

APNOR



Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

## Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista

Teresa Correia Novo

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de mestre em gestão das organizações, ramo de Unidades de Saúde.

Orientador: Professor Doutor Paulo Sampaio (UMinho)

Co-orientador: Eng.<sup>a</sup> Pilar Baylina (IPP)

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Porto, Novembro, 2013

APNOR



Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

## Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista

Teresa Correia Novo

Orientador: Professor Doutor Paulo Sampaio (UMinho)

Co-orientador: Eng.<sup>a</sup> Pilar Baylina (IPP)

Porto, Novembro, 2013

## Resumo

Este trabalho descreve a abordagem abrangente sobre a melhoria do sistema de gestão da qualidade na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista através da implementação das normas de acreditação da *Joint Commission International* (JCI). Fundamental para a melhoria geral da qualidade é a redução contínua de riscos para os doentes e para os profissionais da Unidade. Tais riscos podem existir ao nível do ambiente físico assim como no circuito dos exames e dos doentes.

A acreditação em Saúde é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde e tem como objetivo fortalecer a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde bem como nas instituições de saúde.

É importante que Portugal cultive a melhoria da qualidade e segurança nas instituições de saúde mantendo uma relação adequada custo/benefício.

A União Europeia tem feito um esforço para que a acreditação seja harmoniosa nos seus princípios, no entanto é respeitada sempre a prevalência da legislação de cada país, bem como as suas especificações culturais e religiosas (Shaw, 2006), responsabilizando-o pelo seu sistema de saúde

O trabalho aqui apresentado tem como objetivo principal fundamentar a escolha do modelo de acreditação da JCI para o Hospital da Boavista, nomeadamente para a Unidade de Imagiologia, ver se os padrões estão de acordo com os procedimentos da Unidade, identificar falhas e apontar possíveis melhorias.

Pretende-se ainda mostrar a importância da implementação dos sistemas de certificação e acreditação da gestão da qualidade, documentada pela experiência profissional, bem como o *know-how* do Hospital da Boavista, assim como a complementaridade dos programas da gestão da qualidade, certificação e acreditação.

A escolha do modelo de acreditação da JCI, foi uma opção do Hospital da Boavista baseada na credibilidade e no grau de exigência que a entidade impõe.

Foi imperativo que a Unidade de Imagiologia realizasse as suas funções de forma válida e fiável e que disponibilizasse produtos / serviços de qualidade.

A monitorização e conseqüente controlo de qualidade do serviço prestado pela Unidade de Imagiologia, foi difícil mas simplificado, em parte, devido ao sistema de gestão da qualidade ISO 9001:2008 já implementado, tendo este sido consolidado com a implementação da acreditação da JCI, com padrões específicos bem definidos na gestão do controlo de qualidade na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista.

**Palavras Chave:** Qualidade, certificação, acreditação, *Joint Commission International* (JCI), King's Fund (KF), *International Organization for Standardization* (ISO)

## Resume

This work describes a comprehensive approach on improving the quality of the Imaging Department of **Hospital da Boavista**. To improve the quality of the service, it is important the reduction the risks of the patients and professionals. Such risks may exist in the physical environment as well as in the circuit of examinations and patients.

Accreditation in Health is one of the strategic priorities of the Ministry of Health and aims to strengthen public confidence in the domestic and foreign health professionals and institutions in Health.

It is important that Portugal cultivate improving quality and safety in health care institutions maintaining an appropriate relationship price benefit.

The European Union has made an effort to ensure that the accreditation is harmonious in its principles, however is satisfied when the prevalence of the legislation of each country, blaming it's for its healthcare system as well as its cultural and religious specifications (Schaw, 2006).

The work aims to explain the choice of the Joint Commission International for **Hospital da Boavista**, particularly for Imagiology Department it's to validate the high standards of this service and to identify and improve all the errors.

The aim is also to show the importance of implementing systems certification and accreditation of quality documented by professional experience and the know-how of the **Hospital da Boavista**, it was found that programs of quality management certification and accreditation are inseparable, complement each other.

The choice of model of accreditation of JCI was an option of HPP Boavista based on credibility and level of care that requires the entity.

It was imperative that the Mariology's Service perform their functions in a valid and reliable way to make available products/services with quality.

The monitoring and subsequent control of quality of service provided by the Imagiologia Service was difficult; this issue was passed, in part with the ISO quality system, and was consolidated with the implementation of accreditation from Joint Comisssion International, with specific patterns well defined in the management of quality control in the Imagiology's Department of **Hospital da Boavista**.

Keywords: Quality, certification, accreditation, Joint Commission International (JCI), King's Fund (KF), International Organization of Standardization (ISO)

## **Dedicatória**

Finda esta etapa de extrema importância para mim, quero dedicar este trabalho às pessoas que amo, e estiveram do meu lado com muita paciência a apoiar-me e a acreditarem em mim diariamente:

- Ao meu marido: Rui
- Às minhas filhas: Inês, Margarida e Mafalda
- Aos meus pais, Auxília e David

## Agradecimentos

Para a realização deste trabalho estiveram envolvidas várias pessoas que foram de extrema importância direta e indiretamente.

A todas elas quero expressar o meu mais profundo agradecimento.

No entanto, aqueles que colaboraram mais de perto comigo:

- Aos meus orientadores, Eng.<sup>a</sup> Pilar Baylina e Professor Doutor Paulo Sampaio, pelo tempo e paciência que me dedicaram;
- Aos meus colegas que colaboram comigo diariamente no processo de melhoria continua;
- Ao Hospital da Boavista, em particular à Dr.<sup>a</sup> Maria José Oliveira e ao Sr. Eng.<sup>o</sup> António Bissaia Barreto, por me terem facilitado a realização do trabalho dentro da instituição, e me terem envolvido e dado a oportunidade de participar no processo da gestão da qualidade do Hospital;
- À minha colega e mestre Olga Bastos pelo incentivo;
- Ao Dr. Ricardo Sampaio por me ter inculcido o “bichinho” da qualidade há muitos anos;
- Aos meus amigos, por acreditarem em mim e me incentivarem a realizar um sonho que se tornou realidade;
- A Deus pela força que me tem dado neste percurso difícil.

A todos,  
O meu obrigado!

## Índice

<b>Resumo</b>	<b>3</b>	
<b>Dedicatória</b>	<b>5</b>	
<b>Introdução</b>	<b>13</b>	
<b>Capítulo I</b>	<b>ESTADO DA ARTE</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Definição de qualidade</b>	<b>22</b>	
<b>1.2. Qualidade em Saúde</b>	<b>24</b>	
<b>1.3. A qualidade na saúde ao nível internacional</b>	<b>25</b>	
<b>1.4. Principais modelos da qualidade aplicados à saúde em Portugal</b>	<b>26</b>	
<b>1.4.1 King’s Fund CHKS (KF)</b>	<b>27</b>	
<b>1.4.2.1. A norma nº 42 refere-se ao serviço de Imagiologia/Radiologia</b>	<b>32</b>	
<b>1.4.2.2. Vantagens, desvantagens e limitações da King’s Fund identificadas na literatura</b>	<b>34</b>	
<b>1.4.3. Joint Commission International (JCI)</b>	<b>35</b>	
<b>1.4.3.1 Planeamento, políticas e procedimentos param implementação da JCI</b>	<b>37</b>	
<b>1.4.3.2. Pré avaliação</b>	<b>37</b>	
<b>1.4.3.2.1. Confidencialidade</b>	<b>38</b>	
<b>1.4.3.3. Processo de avaliação “in loco”</b>	<b>38</b>	
<b>1.4.3.4. Pós avaliação</b>	<b>39</b>	
<b>1.4.3.5. Manutenção da acreditação</b>	<b>39</b>	
<b>1.4.3.6. Política da data em vigor dos padrões</b>	<b>39</b>	
<b>1.4.3.7. Vantagens, aspetos positivos e limitações da acreditação e certificação JCI</b>	<b>39</b>	
<b>1.4.4. Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia (ACSA)</b>	<b>44</b>	
<b>1.4.4.1. Fazem parte do Modelo as seguintes características:</b>	<b>45</b>	
<b>1.4.4.2. Vantagens, desvantagens e limitações da ACSA</b>	<b>47</b>	
<b>1.5. Modelos de certificação</b>	<b>48</b>	
<b>1.5.1. Certificação ISO 9001</b>	<b>49</b>	

1.5.2. Vantagens, desvantagens e limitações ISO 9001	50
1.6.Outros programas de melhoria da qualidade no setor da saúde em Portugal – Breve referência	53
1.6.1. Instituto Português da Qualidade	53
1.6.2. Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)	53
1.6.2.1 Normas de orientação clínica (NOC)	54
1.6.2.2. Qualigest	55
1.6.2.3. Programa de melhoria contínua da qualidade (MCQ)	55
1.6.2.4. Qualidade organizacional Hospitalar – IQS e KF	55
1.6.2.5. Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuor)	56
1.6.2.6. Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento	57
1.6.2.10. Projeto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento	57
1.6.2.11. Serviço de acreditação – proteção radiológica	59
<b>Capítulo II</b>	
<b>METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>62</b>
2.1.Desenvolvimento do projeto	63
2.2. Metodologia de investigação	63
2.2.1. Estudo de Caso	63
2.2.3. Tratamento de dados	65
<b>Capítulo III</b>	<b>66</b>
<b>ESTUDO DE CASO - SERVIÇO DE IMAGIOLOGIA DO HOSPITAL DA BOAVISTA</b>	<b>66</b>
3.1. Caracterização da unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista	67
3.1.1 A unidade de Imagiologia	67
3.1.2.Localização e Instalações	68
3.2. Recolha de dados	69
3.3.Plano de Acção	71
3.3.1. Elaboração de Procedimentos e respetiva documentação	71
3.3.1.1. Criação de impressos de registo	71



