelos de Acreditação

Existem dois modelos que são mais utilizados para a acreditação de organizações de saúde: o do *King’s Fund Health Quality Service* e o da *Joint Commission International*.

King’s Fund Health Quality Service (KFHQS)

O *King’s Fund* é uma organização inglesa, sem fins lucrativos, que foi fundada há cerca de 100 anos para promover melhores cuidados de saúde no país, através da promoção de boas

práticas nas organizações de saúde. Com a criação, em 1998, do departamento *Health Quality Service* (HQS), a sua missão centrou-se em apoiar prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos mesmos, através de avaliação independente e acreditação (Boto, Costa e Lopes, 2008). Em 2005, o HQS foi integrado na *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), uma empresa especializada na gestão do conhecimento e na acreditação a nível internacional, e desde então, a sua actividade tem-se estendido aos cuidados de saúde primários.

O programa de acreditação do CHKS *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU), de acordo com o seu manual de 2010, define 69 normas para avaliação distribuídas pelas seguintes áreas (UK. CHKS, 2012):

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

Dentro de cada norma existem padrões gerais e critérios específicos estando estes centrados sobretudo em aspectos estruturais e processuais (Boto, Costa e Lopes, 2008).

Joint Commission International (JCI)

Em 1951, foi criada nos Estados Unidos da América, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), composta por médicos, enfermeiros, administradores, especialistas em políticas públicas e outras entidades, com o propósito de avaliar essas instituições. Com a expansão da sua actividade a nível mundial, em 1987 o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), sendo então constituída por diversas associações médicas e outras instituições e por representantes dos utentes e enfermeiros. Em 1998 foi criada a sua divisão *Joint Commission International* (JCI). A JCI tem como missão estabelecer normas de qualidade que possam ser aplicáveis a organizações de saúde de todo o mundo, focando-se na melhoria da segurança dos cuidados aos doentes, através de serviços de acreditação, certificação e consultoria (USA. JCI, 2011). Inicialmente, a JCI acreditava somente hospitais, sendo que actualmente alargou a sua missão a outras instituições que prestam serviços domiciliários, cuidados de saúde continuados, ambulatório, cuidados primários, serviços de transportes médicos e laboratórios de análises clínicas (USA. JCI, 2011). As normas que foram inicialmente estabelecidas são,

actualmente, revistas sempre que necessário por um comité internacional, podendo ser aplicadas a toda uma organização ou apenas a um determinado departamento ou serviço.

O seu modelo de acreditação assenta em padrões ou normas centradas nos doentes e na gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde, abordando cada secção as seguintes dimensões avaliáveis (USA. JCI, 2011):

<u>Secção 1 – Normas centradas nos doentes</u>	<u>Secção 2 – Normas de gestão das organizações de saúde</u>
Acesso e continuidade dos cuidados de saúde	
Direitos dos doentes e das suas famílias	Melhoria da qualidade e segurança dos doentes
Avaliação de doentes	Prevenção e controlo de infeções
Prestação de cuidados aos doentes	Administração, liderança e orientação
Cuidados cirúrgicos e anestésicos	Gestão e segurança de instalações
Gestão e utilização da medicação	Qualificações e formação do pessoal
Educação dos doentes e das suas famílias	Gestão da comunicação e da informação
Metas internacionais de segurança do doente	

Outros modelos de acreditação

Existem outros modelos de acreditação com adesão crescente a nível internacional como é o caso do modelo do *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), já utilizado por países como a Itália e o Brasil, e o modelo do *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS), adoptado por países do Médio Oriente e Ásia.

2.2.2 Certificação

A certificação é um método de avaliação externa, através do qual um organismo independente e acreditado avalia e reconhece um profissional ou uma instituição como desempenhando as suas actividades e funções de acordo com requisitos predeterminados (Rooney e Ostenberg, 1999). Trata-se de um processo formal e voluntário, no qual uma entidade oficial avalia a conformidade dos processos com as boas práticas de gestão e com os princípios da melhoria contínua da qualidade, definidos nas normas ISO. Esta prática possibilita, tal como a acreditação, o reconhecimento público e a garantia da qualidade das

organizações certificadas, podendo ser exigida pelos seus clientes, por directivas comunitárias ou induzida pela concorrência (Christo, 2001).

A certificação, na área da saúde, apesar de ainda não ser tão comum como a acreditação, pode ser requerida a nível dos serviços, podendo cada um desenvolver um sistema de gestão da qualidade certificado, ou abrangida a toda a organização, passando assim a existir um sistema de gestão da qualidade certificado e transversal a todos os serviços (Christo, 2001). Com a certificação são introduzidas melhorias no registo e na documentação, e acrescenta-se um maior rigor na definição dos objectivos da qualidade e no planeamento e controlo dos processos (Heuvel *et al.*, 2005). Outra vantagem consiste na maior confiança dos cidadãos nos serviços prestados, uma vez que a organização exerce o seu trabalho conforme os padrões internacionais (Heuvel *et al.*, 2005). Como aqui os problemas são identificados de forma preventiva e sistemática, poderá assumir-se que existe vantagem na redução dos custos que normalmente decorrem de serviços não conformes (Heuvel *et al.*, 2005). A orientação das normas ISO para a indústria, a burocracia e a necessidade da sua tradução são algumas desvantagens apontadas à sua aplicação ao sector da saúde. O facto de terem um carácter geral divide as opiniões: é considerado um aspecto negativo por possibilitar várias interpretações, e portanto, variabilidade na aplicação, e positivo por não especificar os meios para o alcance das exigências, deixando uma flexibilidade para as organizações gerirem os seus recursos como podem.

Um dos benefícios do processo de certificação é a exigência do desenvolvimento, caso a organização não tenha, ou da actualização contínua do Manual da Qualidade. É um documento importante que descreve todo o sistema de gestão da qualidade bem como responsabilidades e tarefas. Outros documentos também são necessários para evidenciar o modo como a organização desenvolve, mede e controla as suas actividades, mas variam consoante as características das organizações. Nos casos em que já existam normas internas de boas práticas, os auditores têm de avaliar até que ponto estas estão de acordo com a norma ISO.

International Organization for Standardization (ISO)

A *International Organization for Standardization (ISO)* é uma instituição não-governamental, sediada em Genebra, que iniciou a sua actividade em 1947, com a finalidade de promover a normalização e a segurança em organizações de todo o mundo, facilitar as trocas comerciais de bens e serviços e contribuir para a eficiência e efectividade das indústrias

(ISO, 2012). A sua actividade consiste no desenvolvimento e publicação de normas e recomendações, não estando envolvida directamente no processo de certificação.

As normas ISO são normas genéricas que podem ser aplicadas a qualquer organização, independentemente da sua actividade, produto ou serviço. São normas que apenas dizem o que se deve cumprir, ficando a melhor forma de o fazer ao critério das organizações. A sua elaboração e revisão representam o consenso de especialistas internacionais sobre boas práticas de gestão, que pretendem atender a requisitos regulamentares e a requisitos de qualidade do cliente e a sua satisfação (Heuvel *et al.*, 2005; ISO, 2012). Foi na década de oitenta que a ISO iniciou a elaboração de normas para a qualidade, sendo a primeira versão da norma ISO 9000 lançada em 1987. Embora existam hoje mais de 17.000 normas ISO, abrangendo uma enorme variedade de produtos e serviços, métodos de inspecção e ensaio e requisitos de sistemas de gestão em áreas como a saúde, segurança, ambiente e segurança alimentar, a família ISO 9000 continua a ser a mais popularizada por centrar-se num tema importante, e cada vez mais exigido, em qualquer organização ou empresa.

A família ISO 9000 e a Norma ISO 9001:2008

As normas da família ISO 9000 são referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objectivos a satisfação dos clientes e a melhoria contínua dos processos. Esta série é constituída por normas que definem requisitos (9001) e orientações (9004) para sistemas de gestão da qualidade (Heuvel *et al.*, 2005).

Estas normas internacionais, destinadas a assegurar a qualidade nas actividades das organizações, compreendem oito princípios fundamentais da gestão da qualidade:

1. Focalização no cliente;
2. Liderança;
3. Envolvimento das pessoas;
4. Abordagem por processos;
5. Abordagem da gestão como um sistema;
6. Melhoria contínua;
7. Abordagem à decisão baseada em factos;
8. Relações de benefício mútuo com os fornecedores.

A norma ISO 9001:2008 é a versão mais recente da norma ISO 9001, que estabelece as exigências aplicáveis a todos os elementos de um sistema de gestão da qualidade. Esta norma está estruturada em oito capítulos que especificam os requisitos para a sua implementação, sendo eles, requisitos para a gestão de registos, para a gestão de recursos, para a realização do serviço ou produto, para a medição, análise e melhoria e as responsabilidades da direcção

(Portugal. IPQ, 2009). A lógica desta norma, baseada no ciclo PDCA, estabelece que a gestão de topo tem a responsabilidade de definir a política da qualidade e assegurar os seus objectivos, que os recursos devem corresponder ao necessário para a implementação e melhoria do sistema de gestão da qualidade, tendo este que ser revisto periodicamente para demonstrar a sua conformidade e assegurar que se mantém adequado e eficaz, e que a realização das actividades deve ser planeada considerando todos os processos relacionados com o cliente e a sua satisfação e outros requisitos de produção (Portugal. IPQ, 2009). Esta norma é fundamental para as organizações que pretendem ser certificadas e que procuram garantir a qualidade dos seus produtos ou serviços.

2.2.3 Modelo de Excelência da EFQM

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) é uma associação sem fins lucrativos, sediada em Bruxelas, que foi fundada em 1988 por catorze empresas, líderes europeias, com a missão de promover a excelência nas organizações. Segundo a EFQM, a excelência consiste na introdução de oito conceitos fundamentais nas práticas de gestão, tais como a orientação para os resultados; a focalização no cliente; a liderança e constância de propósitos; a gestão por processos e por factos; o desenvolvimento e envolvimento das pessoas; a aprendizagem, inovação e melhoria contínua; o desenvolvimento de parcerias; e a responsabilidade social corporativa (EFQM, 2003). Em 1991, a EFQM criou um modelo de excelência, genérico e baseado nesses conceitos, para ajudar as organizações a avaliarem o seu grau de excelência e alcançarem melhorias do seu desempenho no âmbito da gestão da qualidade total. Este modelo define um conjunto de 32 subcritérios agrupados em nove critérios principais (EFQM, 2003):

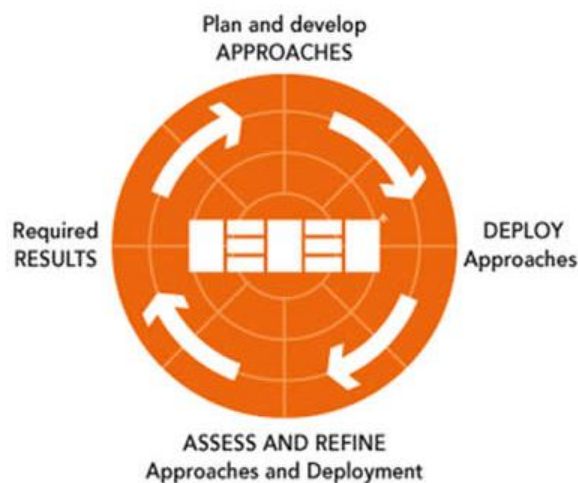
- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 1. Liderança; | 6. Resultados nas pessoas; |
| 2. Política e estratégia; | 7. Resultados para os clientes; |
| 3. Gestão de pessoas; | 8. Resultados na sociedade; |
| 4. Recursos e parcerias; | 9. Resultados-chave do desempenho. |
| 5. Processos; | |

Estes critérios estão divididos em duas categorias: critérios de Meios (1-5), que representam a forma como as organizações realizam as suas actividades, e critérios de Resultados (6-9), que representam a forma como estes estão a ser alcançados. Os resultados são obtidos pelos meios e estes, por sua vez, são melhorados com o *feedback* dos primeiros.

Na prática o modelo de excelência da EFQM pressupõe que “resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na condução da Política e Estratégia, a qual é transferida através das Pessoas, das Parcerias e Recursos, e dos Processos” (EFQM, 2003).

A metodologia deste modelo tem por base a auto-avaliação e uma lógica RADAR (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Review*). De acordo com esta lógica de avaliação, as organizações têm de, primeiramente, definir prioridades e os resultados que pretendem alcançar; depois, em função desses objectivos, têm de planear as abordagens que necessitam desenvolver de forma sistemática; e por fim, têm de rever todo esse processo, monitorizando os resultados e planeando melhorias onde necessário (EFQM, 2003).

Figura 4 - Lógica RADAR



Fonte – EFQM (2003)

Para fazerem a sua auto-avaliação, as organizações preenchem um questionário proposto pelo modelo, onde identificam os seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria para cada subcritério e atribuem uma pontuação de acordo com a matriz RADAR. Agrupando os valores, definem a pontuação para cada critério e, por sua vez, quantificam a pontuação global (entre 0 e 1000) que expressa o nível de excelência no momento (EFQM, 2003). Apesar de não ser tão utilizado pelas organizações de saúde, o modelo da EFQM tem provado ser uma mais-valia para as organizações que pretendem fazer a melhoria do seu desempenho através da auto-avaliação regular, com o conhecimento das melhorias que podem produzir e o nível de excelência e reconhecimento que podem alcançar.

2.2.4 Auditorias Clínicas

As auditorias clínicas consistem na avaliação periódica dos actos clínicos, realizada por profissionais internos ou auditores externos, com o objectivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Esta avaliação por pares incide sobre a execução das práticas, ou seja, sobre diagnósticos e procedimentos de tratamento, e os seus resultados, tendo por base a análise sistemática dos registos em comparação com padrões predefinidos e com a melhor evidência científica. As auditorias seguem os seguintes passos: identificação da área a auditar; escolha dos auditores; determinação dos objectivos da auditoria e dos padrões de referência; recolha dos dados; análise dos resultados da auditoria; relatório da auditoria; identificação das melhorias ou medidas correctivas; desenvolvimento e implementação do plano de acção; e avaliação dos efeitos das acções tomadas.

Este processo, muito comum actualmente, incide sobre as práticas médicas, de enfermagem e, por vezes, sobre as práticas farmacêuticas, e permite a discussão aberta dos problemas ocorridos em determinadas situações, num ambiente de crítica construtiva e envolvimento dos profissionais de saúde. Constitui uma boa oportunidade de minimização de falhas e erros clínicos, de actualização e melhoria contínua das práticas e de contribuição para uma maior segurança dos doentes.

2.2.5 Normas de Orientação Clínica

As normas de orientação clínica (NOC) ou *guidelines*, são um conjunto de recomendações, desenvolvidas de forma sistematizada, sobre uma determinada situação clínica, doença, diagnóstico ou tratamento, que se destinam a apoiar o profissional de saúde e o doente na melhor tomada de decisões possível acerca dos cuidados de saúde (Carneiro, 2001 cit. por Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Estas normas são elaboradas por diversas organizações, sociedades científicas e entidades nacionais e internacionais, a partir do consenso e de uma forte evidência clínica, podendo ter uma abrangência nacional, regional ou local, de natureza obrigatória ou não. A construção de uma norma implica a sua validação, do ponto de vista metodológico, conceptual e científico, pelo AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*), que é um instrumento internacional de avaliação destas normas. Muitos países têm demonstrado um grande interesse no desenvolvimento e implementação destas directrizes, reconhecendo que se estas forem explícitas, entendidas e aceites pelos profissionais, podem contribuir para melhores práticas e desempenhos, melhor eficiência dos

serviços, diminuição da variação da prática clínica, para o estabelecimento de padrões comparativos de qualidade dos cuidados e para a optimização dos recursos com o aumento das actuações custo-efectivas (Carneiro, 2001 cit. por Portugal. Ministério da Saúde, 2010).

2.2.6 Outros exemplos

Existem muitos outros exemplos de medidas que permitem a garantia e a melhoria contínua da qualidade em saúde, mostrando o crescente interesse das organizações por esta temática. A aposta na formação contínua dos profissionais, o desenvolvimento de indicadores de qualidade e desempenho, o licenciamento para garantir as condições mínimas de funcionamento das actividades, a adopção de sistemas de informação, a criação de gabinetes para a gestão da qualidade e a avaliação da satisfação dos doentes, são alguns exemplos. Todos eles pretendem demonstrar que as organizações respeitam os direitos dos doentes, seguem as melhores práticas clínicas, agregam competências suficientes e cumprem todos os requisitos para o seu bom desempenho e gerem os processos de forma eficiente e segura.

2.3 Políticas de Qualidade em Saúde na Europa

As políticas de qualidade e as metodologias de avaliação e de melhoria dos serviços de saúde divergem entre os vários países, assumindo cada um a responsabilidade de dirigir o seu sistema de saúde, com todas as suas particularidades e estratégias próprias.

Espanha

Espanha tem um sistema de saúde descentralizado, baseado num sistema de impostos, que é constituído por uma ampla rede de hospitais e centros de saúde distribuídos pelas suas 17 comunidades autónomas. Cada comunidade faz a gestão dos seus serviços de saúde de forma independente, contribuindo para uma diversidade de formas de organização, gestão e serviços no país (WHO Europe. EOHSP, 2008). No entanto, a coordenação e gestão geral do Sistema Nacional de Saúde é feita pelo Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (CISNS), criado em 1986, presidido pelo ministro da saúde e contando com os representantes de todos os serviços regionais de saúde. O CISNS, através de acções conjuntas e da comunicação entre os serviços regionais e a administração do Estado, visa promover a coesão e coerência do sistema nacional de saúde espanhol dando garantias mínimas comuns de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (WHO Europe. EOHSP, 2008). Em 2003, com a Lei n.º16/2003 sobre a Coesão e Qualidade no Sistema Nacional de Saúde, foi estabelecida a cooperação entre as autoridades de saúde das regiões autónomas e definido

um conjunto de normas básicas a cumprir por todas elas. Com esta lei foram criados diversos organismos especializados, entre os quais a Agência para a Qualidade do Sistema de Saúde. Esta agência tem o papel de planear e promover a qualidade nas organizações, sendo responsável pelo desenvolvimento de normas de qualidade, padrões de boas práticas e indicadores, e pelo registo de eventos adversos e regulação da acreditação dos serviços (WHO Europe. EOHSP, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde espanhol, em colaboração com as regiões autónomas, sociedades científicas, investigadores e cidadãos, desenvolveu um Plano Nacional da Qualidade com o objectivo de desenhar estratégias nacionais para garantir o máximo de qualidade nas organizações de saúde (WHO Europe. EOHSP, 2008). O Plano da Qualidade recebe um financiamento base de 50 milhões de euros por ano, mais alguns recursos de outras partes, e tem como principais orientações o foco no doente e nas suas necessidades; a promoção e protecção da saúde; a prevenção e a segurança do doente; a equidade e a transparência; a excelência clínica e a avaliação do desempenho. Inclui também o desenvolvimento e implementação de *guidelines* e a formação dos profissionais, nos quais as organizações científicas e profissionais a nível regional e nacional têm um importante papel. A sua implementação e monitorização é da responsabilidade da Agência para a Qualidade do Sistema de Saúde, sendo as suas medidas complementares às implementadas por cada autoridade regional (WHO Europe. EOHSP, 2008).

Em Espanha, existem várias iniciativas para a melhoria da qualidade na saúde nas diversas regiões autónomas, por isso, o facto de serem 17 regiões faz com que cada governo regional tenha a responsabilidade pelos seus cuidados e pela implementação de políticas de qualidade, resultando em 17 políticas diferentes. Cada serviço regional de saúde tem uma autoridade responsável pelos programas de qualidade, que contêm objectivos associados a indicadores, e em cada instituição existe um elemento da gestão responsável pela qualidade (WHO Europe. EOHSP, 2008). Desde 2002, por exemplo, na Andaluzia e Madrid tem sido adoptada a acreditação JCI, na Catalunha tem sido seguido um programa de acreditação hospitalar próprio desde 1981, em Aragão e Cantabria o modelo da EFQM, e em Navarra foi desenvolvido um programa próprio de gestão da qualidade (WHO Europe. EOHSP, 2008). Algumas regiões desenvolveram o seu próprio plano de segurança do doente mas a maioria adoptou as estratégias do ministério. Todos os métodos são voluntários para as organizações públicas, mas para as privadas é exigido um certificado de acreditação. Apesar dos sucessos,

continua a haver formação insuficiente em qualidade e uma fraca cultura de qualidade e segurança entre os gestores e os profissionais de saúde espanhóis.

Reino Unido

O sistema de saúde britânico é baseado no NHS, sendo este centrado nos *Primary Care Trusts* que prestam cuidados a nível local e são a porta de acesso aos cuidados hospitalares, na sua maioria públicos. A nível regional, o Departamento da Saúde é o principal organismo governamental que, através das autoridades estratégicas de saúde, implementa a política de saúde no NHS e nos seus serviços locais e assegura que estes têm um bom desempenho (WHO Europe. EOHSP, 2008).

Em 1999 foi criado o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), cujos objectivos são o desenvolvimento de normas de orientação clínica, baseadas em evidência clínica relevante e custo-efectivas, e a disseminação de boas práticas (Portugal. Ministério da Saúde, 2010), e as *National Service Frameworks* (NSFs) para a definição de requisitos de qualidade para os cuidados de saúde. A adopção das suas orientações é requerida mas a sua implementação é variável. No Reino Unido, existem diversas organizações que regulam os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos. O *General Medical Council* (GMC), por exemplo, é uma organização não-governamental que regula a profissão médica e supervisiona a sua recertificação de especialidade e relicenciamento para exercer, sendo estes requisitos obrigatórios e renováveis a cada cinco anos. Os *Royal Colleges* definem os padrões da prática clínica de cada especialidade a avaliar pelo GMC. Desde 2010, todos os prestadores de cuidados no NHS têm de apresentar, anualmente, os dados do seu desempenho clínico (WHO Europe. EOHSP, 2008). A *Care Quality Commission* (CQC), foi criada em 2009 para implementar os princípios da governação clínica; fazer o escrutínio a nível local das actividades de melhoria da qualidade; regular e avaliar a *performance* de todos os prestadores de cuidados de saúde; tanto do NHS como do sector privado; monitorizar a implementação das normas do NICE e das NSFs e apoiar o NHS na resolução de problemas clínicos persistentes. Todos os anos é publicado um relatório sobre a qualidade dos serviços de saúde.

A acreditação hospitalar é o método de avaliação e de melhoria da qualidade mais comum no Reino Unido, havendo numerosos programas que cobrem todas as instituições, como o *Hospital Accreditation Program* (HAP) desde os anos 1990 nos hospitais comunitários e o *Health Quality Service* (HQS) que oferece acreditação também nos cuidados de saúde primários, fazendo dele parte o *King's Fund Organisational Audit* (KFOA) que é o maior sistema

de revisão por pares. A qualidade nos cuidados de saúde primários é monitorizada, desde 2004, através do *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Este programa providencia pagamentos extra aos médicos de família por serviços associados a padrões de qualidade. As práticas são avaliadas através de indicadores que fazem o acompanhamento da qualidade em termos de experiência dos doentes, padrões clínicos e organizacionais e outros serviços. Em matéria de segurança do doente existe a Agência Nacional para a Segurança do Doente (NPSA), desde 2001, cuja função é promover o reporte de situações adversas, reduzir o risco e melhorar a segurança dos cuidados de saúde no NHS. Providencia aconselhamento e gere o sistema nacional de reporte, recolhendo essa informação para iniciar medidas preventivas ou fazer emissões de alerta (WHO Europe. EOHSP, 2008). Um relatório publicado em 2008, o *“High Quality Care for All”*, fez recomendações ao NHS sobre a qualidade, o *empowerment* dos doentes e a segurança dos cuidados. Em 2010, um relatório do CQC revelou a persistência de variações na qualidade, com problemas a nível da segurança, formação e gestão dos registos.

Alemanha

A Alemanha tem um sistema de saúde particular, que tem sofrido diversas transformações. O sistema é baseado em seguros e contribuições sociais obrigatórias e a prestação de cuidados de saúde é assegurada por hospitais e entidades não-governamentais, na sua maioria associações de médicos, onde o Estado assume apenas o papel de regulador.

Na década de 1990, as reformas patrocinadas pelo Ministério da Saúde alemão colocaram a qualidade como objectivo prioritário. De prioridade passou a ser progressivamente um requisito legal obrigatório, a partir do qual, desde 2000, todas as organizações, públicas e privadas, estão obrigadas por lei a ter um sistema interno de gestão da qualidade e a implementar mecanismos externos de garantia da qualidade (WHO Europe. EOHSP, 2008). Essa exigência, envolvendo a documentação e reporte de indicadores, cuja recusa tem penalizações financeiras para os hospitais, despoletou a adopção de diversos métodos de avaliação da qualidade, dos quais a acreditação da JCI, a certificação e o modelo da EFQM são os mais utilizados. Desde 2005, todos os hospitais alemães têm de apresentar um relatório da qualidade a cada dois anos, e os profissionais de saúde também necessitam obrigatoriamente de recertificar as suas competências (WHO Europe. EOHSP, 2008). Em 2004, o Comité Federal Comum (G-BA) tornou-se no maior órgão de decisão, por fusão de órgãos reguladores, responsável pelo desenvolvimento e implementação de directrizes para a gestão da qualidade nas instituições de saúde. Nomeado pelo G-BA, desde 2001, está o Serviço

Federal de Garantia da Qualidade (BQS), que compila os dados reportados pelas instituições, relativos aos indicadores exigidos, e potencia acções de *benchmarking* (WHO Europe. EOHSP, 2008). Também em 2004 foi criado o Instituto para a Qualidade e Eficiência em Saúde (IQWiG), como organismo independente, tendo como tarefas a elaboração de relatórios e pareceres sobre a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, a avaliação da sua aplicação, o desenvolvimento de recomendações sobre programas de gestão da doença e a divulgação de informação aos doentes. Existem outras entidades com funções na área da qualidade, das quais se destacam a Sociedade Alemã para a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade (DQS), que faz a implementação das normas ISO; a Sociedade Alemã para a Gestão da Qualidade em Saúde (GQMG), que incentiva e implementa a gestão da qualidade; e a Agência para a Qualidade em Medicina (AQuMed), que avalia todo o sistema de gestão da qualidade no país e desenvolve recomendações para a sua melhoria (WHO Europe. EOHSP, 2008).

Na Alemanha, actualmente, são gastos cerca de 20 milhões de euros na gestão da qualidade dos hospitais, representando uma grande preocupação com a transparência, medição, avaliação e comparação de resultados da qualidade. No entanto, apesar de todas as iniciativas e progressos notáveis, ainda existem fragilidades que dificultam a consolidação desta cultura, como a existência de demasiadas instituições designadas para os problemas da qualidade a nível estadual e federal, a resistência da cultura tradicional, o facto das organizações e profissionais ainda não estarem dispostos a assumir os seus resultados e a mudar a sua forma de actuar, e as motivações políticas dos vários grupos de interesse (Breckenkamp, Wiskow e Laaser, 2007).

França

Em França, o sistema de saúde combina prestadores públicos e privados, onde o Estado tem apenas o papel de regulador. Este sistema caracteriza-se pelo seguro público de saúde obrigatório para todos os cidadãos, pela liberdade de escolha e bom acesso a cuidados de saúde. A preocupação com a qualidade iniciou-se também na década de 1990 com as reformas que levaram à criação de uma Agência Nacional de Promoção da Qualidade em Saúde (ANDEM). A ANDEM foi substituída, em 1997, pela ANAES (Agência Nacional de Acreditação e Avaliação em Saúde) e em 2004 foi incorporada na HAS (Autoridade Nacional de Saúde). A HAS é uma autoridade pública e independente que trabalha com agências de saúde do governo, investigadores, sindicatos e representantes dos doentes. Tem como responsabilidades promover boas práticas no sistema de saúde francês, desenvolver e publicar

guidelines, fazer a avaliação dos medicamentos e tecnologias, e certificar os médicos bem como implementar a acreditação nas organizações de saúde (WHO Europe. EOHSP, 2008). Algumas *guidelines* são obrigatórias desde 1993, havendo uniões regionais médicas que fazem a sua disseminação e apoiam os médicos na sua adopção através da avaliação das suas práticas profissionais.

Neste país, o Ministério da Saúde é o grande promotor das estratégias de qualidade a vários níveis do sistema de saúde. A acreditação dos hospitais, públicos e privados, é obrigatória desde 1996 como meio de assegurar a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (WHO Europe. EOHSP, 2008). A acreditação é feita pela HAS seguindo um manual de acreditação desenvolvido pela ANAES e baseado nos manuais da JCI, King's Fund e outros, que actualmente está revisto e adaptado às características do sistema de saúde francês. De acordo com este, as instalações são avaliadas em termos de direitos dos doentes, de cuidados de saúde, de gestão e de organização e em termos de qualidade e prevenção (WHO Europe. EOHSP, 2008). O processo inicia-se com uma auto-avaliação seguida de uma auditoria realizada por peritos. O relatório é examinado pela comissão de acreditação da HAS que posteriormente decide atribuir o certificado de acreditação, com ou sem reservas. Em 2006 todas as organizações estavam acreditadas (WHO Europe. EOHSP, 2008). À parte da acreditação, todos os hospitais têm de formar comités da qualidade para monitorizarem os padrões de qualidade da prática clínica, avaliarem o desempenho, implementarem planos de melhoria da qualidade em cada departamento, e prepararem as visitas dos peritos (WHO Europe. EOHSP, 2008). Desde 2005, a formação médica contínua e a avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais são legalmente obrigatórias. A avaliação externa é realizada por organismos validados pela HAS e deve ser feita a cada cinco anos (WHO Europe. EOHSP, 2008).

O sistema de acreditação francês tem ajudado a criar estruturas organizacionais dedicadas à qualidade e à segurança dos cuidados de saúde. Tem igualmente ajudado a introduzir medidas de gestão da informação e técnicas importantes para salvaguardar a segurança dos doentes (Touati e Pomey, 2009).

Países em vias de Desenvolvimento

Na maioria dos países em vias de desenvolvimento, as condições de saúde das populações são precárias, não existindo, muitas vezes, um real sistema de saúde com as estruturas e meios necessários para uma prestação de cuidados acessível e segura para todos

os cidadãos. No entanto, através da experiência dos países desenvolvidos, onde várias décadas de melhorias comprovadas nos cuidados de saúde demonstraram que a adopção de princípios da qualidade podem produzir melhores resultados, tem havido algum investimento em estruturas e medidas para a qualidade dos serviços, reflectindo-se em alguns casos na melhoria de indicadores como a mortalidade materno-infantil, por parto ou por doença aguda (Leatherman *et al.*, 2010).

Estes exemplos enaltecem os progressos já feitos na área da qualidade, com os governos nacionais a surgirem como os principais intervenientes que incentivam a sua melhoria no sector da saúde (Spencer e Walshe, 2009). Embora existam diversas estratégias e metodologias implementadas, pouco se sabe sobre os seus efeitos e a sua eficácia (Groene *et al.*, 2010). São poucos os estudos sobre o seu impacto nos sistemas de saúde e nos hospitais, havendo apenas alguma evidência de efeitos benéficos das estratégias internas e externas sobre os seus resultados (Suñol *et al.*, 2009).

2.4 Entidades e Projectos Internacionais

O interesse pela qualidade tem resultado, ao longo dos últimos 30 anos, no aumento substancial de entidades promotoras da qualidade, sobretudo europeias, e de projectos para o conhecimento das variações nas práticas clínicas e para o estudo de formas de avaliação e de novas medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Neste ponto, são descritas algumas das entidades mais importantes e mais prestigiadas a nível mundial e os projectos mais recentes e que mais impacto tiveram nesta área.

Entidades Internacionais

Organização Mundial de Saúde - OMS

A Organização Mundial de Saúde é uma instituição das Nações Unidas, constituída por representantes de vários países, que foi fundada em Abril de 1948 com o objectivo de assumir “um papel de liderança em matéria de saúde mundial e influenciar a investigação em saúde, definindo normas e padrões, articulando opções políticas baseadas na evidência, fornecendo apoio técnico aos países e acompanhando e avaliando a evolução da saúde global” (WHO, 2012). Com a sua sede em Genebra, na Suíça, a OMS está focada em seis pontos importantes: a promoção do desenvolvimento da saúde, principalmente nos grupos pobres e vulneráveis; a promoção da segurança; o reforço dos sistemas de saúde, em termos de recursos humanos, financeiros e tecnológicos e a alocação de medicamentos; a investigação; o reforço das

parcerias com outras agências internacionais, o sector privado e a sociedade civil, encorajando-os a implementar programas nos seus países; e a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (WHO, 2012). Além de coordenar esforços para controlar surtos de doenças e patrocinar programas para as prevenir e tratar, a OMS publica regularmente uma série de relatórios e estudos, dos quais o Relatório Mundial de Saúde se destaca. Este documento, realizado por especialistas, faz uma análise da saúde global e fornece as informações necessárias para as decisões políticas nos diversos países.

A OMS, através dos seus alertas e da forte sensibilização para os problemas actuais, exerce, sem dúvida, uma influência notável nas políticas para a qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo.

Sociedade Internacional para a Qualidade em Saúde - ISQua

A ISQua, criada em 1985, é uma organização independente e líder mundial, constituída por membros de mais de 70 países. Actualmente, tem a sua sede em Dublin, na Irlanda, e tem como principal missão melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde em todo o mundo, através de actividades de formação e credenciamento de organizações. Fornece serviços de consultoria para orientar os decisores políticos, os profissionais de saúde e as instituições a alcançarem a excelência na prestação de cuidados aos doentes, e mantém ainda uma relação próxima com a OMS, apoiando-a com assessoria técnica e política (ISQUA, 2012). Para além disso, faz anualmente um simpósio internacional de acreditação e publica o *Jornal Internacional para a Qualidade nos Cuidados de Saúde* onde divulga os estudos e as actividades actuais na área da qualidade. Sendo o único órgão regulador internacional responsável pela validação de metodologias de acreditação de serviços de saúde, em 1999, a ISQua lançou o seu Programa Internacional de Acreditação (IAP) que autoriza e credencia os acreditadores. Com este programa já credenciou organizações como a JCI e outras no Reino Unido, Austrália e Canadá, tendo ganho credibilidade e reconhecimento mundial por permitir a equivalência e comparabilidade entre os programas das organizações acreditadas, harmonizando normas e procedimentos em princípios e padrões internacionais comuns (Shaw *et al.*, 2010a).

Federação Europeia dos Hospitais - HOPE

A HOPE é uma organização sem fins lucrativos, criada em 1966, cujos membros são representantes de associações hospitalares, hospitais e serviços nacionais de saúde europeus.

Sediada em Leuven, na Bélgica, tem como missão a melhoria da saúde dos cidadãos e a uniformização de padrões de cuidados hospitalares nos países da União Europeia (HOPE, 2009). Para tal, esta organização desenvolve debates, seminários e congressos para promover a partilha de experiências e estabelecer parcerias e cooperação no sector da saúde. Dessas actividades faz parte o Programa de Intercâmbio para Profissionais de Saúde e o Programa de Intercâmbio HOPE direccionado para gestores. Além disso, a HOPE publica documentos, como o relatório anual “Os cuidados de saúde hospitalares na Europa”, onde faz recomendações e divulga a realidade dos serviços hospitalares europeus. Sendo uma organização que tem voz nas decisões europeias, nas questões da saúde, a HOPE assume como uma das suas prioridades a qualidade dos cuidados, estando envolvida em projectos europeus como os projectos MARQuIS e DUQuE (HOPE, 2009).

Sociedade Europeia para a Qualidade em Saúde - ESQH

A ESQH é uma organização sem fins lucrativos, fundada em 1998 numa conferência da ISQua. Esta organização está sediada em Limerick, na Irlanda, mas tem outros grupos de trabalho estabelecidos noutras cidades para facilitar a comunicação com os parceiros e averiguar a evolução das actividades de qualidade em saúde na Europa. A ESQH é constituída por uma rede de sociedades de saúde nacionais de vários países europeus e dedica-se à promoção da comunicação e educação em qualidade (ESQH, 2012). Para isso, patrocina estudos, estimula a inovação e organiza *workshops* internacionais, conferências e programas de formação nessa área.

Projectos Internacionais

ExPeRT – External Peer Review Techniques Project

O projecto ExPeRT foi realizado entre 1996 e 1999, com o apoio da União Europeia, por especialistas de vários institutos de saúde europeus e de outros países como o Canadá e a Austrália. O intuito deste projecto consistiu em identificar os mecanismos externos de melhoria da qualidade nos serviços de saúde mais utilizados na Europa e fazer uma análise e comparação entre eles em relação a padrões, ao processo de avaliação e a uma possível convergência (Shaw, 2000). Para concretizar esses objectivos foram realizados questionários, entrevistas e visitas aos países. A partir dessa análise conseguiu-se demonstrar que existe uma grande diversidade de mecanismos de melhoria da qualidade nos serviços de saúde europeus, determinada por diferenças na legislação, nos incentivos e no contexto social, económico e

político de cada país (Shaw, 2000). Foram identificados quatro modelos mais comuns - a acreditação, o modelo da EFQM, a certificação ISO e as *visitatie* (Shaw, 2000) - demonstrando que o sector da saúde pode adoptar programas de gestão e melhoria da qualidade originários de outros sectores de actividade. A convergência das metodologias num modelo único para a Europa foi reconhecida como viável apesar destas terem sido desenhadas com propósitos distintos (Shaw, 2000).

PATH – *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*

Em 2003, a OMS-Europa iniciou um projecto para dotar os Estados-Membros de um instrumento para monitorizar e melhorar a qualidade dos hospitais (Veillard *et al.*, 2005). Este projecto, PATH, foi desenvolvido por um grupo de peritos internacionais visando criar uma ferramenta de avaliação do desempenho para apoiar os hospitais na análise dos seus resultados e na definição de estratégias de melhoria da qualidade, proporcionando ainda comparações com outras organizações (Veillard *et al.*, 2005). Este projecto tem como base teórica um modelo conceitual do desempenho hospitalar, abrangente e multidimensional, definido, bem como os seus indicadores, através de uma extensa revisão de literatura e questionários a 20 países europeus sobre os modelos de avaliação e os indicadores mais pertinentes. O projecto-piloto foi implementado em 2005, tendo sido sucessivamente revisto e refinado. O valor do PATH tem-se reflectido em alguns países, como na Bélgica, onde foi um incentivo para o desenvolvimento de novos projectos e acções de melhoria da qualidade nos hospitais (Veillard *et al.*, 2005). Actualmente, esta ferramenta providencia aos hospitais participantes uma análise dos seus indicadores e relatórios de *feedback* relativos ao seu desempenho e às áreas onde operam bem e onde precisam de melhorar.

MARQuIS – *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies*

O projecto MARQuIS foi lançado em 2005, com o apoio da União Europeia, por seis centros de investigação europeus, dos quais a HOPE. Os objectivos deste projecto, que durou três anos, consistiam em investigar e comparar as diferentes estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados hospitalares e relacioná-las com os requisitos de qualidade específicos para os cuidados de saúde transfronteiriços (Groene *et al.*, 2009; Suñol *et al.*, 2009; Shaw *et al.*, 2010b). Para fazer essa análise foi feito um inquérito a 389 hospitais e efectuada uma auditoria a 89 desses em 2007. Este projecto pioneiro conseguiu demonstrar a existência de diferentes estratégias de melhoria da qualidade implementadas nos hospitais dos Estados-Membros, apesar da sua implementação ser variável. Relativamente aos cuidados de saúde

transfronteiriços, o projecto destacou algumas dificuldades, como o idioma, mas dada a eficácia das estratégias observadas em cada país concluiu que não seria necessário a União Europeia desenvolver um sistema de melhoria da qualidade único, mas sim apostar na combinação das estratégias já existentes (Groene *et al.*, 2009; Suñol *et al.*, 2009; Shaw *et al.*, 2010b).

DUQuE – *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe*

O projecto DUQuE foi iniciado no final do ano 2009, também com o apoio da União Europeia, e é previsto findar em 2013. Este projecto tem como propósitos estudar a efectividade dos sistemas de melhoria da qualidade nos hospitais europeus, entender o impacto da implementação de sistemas diferentes e identificar factores que influenciam a sua utilização, como a pressão externa (Groene *et al.*, 2010). Estudar a efectividade consiste na avaliação da relação desses sistemas com a qualidade observada nos cuidados de saúde. Ou seja, pretende-se aferir se os esforços de melhoria da qualidade nos hospitais, em termos de cultura organizacional, de envolvimento dos profissionais e de capacitação dos pacientes, estão associados a melhores resultados de efectividade clínica e de segurança dos doentes (Groene *et al.*, 2010). A metodologia seguida é transversal a 30 hospitais europeus, de 8 países, recorrendo à recolha de dados de registos, de observações e de questionários a nível hospitalar e departamental e a nível dos doentes e dos profissionais (Groene *et al.*, 2010). Em 2013 é esperado que já exista uma visão geral e detalhada sobre a efectividade das estratégias de qualidade e segurança e a forma de as integrar nos hospitais.

2.5 Qualidade em Saúde em Portugal – Visão Histórica

Em Portugal, o sistema de saúde tem tido, ao longo dos anos, uma evolução muito significativa com a introdução de um vasto conjunto de reformas e com a melhoria dos indicadores de saúde, dos quais a esperança média de vida e a mortalidade infantil são os seus melhores exemplos. Na base destes feitos está o SNS, fundado em 1979, cuja qualidade dos seus serviços e dos seus profissionais é já reconhecida internacionalmente e representa um motivo de orgulho nacional. Neste contexto, importa reflectir um pouco sobre as questões relacionadas com a qualidade nos serviços de saúde portugueses, pelo que este ponto descreve e analisa as principais reformas e estratégias nacionais adoptadas e o nível de desenvolvimento da qualidade na Saúde em Portugal.

2.5.1 Os primeiros passos da Qualidade no sector da Saúde em Portugal – Século XX

A história da qualidade em Portugal inicia-se com vários seminários internacionais e um programa luso-espanhol, sobre garantia da qualidade em cuidados de saúde primários, a serem promovidos, entre 1985 e 1989, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com a OMS e outras entidades (Pisco e Biscaia, 2001). Entre 1990 e 1993, para além do investimento em projectos e em formação em qualidade feito pela Direcção Geral da Saúde (DGS), foi iniciado o Programa de Acção Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais (COMAC), numa parceria entre a ENSP e as comunidades europeias. Foi o primeiro projecto de qualidade a nível hospitalar em diversos países europeus (Klazinga, 1994). Em 1993, o Sistema Português da Qualidade, substituto do anterior Sistema Nacional de Gestão da Qualidade, foi instituído como uma estrutura concebida para desenvolver a qualidade em todos os sectores de actividade no âmbito nacional. No centro do sistema está o Instituto Português da Qualidade (IPQ), criado em 1986, que exerce as suas funções sob a tutela do Ministério da Economia. O IPQ é o organismo gestor e coordenador do Sistema Português da Qualidade, sendo responsável por várias actividades que promovem a dinamização da qualidade nos diversos sectores de actividade, incluindo o sector da saúde. A sua Comissão Sectorial para a Saúde – CS/09 – criada em 1996, tem vindo a promover a qualidade nas instituições de saúde através do desenvolvimento de recomendações para a sua melhoria. No mesmo ano de 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 da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001). Apesar da iniciativa, e do breve interesse pela avaliação e melhoria da qualidade nas organizações de saúde, não houve resultados práticos da mesma.