<b>3.3.1.2. Definição de circuitos de limpeza</b>	<b>72</b>
<b>3.3.1.3. Alteração de preparações para realização de exames</b>	<b>72</b>
<b>3.3.1.4. Criação de normas de funcionamento</b>	<b>72</b>
<b>3.3.1.5. Documentação de protocolos clínicos e não clínicos</b>	<b>73</b>
<b>3.3.1.6. Implementação no terreno</b>	<b>73</b>
<b>3.3.2. Desenvolvimento de novos objetivos – Melhoria continua</b>	<b>74</b>
<b>3.3.3 Avaliação da satisfação do cliente interno e do cliente externo</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo IV</b>	<b>82</b>
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b>	<b>82</b>
<b>4.1. Análise do cumprimento dos objetivos definidos</b>	<b>83</b>
<b>4.2. Trabalho futuro a desenvolver</b>	<b>85</b>
<b>4.3. Limitações do trabalho</b>	<b>87</b>
<b>Referências Bibliografias</b>	<b>88</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> Representação gráfica da certificação ISO 9001 segundo o ciclo PDCA, Ciclo de Deming ou Melhoria Contínua dos Processos .....	23
<b>Figura 2:</b> Evolução ao longo do tempo da KF .....	27
<b>Figura 3:</b> Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos .....	52
<b>Figura 4:</b> Vista do Hospital de Boavista - HPP .....	68

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> Hospitais em fase de acreditação JCI / KF .....	18
<b>Quadro 2</b> Aspetos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde .....	19
<b>Quadro 3</b> Aplicação, norma nº 42 e falhas da KF na unidade de Imagiologia .....	35
<b>Quadro 4</b> Instituições/serviços Acreditados pela JCI em Portugal.....	41
<b>Quadro 5</b> Alguns exemplos de instituições/serviços Acreditados pela JCI a nível mundial ..	42
<b>Quadro 6</b> Aplicação, norma e falhas da JCI .....	43
<b>Quadro 7</b> Aplicação, norma e falhas da ACSA .....	48
<b>Quadro 8</b> Aplicação, norma e falhas da ISO 9001 .....	50
<b>Quadro 9</b> Avaliação de atividades na área da Radiologia .....	60
<b>Quadro 10</b> Vantagens e desvantagens do estudo de caso .....	64
<b>Quadro 11</b> Constatações da Pré auditoria 2010 da JCI.....	69

## **Siglas e abreviaturas**

AAM – Auxiliar de Ação Médica

ACSA - Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia

CHKS – Casper Healthcare Knowledge Service

DGS – Direção Geral de Saúde

DUQue - “Deepening our Understanding in Quality Improvement in Europe”

EFQM - European Foundation for Quality Management

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPI’s – Equipamentos de Proteção Individual

ERS – Entidade Reguladora da saúde

HAQU - Healthcare Accreditation and Quality Unit

HQS – Helth Quality Service

IEC - International Electrotechnical Commission

IPQ – Instituto Português da Qualidade

IQIP- International Quality Indicator Project

ISO – International Organization for Standardisation

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

JCI – Joint Commission International

KF – King’s Fund

MoniQuor – Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde

NOCs – Normas de Orientação Clínica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORCABO - “Improving quality and safety in the Hospital: The link between organisational culture, burnout, and quality of care

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

## Introdução

### Motivo do desenvolvimento do estudo

O motivo pelo qual este trabalho foi desenvolvido baseia-se essencialmente na aplicação das boas práticas de segurança para profissionais e doentes na prestação de cuidados de Saúde.

Dada a sociedade e cultura em que estamos inseridos, é difícil implementar e manter as boas práticas nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, porque esses procedimentos não estão implementados nem enraizados. Neste seguimento, existem programas específicos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, como é o caso dos programas voluntários de acreditação hospitalar através do qual se otimiza a aplicação e sistematização de boas práticas e se promove a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados. O trabalho aqui apresentado teve como intuito, demonstrar "in loco" a importância e vantagens da aplicação do modelo de acreditação da *Joint Commission International* (JCI) no trabalho diário de um serviço de saúde e na qualidade do serviço prestado ao cliente.

### Objetivos do Estudo

O presente trabalho pretende dar um contributo para a questão da gestão da qualidade, apresentando conceitos essenciais e orientações úteis para a implementação de um programa de acreditação.

Pretende-se ainda com este trabalho mostrar a importância da implementação dos sistemas de certificação e acreditação da qualidade na área da Imagiologia, apoiada pela experiência profissional, bem como o *Knox-how* do Hospital da Boavista.

Este trabalho mostra ainda que os programas de gestão da qualidade, certificação e acreditação são indissociáveis, devendo ser vistos como complementares numa organização de saúde.

Salienta-se ainda que os serviços de Imagiologia e diagnóstico por imagem existem para atender às necessidades do doente e que todos os serviços prestados deverão estar de acordo com os mais elevados padrões de qualidade, legislação e regulamentação local e nacional (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 2010).

Por outro lado deverá estar sempre presente que os serviços de Imagiologia deverão ser executados por pessoal qualificado, em ambiente seguro e de acordo com as diretrizes profissionais publicadas (*healthcare Accreditation and Quality Unit*, 2006).

O estudo apresentado teve como objetivo principal apoiar o processo de implementação e integração do modelo de acreditação JCI na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista (já certificado segundo a NP EN ISO 9001:2008). Como nos deparamos no dia-a-dia com problemas relacionados com a qualidade na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente

na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista, o estudo tem como objetivo específico demonstrar as dificuldades, oportunidades de melhoria e vantagens da implementação do modelo de acreditação JCI, criando uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos profissionais e nos doentes. Neste sentido definiram-se os seguintes objetivos operacionais:

- Averiguar os motivos que levaram o Hospital da Boavista a optar pela Joint Commission International;
- Identificar os pontos fortes e os pontos fracos na área da qualidade na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista;
- Conhecer as dificuldades encontradas pelos profissionais e pelos doentes
- Identificar as sugestões ou possíveis melhorias na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista
- Apoiar a implementação o modelo de acreditação da Joint Commission International na Unidade
- Avaliar do impacto do modelo Joint Commission International de acreditação hospitalar em termos de prestação de cuidados / serviços de qualidade e com segurança.

O envolvimento dos colaboradores e dos doentes é um dos fatores de sucesso para a implementação do sistema da qualidade (*empowerment*) (Rawlins, 2002).

### **Estrutura da dissertação**

O trabalho faz uma alusão ao enquadramento do tema, aborda de uma forma geral o tema da qualidade a nível nacional e internacional, a motivação bem como os objetivos do trabalho.

No primeiro capítulo aborda o estado de arte, definição de qualidade e qualidade em saúde. É feita uma abordagem aos principais modelos de acreditação e certificação no setor da saúde em Portugal, bem como outros modelos de qualidade desenvolvidos neste setor.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia de investigação, dificuldades e vantagens. Ainda faz parte do capítulo o levantamento de necessidades da Unidade de Imagiologia, elaboração de procedimentos e implementação das alterações

No terceiro capítulo é apresentada a Unidade de Imagiologia, novas diretrizes e apresentação de resultados.

Por fim é feita a conclusão e discussão de resultados, assim como as limitações e trabalhos futuros a desenvolver.

## **Capítulo I**

### **ESTADO DA ARTE**

O Taylorismo, modelo de administração caracterizado pela ênfase nas tarefas, com o objetivo de aumentar a eficiência ao nível operacional, permanece ainda hoje como uma opção para a gestão da qualidade em muitas empresas, que continuam a separar a gestão do trabalho, conseguindo ganhos importantes de produtividade. No entanto nos anos 60, introduziu-se nas instituições a garantia da qualidade como exigência do comprador sobre o fornecedor independentemente do produto / serviço prestado (A. R. Pires, 1993).

O conceito de qualidade e suas metodologias foram aplicados pela indústria por autores como Deming ou Juran e a partir daí adaptadas a outras modalidades nomeadamente à saúde através de Donabedian, entre outros.

No entanto, o conceito e preocupação com a qualidade são conhecidos da História desde Hipócrates a Florence Nightingale e Ernest Codman.

Na indústria, a qualidade de um serviço e/ou produto foi definida por Juran, como a aptidão para o uso, ou como satisfação dos requisitos dos consumidores desse produto e / ou serviço, em todos os casos existe uma noção de adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço (Campos, Saturno, & António Carneiro, 2010).

Em saúde o *Institute of Medicine*, define 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 desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente" (IoM, 1990).

Outras instituições e organizações têm apresentado outras propostas, no entanto não parecem acrescentar nada de significativo a estas.

Apesar de tudo a formulação proposta pelo Programa Ibérico, em 1990, parece ser uma das definições mais completas e que foi adotada pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016: "Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação dos utentes" (Luís Campos, Pedro Saturno, & António Carneiro, 2010).

A prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada à qualidade prestada em todos os níveis de cuidados, serviços, métodos e produtos. A avaliação e monitorização específica da qualidade são práticas que precisam de ser obrigatórias.

Se o planeamento do processo de qualidade não for centrado no cliente, todas as ferramentas da qualidade terão fracos resultados, e conseqüentemente custos elevados (Mezomo, 2001).

A palavra qualidade é definida pelo dicionário da Porto Editora como "propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras, ou ainda pelo *Concise Oxford Dictionary* como "grau de excelência", assim a garantia da qualidade, pode ser interpretada como uma garantia formal do grau de excelência, ou seja, assegura aos doentes e profissionais prestação de um bom nível de cuidados na saúde (Sale, 1998).