Entre 1996 e 1997, a Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, da DGS, promoveu várias iniciativas de formação e projectos de avaliação e de garantia da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001), porém, foi em 1998, com a elaboração do documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”, que a qualidade foi reconhecida como uma prioridade para o SNS. Com o Programa Saúde XXI, foram definidos, pela primeira vez, uma estratégia, uma política da qualidade e um Sistema Português de Qualidade na Saúde, cuja missão consistia no desenvolvimento contínuo da qualidade a nível nacional, regional e local, assente 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 (Portugal. Ministério da Saúde, 1999; Pisco e Biscaia, 2001). Este programa tinha uma linha de financiamento para projectos de garantia da qualidade e actividades definidas, contudo, não teve continuidade, com algumas estruturas a não serem criadas e outras a serem extintas poucos anos depois (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Dessas estruturas destaca-se o IQS, criado em 1999 pela Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, para a definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Portaria 288/99); e o CNQ, como órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001).

Apesar destas iniciativas não se observou a disseminação de uma cultura de avaliação, de monitorização e de melhoria contínua da qualidade no SNS.

2.5.2 A Política de Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Último decénio

A questão da qualidade surgiu na agenda política de saúde em Portugal após o ano de 1999 (WHO Europe. EOHSP, 2008).

2.5.2.1 As principais reformas estruturais

A reforma no estatuto jurídico dos hospitais, levada a cabo pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, já contempla alguns princípios da qualidade aplicados à gestão hospitalar. Esta lei prevê o atendimento de qualidade como um princípio geral da prestação de cuidados de saúde (alínea c) do artigo 4º), a garantia da prestação de cuidados de qualidade, com um controlo rigoroso dos recursos, como um princípio específico da gestão hospitalar (alínea b) do artigo 5º) e determina como poderes do Estado a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população (alínea b) do nº 1 do artigo 6º) e a sua divulgação (artigo 8º) (Lei 27/2002). Esta lei determina também a celebração de contratos-programa entre os hospitais do sector público administrativo (SPA) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) (alínea b) do nº 1 do artigo 10º), baseados em indicadores de actividade, de qualidade e de eficiência, que permitam aferir o desempenho dessas unidades. Actualmente, com o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, a celebração de contratos-programa estende-se também aos então criados hospitais do sector empresarial do Estado (EPE), que os

negoceiam com o Ministério da Saúde. Esta estratégia tem o propósito de incentivar a boa utilização dos recursos e estimular níveis elevados de eficiência e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes, tendo sido igualmente adoptada para os cuidados de saúde primários. Ainda em 2002, extinguiu-se o CNQ pela Lei n.º 16-A/2002, de 31 de Maio.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) surgiu em 2003 com a missão de supervisionar a actividade das unidades de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais relativas a requisitos de qualidade, acesso, segurança e direitos dos utentes. Em 2006, como resultado de grandes reformas na estrutura do Ministério da Saúde, o IQS, que foi a principal entidade responsável pelo desenvolvimento da qualidade no sector, foi abolido pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, e as suas responsabilidades foram integradas na DGS e na recém-criada Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (WHO Europe. EOHSP, 2008; WHO Europe. EOHSP, 2011). Ficou então determinada a responsabilidade da DGS pela qualidade clínica e da ACSS pela gestão da qualidade organizacional.

Em 2007 foi criada a Agência da Qualidade na Saúde, no âmbito da ACSS, pelo Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, para dar seguimento às suas atribuições na política de qualidade do sistema de saúde, no entanto, esta estrutura cessou a sua actividade em 2009 como resultado da decisão de concentração de competências nesta área na DGS (Decreto-Lei 234/2008). Para esta missão foi criado, no seu âmbito, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria n.º 155/2009, de 15 de Fevereiro. Este departamento, sucedâneo do IQS e da Agência da Qualidade na Saúde, agrega as suas anteriores competências e coordena a actual Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), projectada para os próximos dez anos. Para apoiar o departamento na materialização da estratégia nacional, foi criado, no mesmo ano, o Conselho para a Qualidade na Saúde, pelo Despacho n.º 13793/2009, de 16 de Junho, constituído por especialistas na área da qualidade em saúde, com a missão de dar apoio às suas decisões e emitir recomendações para a prossecução dos objectivos nacionais.

2.5.2.2 O Instituto da Qualidade em Saúde e o Departamento da Qualidade na Saúde

O IQS foi criado no âmbito do Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril, constituindo um organismo dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, na dependência da DGS (Portaria 288/99). Competia ao IQS o desenvolvimento de normas, métodos e projectos de melhoria contínua da qualidade; a prestação de apoio técnico às instituições e profissionais de saúde para a sua melhoria contínua e acreditação; e a promoção

da investigação e da formação profissional contínua (Portaria 288/99). O IQS esteve sob a liderança dos seguintes projectos nacionais (Pisco e Biscaia, 2001):

1. MoniQuor - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde

Foi o primeiro instrumento de avaliação e de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como intuito introduzir princípios de melhoria contínua da qualidade na gestão e na organização dessas unidades de saúde, envolvendo os profissionais na identificação e solução de problemas. Consistiu num conjunto de 163 critérios de qualidade, definidos e agrupados em seis áreas como a organização e gestão; direitos dos cidadãos; promoção da saúde; prestação de cuidados de saúde; educação contínua e desenvolvimento da qualidade; e instalações e equipamentos. O processo iniciou-se com a auto-avaliação do desempenho de cada centro de saúde participante, ocorrendo nos anos 1998, 1999 e 2000, com elevada participação (mais de 80%) (Revista Qualidade em Saúde, 2005). Em cada avaliação, as unidades receberam o *feedback* dos seus dados em comparação com os critérios nacionais de boas práticas tendo então a oportunidade de implementar melhorias e partilhar soluções. Em 1999 foi realizada uma avaliação cruzada, realizada por uma Comissão de Avaliação com elementos de diferentes grupos profissionais, que evidenciou melhorias globais nos centros de saúde, em cerca de 10%, tendo sido premiados os seis melhores a nível nacional (Revista Qualidade em Saúde, 2005). O projecto foi suspenso até 2004, ano em que foi feita uma nova avaliação da situação nacional revelando uma consistência nas melhorias e perspectivando-se a acreditação dos centros de saúde com melhores resultados. No entanto, com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e com a extinção do instituto em 2006, este projecto foi modificado e adaptado para a avaliação e acreditação dessas unidades.

2. Programa Nacional de Acreditação Hospitalar — Parceria IQS/KFHQS

Em 1999, o IQS assinou um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) para proceder à acreditação voluntária dos hospitais públicos, com o intuito de ao fim de 5 anos ser criada uma norma portuguesa de acreditação, reconhecida pelo *King's Fund*, a partir da adaptação dos seus manuais. Foram várias as unidades de saúde que aderiram a este programa de acreditação para melhorarem a qualidade da sua prestação de cuidados e fazerem o seu reconhecimento formal. Através do estudo do impacte deste processo nos profissionais e nas organizações de saúde, o IQS conseguiu evidenciar alguns efeitos positivos na melhoria dos processos e nas inter-relações profissionais dentro dessas organizações.

3. Projectos de melhoria contínua

4. Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamento dos Utentes

Este projecto, iniciado no ano 2000, pretendeu melhorar os procedimentos no âmbito do atendimento e circuito do utente nas instituições de saúde (Pisco e Biscaia, 2001). Nas duas fases do projecto, que findou três anos depois, participaram mais de 40 centros de saúde e hospitais. O IQS prestou apoio às unidades participantes, através da formação e da produção de um guião com os procedimentos a considerar pelas instituições na elaboração dos seus manuais da qualidade. Em cada fase foram realizadas auditorias externas para avaliar a conformidade das práticas face às regras estabelecidas nos manuais concluídos e promulgados (Pisco e Biscaia, 2001). Este projecto teve um grande envolvimento e empenho dos profissionais.

5. Avaliação da satisfação dos utentes

6. Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde

7. QualiGest - Qualidade na Gestão

Em 1999, o IQS lançou um modelo de auto-avaliação da qualidade e de promoção da modernização e da excelência na gestão dos serviços de saúde. O modelo foi desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade e foi baseado no modelo de excelência da EFQM, assente em princípios da gestão da qualidade total e da excelência organizacional. Porém, este projecto não teve seguimento nem aparentes resultados práticos.

8. Normas de Orientação Clínica

Em 2001, o IQS publicou o Manual de Normas de Orientação Clínica e mais tarde produziu a sua 1ª norma prática, para o tratamento do uso e dependência do tabaco.

9. Publicações em qualidade

O IQS iniciou a publicação da sua revista “Qualidade em Saúde” e de um boletim informativo sobre qualidade em 2000 (Pisco e Biscaia, 2001). As edições terminaram quando o IQS foi extinto.

Em 2006, o IQS foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, numa altura em que a OMS recomendava estratégias nacionais, sustentáveis a longo prazo, para a

qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Esta extinção, provocada pela reestruturação da Administração Pública, causou muita discórdia e incerteza quanto ao futuro da política de qualidade no sector da saúde em Portugal.

Departamento da Qualidade na Saúde – DQS/DGS

Após alguns anos, a qualidade em Portugal beneficiou com a criação do DQS, com existência legal desde 2009, pela Portaria n.º 155/2009, de 16 de Fevereiro, e integrado na DGS com cinco divisões (Portugal. Ministério da Saúde, 2012):

- Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional;
- Divisão da Segurança do Doente;
- Divisão da Gestão Integrada da Doença e Inovação;
- Divisão da Mobilidade de Doentes;
- Divisão de Acreditação.

O DQS assume actividades de coordenação de programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional e de promoção da segurança do doente; coordenação dos fluxos de mobilidade dos doentes portugueses e estrangeiros; vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença; definição e monitorização de indicadores para a avaliação do desempenho das unidades de saúde; monitorização e avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde; elaboração e divulgação de orientações e normas de boas práticas em saúde; e faz o acompanhamento e coordenação do sistema de qualificação das unidades de saúde reflectido no actual programa nacional de acreditação, com o modelo ACSA. Para além dessas actividades, o DQS também participa em grupos de trabalho e em projectos nacionais e internacionais, como o DUQuE (Portugal. Ministério da Saúde, 2012). Este departamento foi criado com a missão de promover a excelência na prestação dos serviços de saúde, mediante a disseminação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e actuando de acordo com os objectivos e estratégias contemplados na ENQS (Portugal. Ministério da Saúde, 2012). Sendo a única estrutura actualmente responsável pela qualidade no sistema de saúde português, o DQS assumiu as competências do IQS no planeamento e execução da política nacional para a qualidade em saúde e outras, sendo igualmente responsável pela operacionalização da ENQS.

A criação deste departamento sofreu algumas críticas por estar sediado na DGS e não ter um estatuto independente, no entanto, também foi defendido que a promoção da qualidade no SNS deve estar associada ao seu centro de governação para reportar as situações e influenciar as decisões políticas.

2.5.2.3 O Plano Nacional de Saúde 2004-2010

O anterior Plano Nacional de Saúde foi desenvolvido com dois propósitos: obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde e reduzindo o peso da doença nas diferentes fases do ciclo de vida; e utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados (Portugal. Ministério da Saúde, 2004). Este plano centrou-se na família, nos cidadãos e doentes, na gestão integrada da doença e na gestão da mudança em termos de política de recursos humanos e reorientação do sistema de saúde para a centralidade no cidadão, para a sua capacitação, participação e escolha informada (Portugal. Ministério da Saúde, 2004).

Em matéria de qualidade, este plano desde logo caracterizou a sua situação nas organizações de saúde portuguesas e identificou as seguintes lacunas (Portugal. Ministério da Saúde, 2004):

1. Escassa cultura da qualidade;
2. Défice organizacional dos serviços de saúde;
3. Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;
4. Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica.

Neste sentido, foram definidas e propostas algumas orientações estratégicas e intervenções para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e a qualidade organizacional dos serviços (Portugal. Ministério da Saúde, 2004):

- Implementação de programas de saúde para o desenvolvimento de uma cultura de efectividade das intervenções;
- Aposta contínua na acreditação hospitalar, ao abrigo do protocolo com o KFHQS;
- Formação de auditores na área da qualidade em saúde;
- Evolução do projecto de avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde – MoniQuOr – para um sistema nacional de qualificação destas unidades;

- Aposta na qualidade da gestão – QualiGest – baseada nos princípios da qualidade total, tendo como referência o modelo de excelência da EFQM para os serviços públicos;
- Avaliação do grau de satisfação dos utentes e dos profissionais dos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de projectos no âmbito da avaliação de indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, de processos e de resultados dos hospitais;
- Dinamização e apoio ao desenvolvimento de NOCs;
- Investigação no âmbito do erro médico, em colaboração com a Ordem dos Médicos, com incentivo ao reporte sistemático dos erros e com o desenvolvimento de sistemas de segurança dentro das organizações de saúde.

A avaliação da relevância, execução e impacto do Plano Nacional de Saúde, feita em 2010 pela OMS, reconheceu que este plano não estava suficientemente focado na qualidade e na segurança dos serviços de saúde; que o acompanhamento dos processos médicos e dos seus resultados e erros não foram suficientemente abordados; que foi dada pouca consideração aos incentivos financeiros e não financeiros para a implementação de normas clínicas; e que apesar do Ministério da Saúde realizar auditorias clínicas aleatórias, as suas estratégias para enfrentar as questões da segurança do doente são pouco claras (WHO Europe, 2010). Foi, claramente, um plano com escassos objectivos e resultados na área da qualidade.

2.5.2.4 A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde - ENQS

A ENQS, que entrou em vigor em 2009 pelo Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho, tem um horizonte temporal de dez anos e visa a promoção da excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da qualidade e da sua melhoria contínua, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais (Despacho 14223/2009). A sua missão é “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade” (Despacho 14223/2009). Este programa tem como prioridades estratégicas de actuação (Despacho 14223/2009):

1. Qualidade clínica e organizacional;
2. Informação transparente ao cidadão;
3. Segurança do doente;

4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
5. Gestão integrada da doença e inovação;
6. Gestão da mobilidade internacional de doentes;
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS.

Para operacionalizar os objectivos da ENQS, o DQS, como seu coordenador, é responsável pelas seguintes acções imediatas (Despacho 14223/2009):

Divulgar normas de orientação clínica e organizacional; implementar um sistema de indicadores nacionais da qualidade; criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos; divulgar normas de procedimento que evitem os erros clínicos, cirúrgicos e medicamentosos; criar um Observatório da Segurança do Doente; monitorizar as infecções associadas aos cuidados de saúde; combater a resistência a antimicrobianos; fazer a gestão integrada de doenças crónicas; estabelecer critérios para a criação e reconhecimento de centros de referência e de elevada diferenciação; acompanhar e avaliar projectos de inovação em saúde; gerir os fluxos de mobilidade internacional de doentes; avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos; criar pontos de informação ao cidadão; monitorizar o grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde; e adoptar e adaptar um modelo nacional independente de acreditação e implementá-lo através de um Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Para apoiar cientificamente o DQS na implementação destas estratégias foi criado um Conselho para a Qualidade na Saúde, pelo Despacho n.º 13793/2009, de 16 de Junho, constituído por especialistas nesta área.

O desenvolvimento desta estratégia, que veio finalmente atribuir a devida importância à problemática da qualidade, é o resultado das insistentes recomendações internacionais para a implementação de estratégias nacionais para a qualidade e segurança nos serviços de saúde, de forma sistemática e de acordo com as realidades locais e regionais (Despacho 14223/2009). É também resultado de várias análises ao nosso país terem identificado a carência de uma cultura virada para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, daí, a sua implementação estar prevista para os primeiros cinco anos e a sua consolidação nos cinco anos seguintes, sendo a sua evolução e avaliação anual alvo de nota pública.

2.5.2.5 Os Programas Nacionais de Acreditação em Saúde - PNAS

Portugal começou a adoptar a acreditação a partir do primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais em 1999, com uma parceria entre o IQS e o KFHQS (Portugal).

Ministério da Saúde, 2010). O hospital Fernando da Fonseca foi a primeira instituição de saúde a ser acreditada pelo modelo do *King's Fund* em 2001, sendo actualmente cerca de 13 hospitais acreditados por este modelo. Numa segunda fase, em 2004, com o Plano Nacional de Saúde, o modelo da JCI foi o escolhido pela DGS para acreditar mais hospitais, não tendo tido grande adesão (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). Entretanto, com as últimas reformas no sector, coube ao departamento da qualidade da DGS, no quadro da ENQS, criar um “programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objectivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua (...)” (Despacho 14223/2009). A escolha recaiu sobre o modelo de acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), aprovado como o modelo oficial de acreditação das instituições de saúde do SNS pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto, depois de avaliados outros sistemas internacionais. Esta escolha foi justificada pela satisfação de critérios como a sustentabilidade do modelo e a sua transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o sistema de saúde português, bem como pelo facto deste ter sido testado e concebido para um sistema de saúde de organização semelhante e para uma população também ela semelhante em termos numéricos e epidemiológicos (Oliveira, 2009). No entanto, existem sempre diferenças a nível da legislação e da própria organização do sistema de saúde que requerem a adaptação do modelo à realidade portuguesa, não ignorando o facto de ser necessária a tradução e adaptação da sua documentação (Oliveira, 2009).

O actual Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS), com o horizonte temporal coincidente com a ENQS, visa implementar o modelo ACSA de forma faseada, avaliar o seu impacto através da monitorização de indicadores e inquéritos de satisfação e ter o seu reconhecimento por organismos competentes. Para implementar o modelo será necessária a sua divulgação, a formação de auditores e dos profissionais, a adaptação dos manuais normativos, a criação de comissões para aplicar o modelo em todas as suas vertentes e a sua revisão periódica, em parceria com a ACSA, para a introdução de melhorias (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a).

Modelo de Acreditação ACSA

A ACSA é uma fundação pública espanhola, sob a tutela do Ministério da Saúde de Andaluzia, cuja missão é promover o modelo Andaluz de qualidade e o conhecimento e

investigação nesta área. O modelo ACSA é baseado em três áreas: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão de competências (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a). Destina-se a instituições ou serviços de saúde do Sistema de Saúde Português, entre os quais os cuidados primários, hospitalares e continuados, e abrange outras áreas de acreditação como as competências profissionais. É um programa voluntário, transversal, progressivo e integral, desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimento da gestão da qualidade e da prática clínica (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a). Este modelo baseia-se no conceito de auditoria interpares e apoia-se numa metodologia de autoavaliação que fomenta o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento de boas práticas e elementos de qualidade através de uma plataforma informática (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a).

O modelo contempla, no seu Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, cinco dimensões da qualidade, cada uma com um conjunto de requisitos normativos sobre os quais incide a avaliação para a acreditação (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a):

I - O cidadão, centro do Sistema de Saúde		
1. Utentes: satisfação, participação e direitos	2. Acessibilidade e continuidade assistencial	3. Documentação clínica
II – Organização da actividade centrada no utente		
4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais Integrados	5. Actividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	6. Direcção da Unidade de Gestão Clínica
III – Os profissionais		
7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação		
IV – Processos de Suporte		
8. Estrutura, equipamento e fornecedores	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	10. Sistema da Qualidade
V – Resultados		
11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica		

Os requisitos normativos têm diferentes graus de exigência e complexidade, estando classificados em três grupos: Grupo I – requisitos que correspondem a elementos prioritários do SNS, como os direitos e segurança dos cidadãos. Contempla também alguns requisitos obrigatórios. Grupo II – requisitos que correspondem a elementos associados a um maior desenvolvimento da organização, como as tecnologias e sistemas de informação. Grupo III – requisitos que correspondem a elementos de referência, como a inovação (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a). Cada unidade de saúde pode atingir progressivamente três níveis

de acreditação - Bom, Ótimo e Excelente - consoante o cumprimento dos requisitos incluídos em cada grupo (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a). O processo de acreditação desenrola-se em diversas fases, iniciando-se com o pedido de adesão e candidatura ao DQS, que cria as condições para a fase seguinte, a auto-avaliação. Esta fase, talvez a mais importante de todo o processo, tem o prazo de um ano e representa uma oportunidade para as organizações reflectirem sobre as suas práticas, avaliarem o seu grau de cumprimento dos requisitos, determinarem os objectivos da acreditação e planearem as acções de melhoria necessárias. Os progressos vão sendo introduzidos na plataforma informática de suporte ao modelo. Fina essa fase, é realizada uma avaliação externa às unidades candidatas, através da observação e análise da documentação, para evidenciar a validade das informações introduzidas na plataforma e a conformidade com os requisitos do manual. Feita a avaliação, é elaborado um relatório para atribuição do respectivo nível de acreditação. O certificado outorgado pelo DQS tem a validade de cinco anos e atesta a conformidade das unidades com os requisitos de acreditação de unidades de saúde. Durante esses cinco anos realizam-se auditorias de acompanhamento para garantir a continuidade das boas práticas, podendo em alguns casos resultar na suspensão do certificado ou num nível mais elevado de acreditação. A renovação do certificado será feita com nova auditoria (Portugal. Ministério da Saúde, 2011a).

Apesar de ainda estar no início da sua adaptação e implementação às unidades de saúde portuguesas, este modelo já acreditou quatro USFs em 2011, não tendo sido ainda largamente utilizado.