Eduards Deming, grande referência na área da gestão da qualidade, põe em causa a máxima que dizia que a melhoria da qualidade levava a um aumento de custos. Deming propõe uma abordagem em que as necessidades e expectativas dos consumidores são o



ponto de partida para a melhoria da qualidade dentro de uma organização, e cria um movimento de melhoria contínua que promove (A. R. Pires, 1993):

- A melhoria da qualidade
- O aumento da produtividade
- A redução de custos
- A redução de preços
- O aumento dos mercados
- A continuação do negócio
- Mais emprego e recuperação do investimento.

Philip Crosby afirma que quando falamos de qualidade estamos a tratar com problemas de pessoas, assim para avaliar até que ponto a organização integra a gestão da qualidade são apresentadas as seguintes deicas alusivas aos pontos a ter em consideração na avaliação da qualidade numa organização (A. R. Pires, 1993):

- Incerteza – quando a gestão de topo não tem conhecimento da qualidade como ferramenta positiva na gestão da organização;
- Despertar – quando a gestão de topo começa a reconhecer que a gestão da qualidade pode ajudar sem afetar recursos;
- Clarificar – quando a gestão de topo decide introduzir um programa formal de qualidade;
- Saber – quando a gestão de topo e a organização atingem o estado em que mudanças permanentes podem ser efetuadas com sucesso;
- Certeza – quando a gestão da qualidade é vista como uma parte vital da gestão e sucesso da organização.

Para ajudar na implementação e manutenção da garantia da qualidade nas organizações de saúde surgiram os processos de acreditação e certificação dos sistemas de gestão da qualidade, que contemplam todos os aspetos relacionados com a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados.

A acreditação da qualidade em saúde consiste no reconhecimento profissional e nacional reservado às instituições que prestam cuidados de saúde de elevada qualidade e significa que a instituição de saúde em questão solicitou voluntariamente a sua avaliação de acordo com padrões profissionais de elevada qualidade e demonstrou uma adesão significativa aos mesmos.

O movimento de acreditação na área da saúde iniciou-se nos Estados Unidos em 1917, por uma iniciativa do *American College of Surgeons*, de instaurar um programa de padronização hospitalar. Com os avanços na área cirúrgica, principalmente na área da anestesia, houve a necessidade de sistematização de procedimentos para com o doente, o

que provocou o estabelecimento, em 1919, de regras mínimas de cuidados com os pós-operados.

Outras normas essenciais foram criadas, como a obrigatoriedade de graduação em medicina, a licenciatura legal dos membros do corpo clínico, a adoção de regulamentos e políticas que funcionassem como diretrizes racionais e bem definidas para que fosse possível a gestão do trabalho profissional numa Unidade Hospitalar. O processo rapidamente se multiplicou pelos hospitais americanos, estimulando a criação, em 1951, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que se destacou sempre das outras instituições de acreditação pela sua exigência e credibilidade. Desenvolvendo novas e mais precisas metodologias a partir de um conjunto vasto de experiências, a *Joint Commission International*, expandiu-se e evoluiu para a prestação de serviços de consultoria a programas de acreditação em todo o mundo.

A qualidade na saúde e a acreditação das instituições de saúde foi fortemente dinamizada em Portugal a partir de 1999 pelo Instituto da Qualidade em Saúde (extinto em 2006). Foram dinamizados diversos projetos associados à qualidade, sendo de destacar o programa de acreditação, suportado no modelo King's Fund, tendo início através do estabelecimento de um acordo entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS) (entidade acreditadora do Reino Unido), vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais.

Em Portugal muitas Unidades prestadoras de cuidados de saúde estão em fase de acreditação ou reaccreditação, recorrendo a agências estrangeiras, tais como CHKS (modelo *King's Fund*), JCAHO (modelo *Joint Commission International*) ou a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA), sendo estas as mais solicitadas em Portugal.

Em 2005, e pelo *King's Fund – Health Quality Service* estavam doze Hospitais em fase de implementação, quatro já tinham obtido acreditação provisória e oito acreditações total. Nesta mesma altura pela *Joint Commission International* estavam treze Hospitais ainda numa fase de implementação, tal como refere o Quadro 1. (Machado, P., 2007)

**Quadro 1** Hospitais em fase de acreditação JCI / KF

	Fase Implementação	Acreditação provisória	Acreditação Total
<b>Nº de Hospitais no processo de acreditação King's Fund (KF)</b>	12	4	8
<b>Nº de Hospitais no processo de acreditação <i>Joint Commission International</i> (JCI)</b>	13	-	12

Fonte: Adaptado (Machado, P., 2007)

Em 2004 surgiu a Unidade de Missão para os Hospitais S.A., entidade criada por resolução do Conselho de Ministros, que tem como objetivo gerir Hospitais de capital 100% públicos, entre cerca de uma centena de Hospitais públicos que existem no país, veio a adotar o modelo da *Joint Commission International* para acreditação destes Hospitais. O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, veio conferir à Direção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português. Nesta conformidade, cabe agora à Direção Geral da Saúde prosseguir e desenvolver a cultura da melhoria contínua da qualidade, da segurança do doente e a disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais na prestação de cuidados de saúde.

Em 2005, a Entidade Reguladora da Saúde efetuou um estudo para avaliação da implementação de acreditação nos Hospitais Portugueses do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e foi o primeiro levantamento efetuado em Portugal sobre projetos de acreditação de Hospitais do SNS (num total de 103 Hospitais). Assim concluiu-se que em 2005, 80% dos Hospitais já se encontravam numa fase de implementação ou já tinham obtido o reconhecimento por uma entidade externa (acreditação ou certificação) num projeto da área da qualidade.

A acreditação em Saúde é uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde segundo o Despacho n.º 14223/2009 que procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, conforme o Quadro 2, definindo as prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente, adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde. Foi necessário criar um programa de acreditação em saúde, com base num modelo de acreditação credível e sustentável, mas que fosse de encontro às características do modelo de Saúde Português. (Machado, P., 2007)

#### **Quadro 2 Aspetos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde**

<b>I Enquadramento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fazem parte do sistema nacional de saúde português entidades públicas, privadas e todos os profissionais de saúde com convenções para prestação de cuidados de saúde;</li><li>• O plano Nacional de Saúde 2004-2010 identifica escassa cultura de qualidade, défice organizacional dos serviços de saúde, falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;</li><li>• O Ministério da Saúde tem como missão potenciar a sua coesão e qualidade de prestação de cuidados de saúde;</li><li>• O Ministério da Saúde tem a responsabilidade de coordenar o sistema de Saúde Português, potenciando a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde.</li></ul>
<b>II Missão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Os doentes têm o direito de ser informados sobre os procedimentos</li></ul>

	<p>clínicos que lhe são propostos, juntamente com os riscos e benefícios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada estado membro, deve ter uma estratégia para a qualidade e segurança em saúde, com atenção na necessidade da tomada de medidas sustentáveis a longo prazo.</li> <li>• A gestão eficiente dos recursos disponíveis, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham.</li> <li>• Promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.</li> </ul>
<p><b>III</b> <b>Prioridades estratégicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade clínica e organizacional;</li> <li>• Informação transparente ao cidadão;</li> <li>• Segurança do doente;</li> <li>• Qualificação e acreditação nacional de Unidades de saúde;</li> <li>• Gestão integrada da doença e inovação;</li> <li>• Gestão da mobilidade internacional de doentes;</li> <li>• Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.</li> </ul>
<p><b>IV</b> <b>Destinatários</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cidadão: como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, utilizador e proprietário desses serviços;</li> <li>• Profissional de saúde: responsável pelo desenvolvimento de trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para o papel que tem sofrido e continuará a sofrer.</li> </ul>
<p><b>V</b> <b>Valores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade;</li> <li>• Confidencialidade;</li> <li>• Transparência.</li> </ul>
<p><b>VI</b> <b>Princípios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação para o cidadão;</li> <li>• Objetividade;</li> <li>• Compromisso;</li> <li>• Inovação;</li> <li>• Evidência científica;</li> <li>• Melhoria contínua;</li> <li>• Qualidade;</li> <li>• Procura da excelência.</li> </ul>
<p><b>VII</b> <b>Ação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar normas de orientação clínica;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementar indicadores que permitam monitorizar os níveis da qualidade clínica e qualidade organizacional;</li> <li>● Criar sistema de notificação de incidentes e de eventos adversos;</li> <li>● Coordenar o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde;</li> <li>● Adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente;</li> <li>● Estabelecer critérios e regras para a criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde;</li> <li>● Acompanhar e avaliar projetos de saúde nas áreas da inovação e da investigação;</li> <li>● Gestão dos fluxos de doentes estrangeiros a receber cuidados de saúde em Portugal e doentes portugueses a recebe cuidados de saúde no estrangeiro;</li> <li>● Implementar sistemas de monitorização periódica de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais;</li> <li>● Avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>VIII Horizonte temporal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médio e de longo prazo;</li> <li>● Promoção da aproximação à excelência na prestação de cuidados;</li> <li>● Garantia da sua qualidade e da sua melhoria contínua;</li> <li>● Beneficiários: Cidadãos utilizadores do sistema de saúde;</li> <li>● Garantir a qualidade dos diferentes elementos que intervêm na prestação de cuidados de saúde.</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado (Faria & P. S. Moreira, 2009)

Criado no âmbito da Direcção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde, sucede ao Instituto da Qualidade em Saúde e a Agência da Qualidade na Saúde e tem a missão de promover e divulgar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Neste enquadramento compete ao Departamento da Qualidade na Saúde o desenvolvimento de um programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de Saúde Português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e

promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, através da promoção e consolidação da cultura da qualidade na saúde.

A Direcção-Geral da Saúde é responsável pela promoção e reconhecimento público da qualidade e melhorias conseguidas nas unidades prestadoras de cuidados de saúde acreditadas, concedendo deste modo aos cidadãos e aos profissionais de saúde maior confiança no acesso aos cuidados, e a garantia de boas práticas, no entanto, cedo se percebeu a falta de cultura da qualidade das organizações de saúde em Portugal, bem como a falta de indicadores de qualidade, tornando-se a acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde uma missão complexa.

### 1.1. Definição de qualidade

Por qualidade entende-se a capacidade de um produto ou serviço atingir a finalidade para que foi produzido, ao menor custo (Rui Nunes, 2009).

Para tal pode implicar a criação e desenvolvimento de um sistema de gestão da qualidade (SGQ) interno ou externo à empresa (Feigenbaum, 1991).

A qualidade pode também ser definida como a satisfação, não só de um produto, mas também de um serviço, da gestão, da instituição e do grupo humano, sendo necessário obedecer a um conjunto de características que permitam ser adequadas para as necessidades para que foram criadas de acordo com as expectativas dos doentes (Mezomo, 2001).

Segundo Pires, a qualidade tem diferentes variantes, com diferentes características. A qualidade é interpretada e compreendida subjetivamente, como arte, excelência, atributo, estes são algumas palavras que definem qualidade (A. Pires, 2004).

A qualidade também está ligada à percepção de um produto ou serviço que esteja relacionada com a informação e conhecimento que o cliente espera.

Estudos sobre a qualidade referem que já os romanos, ao que tudo indica, terão feito registos sobre a eficiência dos seus Hospitais Militares, também os monges dariam contas e fariam registos básicos, dos cuidados que prestavam aos doentes.

No entanto os registos de qualidade relacionados com a saúde, foram efetuados na área da Enfermagem e remontam ao século XVIII. Também durante a guerra civil Americana foram descritos os níveis de qualidade dos cuidados de enfermagem.

No início do século XX procuraram-se formas de medir a qualidade dos cuidados, de acordo com os recursos disponíveis, e ainda hoje a teoria de que a qualidade dos cuidados prestados tem repercussões a nível dos custos, mantem-se (Sale, 1998).

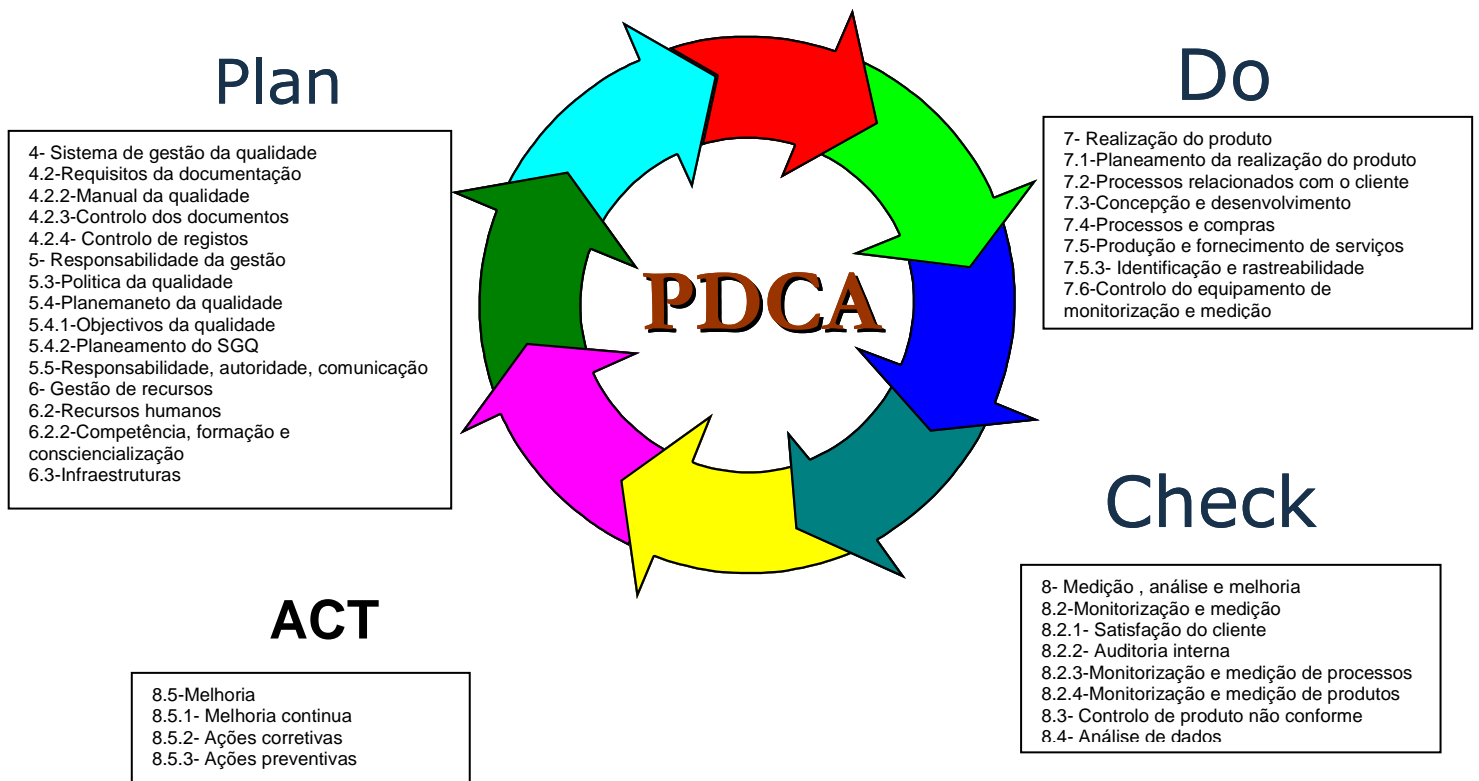
Assim de entre os contributos dos autores especialistas em qualidade, destacam-se:

- Crosby – “Qualidade é a conformidade com os requisitos” (Mezomo, 2001)
- Juran – “Qualidade é a adequação ao uso”(Juran, 1989)
- Feigenbaum – “Qualidade...pode ser definida como a combinação de produtos e

serviços ...através dos quais produtos e serviços em uso corresponderão às expectativas dos doentes”(Feigenbaum, 1991)

- Deming – “Qualidade é a natureza ou características de produtos ou serviços que refletem a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas” (Baylina & P. Moreira, 2011)

Deming, também ficou conhecido pela esquematização da melhoria contínua, o conhecido Ciclo de Deming, figura nº1, demonstra o processo de melhoria continua em diferentes etapas, suporte de qualquer modelo de gestão.



**Figura 1:** Representação gráfica da certificação ISO 9001 segundo o ciclo PDCA, Ciclo de Deming ou Melhoria Contínua dos Processos (William Eduards Deming, Sioux City EUA- 1900- Washington EUA - 1993)

**Fonte:** Adaptado (Portugal.IPQ, 2008)

A complexidade do conceito de qualidade é tal que pode ser dividida quanto à sua aplicabilidade em (A. Pires, 2004):

- Qualidade da conceção, realiza-se com a intervenção das estruturas da empresa ligadas à conceção, produção desenvolvimento e marketing.

- Qualidade do fabrico ou qualidade da prestação do serviço, está relacionada com a conformidade de certas características do produto, qualquer anomalia leva à redução de qualidade do produto.
- Qualidade da utilização, características que o produto ou serviço se propõe a desempenhar.
- Qualidade relacional, está relacionado com a grandeza das intervenções pessoais ao nível dos doentes internos ou externos.

Segundo Pires (2007), a qualidade pode apresentar características funcionais e técnicas, úteis ao cliente, que permitem ao fornecedor ir de encontro às necessidades do cliente.

Existem inúmeros autores com opiniões e definições para qualidade diferentes e outras muito semelhantes, no entanto a definição de qualidade escolhida por cada organização, deve espelhar a missão e ação que ajude a orientar o sistema de gestão da qualidade SGQ(A. Pires, 2004).

O elevado grau de qualidade, a excelência profissional, a eficiência na utilização de recursos e meios, a minimização dos riscos para os utentes, a satisfação dos utilizadores e a obtenção de resultados em saúde, são os objetivos da qualidade (Baylina, 2007).

Há necessidade de disciplinar os processos e definir procedimentos padrão, só desta forma se garante que os colaboradores estão preparados para trabalhar com segurança e de acordo com os mais altos padrões de qualidade.

## 1.2. Qualidade em Saúde

O setor da saúde cada vez está mais “virado” para a gestão da qualidade, com a perspectiva de promoção da melhoria contínua e da prestação dos cuidados nas unidades prestadoras de cuidados de saúde de boa qualidade, sendo este cada vez mais um imperativo (Rego, 2008). Na área da saúde a definição de qualidade, passa pela opinião do doente, de como este vê o trabalho que lhe é prestado, e este é influenciado pelo estado em que se encontra, nomeadamente quando debilitado pela doença e tem necessidade de procurar cuidados de saúde (Sale, 1998).

Para Avedis Donabedian a definição de qualidade em saúde não pode basear-se apenas na opinião de doentes e profissionais de saúde, deve incluir outras perspectivas, ou seja, a qualidade em saúde deve ser avaliada pela conformidade existente em relação a um conjunto de standards provenientes da medicina, dos valores e expectativa individual do doente e dos valores e expectativa social da comunidade (Rego, 2008).