2.5.2.6 Outros projectos actuais

Para além da acreditação das unidades de saúde e de todas as actividades promovidas pelo DQS, existem outros projectos importantes ligados à área da qualidade. O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS, por exemplo, tem dado o seu contributo para a promoção das boas práticas, para a responsabilização de gestores e profissionais e para o *empowerment* dos cidadãos. Este projecto de parceria com o consórcio *Siemens-Joint Commission International* faz, desde 2006, a avaliação da qualidade das organizações de saúde públicas, privadas e do sector social em Portugal. Esta ferramenta utiliza indicadores de qualidade relativos à excelência clínica, à segurança do doente e à satisfação do utente, entre outros, para avaliar os níveis de qualidade das unidades de saúde que depois são transformados em *ratings* e tornados públicos (Portugal. Ministério da Saúde, 2011b).

CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A revisão de literatura, realizada na primeira parte deste trabalho, procurou apresentar uma análise teórica que permitisse fundamentar e realçar as principais questões associadas às políticas e práticas de gestão da qualidade em organizações de saúde. Este capítulo pretende esclarecer a finalidade deste estudo, introduzindo as questões centrais da investigação e os seus principais objectivos, explanando a metodologia utilizada para esse fim.

3.1 Descrição do Problema

A qualidade é um tema dinâmico, que está implícito e é transversal a todos os sectores de actividade. Na saúde este é um conceito ainda mais importante porque, para além de outras, uma das suas particularidades consiste no facto do cidadão estar envolvido no próprio processo produtivo.

Não existindo consenso sobre a sua definição e sobre a forma como deve ser medida e avaliada, a qualidade é muitas vezes interpretada de maneiras diferentes. Uma vez referida como eficácia técnica, apenas direccionada para aspectos terapêuticos, noutras a qualidade é associada somente à eficiência e a aspectos relacionados com gastos em saúde, e noutras perspectivas é tida como sinónimo do nível de satisfação dos utentes. Isto, no fundo, revela o seu dinamismo e a dificuldade de definir o seu significado e importância na área da saúde, por todos os factores e variáveis inerentes. Relativamente às diferentes metodologias de avaliação e de melhoria contínua da qualidade, tem havido um maior interesse por parte das organizações de saúde em adoptarem estas metodologias, embora seja ainda insuficiente e carente de estudos que provem claramente os seus benefícios e custo-efectividade. O seu carácter voluntário em alguns países, como em Portugal, parece determinar a escassa adesão e a diversidade de metodologias já implementadas, ficando ao critério das organizações de saúde a aposta nesta área e a escolha das metodologias que entenderem mais adequadas. Esse parece ser também um factor determinante que leva a diferentes níveis de progresso e de desenvolvimento das políticas e da implementação de estratégias de melhoria da qualidade nos sistemas de saúde dos países europeus.

Numa altura em que muita pressão tem sido exercida sobre as organizações para melhorarem a sua eficiência e os seus resultados em saúde, tendo subjacentes razões não só de carácter económico e de grandes restrições orçamentais mas também devido à complexidade do contexto dessas organizações, uma das principais questões que se coloca é a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos. A falta de estudos nesta área em Portugal e a falta de uma clarificação de certas questões, com uma perspectiva integrada e global da qualidade, torna necessário estudar o que se tem passado no país, surgindo naturalmente algumas questões: que evolução tem tido a qualidade em saúde? como é que a qualidade tem sido encarada pelos decisores políticos e pelos próprios profissionais? que políticas têm sido seguidas?. Mesmo ao nível das organizações de saúde não existe em Portugal uma imagem clara, neste momento, das organizações que estão acreditadas, das que não estão, dos serviços certificados, dos projectos que têm e das suas acções na área da qualidade. Não existem estudos que dêem esse panorama global, a nível nacional, do que se faz na área da qualidade em saúde e o que se passa dentro das organizações. A garantia da qualidade estrutural do SNS depende, em certa parte, dessa 'fotografia' e do acompanhamento desse processo. A partir desse conhecimento poderão ser tomadas medidas que reflectam a realidade nacional e que encaminhem para os resultados que se pretendem.

Por isso, sendo uma área tão importante como é a área da qualidade, é necessário reflectir o seu nível de desenvolvimento em Portugal, averiguar se o percurso da política de qualidade nacional tem trazido um impulso positivo para a melhoria da prestação de cuidados aos doentes e se esta tem seguido a tendência e os padrões internacionais. Existindo, actualmente, uma estratégia nacional para a qualidade, fruto de recomendações internacionais, é preciso debater a importância da qualidade, analisar criticamente o que já foi feito e conhecer a situação actual da qualidade nas organizações de saúde portuguesas, identificando e discutindo os pontos críticos que demonstram pouco consenso entre os especialistas nacionais e internacionais, para no final dessa discussão haver condições para iniciar o processo de construção de novas estratégias. É necessário entender e compreender primeiro os princípios e tendências actuais da qualidade a fim de estarmos abertos às possibilidades do futuro.

3.2 Perguntas de Investigação

Diante a problemática descrita surgem inúmeras questões sobre a qualidade no sector da saúde em Portugal, das quais se destaca uma questão fundamental que serve de base e que está na origem desta investigação:

“Como tem evoluído a Qualidade em Saúde em Portugal?”

Desta pergunta de partida deriva uma outra igualmente pertinente:

“Qual o estado actual da qualidade nas instituições públicas de saúde portuguesas?”

São estas as duas perguntas que vão delinear os objectivos e a metodologia a utilizar neste estudo.

3.3 Finalidade do Estudo

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para o estudo da evolução da qualidade em saúde em Portugal, para a sua compreensão e reflexão, nomeadamente a nível das políticas, das práticas e dos seus resultados, através de uma revisão histórica e das opiniões de peritos. Pretende também conhecer a situação actual da qualidade nas organizações públicas de saúde nacionais. É um projecto de investigação que tem como propósito apresentar uma perspectiva integrada da qualidade em saúde e contribuir para o seu entendimento global, podendo servir para influenciar futuras intervenções. No fundo pretende fazer uma análise do que tem sido a preocupação com a qualidade nas instituições de saúde portuguesas, não visando testar hipóteses mas perceber a forma como esta tem sido encarada nos últimos anos e se existe consenso sobre determinadas matérias.

3.4 Objectivos

Os objectivos deste trabalho consistem em:

- Compreender a importância da qualidade e a forma como esta é percebida relativamente ao sector público de saúde;
- Entender e comparar a evolução e a situação actual da qualidade em saúde em Portugal com outros países europeus, em termos de política de qualidade, de liderança e de estratégias nesta área;

- Analisar as práticas actuais e deprender novas medidas e estratégias para esta área;
- Investigar e procurar consenso em questões controversas da literatura relativas à gestão, avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade nas organizações de saúde e às decisões políticas nesta área;
- Comparar o conhecimento adquirido com o modelo teórico construído com base bibliográfica;
- Inquirir e obter o conhecimento sobre o estado actual do desenvolvimento da qualidade nas instituições do sector público de saúde português.

3.5 Tipo de Estudo

O presente trabalho de investigação assume características predominantemente exploratórias e descritivas, pretendendo identificar e comparar padrões e ideias e adquirir conhecimentos na área da qualidade em saúde. Seguindo uma abordagem qualitativa, este estudo não pretende testar hipóteses mas explorar perspectivas e experiências, aumentar o conhecimento e obter uma visão mais completa das dimensões do problema identificado, de modo a que posteriores pesquisas sejam concebidas com maior rigor e fundamento (Fortin, 1999). Segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa é necessariamente descritiva pois os dados recolhidos são em forma de palavras e não de números, ou seja, os dados são analisados em toda a sua riqueza, respeitando, tanto quanto possível, a forma como estes foram registados e transcritos (Bogdan e Biklen, 1994). Os resultados da investigação qualitativa baseiam-se em dados que incluem transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos e outros registos (Bogdan e Biklen, 1994). No caso deste estudo, os resultados do trabalho de campo baseiam-se em transcrições de entrevistas semi-estruturadas a peritos.

Delineamento da Investigação

Segundo Fortin (1999), o delineamento da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação.

Perante o que ficou determinado nos objectivos deste estudo, foi desenhado um protocolo de investigação composto por duas partes. Na primeira parte, é realizada uma investigação de campo baseada na realização de entrevistas semi-estruturadas a peritos na área da qualidade em saúde. Para tal é desenhado um guião de entrevista, com perguntas

sobre temas pertinentes para atender aos propósitos da investigação, e são definidos os peritos a entrevistar. Os dados recolhidos das entrevistas são resumidos e organizados e é feita uma análise do seu conteúdo. A segunda parte do estudo consiste no desenho e construção de um questionário, em forma de projecto, a aplicar a todas as organizações públicas de saúde portuguesas em futuras investigações, para o conhecimento da situação e do estado actual do desenvolvimento da qualidade nessas organizações.

3.6 Técnicas de Recolha da Informação

3.6.1 Entrevistas semi-estruturadas

Dada a natureza do estudo, o carácter subjectivo do tema e os objectivos de investigação, foi utilizada a entrevista exploratória, em profundidade, como metodologia qualitativa que permite a recolha da informação pretendida. Na investigação qualitativa, a entrevista, nomeadamente a entrevista semi-estruturada, tem sido considerada como uma técnica importante e aconselhada para estudos exploratórios, possibilitando uma aproximação ao contexto em estudo e a descoberta de elementos que contribuam para a reformulação dos objectivos da investigação (Bogdan e Biklen 1994). Bogdan e Biklen (1994) consideram a entrevista uma técnica recomendada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador repetir questões, reformula-las de forma diferente ou formular outras perguntas para esclarecer o discurso. No fundo, as entrevistas semi-directivas permitem que, no decorrer da entrevista, as perguntas se vão ajustando às características do entrevistado e aos conteúdos pretendidos pelo investigador. É uma técnica privilegiada para este estudo pois dá uma riqueza informativa e contextualizada de diferentes perspectivas, pontos de vista e orientações no sentido de um maior conhecimento e aprofundamento da investigação.

Para recolher a informação pretendida, que responda aos objectivos da investigação, foi construído e estruturado um guião de entrevista baseado na revisão de literatura, nos objectivos e no problema inicialmente identificado. Este guião original foi construído para orientar a investigadora e para criar uma dinâmica de conversação, tendo essencialmente questões abertas para permitir a liberdade de resposta e reflexão sobre o assunto que por si só não é fácil de abordar. Começa por perguntas mais gerais, a um nível mais superficial, e gradualmente vão surgindo perguntas mais em profundidade, mais específicas, terminando com uma pergunta de fecho relacionada com o futuro. O guião de entrevista (Anexo A) visou

colher a opinião de peritos sobre a evolução da qualidade em saúde em Portugal e sobre as actuais estratégias, sendo composto por 13 perguntas distribuídas por 4 temas:

Tema I - Importância e Atributos da Qualidade (1)

Tema II - Política de Qualidade em Saúde (5)

Tema III - Práticas e Organização dos Serviços (6)

Tema IV - Desenvolvimento Futuro (1)

O primeiro tema debruçou-se sobre a qualidade no SNS, com perguntas sobre a importância da qualidade para o seu desenvolvimento e sustentabilidade e sobre a qualidade percebida pelos peritos. O segundo tema, centrado na política de qualidade no sector da saúde em Portugal, continha perguntas sobre o possível atraso do país nesta área; a clareza da política de qualidade actual e da seguida nos últimos anos; a clareza da liderança na área da qualidade; a pertinência de uma entidade independente; e a relevância, impacto e falhas da actual Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. O terceiro tema focou-se nas práticas e estratégias para a qualidade e questionava sobre a acreditação das organizações de saúde, os seus atributos e outras medidas que poderiam ser implementadas; a importância da certificação; a avaliação da qualidade; a padronização das práticas de gestão da qualidade; a obrigatoriedade legal e as penalizações institucionais. O quarto tema questionava sobre as perspectivas futuras dos peritos para esta área.

Esta estruturação do guião permitiu fazer uma análise mais organizada da informação com as comparações necessárias. Sendo a qualidade um tema abrangente, que dá espaço à divagação e à dispersão do discurso, foi determinada a duração aproximada de 60 minutos para cada entrevista. O guião, na sua versão inicial, foi avaliado por dois elementos não constituintes da amostra e foi sendo adaptado e aperfeiçoado à medida que foram ocorrendo as entrevistas, para corrigir a sua clareza, a abordagem aos temas, imparcialidade e tentando não induzir as respostas.

O painel dos peritos foi determinado por critérios de heterogeneidade e diversidade profissional, ao nível da formação de base e quanto ao tipo de instituição que representam e a localização geográfica onde exercem a sua actividade, pretendendo-se obter uma multiplicidade de perspectivas e interpretações dos temas em estudo. Os peritos foram seleccionados por serem socialmente reconhecidos como sendo líderes na área da qualidade

em saúde, pelo seu conhecimento profundo sobre o tema, por desempenharem funções de chefia, na sua generalidade com formação e experiência na gestão de serviços de saúde, e por serem facilmente reconhecidos pelos seus pares como elementos fundamentais para a reflexão teórica do tema. Foi seleccionada uma amostra de conveniência, assegurando a heterogeneidade pretendida, de dimensão definida de oito especialistas - médicos, enfermeiros, economistas e administradores hospitalares - que exercem as suas actividades em hospitais, em cuidados regionais e locais de saúde, em empresas privadas e a nível académico.

Foi feito o contacto electrónico e telefónico aos peritos seleccionados, para apurar a sua disponibilidade e interesse em participar no estudo. Nesse contacto foi feito o convite formal com a devida apresentação dos seus objectivos e a justificação das entrevistas, enviando em anexo o guião com os temas a abordar, o número de participantes e a duração prevista das entrevistas. Todos os peritos demonstraram interesse em participar no estudo, tendo todos aceite os convites. Foram então marcadas oito entrevistas presenciais, nas datas e horas definidas diante a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas tiveram lugar no norte e centro do país e foram realizadas durante o mês de Maio e Junho. No início de cada entrevista foram primeiramente abordadas as questões mais formais, como a apresentação dos objectivos da investigação, as intenções da investigadora e o agradecimento pela disponibilidade e aceitação do convite. Sendo a entrevista uma técnica cuja informação recolhida é qualitativa, muitas vezes não objectiva, e considerando tanto a análise de conteúdo que posteriormente se aplica e a inexperiência da investigadora, foi pedida a autorização de gravação áudio das entrevistas a todos os peritos, com garantia de confidencialidade de dados, tendo sido permitida por todos (Anexo B). As entrevistas tiveram uma duração média de 75 minutos, tendo a mais curta 45 minutos e a mais longa 150 minutos. Para as entrevistas, a investigadora fez-se acompanhar de documentação própria em papel, inclusivamente o guião, tendo, na maioria, sido seguida a sua ordem, variando apenas consoante a objectividade do discurso dos peritos.

3.6.2 Questionário

O questionário é um instrumento adequado ao estudo extensivo de grandes conjuntos de indivíduos, podendo ser pessoas singulares ou colectivas, tais como hospitais (Graça, 2009). Apesar de não possibilitar o aprofundamento das questões com cada sujeito, este instrumento requer menores custos para a sua aplicação, dá uma maior garantia de anonimato e de

liberdade de resposta e ainda oferece uma uniformidade que facilita a comparação entre sujeitos (Fortin, 1999). A grande desvantagem deste método é a taxa de não-respostas (Graça, 2009).

Neste trabalho, o questionário foi a técnica escolhida para obter informação sobre a situação actual da qualidade nas organizações do sector público de saúde português, tendo como objectivo dar a conhecer as suas acções nesta área. Este instrumento foi construído de raiz, com base nas entrevistas realizadas no trabalho de campo e nos resultados das mesmas, e foi dividido em cinco grupos associados a temas diferentes e com uma ordem tida como coerente (Anexo C):

Grupo A – Caracterização da Instituição de Saúde

Grupo B – Caracterização do Inquirido

Estes dois primeiros grupos do questionário pretendem identificar e caracterizar as instituições de saúde, em relação ao nome, localização, população atendida e nível de cuidados prestados; e os inquiridos que as representam na resposta ao questionário, relativamente ao departamento onde exercem funções, o nível funcional onde trabalham e as funções que exercem. São constituídos por questões abertas e fechadas, de escolha múltipla.

Grupo C – Organização dos Serviços

O terceiro grupo, também com questões abertas e fechadas, pretende conhecer a organização dos serviços relativos à qualidade, como por exemplo, a existência de uma estrutura ou pessoa responsável por esta matéria dentro das instituições.

Grupo D – Política de Qualidade

No quarto grupo do questionário foi construída uma escala de atitudes do tipo Likert, com proposições na positiva e na negativa relativas à política de qualidade, para caracterizar o nível de concordância das instituições com as mesmas. Neste grupo, fazem também parte duas perguntas abertas para que as instituições justifiquem duas das suas respostas ao quadro anterior, nomeadamente em relação à avaliação e à política de qualidade.

Grupo E – Práticas e Projectos de Qualidade

O último grupo é mais extenso, com questões abertas e fechadas, de escolha múltipla, dirigidas à identificação, explicitação e caracterização das práticas e dos projectos de qualidade

existentes nas instituições, em termos de objectivos, abrangência e recursos alocados. Nesta parte questiona-se também o impacto dos projectos, o nível de investimento na área da qualidade, as dificuldades encontradas para a prossecução e iniciação de projectos e as intenções nesta área para o futuro.

A estrutura de uma pergunta depende do tipo de informação pretendida (Graça, 2009). Neste caso, o questionário foi construído com diferentes tipos de perguntas, para criar alguma dinâmica e não desmotivar os inquiridos. Foram incluídas questões abertas para darem uma maior profundidade e conhecimento dos factos e para dar uma maior liberdade de resposta aos inquiridos. A sua desvantagem está na complexidade da análise e tratamento das respostas, o que poderá consumir mais tempo à investigadora (Graça, 2009). As questões fechadas, pelo contrário, foram incluídas pela vantagem da facilidade da sua aplicação e tratamento da informação, no entanto, irão condicionar e limitar as respostas dos inquiridos a listas pré-definidas de respostas possíveis, o que poderá resultar numa grande perda de informação para a investigadora (Graça, 2009).

Para aplicar o questionário este deverá ser enviado por correio, por mão própria ou por via electrónica a todas as administrações das instituições públicas de saúde, do Continente português e ilhas. Sendo um esboço, aqui proposto como projecto para futuros estudos de aprofundamento desta temática, não foi sujeito a um pré-tese nem à sua validação, sendo apenas uma versão inicial. A versão definitiva, resultante desse processo, deverá estar associada a uma breve apresentação da investigadora e do propósito da investigação, bem como da estrutura do questionário, tipo de questões e instruções de preenchimento e devolução do mesmo. Necessitará ainda dos devidos ajustes e melhorias, do planeamento da sua aplicação e do tratamento estatístico e qualitativo dos seus dados.

3.7 Técnicas de Tratamento da Informação

3.7.1 Análise de Conteúdo

Todas as entrevistas foram gravadas em registo áudio e integralmente transcritas *verbatim*, de modo a ser possível a sua análise e interpretação, tendo este processo absorvido várias horas. Do total das oito entrevistas, resultaram 118 páginas de transcrição, tendo a mais curta sete páginas e a mais longa vinte e cinco. Para o tratamento dos dados, e para a descodificação das entrevistas, foi feita uma análise de conteúdo para organizar o conteúdo dos discursos num sistema de categorias. Bardin (2009) define a análise de conteúdo como um

conjunto de técnicas de análise de discursos, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência e o raciocínio dedutivo desse conhecimento. É uma técnica qualitativa, que exige rigor e objectividade, e que possibilita tratar a informação complexa das entrevistas através da sua estruturação. Bogdan e Biklen (1994) afirmam que a análise de conteúdo comporta a organização sistemática das informações e mensagens recolhidas através de entrevistas, artigos de jornais, declarações políticas, actas de reuniões, entre outros, com o objectivo de ampliar a sua compreensão e facilitar a apresentação de resultados a terceiros.

Diante o volume da informação, a análise de conteúdo das transcrições foi feita através da técnica de categorização temática que consiste em criar categorias comuns para agrupar a informação analógica, com o intuito de a reduzir a proporções mais objectivas e comparáveis. Esta técnica envolve um conjunto de processos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2009). Depois de feita uma leitura exhaustiva do conjunto de transcrições, foram definidas as categorias e subcategorias de análise (A-M), ou seja, conceitos, palavras e/ou afirmações sumárias escolhidas pelo facto de representarem ideias relevantes para os objectivos da investigação. Parte dessas categorias já tinham sido definidas *a priori* com a revisão bibliográfica.

Com base nas categorias e subcategorias definidas, e atendendo aos objectivos da investigação, foram criadas quatro grelhas de análise do conteúdo das entrevistas (Anexo D), uma por tema, com o agrupamento das respectivas unidades de registo, ou seja, com o agregar de segmentos de discursos ou palavras da linguagem dos entrevistados. Com estas grelhas tornou-se mais simples a narrativa descritiva e as comparações das perspectivas dos peritos. Para salvaguardar os participantes do estudo, e como princípio ético desta investigação, os seus nomes foram substituídos por códigos (E1-E8) e foi omitida toda a informação que pudesse de alguma forma identificá-los.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se proceder à apresentação estruturada dos resultados obtidos da análise de conteúdo e simultaneamente fazer a sua interpretação em cada uma das categorias em análise.

Tema I – Importância e Atributos da Qualidade

A – Qualidade no SNS

Começando a análise do primeiro tema, e no que se refere à *importância da qualidade*, os peritos consideram ser um elemento importante e fundamental para o desenvolvimento e sustentabilidade do SNS, referindo que deve ser uma prioridade transversal (n=2) e que possibilita “ganhos económicos e financeiros substanciais” (E7). “*Prestar cuidados de saúde com qualidade é mais barato do que sem qualidade*” (E5) e “*um desempenho sem qualidade tem custos acrescidos*” (E6). Realçam também que “*é contraproducente o corte de investimento nesta área*” (E6). As dimensões da qualidade mais referidas foram a eficiência e a efectividade (n=5).