O conceito de qualidade apareceu em Portugal a partir dos anos 80 com uma crescente expectativa, e em concreto em relação aos doentes no setor da saúde, estando de



acordo com o direito ao acesso da informação sobre os aspetos da qualidade, apoiando assim as escolhas dos serviços e dos profissionais de saúde por parte dos doentes (Malik & Schiesari, 1998).

O *Institute of Medicine*, em 1990 definia qualidade na saúde como sendo o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente (IoM, 1990).

A OMS define a Qualidade na Saúde como “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseadas na definição de metas explícitas e na sua avaliação de desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua dos cuidados”(Sale, 1998).

Muitas outras definições se aplicam ao conceito de Qualidade na Saúde, sendo que todas passam pela prestação de cuidados, promoção da saúde e prevenção da doença.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016, qualidade Na saúde é definida como: “Doing the right things right at the first time to the right people at the right time” (Campos, Saturno, & António Carneiro, 2010).

### 1.3. A qualidade na saúde ao nível internacional

A gestão da qualidade na saúde e o acesso aos cuidados podem fazer a diferença nos diferentes países (WHO, 2008).

Nos EUA o acesso aos cuidados de saúde, os custos, a qualidade e a eficiência variam de estado para estado sendo avaliados através de indicadores chave, não havendo uma relação provada entre gastos em saúde e o nível de qualidade, existindo uma grande margem de possibilidade de melhoria (David & Meredith, 1993) .

Nos EUA há uma maior aceitação dos prestadores, que necessitam de uma maior transparência em relação à qualidade e aos custos, bem como uma maior responsabilização pelos resultados. Morrem anualmente mais de 44.000 cidadãos por erro Médico, sendo gastos anualmente 700 biliões de dolares na prática da não qualidade (Aaron, 2008).

Há um relatório chave aqui: To Err is Human – Building a Safer Health System, Institute of Medicine

No Reino Unido morrem anualmente 40.000 pessoas devido à falta de segurança e qualidade na assistência na saúde, há relatos da “Organization With a memory (2000)” que regista gastos anuais na ordem dos 400 milhões de libras, bem como 850.000 efeitos adversos, com gastos na ordem dos 2 biliões de dolares em internamento adicional(Baylina, 2007).

Muitos outros países mostram uma diferença significativa entre os resultados atuais e os resultados ótimos que poderiam ser obtidos com a implementação de um sistema de gestão da qualidade (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012).

Ao nível internacional existem algumas organizações que promovem a melhoria da qualidade na saúde, são exemplo disso projetos internacionais da promoção da melhoria da qualidade (Baylina & P. Moreira, 2011):

- 1990 – projecto IQIP , área atuação ao nível da da qualidade internacional, no “*Hospital Maryland Association*”, o projecto foi criado nos Estados Unidos para ajudar os trabalhadores Hospitalares a identificar oportunidades de melhoria na qualidade e assistência ao doente. Agora é um projeto internacional.
- 2009 – projecto DUQuE, área da atuação ao nível da qualidade Europeia, baseia-se no estudo da melhoria da eficácia dos sistemas da qualidade nos Hospitais Europeus, “*Deepening our Understanding in Quality Improvement in Europe*” (DUQuE). É colocado em prática através da avaliação da melhoria das relações organizacionais, gestão e cultura dos profissionais envolvidos, e da expectativa da cultura da qualidade dos cuidados de saúde por parte dos doentes.
- 2010 – projecto ORCAB, área da qualidade na União Europeia, o objetivo do projecto “*Improving quality and safety in the Hospital: The link between organisational culture, burnout, and quality of care (ORCAB)*” é o de aferir o impacto dos fatores organizacionais na saúde dos profissionais, e segurança da qualidade dos cuidados de saúde Hospitalares.

São também objetivos projetar intervenções para promoção da saúde e qualidade dos cuidados Hospitalares.

#### 1.4. Principais modelos da qualidade aplicados à saúde em Portugal

Acreditação deriva da expressão – *creditum* ou *credere* – acreditar envolve um processo de confiança, uma instituição é acreditada porque reúne os requisitos exigidos, ou seja é concedida à instituição um grau de confiança para o desempenho de uma atividade. (Rego, 2008)

Os modelos de acreditação vão ajudar a ultrapassar os elevados custos da não qualidade, conferindo às organizações o estatuto de confiança nas práticas clínicas e na segurança dos doentes a nível nacional e internacional.

### 1.4.1 King's Fund CHKS (KF)

A King's Fund foi fundada em 1989, tal como demonstra a figura 2, pelo Príncipe de Gales, não tem fins lucrativos, e é uma entidade independente, tem como principal objetivo as boas práticas e a inovação em relação a todas as práticas de cuidados de saúde (Baylina, 2007).

É uma agência de desenvolvimento que zela pelas condições de melhoria de saúde no Reino Unido, sendo o seu objetivo principal providenciar um serviço de saúde que se caracterize por elevados padrões de qualidade, tendo como instrumentos o modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e a certificação ISO (*International Organization for Standardisation*) cuja finalidade é avaliar o desempenho de um Hospital por auditores internos e externos nessa instituição de saúde (Machado, P., 2007).

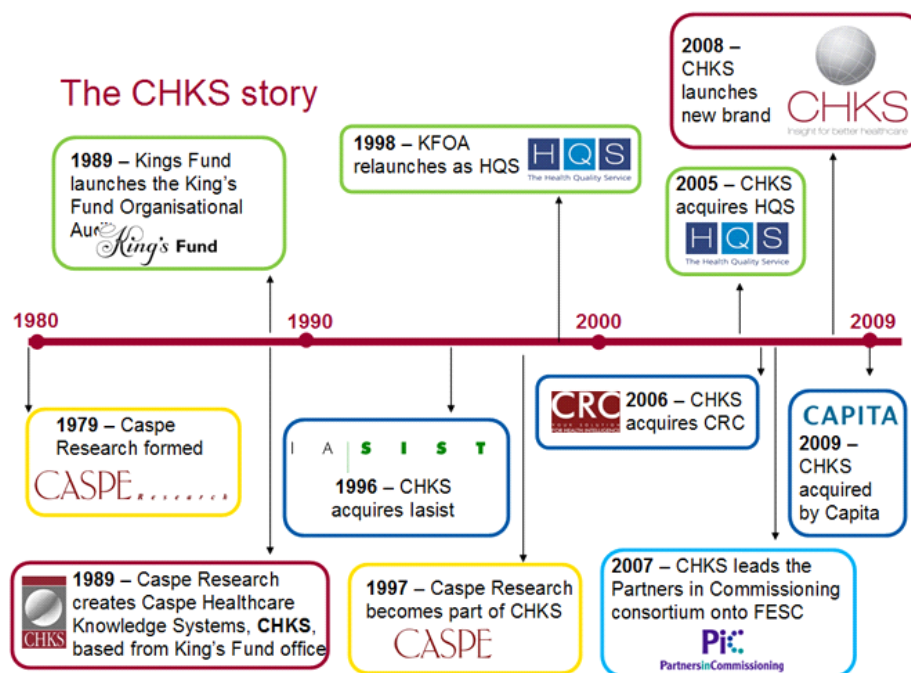


Figura 2: Evolução ao longo do tempo da KF  
Fonte: Adaptado ("Leadership development," 2012)

### **O quadro das normas**

As normas foram desenvolvidas através de consultas junto de organizações e profissionais representantes dos interesses de doentes, auxiliares, profissionais de saúde, empregados e órgãos sociais.

As normas estão distribuídas por sete ações:

- Governo administrativo e clínico
- Instituição e prestação dos serviços
- Alojamento e serviços locais
- Experiência do doente
- Percurso do doente
- Serviços clínicos (Imagiologia)

### **Formato de cada norma**

Cada uma das normas aborda uma área de trabalho ou atividade desenvolvida pelo hospital e é composta por enunciados de critérios. Estes são concebidos de modo a serem mensuráveis através de processos de autoavaliação e levantamento de dados, flexíveis e aplicáveis em Hospitais de qualquer dimensão e com todo o tipo de composição, e adaptáveis no sentido em que podem ser implementados de acordo com as circunstâncias locais (CHKS, 2006).

### **Ponderação de critérios**

Para ajudar na instituição da prioridade dos trabalhos, cada critério é ponderado de acordo com as seguintes definições:

**Os critérios de ponderação “A”** denotam requisitos profissionais, orientação, risco significativo para o doente ou para a segurança do pessoal, ou sólida prática organizacional em cuidados de saúde.

**Os critérios de ponderação “A+”** referem-se a prática melhorada que os Hospitais deveriam procurar atingir, dados recursos suficientes e um forte empenho na qualidade (CHKS, 2006).

## **Orientação**

As informações de orientação aparecem em itálico abaixo de muitos dos critérios no manual. A orientação pretende ajudar os elementos das equipas a interpretar os critérios e fornecer uma referência à legislação relevante ou orientação profissional, fornecer linhas de orientação para a satisfação dos critérios e fornecer uma indicação quanto às áreas que os avaliadores irão analisar durante o inquérito (CHKS, 2006).

## **Referências**

Muitos dos enunciados de critérios remetem para aspetos de orientação profissional. Essas referências ajudarão o pessoal a compreender a origem dos enunciados e servem de guia sobre onde obter mais informações acerca das matérias abrangidas nas normas e critérios (CHKS, 2006).

## **Equipa de projeto do Hospital**

O diretor de projeto do Hospital deverá estar apoiado por uma equipa de projeto, que por sua vez fará com que a instituição retire o máximo de proveito do programa de acreditação.

Para a equipa de projeto, existem cinco áreas de responsabilização:

- Comunicação e educação na instituição sobre as normas do programa de acreditação;
  - Acompanhamento do progresso no sentido da consecução das normas do programa de acreditação;
  - Condução dos seus próprios departamentos na preparação para o levantamento do inquérito por profissionais;
  - Assegurar o acompanhamento das ações no trabalho adicional no sentido de satisfazer as normas quando o relatório do inquérito esteja concluído;
  - A equipa de projeto deverá apoiar o seu diretor de projeto, recomendando-se que esta integre um conjunto de gestores superiores e representantes de outras categorias, numa amostra transversal dos serviços clínicos e não clínicos do Hospital, promovendo-se o envolvimento no programa por parte de todos os departamentos e categorias de pessoal.

### **Autoavaliação**

O hospital terá um período de 12 a 24 meses de trabalho com aqueles profissionais, antes da avaliação por uma equipa externa de avaliadores da Unidade de Acreditação e Qualidade de cuidados de saúde. Para fazer uso deste tempo da forma mais produtiva possível, o Hospital deverá assegurar que as normas e critérios sejam amplamente distribuídos por toda a unidade Hospitalar. O programa de acreditação da *Casper Healthcare Knowledge Service* (CHKS) consiste numa análise transversal a toda a instituição, e todos os serviços deverão estar envolvidos. As normas para a instituição e prestação de serviços e as normas para o percurso do doente constituem o núcleo do programa.

O maior número de profissionais deverá estar envolvido nas discussões e no trabalho com as normas. As normas serão utilizadas para gerar discussão e debate, identificar e avaliar as áreas problemáticas procurando possíveis soluções. As normas deverão também ser utilizadas como um catalisador que suscita a questão do que o serviço faz, porque o faz e se o poderia fazer melhor.

Nem todas as normas e critérios poderão ser aplicáveis ao Hospital, as normas e critérios que não tenham aplicabilidade deverão ser objeto de entendimento entre o Hospital e a *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU, entidade que confere a acreditação). A interpretação não deve ser efetuada de uma forma rígida, se estiverem a ser introduzidas novas práticas, é importante que as mesmas satisfaçam as necessidades locais e se adequem ao que acontece dentro da instituição. Os critérios estão abertos a interpretação local e compete a cada serviço decidir como melhor os implementar.

### **Planeamento de ação**

Uma vez concluída a autoavaliação de um serviço, os respetivos colaboradores deverão desenvolver um plano de ação como meio de implementar e aperfeiçoar nos serviços que abordem os critérios que não estejam ainda satisfeitos.

Para delinear um plano de ação, cada critério marcado como não estando em conformidade, ou estando em conformidade parcial, deverá ser assinalado e uma decisão tomada acerca do que precisa ser feito, quem o fará, de onde virão os recursos e qual o tempo previsto para a ação. Uma pessoa em cada serviço/departamento deverá ficar responsável pela coordenação do plano de ação e assegurar que este é cumprido dentro do prazo.

### **Acreditação *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU)**

A acreditação segundo o modelo da King's Fund é conferida pela *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU) a organizações que tenham demonstrado total conformidade com todos os critérios aplicáveis de ponderação "A". A acreditação é válida por 3 anos desde a data da inspeção e não desde a data da atribuição da acreditação, e depende de resultados satisfatórios de acompanhamento. A acreditação pode ser conferida caso existam ocorrências menores de conformidade parcial, contando que o cliente tenha demonstrado estarem em curso ações corretivas, como por exemplo obras de construção ou aspetos que estejam fora do controlo do Hospital. O progresso destes aspetos é verificado através de disposições de acompanhamento.

### **Acompanhamento da situação da acreditação/certificação**

A *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU) deverá assegurar-se de que as normas que conduziram à certificação e/ou certificação estão a ser mantidas pelo Hospital. Tal é feito através da apresentação de documentação ou por uma curta visita de inspeção, por um ou mais avaliadores, que deverá incluir análise de documentação, visitas documentais e entrevistas com pessoal. Todas as questões assinaladas pela junta de acreditação na altura da atribuição serão acompanhadas através do sistema de controlo. Nos casos em que a amostra representativa dos serviços, instalações ou unidades de cuidados tiver sido inspecionada no levantamento completo, os que tiverem sido visitados poderão ser selecionados para efeitos de acompanhamento. Por outro lado, os serviços identificados na junta de acreditação como necessitando de trabalho adicional de modo a satisfazerem as normas também serão avaliados como parte do processo de acompanhamento para assegurar a conformidade.

O acompanhamento das organizações, serviços ou departamentos com certificação ISO é realizado através de uma visita anual de inspeção local. Nos casos em que exista conformidade parcial ou não conformidade com as normas durante o processo de acompanhamento, o Hospital acreditado / certificado disporá de um prazo para tomar medidas corretivas.

A CHKS, audita através do modelo KF o sistema em 3 etapas:

1. Desenvolvimento dos padrões organizacionais, que devem evidenciar a evolução das ciências e tecnologias da saúde
2. Implementação de normas pré definidas
3. Avaliação de conformidade das práticas de saúde com os diversos padrões existentes (França, 2000).

Este protocolo tinha como objetivo a criação de dois programas distintos:

1. Programa de avaliação, revisão e melhoria organizacional dos Hospitais;
2. Programa de Benchmarking, do desempenho organizacional face a parâmetros nacionais e internacionais.

Esta acreditação abrange toda a instituição com o envolvimento de todos os profissionais. Das técnicas usadas, fazem parte a revisão de documentação, as entrevistas e a observação direta. A CHKS envia um relatório com recomendações e sugestões de melhoria à instituição, para posterior acreditação através do modelo KF (França, 2000).

#### 1.4.2.1. A norma nº 42 refere-se ao serviço de Imagiologia/Radiologia

“Os serviços de Imagiologia são executados por pessoal qualificado e em ambiente seguro e de acordo com as diretrizes profissionais publicadas” (CHKS, 2006) .

A norma nº 42 aborda as seguintes áreas:

- Gestão e colocação de pessoal
- Processo
- Imagens de ressonância magnética
- Meio físico
- Melhoria da qualidade

#### **Vantagens da participação**

As normas Internacionais do Programa de Acreditação Internacional para Hospitais da CHKS, *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU), foram concebidas como orientação para garantia da qualidade e melhoria da qualidade de todos os serviços prestados num hospital, de modo a maximizar os efeitos da aplicação das normas. Recomenda-se que o programa de acreditação seja implementado como um programa transversal a toda a extensão da unidade Hospitalar.

Os benefícios do processo de acreditação HAQU são muitos, e incluem o reconhecimento das boas práticas existentes, a agilização dos atos no sentido da melhoria dos serviços e melhores comunicações.



A acreditação da CHKS conferida pela HAQU *indica* que o Hospital foi avaliado por uma equipa independente de analistas e que demonstrou conformidade com as normas essenciais para prestação de serviços de alta qualidade aos doentes.

### **Garantia de qualidade**

Este programa da CHKS conferido pelo *Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU)* proporciona uma ferramenta de garantia da qualidade para Hospitais. O anexo 2, mostra as normas que deverão estar implementadas de modo a assegurar o cumprimento de prestação de serviços de alta qualidade e para assegurar que estes são consistentemente reproduzíveis.

Estas normas conduzem a orientações de boas práticas profissionais e permitirão ao Hospital manter o registo dos elementos básicos que constituem a qualidade e que a administração do hospital necessita para se assegurar que o sistema está implementado.

### **Melhoria da qualidade**

O programa é também uma ferramenta poderosa que permite aos Hospitais implementarem sistemas para a melhoria contínua da qualidade, ou seja, assegurando que em todos os pontos relevantes, os profissionais do hospital questionem o que está a ser feito, como estão a fazê-lo e como conseguir melhores resultados com maior eficiência e de modo mais efetivo.

O programa prepara os Hospitais para a recolha de dados sobre o desempenho e indicadores de resultados, e para utilizar essas informações no acompanhamento do desempenho e dos resultados.

O programa permite ao hospital fazer um auto exame crítico face a um quadro internacionalmente reconhecido de normas, falhas do programa bem como a aplicação organizacional, como mostra o Quadro 3. O processo de autoavaliação e análise profissional externa dá ênfase às boas práticas, enquanto estabelece uma agenda para aperfeiçoamento dos serviços e das equipas ao longo de toda a unidade hospitalar.

#### 1.4.2.2. Vantagens, desvantagens e limitações da King's Fund identificadas na literatura

##### **Vantagens King's Fund**

A KF apresenta um conjunto de práticas devidamente pensadas para hospitais, que nos explica como cumprir os princípios da Gestão da Qualidade.

O fato da aplicação ser específica para o setor da saúde reflete de forma objetiva a preocupação das boas práticas para diferentes tipos de cuidados prestados, o que pode ser visto como uma vantagem deste modelo de acreditação.

##### **Desvantagens King's Fund**

No modelo da KF os registos de evidência, não são tão sistematizados como em outros modelos de acreditação. Em relação à Unidade de Imagiologia só contempla a ressonância magnética, e deixa de fora todas as outras valências de uma Unidade de Imagiologia.

Não há evidência de ser efetuado o controle de qualidade de imagem e do relatório médico radiológico e observa-se a dificuldade em demonstrar os procedimentos de acordo com os princípios da gestão da qualidade.

##### **Principais limitações identificadas**

Os elevados custos da preparação e implementação da acreditação, a falta de motivação dos colaboradores e a dificuldade em manter os padrões impostos pela KF, são as principais limitações da implementação KF.

Ainda nessa perspetiva, o processo de acreditação foi referido como uma situação de constante cobrança e desencadeadora de stresse para os profissionais envolvidos, sem nada lhes favorecer, apesar de ser considerado benéfico para o cliente e para os profissionais. A falta de valorização também é uma queixa frequente dos profissionais envolvidos no processo. Há um sentimento de pouco prestígio diante do grande desafio que ocorre no dia-a-dia, já que os erros são notados, individualizados e duramente criticados. Também merece destaque o fato de alguns funcionários terem associado a proposta de aquisição do título com o aumento da remuneração, não se verificando tal fato (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012) .