Relativamente à *qualidade percebida* do sector público de saúde, foram identificados aspectos positivos e negativos. Na sua maioria os peritos caracterizam a qualidade do SNS como muito boa (n=4), com um bom nível de desempenho (n=2) e com áreas com qualidade, nomeadamente a nível da efectividade, formação médica e de enfermagem e avaliação positiva dos doentes. Foi referido que houve uma grande evolução dos indicadores de saúde, com indicadores actualmente na média ou acima da média dos países da OCDE, devendo-se à boa organização do SNS e do sistema de saúde (n=2). Como aspectos negativos identificaram a variabilidade das práticas clínicas (n=3), o desperdício de recursos, a pouca inovação, a inequidade no acesso (n=2), pouca qualidade organizacional, a prestação de cuidados não atempada e alguns indicadores abaixo da média dos países da OCDE, como a taxa de infecção hospitalar.

Tema II – Política de Qualidade em Saúde

B – Atraso na área da qualidade em saúde

Em matéria de qualidade em saúde, os peritos tiveram opiniões distintas quando questionados sobre o possível *atraso* do nosso país em relação a outros países europeus. Três peritos consideram que existe um atraso muito significativo, dois admitem ser possível mas relativo e três negam esse facto. Alguns relataram que Portugal, na década de 1990, esteve adiantado, com uma posição pioneira nesta área, com uma *“política de qualidade, um pensamento estruturado, uma estratégia, com instrumentos que foram criados”* (E8) e *“tínhamos o maior número de auditores, um sistema de acreditação que estávamos a adaptar para nós, um instituto, (...), um sistema nacional da qualidade, objetivos claros nessa matéria e uma estrutura clara”* (E5). Actualmente *“tirando alguns hospitais que continuam com a acreditação, não vejo que exista mais nada”* (E4).

Na perspectiva dos que negam o atraso nesta matéria, há vinte anos o atraso era mais notório, havendo neste momento uma aposta na qualidade com a criação do DQS e da ENQS.

C – Política de Qualidade em Saúde

Quanto à *clareza da política* de qualidade em saúde em Portugal, as opiniões dividem-se. Metade dos peritos diz que a política tem sido clara e a outra metade diz que não. Referem-se à política como sendo consubstanciada fundamentalmente na actual ENQS (n=2), nos conselhos clínicos dos ACES, na elaboração de NOCs e na gestão do risco clínico nos hospitais. Foi dado o exemplo da contratualização das USFs, que contratualizam planos de acompanhamento interno, com avaliações rigorosas e monitorização de indicadores, que no fundo é um processo de garantia de qualidade. Afirmam que a política está escrita e documentada, constituindo uma intenção teórica e programática, porém um perito diz que esta é desconhecida pelos profissionais de saúde.

Os que afirmam não haver uma política clara justificam que a qualidade não tem sido uma prioridade devido aos poucos recursos alocados (n=2), à falta de investimento na área (n=2) e devido à descontinuidade dos processos, estruturas e estratégias nos últimos anos (n=3). Afirmam ainda que *“neste momento não vejo que a tutela veja a gestão da qualidade como uma área de investimento prioritária, mas como uma área de custo a cortar”* (E6); *“não temos uma preocupação explícita com a qualidade”* (E3) e *“devia haver metas nacionais e institucionais na área da qualidade”* (E5).

D – Liderança em qualidade no sector da saúde

Em termos de *clareza da liderança*, cinco especialistas afirmam que existe uma liderança clara, apesar de realçarem que é uma liderança formal e legal, e que deve ser também da responsabilidade dos gestores. Os restantes entendem que não existe uma liderança clara na área da qualidade em saúde em Portugal e que existe uma falta de líderes nessa área (n=2). A fragmentação foi interpretada como iniciativas espalhadas pelo país. Dois especialistas argumentam que não existe uma ligação directa e que o acesso das unidades de saúde ao DQS é difícil, sendo a falta de tradição da DGS na área da qualidade e os poucos recursos que tem, duas das razões apontadas para esse facto. No geral, a liderança na área da qualidade em saúde é considerada fundamental na defesa de programas e na mobilização dos profissionais para os objectivos da qualidade (n=2), sendo também necessário que essa liderança seja dada às profissões da saúde para não ocorrerem as clivagens habituais entre gestores e profissionais.

E – Entidade independente

A *pertinência da existência*, actualmente, de uma entidade exclusivamente dedicada à área da qualidade em saúde em Portugal é vista de forma positiva pela maioria dos entrevistados. É justificada como uma necessidade para o processo intermédio de apoio às instituições. Apenas um não viu vantagens nessa possibilidade.

Quanto ao *valor da independência*, um perito manifestou as suas dúvidas e outro defendeu que não o deveria ser, que o Estado tem de ser corresponsável pela garantia da qualidade das prestações públicas e privadas, e defende uma entidade para-pública com autonomia na contratação de pessoas a empresas. Seis peritos defenderam a independência como atributo importante, que dá credibilidade e confiança ao processo (n=2), separando a prestação de cuidados, do financiamento e da avaliação dos processos (n=2) deixando de haver um conflito de papéis. Afirmaram ainda que “*é mau quando o Estado por um lado presta serviços e é ele próprio que avalia. Perde credibilidade*” (E2); “*devia haver uma estrutura de governação e responsabilização da qualidade, que articulasse os vários níveis de cuidados e responsabilizasse todas as equipas, instituições, ARS, de forma a que toda a gente estivesse alinhada para os objectivos e questões da qualidade*” (E5) e “*a qualidade tem de ter um espaço próprio com uma visão para garantir que o sistema está orientado para os resultados em saúde e não só no processo*” (E8).

F – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

Como análise à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, foram feitas três questões. A *relevância da ENQS* foi descrita como sendo uma estratégia lata (n=2), vasta, abrangente, coerente, clara, exigente, interessante, conceptualmente adequada e bem definida. As áreas identificadas como mais relevantes foram a segurança (n=2), a qualificação das unidades de saúde, a acreditação, as NOCs (n=2), o sistema de indicadores nacionais (n=2), a notificação de incidentes e eventos adversos (n=2), o controle da infecção hospitalar, os sistemas de informação, a monitorização e a continuidade de cuidados integrados. Dois peritos defendem que existem áreas em excesso, como por exemplo, a inadequação da área da mobilidade dos doentes e da gestão da doença crónica numa estratégia para a qualidade.

Como *áreas adicionais* à ENQS, metade dos peritos afirmou que a estratégia já incluía todas as áreas pertinentes. Foram apontadas outras áreas como as tecnologias de informação para operacionalizar e monitorizar a ENQS, a gestão, a contratualização e a associação da qualidade a sistemas de pagamento aos prestadores.

Quanto ao *impacto da ENQS*, e tendo em conta o seu horizonte temporal de dez anos, as opiniões positivas foram no mesmo sentido, ou seja, a estratégia terá impacto mas tal irá exigir a sua monitorização (n=2), acompanhamento (n=2), avaliação e revisão periódica (n=2). O seu sucesso irá depender da capacidade de operacionalizar a estratégia (n=7), dos recursos alocados (n=5) e se esta é ou não uma prioridade política. Três especialistas afirmaram que não terá nenhum impacto devido ao desconhecimento das pessoas. Alguns referem que “*é sempre importante ter um quadro de referência para termos a visão estratégica de como se vai desenvolver o sistema da qualidade*” (E8) mas “*o problema é a sua implementação e a forma como se vai avaliar para ver se de facto está a atingir os objectivos*” (E2).

Tema III – Práticas e Organização dos Serviços

G – Acreditação das organizações de saúde

A questão sobre a *concordância com a estratégia* de acreditação das unidades de saúde nacionais divide os especialistas. Três concordam com essa estratégia, dois não concordam que seja uma estratégia prioritária e dois acham que é importante mas numa segunda linha, podendo não ser suficiente. Um perito apoia a acreditação como processo de melhoria contínua e de garantia da qualidade mas não como esta é aplicada actualmente.

Foram enumerados diversos *atributos da acreditação*, positivos e negativos. Os atributos positivos consistem em: permitirem acreditar partes de hospitais; serem interessantes, transversais e úteis; serem de disseminação rápida a todas as instituições; despertarem uma consciencialização para a qualidade; contribuírem para uma comunicação mais efectiva e para o envolvimento de todos os colaboradores; promoverem a *accountability*, o reconhecimento externo das boas práticas e a transparência. A acreditação “*tem vantagem de despertar as instituições para o problema da qualidade, para a importância de ter boas estruturas e bons processos*” (E3) e “*são uma mais-valia para processos de reorganização nas instituições*” (E6).

Como atributos negativos: não mudam comportamentos; são caros; não fazem a diferença; têm uma efectividade e custo-efectividade questionável; são exigentes em termos de consumo de recursos; não têm preocupações com questões clínicas, apenas estruturais; e existe pouca evidência do seu impacto na melhoria da qualidade. A acreditação é “*uma estratégia possível de melhoria da qualidade, não é garantia de que o seja*” (E5); “*há pouca evidência do seu impacto na melhoria dos cuidados*” (E5) e “*o grande desafio dos programas de acreditação ou de gestão da qualidade é alterar comportamentos, alterar práticas no sentido da excelência*” (E6).

Outras medidas que se podiam adoptar: Instituições com uma estrutura, departamento ou área ligada à qualidade; departamento da qualidade nos ACES; serviços/unidades com elemento identificado ligado à qualidade (n=2); implementação e avaliação das NOCs (n=5); processos de melhoria contínua da qualidade; projectos de qualidade iniciados pelos profissionais; grupos de qualidade nos hospitais; departamentos de qualidade nas ARS; núcleos locais de qualidade (n=2); foco nos resultados; sistemas de informação interoperáveis para monitorizar a qualidade (n=2); observatório para monitorizar a variabilidade das práticas clínicas; rentabilizar o *know-how* de anteriores processos nacionais de acreditação; gestão integrada das organizações; modelos de gestão da qualidade integrados e articulados entre hospitais, cuidados de saúde primários e RNCCI; programas de gestão da qualidade robustos; gestores da qualidade e gestores do risco nas instituições; recomendações e acompanhamento das instituições; investigação; planeamento estratégico dos recursos humanos; formação adaptada às necessidades formativas dos profissionais; e pessoas que no SNS trouxessem a evidência aos médicos de uma forma não enviesada, como por exemplo, os farmacêuticos clínicos.

Entendendo ainda que *“cada serviço ou unidade, mesmo micro, deve ter sempre identificado um elemento ligado à qualidade, que garante que as coisas são operacionalizadas”* (E1) e que *“em organizações muito pequenas, pela economia de recursos, valeria a pena haver um departamento que as apoiasse em conjunto”* (E1). Justifica-se a existência de departamentos para *“reflectir aquilo que é a adequação da estrutura nacional à estrutura local”* (E1) e para *“garantir alguma continuidade a nível local, alguma monitorização, um facilitar na implementação de medidas locais”* (E3). *“Devia de haver um observatório que monitorizasse a variabilidade das práticas e que tivesse uma estratégia para actuar perante os serviços e as instituições que têm um mau desempenho, não em termos de ratings, mas como ajuda, por exemplo, transportando equipas e práticas de hospitais e serviços onde há melhor desempenho para onde há pior”* (E5).

H – Certificação das organizações de saúde

Quando questionados sobre a *importância da certificação* das organizações de saúde todos os peritos consideraram ser um processo importante mas apenas em áreas não clínicas, como laboratórios, serviços de imagiologia, análises clínicas, entre outros. Certificar organizações de saúde no seu todo não é visto como uma boa estratégia por ser um processo pobre e deficitário em termos de resultados que se pretendem obter; por não ser custo-effectivo devido à sua orientação para a área industrial; por não ter sensibilidade para a área da saúde; pelo seu impacto ser praticamente imperceptível; e por duplicar esforços.

I – Avaliação da qualidade em saúde

Sobre a avaliação da qualidade em saúde, todos os especialistas concordaram que esta é de extrema importância, contudo, as opiniões divergem quanto ao *tipo de avaliação*: avaliação dos resultados e desempenhos; processos e resultados (n=2); estrutura, processos e resultados (n=2); contratualização com indicadores que potenciam a qualidade; inquéritos de satisfação aos utentes; *Focus Group*; monitorização regular com indicadores (n=2); sistemas de informação para monitorizar e avaliar indicadores; comparação de resultados com outros países (n=2); e identificação das dimensões que caracterizam o desempenho e os seus indicadores para avaliar as causas dos problemas identificados.

Dois dos especialistas realçaram que os indicadores devem ser actualizados periodicamente para se adequarem à realidade de cada momento porque *“indicadores que já estejam incorporados na cultura devem ser utilizados apenas como alerta”* (E8). Afirmaram

ainda que *“é fundamental haver um sistema de indicadores adequado que monitorize a qualidade aos vários níveis de cuidados, e a nível dos serviços, das instituições, a nível regional e nacional, que não existe”* (E5) e *“com poucos indicadores podemos perceber como é a qualidade dos cuidados de uma organização”* (E6).

Foram também identificados alguns problemas nesta área como a dificuldade de produção e cálculo de indicadores e a falta de instrumentos disponíveis para a medição sistemática da qualidade (n=2).

J – Padronização das práticas de gestão da qualidade

A padronização das práticas ou metodologias de gestão da qualidade nas organizações de saúde suscitou diversas opiniões. Os peritos expressaram diferentes níveis de *concordância com a padronização*: Dois peritos admitem uma padronização a nível do país e a nível institucional, um defende apenas a nível institucional e dois são claramente contra. Um perito admite processos iguais implementados em organizações similares, outro defende padrões de qualidade imperativos e universais em certas áreas e outro afirma que *“o que se tem que padronizar é o resultado esperado, o compromisso é o resultado, com o controle e acompanhamento do processo”* (E8).

A padronização ao nível institucional é a mais bem aceite pois *“não faz sentido ter dentro de um hospital creditações e certificações por múltiplas instituições que usam lógicas, padrões e critérios diferentes”* (E3) porque *“essa divergência pode levar a alguma confusão e a questionar se essas instituições têm ou não qualidade”* (E3); *“há hospitais que têm dois programas de acreditação em curso, em simultâneo, e ainda processos de certificação de unidades, o que para mim é um desperdício”* (E6). Os peritos que são contra a padronização justificam a sua opinião com a existência de sistemas e culturas diferentes e com a necessidade de apoiar todas as iniciativas das organizações. Não defendem a uniformização *“por causa da natureza do sistema de saúde que é complexo”* (E5) e porque *“ninguém sabe qual a melhor forma de organizar hospitais, articular instituições e financiar. Há coisas que funcionam nuns sítios e não noutros. A melhor atitude é personalizar métodos, avaliar, ver o que se aceita e o que não resulta, estimular boas práticas e diminuir as más”* (E6).

O modelo único nacional é visto, por um perito, como um processo dispendioso e sem vantagens num país pequeno como o nosso *“porque ficamos fechados sobre nós próprios, sem inovação do exterior”* (E7). Nenhum referiu a padronização a nível europeu pois defendem que

demoraria anos a concretizar-se. Apenas dois peritos se referiram às *características do modelo único* que poderia existir como preferencialmente adaptado à área da saúde e facilmente adoptado pelas organizações e aos seus contextos (n=2), que permita comparações com outros países (n=2) e que seja flexível (n=2), dinâmico e revisto periodicamente para continuar a dar a resposta necessária aos problemas que vão sendo identificados.

K – Obrigatoriedade legal

Quanto à *concordância com a obrigatoriedade*, seis dos oito entrevistados são a favor da obrigatoriedade e definiram o que deve ser obrigatório: a acreditação; a formação/recertificação dos profissionais, como garantia da qualidade dos recursos humanos (n=3) porque *“cada vez temos mais evidência que obriga a repensar as práticas”* (E6); os sistemas de gestão da qualidade (n=2); os objectivos da qualidade; a publicação de indicadores de qualidade; e as NOCs, como requisitos base nos contratos-programa. Realçaram ainda que *“todas as instituições deviam ser acreditadas porque é a garantia de que de facto há qualidade naquela prestação”* (E1) e *“quando se deixa ao livre arbítrio das instituições ou dos profissionais o que querem fazer, alguns optam, por razões diversas, por não fazer nada ou quase nada e de facto não estamos a conseguir garantir mínimos”* (E3). Um perito afirma que a obrigatoriedade deve implicar consequências nos orçamentos. Os peritos que discordam argumentam que as estratégias voluntárias são mais efectivas, baratas e fáceis de gerir e controlar, sendo apenas a favor dos incentivos (n=2).

L – Penalizações institucionais

O nível de *concordância com as penalizações* às instituições de saúde que não fazem investimento e não demonstram preocupações com a área da qualidade foi um tópico de resposta unânime. Todos os peritos foram contra as penalizações, defendendo em sua alternativa os incentivos (n=6); premiar a qualidade com formação, financiamento, infraestruturas e equipamentos (n=3); investir nas organizações que estão pior; fazer o reconhecimento do investimento; fazer recomendações e consultar as necessidades das organizações para iniciarem os seus projectos de qualidade. As únicas penalizações admitidas por um perito foram para os dirigentes dessas mesmas instituições. Porque *“se uma organização tem um processo de qualidade e demonstra a melhoria e garantia da qualidade tem que ter algum benefício”* (E8).

Tema IV – Desenvolvimento Futuro

M - Futuro

Quanto às *perspectivas futuras*, as opiniões divergem. Metade dos entrevistados mostra-se relativamente optimista, dizendo que caminhamos na direcção certa, que as organizações com tradição na área da qualidade vão continuar essa aposta (n=2), e que vai continuar a haver pessoas com projectos novos pelo facto de haver mais conhecimento e informação nesta área. A qualidade vai ser importante para a eficiência e racionalização da utilização dos recursos e *“vai haver muito e bom trabalho em qualidade nas organizações”* (E7). Foi referido que, na nova directiva dos cuidados transfronteiriços, está implícita a garantia da qualidade dos serviços, o que por sua vez vai *“exigir uma aposta na gestão da qualidade de forma transparente e efectiva, que informe onde se produz cuidados e com que qualidade”* (E6). Porém, alguns peritos admitem que o contexto actual pode pôr em risco a área da qualidade, com os constrangimentos financeiros as organizações que quiserem apostar nesta área vão ter dificuldades se não tiverem o apoio necessário (n=2) e outras vão ver nesta uma oportunidade de cortar nos custos porque não têm capacidade financeira. O desinvestimento vai causar um retrocesso em alguns indicadores de saúde e vai agravar as desigualdades, o acesso a cuidados de saúde e os custos, por força dos cortes em inovação e nas tecnologias que se vão reflectir em diferentes formas de tratar os doentes. Alguns peritos partilharam as suas preocupações: *“Temo que a política de cortes tenha impacto na qualidade clínica”* (E6); *“temo que as pessoas não percebam que melhorar a qualidade é aumentar a eficiência e diminuir o desperdício, que é possível melhorar a qualidade e reduzir custos”* (E5).

Tabela 1 – Resumo Analítico dos Resultados

Tópicos Convergentes	Tópicos Divergentes
A – Qualidade no SNS	B – Atraso na área da qualidade em saúde
D – Liderança em qualidade no sector da saúde	C – Política de qualidade em saúde
E – Entidade independente	G – Acreditação das organizações de saúde
F – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	I – Avaliação da qualidade em saúde
H – Certificação das organizações de saúde	J – Padronização das práticas de gestão da qualidade
K – Obrigatoriedade legal	M – Futuro
L – Penalizações institucionais	

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

É objectivo deste capítulo fazer uma análise e discussão aprofundada das opções metodológicas e dos principais resultados obtidos no capítulo anterior, relacionando-os com a componente teórica e conceptual da revisão de literatura.

5.1 Discussão Metodológica

A metodologia aplicada neste estudo consubstanciou-se na realização de entrevistas semi-estruturadas a peritos e no desenho de um esboço de questionário a aplicar em futuras investigações. O trabalho de campo realizado teve como intuito obter as diferentes perspectivas e opiniões de peritos na área da qualidade em saúde, tendo sido feita a sua selecção segundo características de diversidade profissional, de formação, de localização geográfica e de nível de cuidados onde exercem a sua actividade, o que à partida corresponde ao universo dos dirigentes e técnicos superiores do SNS, ou seja, a amostra seleccionada tem muitas possibilidades de ser uma garantia da realidade existente. Esta diversidade, de facto, enriqueceu a discussão, reflectindo-se na forma de abordar as questões colocadas, nas respostas e nas justificações, revelando perspectivas nitidamente distintas sobre algumas matérias. O número de peritos entrevistados foi limitado devido a condicionalismos de tempo e meios, o que pode ser considerada uma limitação deste estudo.

O guião de entrevista foi elaborado tendo por base a revisão de literatura, os objectivos da investigação e o problema inicialmente identificado. Este teve primeiro uma análise crítica do orientador e foi sendo aperfeiçoado à medida que decorriam as entrevistas, mantendo-se os temas mas clarificando-se, adequando-se e corrigindo-se a abordagem das perguntas. No entanto, foi perceptível que, nomeadamente a pergunta sobre o possível atraso de Portugal em matéria de qualidade em saúde e a pergunta sobre a padronização das práticas de gestão da qualidade, não foram suficientemente explícitas no seu vocabulário para todos os entrevistados, pois as suas respostas não corresponderam ao conhecimento que se queria obter. Resultaram, portanto, em interpretações diferentes entre os respondentes, criando um viés interpretativo importante que não permite valorizar de igual forma os resultados no seu conjunto. Na sua globalidade, este estudo obteve um *feedback* muito positivo, tendo o guião

sido muito bem recebido por parte dos peritos. A sua desvantagem foi, sem dúvida, o facto de ser constituído essencialmente por perguntas abertas, o que tornou a análise e interpretação do seu conteúdo difícil e morosa dada a quantidade de informação. Este tipo de perguntas também teve a desvantagem de permitir alguma dispersão do discurso dos entrevistados. O envio prévio do pedido de entrevista e do guião, a todos os peritos, pode ter de alguma maneira influenciado as suas respostas por perda de espontaneidade e/ou por adequação dos respondentes aos interesses da investigadora. Os conceitos da própria autora influenciam os resultados, o que não invalida o seu valor como resultado exploratório e como abertura para estudos ulteriores.

Para as entrevistas, para além do guião em papel, foi levado o despacho da criação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o que proporcionou uma maior dinâmica de conversação, traduzindo-se assim numa mais-valia. As entrevistas tiveram uma abordagem clara, simples e na maior parte das vezes um pouco informal, o que criou um ambiente propício ao diálogo e um à vontade que estimulou uma maior abertura para as questões mais delicadas. A utilização do gravador pode ter influenciado as respostas dos peritos e a abrangência do tema fez com que algumas entrevistas não respeitassem a duração que estava prevista inicialmente. Em conclusão, esta metodologia foi bem aceite e proporcionou uma quantidade de informação enorme e uma riqueza muito grande pela diversidade de respostas.

A análise de conteúdo aplicada aos dados das entrevistas transcritas permitiu ordenar, sistematizar e ‘arrumar’ a informação em categorias pré-definidas, o que facilitou a sua análise. Algumas citações *ipsis verbis* mereceram ser divulgadas pela sua pertinência e importância para a compreensão da problemática em estudo.

O questionário, elaborado como segunda fase deste trabalho e a aplicar a uma amostra representativa, não estava previsto ser executado, mas como recomendação para a sua execução futura devem ser tidos em conta estes resultados. Naturalmente, necessitará de algumas melhorias e adaptações aos propósitos de futuras investigações, e a sua devida validação.

Considerações éticas. Foram realizados os procedimentos formais e as considerações éticas necessárias em todo o processo de investigação. Foi fornecida informação prévia aos participantes sobre o estudo em causa e os seus objectivos, bem como as perguntas que iriam ser feitas e a duração das entrevistas. Foi garantido o anonimato dos participantes, não havendo nenhuma citação ou referência que permita a identificação dos seus autores. Os

dados das entrevistas não serão usados para outros fins que não sejam científicos e as gravações serão eliminadas após a apresentação e discussão deste trabalho.

5.2 Discussão dos Resultados

Tema I – Importância e Atributos da Qualidade

A – Qualidade no SNS

A qualidade é um conceito ao qual os peritos entrevistados deram especial importância, principalmente em duas dimensões: a eficiência e a efectividade. São vários os autores que referem essa importância, especialmente diante as condições actuais, com o aumento das expectativas das populações em relação à efectividade dos cuidados prestados e à eficiência no consumo de recursos, ou seja, existe uma maior exigência para a qualidade nos sistemas de saúde. Na perspectiva da sustentabilidade dos sistemas, com o aumento do número de patologias e do número de gente idosa e doentes crónicos, e com o aumento das tecnologias avançadas, que são mais caras e que exigem um maior esforço financeiro das instituições, a qualidade pode ter aqui um papel importante, tanto para evitar custos implícitos da má prestação de cuidados e consequentes erros e danos aos doentes, como para tornar a prestação mais efectiva e com uma utilização mais racional dos recursos (Cánovas, Hernández e Botella, 2009; Carey e Stefos, 2011). As consequências sociais e financeiras da má qualidade dos serviços de saúde justificam o investimento nesta área, em programas de melhoria contínua da qualidade (Cánovas, Hernández e Botella, 2009; Carey e Stefos, 2011).

Relativamente à qualidade do sector público de saúde, foi praticamente unânime a qualidade e o bom desempenho do SNS. Apesar de não haver muita literatura em Portugal sobre esta matéria, é consensual que os indicadores de saúde portugueses foram os que tiveram uma evolução mais consistente e rápida nos últimos 30 anos, estando em muitos deles, segundo os dados da OCDE, acima da média dos países europeus (OECD, 2004). Os aspectos positivos referidos nas entrevistas, como a efectividade, a formação médica e de enfermagem e a avaliação positiva dos doentes, devem-se sobretudo à evolução e boa organização do sistema de saúde, como referido por dois peritos, mas certamente também devido à evolução da vida económica e social em Portugal, em termos de condições de habitação, de rendimento, de saneamento básico e de educação. Como é conhecido, apesar dos enormes sucessos do SNS, que colocaram Portugal em lugares de distinção no *ranking* mundial dos serviços públicos de saúde, existem também fragilidades e pontos negativos,

como a variabilidade das práticas, o desperdício de recursos e a inequidade no acesso, entre outros, que não são exclusivos do SNS mas são problemas que também subsistem noutros países. Existindo problemas de qualidade no SNS significa que ainda há uma grande margem de progresso nesta área para os próximos anos. Portanto, estas foram duas questões consensuais entre os peritos, que era expectável que o fossem.

Tema II – Política de Qualidade em Saúde

B – Atraso na área da qualidade em saúde

O possível atraso do nosso país na área da qualidade, ou seja, em termos de políticas sustentáveis e estratégias bem definidas, foi um ponto de clara divergência. Surpreendentemente, os especialistas não estão de acordo em relação a este assunto, referindo por um lado que a posição pioneira que Portugal tinha nesta matéria, nos anos 90, foi interrompida e todo o investimento que foi feito, em termos financeiros e de *know-how*, foi desperdiçado, e que portanto a partir daí perdemos vantagem competitiva em relação a outros países; e por outro afirmam que neste momento estamos a compensar a indefinição que foi criada com a extinção do IQS dando mais atenção à qualidade através da criação do DQS e da ENQS. É evidente que, numa análise global, enquanto há países em que a qualidade em saúde tem sido uma preocupação há mais de vinte anos, na maior parte dos casos essa preocupação só surgiu na discussão política há cinco ou dez anos, o que leva a diferentes níveis de progresso na área da qualidade (Spencer e Walshe, 2009). Portugal fez parte do primeiro grupo de países que se preocupou com a qualidade, e o facto é que gradualmente, a partir de 2006, quando se deu a extinção do IQS e a interrupção dos seus projectos, deixou de haver uma dinâmica nesta área pela indefinição das estruturas por ela responsáveis. Esse facto ficou evidente na avaliação da OMS ao Plano Nacional de Saúde, em 2010, que reconheceu os poucos objectivos e acções na área da qualidade em Portugal (WHO Europe, 2010). Não querendo dizer que existe um atraso ou não nesta matéria, enquanto cá se extinguiu o IQS em 2006, outros países criavam institutos semelhantes, o que de alguma forma poderá justificar a opinião dos peritos. Por outro lado, actualmente existe o DQS que tem a missão de pôr a estratégia nacional no terreno, o que significa que existe novamente uma intenção e uma preocupação com esta área.

C – Política de Qualidade em Saúde

Outro assunto com opiniões nitidamente divergentes é a política nacional de qualidade em saúde. Sendo esta uma questão subjectiva, que depende muito da percepção dos peritos e dos juízos de valor que fazem perante a realidade, era expectável a diversidade de opiniões. Numa perspectiva histórica, a política de qualidade para o sector da saúde tem sofrido diversas alterações, com a criação e extinção de estruturas, com a mudança de recomendações e interrupção de processos. Essa inconstância levou alguns peritos a considerarem que não tem havido uma política clara para a área da qualidade, nem tem sido uma prioridade nos últimos anos. A descontinuidade de estruturas e a mudança de critérios e de estratégias orientadoras, se não justificadas, levam ao abandono de processos já implementados e com investimento feito por parte das instituições de saúde, e tratando-se de uma área que não é fácil de introduzir na sua cultura, perde-se a credibilidade, o apoio e a motivação dos profissionais. A descontinuidade, muito referida pelos entrevistados, não permite manter, de uma forma sustentada, as actividades de garantia e de melhoria contínua da qualidade como parte integrante das organizações e do sistema de saúde. Por outro lado, a descontinuidade não é necessariamente má quando existe evidência de que os processos não são custo-efectivos ou quando as mudanças reflectem evoluções para benefício da prestação de cuidados. Os escassos recursos e a falta de investimento na área da qualidade são riscos de uma situação como a actual, com o sector da saúde a sofrer cortes substanciais no seu financiamento. Os peritos que vêem a política de qualidade como sendo clara e evidente justificam com o facto de existir actualmente um departamento exclusivamente dedicado a esta área e uma estratégia nacional escrita e documentada, à semelhança do Plano Nacional da Qualidade espanhol, com objectivos e acções definidas para a área da qualidade para os próximos anos.

D – Liderança em qualidade no sector da saúde

Em relação à liderança, existe um ligeiro consenso entre os especialistas. A DGS foi identificada, claramente, como a estrutura que lidera a qualidade em saúde em Portugal, mas foi realçado o facto de ser apenas uma liderança formal e legal, ou seja, uma liderança que foi legislada e reconhecida superiormente como tal. Liderar é guiar as pessoas na mesma direcção, é uma missão de congregar esforços e competências no mesmo sentido e objectivos, o que segundo os especialistas que não reconhecem uma liderança, isso não acontece por várias razões. O facto de perceberem que não é dado o devido apoio às instituições, em

todo o processo de acreditação e em projectos próprios de melhoria contínua e de gestão da qualidade, revela uma dificuldade em liderar, com os recursos e meios disponíveis. Havendo várias pessoas que trabalham na área da qualidade em Portugal, que podem ser consideradas líderes informais, a importante missão do líder formal, ou seja, da DGS, é ser capaz de orientar, de promover a implementação de estratégias no terreno e de motivar essas pessoas, as instituições e os seus profissionais na sua continuidade. Acaba por ser uma liderança e uma responsabilidade partilhada por todos.

E – Entidade independente

A necessidade de uma entidade independente, exclusivamente dedicada à área da qualidade em saúde em Portugal, obteve um grande consenso entre os entrevistados, como seria de esperar. A criação desta estrutura exigiria uma reorganização da governação nesta área, posicionando-se num plano intermédio de apoio ao desenvolvimento da qualidade nas instituições, em termos de informação, apoio técnico, formação em qualidade, entre outras actividades. Incorporar estas actividades numa entidade autónoma e independente, que seja o elo de ligação entre a DGS e as instituições e cidadãos, é um processo que já existe na Holanda, Reino Unido e Alemanha, por exemplo, onde os institutos e entidades nacionais ligadas à qualidade são independentes do Estado (WHO Europe. EOHSP, 2008). Na Holanda, o Instituto Nacional de Qualidade é uma organização independente que promove a gestão da qualidade nas organizações de saúde através da formação e apoio técnico. Neste país existe também um instituto para a acreditação dos hospitais que é igualmente independente; No Reino Unido existe o NICE, que desenvolve e dissemina normas de orientação clínica; e na Alemanha foi criado em 2004 o Instituto para a Qualidade e Eficiência em Saúde, como organismo independente, tendo como actividades a elaboração de relatórios e pareceres sobre a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, a avaliação da sua aplicação, o desenvolvimento de recomendações sobre programas de gestão da doença e a divulgação de informação aos doentes (WHO Europe. EOHSP, 2008). Em Portugal, também se assistiu a esta situação com o IQS, como organismo dotado de autonomia científica, técnica e administrativa. Portanto, actualmente, a criação de uma estrutura de governação e de responsabilização para a área da qualidade, como defende a maioria dos peritos, permitiria uma maior garantia de implementação de acções no terreno, com uma maior articulação dos vários níveis de cuidados. A sua independência é tida como um atributo de extrema importância por permitir separar o financiamento da prestação de cuidados e da sua avaliação, como forma de haver em cada uma das partes um trabalho isento, credível e mais rigoroso. Neste caso, a

independência significaria exercer as suas actividades à margem de qualquer pressão, interferências e influências exteriores, o que poderia dar uma maior credibilidade e real apoio à DGS e às instituições e seus profissionais.

F – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

A ENQS é tida, como seria de esperar, pela maioria dos entrevistados, como relevante para os propósitos que tem. É uma estratégia nacional que foi criada em 2009 e que abrange áreas como a qualidade clínica; qualidade organizacional; informação ao cidadão; segurança do doente; qualificação das unidades de saúde; acreditação; gestão integrada da doença; inovação; gestão da mobilidade internacional de doentes; e avaliação das reclamações e sugestões dos cidadãos (Despacho 14223/2009), praticamente todas classificadas como importantes e pertinentes. Apenas a mobilidade dos doentes e a gestão da doença crónica foram apontadas como áreas demasiado importantes e complexas para estarem na ENQS, merecendo um contexto e tratamento próprio. Outras áreas a incluir, como a contratualização e a associação de indicadores de qualidade a sistemas de pagamento aos prestadores, constituem igualmente uma recomendação do IOM, que sugere, no seu relatório de 2001, a introdução de incentivos financeiros alinhados com os objectivos da qualidade, de forma a impulsionar os processos de melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde (Berwick, 2002). Esta é uma área importante porque as questões ligadas ao financiamento e ao sistema de pagamentos são dos mais poderosos condicionadores do comportamento dos profissionais e das organizações (Portugal. Ministério da Saúde, 2010). O potencial impacto e sucesso da ENQS, nestas e noutras áreas, dependerá, segundo os peritos, da capacidade do DQS para a implementar, para fazer a sua monitorização, acompanhamento, avaliação e revisão periódica, diante os recursos que dispõe. Para que este projecto seja relevante para o desenvolvimento da qualidade tem de ser garantida a sua sustentabilidade e operacionalização. Devem ser dadas as condições necessárias, em termos de estruturas, recursos, financiamento, formação e incentivos, para que esta estratégia seja implementada no terreno, e aqui os sistemas de informação poderiam ter um papel importante para monitorizar esse progresso e fazer comparações. Se de facto a ENQS não é conhecida nem apoiada pelos profissionais de saúde, então será muito difícil que esta tenha algum impacto positivo na mudança de comportamentos e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Tema III – Práticas e Organização dos Serviços

G – Acreditação das organizações de saúde

A acreditação, como estratégia de melhoria e de avaliação externa da qualidade mais apoiada e recomendada pelo Ministério da Saúde, é um ponto de divergência entre os peritos. Contudo, todos os peritos referem tanto aspectos positivos como negativos dos processos de acreditação, realçando alguns que concordam com a aposta nestes processos mas não da forma como está a ser feito actualmente, ou seja, não aproveitando todos os seus benefícios. Alguns atributos positivos apontados, como o facto de serem interessantes, transversais, de despertarem uma consciencialização para a qualidade, de contribuírem para uma comunicação mais efectiva e para uma maior responsabilidade e envolvimento de todos os colaboradores, são também referidos por outros autores. Alguns estudos associam elevados níveis de segurança do doente aos processos de acreditação (Shaw *et al.*, 2010b), outros revelam que esses processos podem trazer benefícios consideráveis para as instituições, nomeadamente pelo facto de muitos profissionais de saúde não terem, na sua formação base, discussões específicas relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados (Boto, Costa e Lopes, 2008). Relativamente aos aspectos mais negativos, os peritos apontaram o facto destes serem processos caros, exigentes em termos de recursos, exclusivamente centrados em questões estruturais e processuais, e de haver pouca evidência do seu custo-efectividade e do seu impacto na melhoria dos cuidados. Alguns autores também afirmam que, embora existam diversas estratégias e metodologias implementadas, pouco se sabe sobre os seus efeitos e a sua eficácia (Groene *et al.*, 2010). São poucos os estudos sobre o seu impacto nos sistemas de saúde e nos hospitais, havendo apenas alguma evidência de efeitos benéficos das estratégias internas e externas de melhoria da qualidade sobre os seus resultados (Groene *et al.*, 2010), o que não permite concluir se este é um bom investimento.

A acreditação já foi uma metodologia muito vincada no sistema de saúde português, numa altura em que se estava a adaptar o modelo do *King's Fund*. Actualmente, e perante esta diversidade de opiniões, foram sugeridas outras alternativas ou medidas complementares das quais se destacam os departamentos, áreas ou pessoas responsáveis pela qualidade dentro de todas as instituições, como forma de reflectir as estratégias nacionais a nível local e de garantir a sua implementação e monitorização; a maior relevância das NOCs para disseminar as boas práticas clínicas; a aposta em processos de melhoria contínua da qualidade iniciados pelos profissionais de saúde, numa perspectiva de governação clínica; e a criação de modelos de

gestão da qualidade integrados e articulados entre vários níveis de cuidados. Algumas destas propostas vão de encontro às recomendações do IOM, como a adopção de sistemas mais robustos para as boas práticas se tornarem padrões organizacionais e o investimento no desenvolvimento e aprendizagem dos profissionais (Berwick, 2002). As auditorias clínicas são também um bom instrumento complementar à acreditação. No fundo, a acreditação deve ser vista como um investimento e um instrumento de melhoria e de reconhecimento externo das boas práticas, sendo certo que para a gestão da qualidade não precisam ser feitos grandes investimentos, é uma questão de haver sensibilidade dentro das organizações para identificar problemas e encontrar soluções.

H – Certificação das organizações de saúde

A certificação das organizações de saúde é vista, por todos os peritos, como sendo importante mas apenas em áreas não clínicas como laboratórios, serviços de imagiologia, análises clínicas, MCDT, entre outras. Surpreendentemente, foi dado muito menos valor ao processo de certificação na saúde do que seria de esperar. Mesmo sendo alvo de diversas críticas, a certificação é defendida por alguns autores como uma importante ferramenta de gestão da qualidade, mesmo em áreas como a farmácia hospitalar, ambulatório, serviços de cuidados intensivos, entre outros (Christo, 2001). A variabilidade e o carácter imprevisível que caracterizam os serviços de saúde, parecem justificar a necessidade de normalizar, definir procedimentos padrão e introduzir um maior rigor na definição dos objectivos da qualidade e no planeamento e controlo dos processos (Christo, 2001; Heuvel, 2005). Independentemente das opiniões, a falta de estudos sobre o seu custo-efectividade e sobre as suas vantagens e desvantagens não permite concluir se é uma boa estratégia para melhorar a qualidade nas organizações de saúde.

I – Avaliação da qualidade em saúde

Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde é importante para tornar visível o que se passa dentro de uma organização, do nível de qualidade em que está a operar, e o que pode ser feito para melhorar o seu desempenho. Neste ponto, existe alguma divergência em torno da melhor forma de avaliar a qualidade. Alguns especialistas defendem abordagens centradas na avaliação dos resultados e do desempenho, com a sua medição especialmente nas várias dimensões da qualidade (Berwick, 2002); outros defendem a avaliação dos processos e resultados, para verificar se os processos servem para os resultados que se pretendem; e outros defendem uma abordagem mais global da avaliação da qualidade que inclui três

dimensões - estrutura, processos e resultados - onde os resultados são a prova real do que aconteceu em saúde com os doentes. É difícil saber os resultados efectivos dos cuidados de saúde, no entanto, promover a utilização de indicadores, quando adequados às dimensões que se querem medir, permitirá a identificação dos problemas do sistema, a avaliação das suas causas e a monitorização regular da qualidade e dos resultados de determinados processos. Outras formas de avaliar a qualidade, como a realização de *Focus Group* e de inquéritos de satisfação aos doentes, também fazem parte de uma componente importante que é integrar e valorizar a opinião e a experiência dos utilizadores dos serviços de saúde, incorporando as suas expectativas na avaliação da qualidade desses serviços (Pisco e Biscaia, 2001).

Como publicado pela OMS, Portugal não tem a tradição de avaliar, nem de evidenciar a eficácia das medidas de melhoria que implementa no sistema de saúde (WHO Europe. EOHS, 2008), por isso, a questão da avaliação requer o consenso dos especialistas para definir a melhor forma de avaliar e de medir sistematicamente a qualidade aos vários níveis do sistema de saúde.

J – Padronização das práticas de gestão da qualidade

A padronização constitui um tema de discordância entre os peritos, o que era expectável, pois a nível internacional também não existe consenso nesta matéria. Os Estados-Membros têm implementado estratégias de melhoria da qualidade diferentes, que parecem ser eficazes no sentido de garantir a qualidade e a segurança nos seus sistemas de saúde (Groene *et al.*, 2009). Essa diversidade sugere que vários factores, como os interesses de cada instituição, de entidades reguladoras, de companhias de seguros e de sociedades científicas (Rooney e Ostenberg, 1999), bem como as motivações políticas correntes, condicionam e determinam essas opções. Por isso, dada a eficácia dessas estratégias, não é claro que seja necessário, a nível europeu, desenvolver um sistema de melhoria da qualidade único (Groene *et al.*, 2009). Mesmo sendo possível um modelo ou guia de gestão da qualidade comum aos países da Europa, da mesma forma que se desenvolvem NOCs, o consenso dos seus padrões levaria anos (Shaw *et al.*, 2010b). No entanto, a padronização das práticas de gestão da qualidade a nível das instituições e do país é possível, pois dados os elevados custos das metodologias para a qualidade é preciso que se defina quais os métodos que atendem às metas de qualidade pretendidas (WHO, 2006), sendo irrealista investir em todos.

A perspectiva de um perito que defende apenas a padronização de resultados e não de processos também se revela interessante, pois se não há evidência de que uns métodos são

melhores que outros, e sendo todos diferentes, com critérios e áreas de avaliação distintas, não existe garantia de que os resultados que se pretendem sejam atingidos. Padronizar resultados, ficando ao critério das organizações a escolha dos processos, seria uma forma de assegurar que estes são alcançados e que a qualidade é a mesma para todos os cidadãos. Por isso, torna-se difícil decidir se um método merece o investimento e a sua generalização, ficando ao critério das instituições escolherem o que julgam ser o melhor face às suas características e objectivos (Boto, Costa e Lopes, 2008).