A norma também tem lacunas consideráveis na unidade de Imagiologia como é apresentado o Quadro 3.

**Quadro 3** Aplicação, norma nº 42 e falhas da KF na unidade de Imagiologia

Programa	Aplicação	Norma	Falhas do programa
<b>King's Fund CHKS (KF)</b>	Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"><li>•Gestão e alocação de recursos</li><li>•Processos</li><li>•Meio físico</li><li>•Melhoria da qualidade</li><li>•Ressonância Magnética</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientado para a gestão de processos administrativos</li><li>• Só trata do capítulo da RM, as outras valências não são visadas</li><li>• Falta de evidência da qualidade da imagem</li><li>• Falta de evidência da qualidade do relatório</li></ul>

**Fonte:** Adaptado (USA.ACR-Accreditation, 2009)

### 1.4.3. Joint Commission International (JCI)

Há mais de 75 anos que a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, entidade acreditadora que confere acreditação através do modelo de acreditação *Joint Commission International (JCI)*, se dedica à melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área da saúde. Para tal tem vindo a ser desenvolvido, juntamente com profissionais da área, padrões de alta qualidade, estimulando instituições de saúde a alcançarem e excederem estes padrões através da acreditação e da educação voltada para a melhoria da qualidade.

Hoje é considerada a maior entidade de acreditação de instituições de saúde nos Estados Unidos, avaliando cerca de 18.000 estabelecimentos. Dos cerca de 6.800 Hospitais norte-americanos, aproximadamente 80% são acreditados pela *Joint Commission International*. A JCI é uma empresa não lucrativa Norte Americana responsável pelo maior programa de acreditação dos EUA, criada em 1998, que pretende alargar os seus serviços a nível internacional contribuindo para a melhoria de prestação cuidados de saúde à escala mundial (Rui Nunes, 2009).

Fazem parte deste modelo de acreditação a segurança e qualidade da saúde através da certificação de procedimentos e criação de normas. A instituição que escolhe a JCI como modelo de acreditação tem em conta as características sociais, políticas, religiosas e económicas da instituição bem como do País onde se encontra. Este modelo avalia diferentes padrões que constituem as normas do Manual de Acreditação dos Hospitais. Da JCI faz parte uma série de padrões aplicados à unidade de Imagiologia como mostra o anexo 1 (Portugal.IPQ, 2008).

Mediante a avaliação do cumprimento dos padrões e respetivas normas a acreditação pode ser:

- Atribuída
- Negada
- Temporária
- Condicional se este cumprir e fizer cumprir as normas Hospitalares (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 2010).

A *Joint Commission International* foi considerada em 2005 como centro colaborador da OMS na problemática da segurança do doente. Com o intuito de promover a melhoria na área específica da segurança do doente, foram criadas seis Metas Internacionais de segurança para o doente:

1. Identificar corretamente o doente
  - ✓ Utilizar pelo menos duas identificações no doente, antes de administração de medicação, sangue, Hemo derivados, colheita de sangue, colheita para testes clínicos ou qualquer tratamento ou procedimento.
  - ✓ Antes de qualquer procedimento cirúrgico ou invasivo.
  - ✓ Verificação de um processo final (alta).
2. Melhorar a comunicação efetiva (prescrição/exames diagnóstico)
  - ✓ Utiliza-se em ordens verbais ou telefónicas, comunicação de resultados de valores críticos.
  - ✓ Verificar a ordem completa ou a transmissão de um resultado de exame, repetindo literalmente o que acabaram de transmitir.
3. Melhorar a segurança para medicamentos de risco
  - ✓ Remover concentrados de eletrólitos (cloreto de sódio > 0,9%) das unidades de internamento dos pacientes.
  - ✓ Padronizar e limitar o número da concentração de medicamentos disponíveis na organização.
4. Eliminar cirurgias em membros ou doentes errados
  - ✓ Criação e verificação de um processo de verificação pré operatória – *checklist*
  - ✓ Implementação de um processo para marcar o local de cirurgia no corpo do paciente e envolver o paciente no processo de marcação.

5. Reduzir o risco de infeções

- ✓ Atuar com as diretrizes do controlo de infeção para a higiene das mãos
- ✓ Gerir como eventos sentinela os casos de morte inesperada, ou perda de função associada a infeção adquirida.

6. Reduzir o risco de lesões resultante de quedas

- ✓ Avaliar e reavaliar periodicamente o risco de queda de cada paciente, nomeadamente o risco associado ao uso de medicamentos prescritos, adotando ações de forma a eliminar qualquer risco identificado.

#### 1.4.3.1 Planeamento, políticas e procedimentos para implementação da JCI

Os requisitos gerais para a solicitação da acreditação através da JCI são os apresentados:

- A instituição em causa prestar assistência em saúde e encontrar-se em funcionamento.
- A instituição assumir a responsabilidade de melhorar a qualidade de seus cuidados e serviços.
- A instituição prestar serviços contemplados pela JCI.

#### 1.4.3.2. Pré avaliação

Uma instituição, que deseje ser acreditada inicia o processo de acreditação preenchendo e submetendo uma solicitação de avaliação. Neste documento deve constar informações sobre a instituição de saúde, incluindo a sua prioridade, perfil demográfico e tipo de serviço prestado de uma forma direta ou por contrato com terceiros ou outros acordos. Nesta solicitação de avaliação consta:

- Descrição da instituição que busca acreditação.
- Requer que a instituição forneça à JCI todos os registos oficiais e relatórios das licenças e regulamentos, bem como outros órgãos governamentais.
- Autoriza a JCI a obter quaisquer registos e relatórios sobre a instituição que não estejam na posse da mesma.
- Quando finalizada a pré-avaliação de acordo com a JCI e a instituição, é estabelecido os termos do relacionamento entre as partes.

#### 1.4.3.2.1. Confidencialidade

A JCI mantém como confidenciais as seguintes informações recebidas ou desenvolvidas durante o processo de acreditação:

- O relatório oficial de “achados da acreditação” a não ser que a instituição deseje utilizar a acreditação para responder a exigências governamentais, a JCI disponibilizará informações adicionais, inclusive o relatório oficial de “achados da acreditação”, para o órgão pertinente com autorização da instituição acreditada
- Informações obtidas da instituição antes, durante e após a avaliação de acreditação são utilizados para determinar conformidade com determinados padrões da acreditação.
- Uma análise da causa, ou plano de ação da instituição preparados em resposta a um evento sentinela ou em resposta a outras circunstâncias específicas da JCI.
- Qualquer outro material que possa contribuir para a decisão de acreditação
- Análises escritas de profissionais atas a agendas do comité de acreditação
- A identidade de qualquer indivíduo que apresente uma queixa sobre a instituição acreditada, a não ser que a JCI tenha a permissão expressa por parte do relator, ou que seja requerida por lei.

#### 1.4.3.3. Processo de avaliação “in loco”

##### **Informações gerais**

A metodologia do avaliador é baseada na avaliação “in loco” estabelecida pela JCI:

- Incorpora o uso das informações fornecidas na solicitação da avaliação de acreditação
- Segue a experiência de cuidado vivida por determinado número de doentes ao longo de todo o processo de cuidado na instituição.
- Permite ao avaliador identificar questões relacionadas com o desempenho numa ou mais etapas do processo de cuidado ao paciente, ou nas interfaces entre os processos

Na maioria das vezes é realizada uma avaliação focal de um dia de duração por um único avaliador. Entretanto a JCI pode designar mais do que um avaliador e mais do que um dia para avaliação quando necessário, dependendo do número de padrões a serem avaliados ou pela sua diversidade de atividades da avaliação. Os avaliadores reúnem no último dia com

a direção e outros líderes da instituição. Durante esta reunião os avaliadores procedem à disponibilização de informações preliminares sobre as suas constatações. Estas informações são unicamente preliminares e não devem ser consideradas finais até revisão por parte da central da JCI esteja terminada.

#### 1.4.3.4. Pós avaliação

##### **Revisão do relatório oficial de achados de avaliação de acreditação**

A instituição tem sete dias, a partir do momento que recebe o relatório oficial das constatações do processo de avaliação, para requerer por escrito ou através de correio eletrónico, a revisão do relatório quanto aos achados da avaliação. Esta solicitação de revisão deve ser acompanhada de dados e informações adequadas que a suportem. O comité de acreditação da JCI apreciará esta solicitação de revisão e tomará a decisão final.

#### 1.4.3.5. Manutenção da acreditação

A JCI continuará a monitorizar as instituições acreditadas e programas certificados, em relação à sua conformidade com todas as metas internacionais de segurança do paciente e os padrões da JCI importantes, presencialmente e de forma regular de 3 em 3 anos.

#### 1.4.3.6. Política da data em vigor dos padrões

Cada edição do manual de padrões, mediante aprovação dos padrões pelo comité de acreditação da JCI, é submetida ao departamento de publicações para uma edição final e impressão. O departamento de publicações e a equipa do programa de acreditação da JCI determinam a data de publicação antecipadamente. A data em vigor oficial é então determinada como seis meses após a data de publicação. A data em vigor será o primeiro dia do mês indicado, salvo indicação em contrário.

#### 1.4.3.7. Vantagens, aspetos positivos e limitações da acreditação e certificação JCI

##### **Vantagens**

Verificou-se que Hospitais acreditados pela Joint Commission International tiveram melhorias mais acentuadas em relação ao desempenho hospitalar (entre 2004-2008) do que os Hospitais com outro tipo de acreditação (Schmaltz, Williams, Chassin, & Loeb, 2011).