K – Obrigatoriedade legal

Neste ponto, e para surpresa da investigadora, foi praticamente consensual a necessidade de tornar obrigatórios determinados mecanismos de avaliação e de melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde português. A questão da obrigatoriedade coloca-se pelo facto de ser muito importante garantir a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A nível da Europa, esta questão exhibe variações consideráveis nas abordagens que cada país adoptou para assegurar a qualidade dos cuidados (WHO Europe. EOHSP, 2008). Na Holanda e na Alemanha, por exemplo, é obrigatório por lei as organizações de saúde terem um sistema interno de gestão da qualidade e publicarem anualmente os resultados das suas actividades. A formação dos profissionais de saúde também é obrigatória. Em França, a obrigatoriedade legal recai sobre a acreditação, desde 1996, e a formação médica (WHO Europe. EOHSP, 2008). Em Portugal, como em Espanha, a adopção de metodologias da qualidade é voluntária, o que para a maioria dos peritos é um erro, por haver o risco de algumas instituições e profissionais optarem por não o fazer. De facto, alguns peritos sugerem a obrigatoriedade da acreditação, de sistemas de gestão da qualidade, das NOCs e da recertificação/formação contínua dos profissionais. Esta última poderá ter impacto em termos de garantia da capacidade técnica de todos os prestadores. Por outro lado, tudo o que é obrigatório pode afastar as pessoas, sendo essa a razão pela qual alguns peritos defendem que as estratégias voluntárias são mais efectivas e fáceis de gerir. Como diz Boto, Costa e Lopes (2008), todas as iniciativas foram e são louváveis, tanto as voluntárias como as “impostas”, nomeadamente pelo facto de eventualmente poderem contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos.

L – Penalizações institucionais

Neste estudo, foi unânime entre os especialistas que o caminho para a qualidade não deve ser feito com penalizações mas sim com incentivos, motivações, investimento e com o reconhecimento e recompensa pela qualidade demonstrada. Segundo estes, enquanto que as

penalizações podem agravar a situação das instituições, os incentivos, em termos de financiamento, formação, infraestruturas e equipamentos, podem motivar e criar níveis de envolvimento muito superiores. Para Shaw (2000), tanto as penalizações como os incentivos determinam a natureza da qualidade e a adopção de mecanismos para o seu desenvolvimento e melhoria. É neste sentido que é importante premiar a qualidade, reconhecer o investimento feito e consultar as instituições para conhecer as suas necessidades e dificuldades, dando-lhes também a conhecer as vantagens das diversas metodologias e ferramentas de gestão da qualidade, tanto para a segurança do doente como para a melhoria da prestação de cuidados e para a redução de custos. Contudo, foi identificada uma contradição entre esta questão das penalizações e a questão anterior. Se a maioria dos peritos é a favor da obrigatoriedade legal, e ao mesmo tempo contra as penalizações às instituições que não fazem este investimento, então sendo obrigatório e não tendo consequências acaba por ser uma obrigatoriedade apenas moral, o que revela uma grande dificuldade em abordar estas questões.

Tema IV – Desenvolvimento Futuro

M – Futuro

Quanto ao futuro, prevalecem as dúvidas e incertezas. Os mais optimistas consideram que vai continuar a haver uma aposta na área da qualidade e que as novas directivas assim o vão exigir. Os menos optimistas vêem no contexto actual, de grandes pressões e constrangimentos financeiros, um risco de retrocesso nesta área.

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Estudar a qualidade é um desafio por natureza complexo. Este trabalho teve como objectivo estudar a evolução da qualidade em saúde em Portugal, nomeadamente a nível das políticas, das práticas e dos seus resultados, através de uma revisão histórica e das opiniões de peritos. Sendo uma área subjectiva e complexa de estudar, este projecto pretendeu apresentar uma perspectiva integrada da qualidade em saúde, contribuindo para o seu entendimento global e para a percepção da forma como esta tem sido encarada em Portugal nos últimos anos.

Com a revisão de literatura realizada no início deste trabalho, ficou evidente a complexidade do conceito de qualidade em saúde, a diversidade de metodologias e de políticas seguidas nos países europeus e os pontos críticos que necessitam de uma maior discussão e consenso a nível nacional e internacional. Os resultados das entrevistas a peritos na área da qualidade em saúde, relativamente às suas opiniões, perspectivas e recomendações, foram, no mínimo, interessantes e revelaram um grande valor para a continuação de estudos e debates nesta área. Com as entrevistas ficou claro que a qualidade é um tema complexo mas muito valorizado e presente nos quadros da administração de saúde portuguesa, no entanto, a harmonização do pensamento, das diferentes perspectivas e interesses ainda está longe, sendo esta essencial para o consenso nesta área. Dentro das grandes temáticas abordadas - a importância da qualidade; a política de qualidade em saúde; as práticas e organização dos serviços; e o desenvolvimento futuro - houve uma grande divergência das opiniões dos peritos, resultando em algumas surpresas. A divergência quanto ao atraso do país em matéria de qualidade em saúde não era expectável, nem a convergência em duas matérias como a certificação das organizações de saúde e a obrigatoriedade legal. A diversidade demonstrada neste trabalho, na realidade, condiciona qualquer intervenção ou medida estratégica nesta área, pelo que não pode ser ignorada. No fundo, o modelo teórico concebido após a revisão histórica realizada não coincidiu com o modelo implícito nas respostas dos peritos, contudo, é de realçar a grande amplitude e diversidade de opiniões, que trouxeram uma riqueza de informação muito grande e importante para esta área de estudo pouco explorada. Podendo-se então concluir que:

A evolução recente da qualidade em saúde em Portugal sofreu diversas mudanças, com fases de grande progresso e outras de grande indefinição nas políticas, nas estratégias e nas estruturas responsáveis pelo seu desenvolvimento. A partir dos anos 90 houve um grande interesse e progresso na área da qualidade em saúde, com diversos projectos que envolviam os profissionais e que tiveram resultados evidentes nas organizações de saúde. Passados poucos anos houve uma interrupção abrupta dessas actividades, deixando de haver informação disponível sobre o que se fez nesta área. Em 2009, com a criação do DQS e da ENQS, surgiu um novo impulso e aposta na área da qualidade. Porém, actualmente, ainda é nítida a pouca atenção política e a pouca capacidade para esta se desenvolver, diante os recursos disponíveis e a grande divergência na forma de abordar a qualidade, desde o seu conceito a matérias mais específicas e importantes para a definição de novas medidas nesta área, que reflectam a realidade, como as abordadas e questionadas neste trabalho.

As perspectivas futuras consistem em dúvidas e incertezas do que irá acontecer nos próximos anos, tendo em consideração a difícil situação do sector da saúde em Portugal. Prevê-se que a área da qualidade será impulsionada pelo Departamento da Qualidade na Saúde, através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e pelo Plano Nacional de Saúde para os próximos 5 anos (2011-2016), que ainda não foi formalizado mas que terá, como se perspectiva, a qualidade como um dos seus eixos prioritários. No entanto, é necessário ainda saber em que se consubstanciam as propostas actuais, que aplicabilidade vão realmente ter, qual o nível de aceitação por parte das organizações e dos profissionais, e que resultados concretos terão a médio e longo prazo. Portanto, o futuro dependerá da capacidade do DQS para gerir a complexidade desta área, da vontade e abertura das organizações e dos seus profissionais para aderirem às iniciativas e dos recursos e incentivos para reconhecer e premiar os seus esforços e o seu investimento. O contexto actual é, talvez, uma boa oportunidade e um desafio motivador para convergir perspectivas e ideias para o objectivo comum da qualidade dos cuidados de saúde.

Recomendações para investigações futuras

Dada a relevância do tema, naturalmente que este trabalho exploratório, e promotor de acção, deve ter seguimento. Importa aprofundar e alargar o estudo a uma amostra mais importante e significativa, que inclua líderes formais e informais das organizações de saúde nacionais, e a todos os níveis do sistema de saúde, tendo em vista discutir e identificar as áreas de melhoria e os instrumentos e metodologias de acção futura. As sugestões, propostas e

recomendações dos peritos entrevistados neste trabalho são válidas mas apenas depois de estudadas, servindo como novas questões de investigação a aprofundar. Seria igualmente interessante dar seguimento aos objectivos deste estudo, respondendo à segunda pergunta de investigação, com a aplicação do questionário proposto, completando assim a ideia de perspectiva integrada e de visão global da qualidade em saúde em Portugal. O questionário foi desenhado para ser aplicado a todas, ou a uma parte, das instituições de saúde portuguesas, podendo ser adaptado e melhorado para outros objectivos, como por exemplo, conhecer as acções na área da qualidade apenas nas USF, ou só nos hospitais. Portanto, numa lógica de desenvolvimento futuro desta investigação, seria importante, e sem dúvida, um desafio interessante que acrescenta valor e conhecimento nesta área, dar seguimento aos objectivos deste estudo, apresentando e dando a conhecer o que se faz em qualidade e o seu nível de desenvolvimento nas instituições de saúde nacionais.

BIBLIOGRAFIA

- BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. Lisboa : Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BERWICK, D. M. – A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. Health Affairs. ISSN 1544-5208. 21 : 3 (2002) 80-90.
- BISCAIA, J. L. – Qualidade em saúde : uma perspectiva conceptual. Revista Qualidade em Saúde. ISSN 0874-8772. 0 (2000) 6-10.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – Investigação qualitativa em educação : uma introdução à teoria e aos métodos. Porto : Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.
- BOTO, P.; COSTA, C.; LOPES, S. - Acreditação, *benchmarking* e mortalidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Volume Temático : 7 (2008) 103-115.
- BRECKENKAMP, J.; WISKOW, C.; LAASER, U. – Progress on quality management in the German health system : a long and winding road. Health Research Policy and Systems. ISSN 1478-4505. 5 : 7 (2007) doi: 10.1186/1478-4505-5-7.
- CAMPOS, A. C. – Reformas da saúde : o fio condutor. 1ª ed. Coimbra : Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3604-5.
- CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. – A governação dos hospitais. 1ª ed. Alfragide : Casa das Letras, 2009. ISBN 978-972-46-1930-9.
- CÁNOVAS, J. J.; HERNÁNDEZ, P. J.; BOTELLA, J. J. - Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. Journal of Evaluation in Clinical Practice. ISSN 1365-2753. 15 : 5 (2009) 813-819.
- CAREY, K.; STEFOS, T. - Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. Health Economics. ISSN 1099-1050. 20 : 12 (2011) 1417-1430.
- CHRISTO, F. H. – Certificação : necessidade sim, moda não! Revista Qualidade em Saúde. ISSN 0874-8772. 5 (2001) 16-21.
- CROSBY, P. B. – Quality is free. New York : McGraw-Hill, 1979. ISBN 0-07-014512-1.
- DECRETO-LEI n.º234/2008. D.R. I Série. 233 (02-12-02) 8600-8602.
- DEMING, W. E. – Out of the crisis. Cambridge : Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study, 1986. ISBN 0-911379-01-0.
- DESPACHO nº 14223/2009. "D.R. II Série". 120 (09-06-24) 24667-24669.
- DONABEDIAN, A. – The quality of care : how can it be assessed? JAMA. ISSN 1538-3598. 260 : 12 (1988) 1743-1748.
- EFQM - EFQM: introdução à excelência. Bruxelas : European Foundation for Quality Management, 2003. ISBN 90-5236-000-0.
- ESQH – About us. [Em linha]. Limerick : European Society for Quality in Healthcare, 2012. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.esqh.net/>.

- FERREIRA, P. L. – Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. Revista Crítica de Ciências Sociais. ISSN 0254-1106. 33 (1991) 93-112.
- FORTIN, M. F. – O processo de investigação : da concepção à realização. Lisboa : Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- FRAGATA, J.; MARTINS, L. - O erro em medicina : perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade. Coimbra : Edições Almedina, 2008. ISBN 972-40-2347-8.
- GRAÇA, L. – Desenho, redacção e aplicação de questionários e guiões de entrevista. Lisboa : Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Documento policopiado. (Texto T 1069).
- GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. - Health sector accreditation research : a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 20 : 3 (2008) 172-183.
- GROENE, O. *et al.* - Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals : the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. BMC Health Services Research. ISSN 1472-6963. 10 : 281 (2010). doi:10.1186/1472-6963-10-281.
- GROENE, O. *et al.* - Learning from MARQuIS : future direction of quality and safety in hospital care in the European Union. Quality and Safety in Health Care. ISSN 1475-3901. 18 (Suppl 1) (2009) i69-i74.
- GROENE, O. *et al.* - The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) : an analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 20 : 3 (2008) 155-161.
- HEUVEL, J. *et al.* – An ISO 9001 quality management system in a hospital : bureaucracy or just benefits? International Journal for Health Care Quality Assurance. ISSN 1366-0756. 18 : 4-5 (2005) 361-369.
- HOPE – About HOPE : mission. [Em linha]. Bruxelas : European Hospital and Healthcare Federation, 2009. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.hope.be/02abouthope/abouthopefirstpage.html>.
- IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde : glossário. Lisboa : Edinova, 1999. ISBN 972-595-097-6.
- ISO – About ISO. [Em linha]. Geneva : International Organization for Standardization, 2012. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>.
- ISQUA – About ISQua. [Em linha]. Dublin : The International Society for Quality in Health Care, 2012. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.isqua.org/about-isqua/about-isqua.htm>.
- JURAN, J. M. – Juran's quality control handbook. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1988. ISBN 0070331766.
- KLAZINGA, N. – 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. ISSN 1464-3677. 6 : 3 (1994) 219-230.
- LEATHERMAN, S. *et al.* - The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677, 22: 4 (2010) 237-243.

LEI n.º 27/2002. D.R. Série I-A. 258 (02-11-08) 7150-7154.

MAGUEREZ, G. *et al.* - Evaluation of 60 continuous quality improvement projects in French hospitals. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677, 13: 2 (2001) 89-97.

MEZOMO, J. C. – Gestão da qualidade na saúde : princípios básicos. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.

OECD – Health at a glance 2011 : OECD indicators. [Em linha]. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>.

OECD – The OECD Health Project : towards high-performing health systems : summary report. [Em linha]. Paris : Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2004. [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>.

OLIVEIRA, A. – Programa nacional de acreditação de unidades de saúde : quatro USF integram grupo pioneiro. Jornal Médico de Família. ISSN 0871-763X. 1 : 75 (2009) 18.

PIRES, A. R. – Qualidade : sistemas de gestão da qualidade. 3ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-333-4.

PISCO, L. – Perspectivas sobre a qualidade na saúde. Revista Qualidade em Saúde. ISSN 0874-8772. 5 (2001) 4-6.

PISCO, L.; BISCAIA, J. L. – Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Volume Temático : 2 (2001) 43-51.

PORTARIA n.º 155/2009 “D.R. I Série”, 28 (09-02-10) 878-880.

PORTARIA n.º 288/99 “D.R. Série I-B”, 98 (99-04-27) 2258-2261.

PORTUGAL. IPQ – Norma Portuguesa NP EN ISO 9001:2008. Lisboa: IPQ, 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Homepage. [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde : saiba mais, 2012. [Consult. 19 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: Gestão clínica. [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde : manual de standards, 2011a. [Consult. 19 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2004. [Consult. 20 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 : a qualidade dos cuidados e dos serviços. [Em linha]. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2010. [Consult. 20 Fev. 2012]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde : um compromisso : a estratégia de saúde para o virar do século : 1998-2002. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Sobre o SINAS. [Em linha]. Lisboa : Entidade Reguladora da Saúde, 2011b. [Consult. 19 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.websinas.com/sinas/about.html>.

RANSOM, S. B.; JOSHI, M. S.; NASH, D. – The healthcare quality book: vision, strategy and tools. 2nd ed. Chicago, ILL : Health Administration Press, 2008. ISBN 978-1-56793-301-7.

Revista Qualidade em Saúde. Edição Especial MoniQuOr 2004. 12 (Julho 2005).

ROONEY, A.; OSTENBERG, P. – Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade : licenciamento, acreditação e certificação : abordagens à qualidade de serviços de saúde. [Em linha]. Bethesda, MD : Centro de Serviços Humanos, 1999. [Consult. 19 Jan. 2012]. Disponível em http://www.hciproject.org/sites/default/files/Licenciamento_Acredita%C3%A7%C3%A3o_Certifica%C3%A7%C3%A3o_2000.pdf.

SAKELLARIDES, C. - O novo contrato social para a saúde. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2011. Apontamentos fornecidos aos alunos no âmbito do Módulo Opcional Políticas de Saúde 2010-2011.

SALE, D. – Garantia da qualidade nos cuidados de saúde : para os profissionais da equipa de saúde. Lisboa : Principia – Publicações Universitárias e Científicas, 1998. ISBN 972-97457-6-5.

SHAW, C. - External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 12 : 3 (2000) 169-175.

SHAW, C. *et al.* - Sustainable healthcare accreditation : messages from Europe in 2009. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 22 : 5 (2010a) 341-350.

SHAW, C. *et al.* – Towards hospital standardization in Europe. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 22 : 4 (2010b) 244-249.

SILVA, J. O. – Qualidade em serviços públicos. Revista Qualidade em Saúde. ISSN 0874-8772. 5 (2001) 8-9.

SOUSA, P. – Patient safety : a necessidade de uma estratégia nacional. Acta Médica Portuguesa. ISSN 1646-0758. 19 (2006) 309-318.

SPENCER, E.; WALSH, K. - National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. Quality and Safety in Health Care. ISSN 1475-3901. 18 (Suppl 1) (2009) i22-i27.

SUÑOL, R. *et al.* - Impact of quality strategies on hospital outputs. Quality and Safety in Health Care. ISSN 1475-3901. 18 (Suppl 1) (2009) i62-i68.

TOUATI, N.; POMEY, M. P. - Accreditation at a crossroads : are we on the right track? Health Policy. ISSN 1872-6054. 90 : 2-3 (2009) 156-165.

UK. CHKS – International accreditation. [Em linha]. London : Caspe Healthcare Knowledge Systems, 2012. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.chks.co.uk/index.php?id=860>.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. [Em linha]. Washington, D.C. : Institute of Medicine, 2001. [Consult. 7 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808>.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE – To err is human : building a safer health system. [Em linha]. Washington, D.C. : Institute of Medicine, 2000. [Consult. 7 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

USA. JCI – Acreditação e certificação Joint Commission International. [Em linha]. Oak Brook, Illinois : Joint Commission International, 2011. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Accreditation-and-Certification-Process/>.

VEILLARD, J. *et al.* - A performance assessment framework for hospitals : the WHO regional office for Europe PATH project. International Journal for Quality in Health Care. ISSN 1464-3677. 17 : 6 (2005) 487-496.

WARDHANI, V. *et al.* - Determinants of quality management systems implementation in hospitals. Health Policy. ISSN 1872-6054. 89 : 3 (2009) 239-251.

WHO – About WHO. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2012. [Consult. 12 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.who.int/about/en/index.html>.

WHO – Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 1978. [Consult. 7 Fev. 2012]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>.

WHO – Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. [Em linha]. Geneva : World Health Organization, 2006. [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível em http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

WHO EUROPE – WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). [Em linha]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2010. [Consult. 20 Fev. 2012]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf>.

WHO EUROPE. EOHSP – Assuring the quality of health care in the European Union : a case for action. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2008. [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf.

WHO EUROPE. EOHSP – Health systems in transition : Portugal health system review. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2011. [Consult. 24 Fev. 2012]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf.

ANEXOS

ANEXO A – Pedido e Guião de Entrevista

Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras

Exmo(a). Senhor(a)

Professor(a) Doutor(a)

O meu nome é Vanessa Mendes e sou aluna do Mestrado em Gestão da Saúde, na especialização de Gestão de Organizações de Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

O meu projecto de candidatura ao grau de Mestre em Gestão da Saúde, orientado pelo Prof. Doutor Carlos Silva Santos, consiste no estudo da evolução da qualidade em saúde em Portugal, nomeadamente a nível das políticas, das práticas e dos seus resultados, através de uma revisão histórica, das opiniões de peritos e do conhecimento da situação actual da qualidade nas organizações públicas de saúde nacionais. É um projecto que tem como pergunta de partida: **“Como tem evoluído a Qualidade em Saúde em Portugal?”** e tem como propósito apresentar uma perspectiva integrada da qualidade em saúde, perceber a forma como esta tem sido encarada no nosso país e contribuir para influenciar futuras intervenções. As entrevistas, que irão ser realizadas a alguns especialistas na área da qualidade em saúde, são parte integrante deste projecto e têm como principal objectivo conhecer as suas opiniões e perspectivas relativamente a aspectos gerais da qualidade, à política seguida nos últimos anos e às práticas adoptadas por outros países.

Assim, pelas razões acima expostas e mediante a sua disponibilidade, solicito a sua colaboração neste projecto, através da realização de uma entrevista, cujo guião envio em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Vanessa de Melo Pena Mendes

Aluna do Mestrado em Gestão da Saúde – Gestão de Organizações de Saúde – VI CMGS 2010/2012

Escola Nacional de Saúde Pública – UNL

E-mail: vd.mendes@ensp.unl.pt

Contacto: 966814958

Estrutura – 13 perguntas distribuídas por 4 tópicos fundamentais relativos ao tema da Qualidade em Saúde:

- Importância e Atributos da Qualidade
- Política de Qualidade em Saúde
- Práticas e Organização dos Serviços
- Desenvolvimento Futuro

Duração prevista – 60 minutos

Participantes – 8

Guião de Entrevista

I – Importância e Atributos da Qualidade

1. A qualidade é um dos temas actuais que suscita uma maior preocupação no âmbito das novas políticas e restrições orçamentais. Na sua opinião, que importância tem a qualidade para o desenvolvimento e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde? Que opinião tem sobre a qualidade actual do sector público de saúde?

II – Política de Qualidade em Saúde

2. A avaliação da execução e impacto do anterior Plano Nacional de Saúde, feita em 2010 pela Organização Mundial de Saúde, reconheceu a escassez de objectivos e resultados na área da qualidade. Considera que Portugal está atrasado nesta matéria em relação a outros países europeus? Que razões aponta para este facto?
3. Na sua opinião, até que ponto a política de qualidade para o sector da saúde tem sido clara nos últimos anos? E actualmente?
4. Considera que existe uma liderança clara nesta área ou existe um problema de fragmentação? Quem representa e conduz a política da qualidade no Serviço Nacional de Saúde?
5. No contexto actual, em que medida se justificaria a criação de uma autoridade ou entidade independente exclusivamente dedicada à qualidade no sector da saúde?

6. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde foi criada em 2009 pelo Despacho n.º14223/2009, de 24 de Junho. O que acha mais relevante nesta estratégia? Que outras áreas deveriam ter sido consideradas? Que impacto poderá vir a ter?

III – Práticas e Organização dos Serviços

7. Nos últimos anos, a acreditação tem sido a medida de melhoria e de avaliação externa da qualidade mais apoiada e recomendada pelo Ministério da Saúde. Concorda com esta estratégia? Que outras medidas considera mais adequadas?
8. Considera importante que as instituições públicas de saúde certifiquem os seus serviços? Porquê?
9. Na sua perspectiva, como deverá ser avaliada a qualidade nos serviços de saúde?
10. Existem especialistas internacionais que defendem a padronização das práticas de gestão da qualidade. O que pensa sobre isto? Admite a possibilidade de um modelo único para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde? O mesmo a aplicar na mesma instituição, país ou em toda a Europa? Com que características?
11. Em países como a Holanda, Alemanha e França a adopção de medidas para a garantia e melhoria contínua da qualidade e a formação contínua dos profissionais de saúde são requisitos legais obrigatórios. O que pensa sobre isto?
12. Na sua opinião, deveriam ser aplicadas penalizações às organizações que não fazem esse investimento?

IV – Desenvolvimento Futuro

13. O que espera da actual política de qualidade para o sistema de saúde português?

Vanessa de Melo Pena Mendes

Lisboa, Maio de 2012



ANEXO B – Declaração de Autorização para Gravação das Entrevistas

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, _____ ,
com o BI nº _____ , declara que autoriza a gravação das suas declarações na
entrevista que irá ser realizada pela Dr^a Vanessa de Melo Pena Mendes, no âmbito do seu
projecto de investigação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão da Saúde pela Escola
Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, considerando que esta informação
se destina exclusivamente à análise de conteúdo das declarações dos participantes nas
entrevistas e que apenas será utilizada no desenvolvimento desse projecto.

Lisboa, ____ / ____ / ____

(Assinatura legível)

ANEXO C – Proposta de Questionário

QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE GESTÃO E DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A - Caracterização da Instituição de Saúde

A1. Nome da Instituição de Saúde

A2. Indique o distrito onde a instituição está localizada:

A3. Indique, aproximadamente, a população que a instituição atende:

(nº médio de pessoas)

A4. Qual o nível de cuidados que são prestados na instituição? (Assinale com um X)

- Cuidados Hospitalares
 Cuidados Primários
 Cuidados Continuados
 Outro. Indique _____

B - Caracterização do Inquirido

B1. Qual o departamento ou serviço onde exerce funções?

B2. Em que nível funcional da instituição trabalha?

- Gestão Direcção Técnica Chefia Intermédia Chefia Directa
 Técnico Outro. Indique _____

B3. Qual a função que exerce? (*Descreva sucintamente*)

C – Organização dos Serviços

C1. A instituição dispõe de alguma das seguintes estruturas responsáveis pela Qualidade?
(*Assinale com um X*)

<input type="checkbox"/>	Serviço
<input type="checkbox"/>	Comissão
<input type="checkbox"/>	Gabinete
<input type="checkbox"/>	Departamento
<input type="checkbox"/>	Outro. Indique _____
<input type="checkbox"/>	Não

C2. Caso exista, qual o número de pessoas envolvidas?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	(nº exacto de pessoas)
----------------------	----------------------	------------------------

C3. Quem é a pessoa responsável pela Qualidade dentro da Instituição? (*Indique o nome e o contacto, por favor*)

Contacto _____

D – Política de Qualidade

Tendo em conta a Política de Qualidade da instituição, indique com um X o seu nível de concordância ou discordância com as seguintes afirmações:

Nesta Instituição de Saúde...		1	2	3	4	5
		Discordo Totalmente	Discordo em Parte	Não Discordo nem Concordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
D1	... não está definida uma política de qualidade					
D2	... a melhoria contínua é uma prioridade					
D3	... a direcção está activamente envolvida nos projectos de qualidade					
D4	... os profissionais de saúde conhecem a Política de Qualidade da instituição					
D5	... existe uma monitorização da qualidade dos serviços					
D6	... existe um sistema de gestão da qualidade					
D7	... existe um planeamento estratégico de gestão da qualidade					
D8	... os profissionais de saúde participam nos projectos de qualidade implementados					
D9	... existem objectivos da qualidade					
D10	... não existem incentivos para o foco nos objectivos da qualidade					
D11	... os objectivos da qualidade são divulgados dentro da instituição					

(Continua)

(Continuação)

Nesta Instituição de Saúde...		1	2	3	4	5
		Discordo Totalmente	Discordo em Parte	Não Discordo nem Concordo	Concordo em Parte	Concordo Totalmente
D12	... existe um manual da qualidade					
D13	... o manual da qualidade é divulgado dentro da instituição					
D14	... existem procedimentos escritos para o controlo da qualidade dos materiais, produtos e serviços					
D15	... é avaliado o nível de satisfação dos profissionais de saúde					
D16	... é avaliado o nível de satisfação dos doentes					
D17	... existe formação contínua dos profissionais					
D18	... existe formação em qualidade para os profissionais					
D19	... a qualidade dos serviços é avaliada regularmente					
D20	... existe divulgação e publicação dos resultados da qualidade					

D21. Caso tenha dito que a instituição não tem uma política de qualidade definida (D1), indique uma ou mais razões:

D22. Caso tenha dito que a qualidade dos serviços é avaliada (D19), indique de que forma:

E1. Que projectos de qualidade estão implementados na instituição?

Projecto 1

Objectivo

Serviços abrangidos

Recursos alocados (*Assinale com um X as opções que se aplicam*)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Recursos humanos. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recursos financeiros. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recursos logísticos. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Outros recursos. Especifique _____ |

Projecto 2

Objectivo

Serviços abrangidos

Recursos alocados (*Assinale com um X as opções que se aplicam*)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Recursos humanos. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recursos financeiros. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Recursos logísticos. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> | Outros recursos. Especifique _____ |

Outros Projectos (*Descreva, se existirem, outros projectos de qualidade na instituição*)

E2. Que impacto e resultados, para a instituição, tiveram os projectos que indicou?

E3. Qual o nível de investimento que a instituição fez em projectos de qualidade, nos últimos 3 anos?

--	--	--	--	--	--	--

 (valor aproximado em euros)

E4. Que dificuldades e/ou limitações condicionaram a instituição a iniciar ou continuar os projectos de qualidade? (Assinale com um X as opções que se aplicam)

<input type="checkbox"/>	Tecnologia inexistente ou desadequada	<input type="checkbox"/>	Registos
<input type="checkbox"/>	Inexistência de uma estrutura própria para a qualidade	<input type="checkbox"/>	Estruturas desadequadas
<input type="checkbox"/>	Cultura da organização	<input type="checkbox"/>	Desconhecimento
<input type="checkbox"/>	Recursos financeiros	<input type="checkbox"/>	Falta de tempo
<input type="checkbox"/>	Falta de motivação dos profissionais e/ou gestores	<input type="checkbox"/>	Ausência de incentivos
<input type="checkbox"/>	Falta de recursos humanos	<input type="checkbox"/>	Falta de Apoio
<input type="checkbox"/>	Outras. Indique _____		

E5. Que projectos ou intenções na área da qualidade a instituição tem para o futuro?

ANEXO D – Grelhas de Análise do Conteúdo das Entrevistas

Tema I – Importância e Atributos da Qualidade

			E1	E2	E3	E4
A	Qualidade no SNS	Importância da Qualidade	Importante	Efectividade e eficiência muito importantes. Transversal ao SNS.	Importância extrema e máxima	Atributo absolutamente indispensável
		Qualidade percebida	Áreas com qualidade garantida e áreas com fragilidades. Variabilidade das práticas clínicas. Pouca qualidade organizacional.	Inequidade no acesso. Variabilidade das práticas clínicas.	Problemas de eficiência e equidade. Efectividade. Prestação não atempada. Avaliação dos doentes positiva. Segurança a melhorar.	Muita qualidade. Desperdiça-se recursos. Boa formação médica e de enfermagem.

			E5	E6	E7	E8
A	Qualidade no SNS	Importância da Qualidade	Uma das bases do SNS. Transversal ao SNS. Prestar cuidados com qualidade é mais barato.	Fundamental. Cuidados com qualidade a um custo menor. Desempenho sem qualidade tem custos acrescidos.	Vital. Ganhos económicos e financeiros substanciais.	Inscrita na matriz do SNS e do sistema de saúde
		Qualidade percebida	Temos um bom desempenho. Variabilidade das práticas clínicas. Subsistem problemas. Indicadores bons e menos bons em relação à média dos países da OCDE, deve-se à boa organização do SNS e do sistema de saúde.	Cuidados prestados com qualidade. Ignora-se a inovação.	SNS é caso de sucesso	Sistema de saúde e serviços com muita qualidade. SNS com nível de desempenho muito bom.

Tema II – Política de Qualidade em Saúde

			E1	E2	E3	E4
B	Atraso na área da qualidade em saúde	Evidência do atraso	Sim. Grande atraso.	Sim	Existe essa possibilidade	Sim. Grande atraso.
C	Política de Qualidade em Saúde	Clareza da política	Sim. Existe uma estratégia actual. Continuidade na estratégia.	Sim. Inconstância. Descontinuidade nas estruturas e estratégias. Contratualização das USF.	Sim. Prioridade teórica e programática. A descontinuidade não é negativa. Conselhos clínicos, NOC, gestão do risco clínico nos hospitais.	Sem clareza nem evidência. Nunca fez parte da agenda dos governos.
D	Liderança em qualidade no sector da saúde	Clareza da liderança	Sim. DGS. Gestão das organizações com preocupações universais para garantir a qualidade. Responsabilidade dos gestores.	Formalmente sim. Existe crise de liderança na qualidade em saúde. DGS sem tradição na matéria da qualidade. Não existe ligação directa entre a DGS e os profissionais.	Sim. DGS/DQS. Não existe fragmentação.	Sim. DGS.
E	Entidade independente	Pertinência da existência	Sim	Sim. Departamentos da qualidade nas ARS. Estrutura intermédia entre a DGS e as unidades de saúde. Processo intermédio de apoio às unidades no terreno.	Não. Sobreposição de competências prejudicial.	Sim. Qualidade centrada numa estrutura.
		Valor da independência	Não independente. Corresponsabilidade do Estado na garantia da qualidade. Estrutura para-pública.	Independência. Maior confiança. Credibilidade.	Dúvida	Independência

F	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	Relevância da ENQS	Lata. Vasta. Abrangente. Exigente. Boa dimensão temporal. NOC e Notificação dos erros.	Coerência. Clareza.	Segurança, qualificação das unidades de saúde, acreditação, NOC, sistema de indicadores nacionais, notificação de incidentes e eventos adversos, controle da infecção hospitalar.	Interessante. Intenções em papel.
		Áreas adicionais	Todas as áreas incluídas	-	Tecnologias de informação. Qualidade e sistemas de pagamento aos prestadores.	-
		Impacto da ENQS	Poucos recursos. Exige monitorização e acompanhamento. Reforço da operacionalização.	Implementação crucial. Avaliação.	Grande impacto. Revisão. Operacionalização. Poucos recursos.	Nenhum. Não há investimento em recursos.

			E5	E6	E7	E8
B	Atraso na área da qualidade em saúde	Evidência do atraso	Não. Posição pioneira nos anos 80/90 foi perdida.	Não. Aposta clara na qualidade nos anos 90 foi sendo abandonada.	Não. Perdemos vantagem competitiva.	Relativo
C	Política de Qualidade em Saúde	Clareza da política	Não. Não tem sido uma prioridade. Existe uma estratégia. Existe um organismo responsável pela estratégia.	Não. Descontinuidade dos processos. Não é área de investimento prioritária. Contratualização das USF.	Sim. Escrita e documentada. Desconhecida.	Não. Houve uma política de qualidade. Descontinuidade. Contratualização das USF.
D	Liderança em qualidade no sector da saúde	Clareza da liderança	Legalmente na DGS. Poucos recursos. Descredibilização. Falta de líderes na área da qualidade. Falta de mobilização dos profissionais.	Não. Fundamental. Conselhos clínicos nos ACES inoperacionais.	Não. Difícil acesso das unidades de saúde ao DQS.	Não. Desorganização. Liderança da qualidade dada às profissões da saúde.

E	Entidade independente	Pertinência da existência	Sim. Promoção da melhoria da qualidade. Entre os cidadãos e o sistema de saúde. Estrutura de governação clínica e responsabilização da qualidade.	Sim. Visão integrada.	Sim. DGS sobrecarregada. Existe um conflito de papéis.	Sim. Espaço próprio.
		Valor da independência	Independência. Credibilidade.	Independência. Muito importante.	Independência	Independência. Importante.
F	Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde	Relevância da ENQS	Monitorização, sistemas de informação, sistema de indicadores, segurança do doente e continuidade de cuidados integrados. Excesso de áreas de actuação. Sem áreas da mobilidade dos doentes e gestão da doença crónica.	Bem definida, pensada e planeada	Lata	Conceptualmente adequada. Sem área da mobilidade dos doentes.
		Áreas adicionais	Todas as áreas incluídas	Todas as áreas incluídas	Todas as áreas incluídas	Gestão, contratualização
		Impacto da ENQS	Monitorização. Depende dos recursos. Depende da política.	Necessidade de estratégia de implementação. Dúvidas. Incerteza.	Nenhum. Desconhecimento. Revisão. Operacionalização. Poucos recursos.	Nenhum. Execução.

Tema III – Práticas e Organização dos Serviços

			E1	E2	E3	E4
G	Acreditação das organizações de saúde	Concordância com a estratégia	Sim	Importante numa segunda linha. Processo estagnado. Não existe apoio da DGS no processo.	Necessário mas não suficiente	Não
		Atributos da acreditação	Modelo interessante, barato. Acredita partes de hospitais.	Útil mas cara. Disseminação. Não muda comportamentos.	Questionada a efectividade e o custo-efectividade. Processo exigente. Consome muitos recursos. Consciencialização.	Sem preocupações com questões clínicas. Estrutural. Não faz diferença nas instituições.
		Outras medidas	Instituições com estrutura ou departamento ligado à qualidade. Departamento da qualidade nos ACES. Unidades com elemento ligado à qualidade. NOC.	Processos de melhoria contínua da qualidade. Projectos de qualidade iniciados pelos profissionais. Grupos de qualidade nos hospitais. Departamentos da qualidade nas ARS.	Resultados. Processos – NOC. Responsáveis pela qualidade nas instituições.	NOC – implementação e avaliação
H	Certificação das organizações de saúde	Importância da certificação	Laboratórios. Pobre relativamente aos resultados que se pretendem.	Áreas específicas não clínicas: serviços de alimentação, sangue, imagiologia, análises clínicas. Não são custo-efectivas.	Áreas específicas não clínicas	Para procedimentos tecnológicos
I	Avaliação da qualidade em saúde	Tipo de avaliação	Avaliação dos resultados e dos desempenhos. Contratualização com indicadores que potenciam a qualidade.	Inquéritos de satisfação dos utentes mais regulares. <i>Focus Group.</i> Avaliação das causas dos problemas organizacionais e técnico-científicos. Indicadores actualizados.	Estrutura, processos e resultados. Processos de acreditação e/ou certificação. NOC. Comparações e monitorização.	Indicadores de processos e resultados combinados. Não existem instrumentos disponíveis. Inquéritos de satisfação pouco relevantes.

J	Padronização das práticas de gestão da qualidade	Concordância com a padronização	Um único modelo de acreditação em países pequenos. Contra instituições cada uma com o seu modelo.	A nível do país e das instituições. A nível europeu não. Nas práticas clínicas.	A nível institucional. Nas práticas clínicas.	Padrões de qualidade imperativos e universais em certas áreas.
		Características do modelo único	-	-	Adaptado à área da saúde, que permita comparações com outros países, flexível, revisto periodicamente.	-
K	Obrigatoriedade legal	Concordância com a obrigatoriedade	Sim. Implícita na directiva da mobilidade dos doentes. Acreditação. Formação e actualização dos profissionais.	Não. Estratégias voluntárias mais efectivas, baratas e fáceis de gerir e controlar. Incentivos.	Incentivos. Recertificação dos profissionais. Garantia da qualidade dos recursos humanos.	NOC obrigatórias
L	Penalizações institucionais	Concordância com as penalizações	Não. Incentivos organizacionais.	Não. Premiar a qualidade. Incentivos.	Não. Premiar. Incentivos. Investir nos "piores".	Não. Incentivos.

			E5	E6	E7	E8
G	Acreditação das organizações de saúde	Concordância com a estratégia	Não	Sim. Desconhecimento.	Sim	Acreditação sim mas não como é aplicada actualmente
		Atributos da acreditação	Pouca evidência do impacto na melhoria dos cuidados	Acreditação transversal. Desafio de mudar comportamentos e práticas. Faz diferença. Envolve todos os colaboradores. Comunicação mais efectiva. <i>Accountability.</i>	Importante para directiva de mobilidade dos doentes	Reconhecimento externo das boas práticas. Transparência. Processo de melhoria contínua e de garantia da qualidade.

		Outras medidas	NOC. Sistemas de informação interoperáveis. Observatório para monitorizar a variabilidade das práticas clínicas. Formação personalizada.	Rentabilizar o <i>know-how</i> de processos anteriores. Gestão integrada das organizações. Sistemas de informação integrados. Modelos de gestão da qualidade integrados e articulados entre os vários níveis de cuidados. Programas de gestão da qualidade.	Gestores da qualidade e gestores do risco nas instituições. Recomendações da DGS às organizações. Acompanhamento.	NOC. Investigação. Plano estratégico dos recursos humanos.
H	Certificação das organizações de saúde	Importância da certificação	Laboratórios. Não para toda a instituição.	Discordância relativa aos sistemas de certificação. Serviços não clínicos: técnicos, laboratórios, imagiologia, MCDT. Impacto imperceptível.	Importante para laboratórios. Certificações ISO deficitárias. Duplica esforços.	Instrumento com finalidades diferentes
I	Avaliação da qualidade em saúde	Tipo de avaliação	Monitorização regular com indicadores	Indicadores de estrutura, processos e resultados. Dificuldade na produção e cálculo de indicadores. Sistemas de informação para monitorizar e avaliar indicadores.	Indicadores de processos e resultados combinados. Comparar resultados com outros países.	Identificar as dimensões que caracterizam o desempenho. Identificar indicadores para caracterizar cada dimensão. Não existem instrumentos de medição sistemática da qualidade.
J	Padronização das práticas de gestão da qualidade	Concordância com a padronização	Não. Não uniformizar. Personalizar métodos. Sistema de acreditação nacional.	Dúvida. Existe flexibilidade de escolha. Existência de diversos modelos no SNS sem sentido. Organizações similares com iguais processos implementados.	Não. Apoiar todas as iniciativas. Possibilidades e sistemas diferentes. Modelo nacional dispendioso, sem vantagens.	Padronização dos resultados esperados. Adequar os processos aos resultados definidos. Garantir os resultados.
		Características do modelo único	-	Flexível, dinâmico, adequado aos contextos e organizações. <i>Benchmarking.</i>	-	-

K	Obrigatoriedade legal	Concordância com a obrigatoriedade	Sim. Sistema da qualidade. Objectivos da qualidade.	Sim. Sistemas de gestão da qualidade. Publicação de indicadores de qualidade. Formação contínua.	Sim. Requisito base nos contratos-programa.	Sim. Com consequências nos orçamentos, condições, incentivos.
L	Penalizações institucionais	Concordância com as penalizações	Não. Dirigentes penalizados.	Não. Reconhecimento do investimento. Premiar. Incentivos.	Não. Recomendações. Incentivos. Consulta das necessidades das organizações.	Não. Motivar com consequências positivas. Motivação.

Tema IV – Desenvolvimento Futuro

			E1	E2	E3	E4
M	Futuro	Perspectivas futuras	Optimismo	Incerteza	Optimismo. Direcção certa.	Qualidade importante para a eficiência e racionalização da utilização dos recursos

			E5	E6	E7	E8
M	Futuro	Perspectivas futuras	Pessimismo. Qualidade aumenta a eficiência e diminui o desperdício.	Optimismo. <i>Clinical governance</i> . Gestão integrada da qualidade. <i>Accountability</i> da gestão. Envolvimento dos cidadãos e profissionais. Política com impacto negativo na qualidade clínica. Nova directiva exige aposta na gestão da qualidade. Cortes na qualidade por constrangimentos financeiros.	Optimismo. Muito e bom trabalho em qualidade nas organizações. Qualidade em risco. Organizações com tradição na qualidade continuam. Organizações a começar ficam para trás.	Pessimismo. Desinvestimento. Retrocesso em muitos indicadores de saúde. Pioria do desempenho do sistema de saúde. Problemas de acesso, equidade. Projectos de pessoas na área da qualidade.