É de realçar alguns objetivos das unidades hospitalares acreditadas:

- Melhorar a confiança do público, como uma instituição que valoriza a qualidade e segurança dos doentes

- Envolver doentes e suas famílias como doentes no processo de cuidados
- Construir uma cultura aberta para aprender com os eventos adversos e preocupações de segurança
  - Garantir um ambiente de trabalho seguro e eficiente que contribua para a satisfação da equipa
  - Estabelecer uma liderança colaborativa que se esforça para estabelecer excelência na qualidade e segurança dos doentes
- Entender como melhorar continuamente os processos e resultados de cuidados clínicos

Com estes benefícios pretende-se também aumentar o companheirismo entre colaboradores dos serviços, visto que trabalhar num Hospital acreditado e participar das atividades relacionadas à avaliação levam ao aumento da motivação (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012).

### **Aspetos positivos**

Em relação ao processo de acreditação no seu quotidiano de trabalho, por um lado foram destacados aspetos positivos, frequentemente relacionados com a possibilidade de crescimento pessoal e de valorização do currículo, alcançados mediante a realização de cursos de formação e atualização (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012).

Por outro lado, a acreditação JCI, desencadeia nos profissionais, sentimentos de orgulho, satisfação e reconhecimento.

Os profissionais expressam a segurança proporcionada pelo processo de acreditação, uma vez que o funcionário inserido num serviço acreditado sente-se melhor preparado para atender às necessidades dos seus doentes, na medida que podem oferecer recursos materiais, técnicos e humanos de maior complexidade, além de manter o nível de qualidade padronizado de rotinas e uma maior satisfação (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012).

O processo de acreditação promove o incremento da melhoria das condições de trabalho pela segurança adquirida, bem como proporciona a estabilidade do clima organizacional entre os profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que estabelece um ambiente de trabalho mais apetecível e propício para fortalecimento das relações humanas.

Assim, o programa de acreditação JCI contribui para a melhoria do clima organizacional.



### Instituições Acreditadas pela Joint Commission International em Portugal

A nível nacional existem várias instituições e Hospitais acreditadas pela JCI. Pode-se verificar que algumas das acreditações foram atribuídas a serviços e não à instituição, como se pode verificar no Quadro 4.

A JCI já acreditou mais de 400 instituições de Saúde em 50 Países.

**Quadro 4** Instituições/serviços Acreditados pela *Joint Commission International* em Portugal

<b>Instituição</b>	<b>Data da Acreditação</b>	<b>Programa de Acreditação</b>
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.- Covilhã	Primeira acreditação a 29 de março de 2010	Hospitalar
Centro Hospitalar de Tás os Montes e Alto Douro- Vila Real	Primeira acreditação a 28 outubro 2010	Hospitalar
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E- unidade de GuimarãesPH	Primeira acreditação 20 Dezembro 2008  Nova acreditação a 3 maio 2012	Hospitalar
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E- Hospital Padre Américo- Vale do Sousa E.P.E	Primeira acreditação a 11 julho 2008	Hospitalar
Hospital de Santo André- Centro Hospitalar de Leiria- Pombal, E.P.E	Primeira acreditação a 7 julho 2012	Hospitalar
HPP Algarve- Hospital São Gonçalo de Lagos	Primeira acreditação 27 abril 2012	Hospitalar
HPP Hospital da Boavista, SA	Primeira acreditação a 13 julho 2012	Hospitalar
HPP Hospital de Cascais – Dr. José de Almeida	Primeira acreditação a 30 junho 2012	Hospitalar
Unidade de Cuidados Continuados da Misericórdia da Batalha	Primeira acreditação a 4 março 2012	Cuidados contínuos
Unidade de Cuidados Continuados da Misericórdia de Águeda	Primeira acreditação a 2 março 2012	Cuidados contínuos
Unidade de Cuidados Continuados da Misericórdia de Ribeira de Pena	Primeira acreditação a 26 fevereiro 2012	Cuidados contínuos
Unidade de Cuidados Continuados da Misericórdia de Sabrosa	Primeira acreditação a 1 março 2012	Cuidados contínuos

**Fonte:** Adaptado (“JCI - Accredited Organizations,” 2012)

### Instituições Acreditadas pela Joint Commission International a nível internacional

O Quadro 5 ilustra algumas unidades de saúde em diferentes países acreditados pela JCI, bem como o programa de acreditação a que se propuseram.

**Quadro 5** Alguns exemplos de instituições/serviços Acreditados pela *Joint Commission International* a nível mundial

Instituição	Data da Acreditação	Programa de Acreditação
Brasil AMIL Resgate Saúde- Alphaville	Primeira acreditação a 20 Outubro 2011	Hospitalar
Dinamarca Bombeiros de Copenhaga	Primeira acreditação a 14 Fevereiro 2003  Nova acreditação 1 de julho 2006  Nova acreditação 31 julho 2010	Transporte Médico
Equador Hospital MetropolitanPH	Primeira acreditação 12 fevereiro 2011	Hospitalar
Egito As-Salam International Hospital	Primeira acreditação a 22 julho 2010	Hospitalar
Japão Geriatric Health Services Facilities Yokohama	Primeira acreditação a 29 Março 2012	Cuidados continuados
Malásia B-P- Clinical Lab Sdn.Bhd.	Primeira acreditação 25 junho 2011	Laboratório Clínico
Qatar Qatargas Doha Medical Center	Primeira acreditação a 14 fevereiro 2012	Cuidados primários
Espanha ABS Vandellos – L'Hospital	Primeira acreditação a 14 Novembro 2009	Cuidados primários
Emirados Árabes Airport Medical Centre – Rashid Hospital	Primeira acreditação a 15 outubro 2010	Cuidados Ambulatórias
Brasil Associação do Sanatório Sírio-Hospital do coração	Primeira acreditação a 12 Maio 2012	Certificação do Programa de Cuidados Clínicos
Bélgica UZ Leuven	Primeira acreditação a 27 junho 2010	Hospitalar
Bermudas Conselho de Hospitais da Bermuda- departamento de Patologia	Primeira acreditação a 14 Janeiro 2006  Nova acreditação 28 Fevereiro 2009  Nova acreditação 31 Maio 2012	Laboratório Clínico

**Fonte:** Adaptado (“JCI - Accredited Organizations,” 2012)

Os Hospitais acreditados pela JCI melhoraram de forma significativa o seu desempenho, mais do que os não-acreditados, ou acreditados por outras entidades (Safety, 2012).

### Limitações da acreditação e certificação JCI

A principal limitação ao processo de acreditação JCI está relacionada com os elevadíssimos custos que a implementação deste tipo de acreditação acarreta, levando mesmo por vezes a alterações do espaço físico. Outra limitação apontada é a grande resistência dos colaboradores a mudanças radicais nos seus hábitos e procedimentos, nomeadamente ao nível do controle de infeção. Na área da Imagiologia também se verificam algumas falhas ou lacunas, mais acentuadas no controlo de qualidade de imagem e relatório, como podemos verificar no Quadro 6. No entanto é o processo/modelo de acreditação que analisa mais detalhadamente a unidade de Imagiologia.

**Quadro 6** Aplicação, norma e falhas da JCI

Programa	Aplicação	Norma	Falhas do programa
<b>Joint Commission International</b>	Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cumprimento de normas locais</li> <li>● Controlo de qualidade do equipamento</li> <li>● Segurança e proteção radiológica</li> <li>● Qualidade do desempenho dos profissionais</li> <li>● Monitorização dos protocolos estabelecidos com entidades exteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientado para os resultados</li> <li>● Não contempla a radiologia de intervenção</li> <li>● O padrão avaliação do doente (AOP) engloba o serviço de Imagiologia, juntamente com a área do laboratório</li> <li>● O serviço de Imagiologia é avaliado como um todo e não por valências</li> <li>● Falta de exigência em termos de evidências relacionadas com a qualidade da imagem bem como do relatório médico</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado (USA.JCHO-AccreditationPrograms, 2009)

#### 1.4.4. Agencia de Calidad Sanitária de Andalucia (ACSA)

Segundo o Despacho nº1422 de 24 de Junho de 2009, no sentido de potenciar a coesão e qualidade na prestação de cuidados de saúde, as unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde devem colaborar com o Departamento da Qualidade na Saúde no prosseguimento e realização das iniciativas promovidas no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Com base nos critérios acima referidos, foi necessário adotar um modelo de acreditação que estivesse de acordo com os seguintes critérios:

- Consenso com as diretrizes gerais da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- Transversalidade e facilidade de adaptação das várias unidades que constituem o SNS
- Sustentabilidade económica, que permitisse a adoção generalizada do modelo de acreditação escolhido

Assim, a escolha foi para o Modelo da *Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía* (ACSA), por ir de encontro aos critérios enumerados bem como sendo um modelo que se adapta à cultura e povo Português.

Para a aprovação deste modelo foi efetuado através do despacho nº 69/2009, 31 de Agosto, celebrando-se um protocolo entre a DGS e a ACSA, como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária.

De acordo com a estratégia nacional para a qualidade e política de saúde, esta ferramenta permite o desenvolvimento da estratégia da qualidade, sendo um estímulo para a aplicação de boas práticas. Este programa tem ainda como objetivo uma mudança cultural permitindo alterar o atual estado de prestação de cuidados de saúde centrados na Instituição e passando a uma prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, no doente.

O modelo ACSA escolhido por Portugal teve que ser adaptado à realidade Portuguesa, passando a ser um Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, destinado a instituições ou serviços de saúde, englobando as competências profissionais, a formação continua e a utilização de *websites* de informação sobre saúde.

#### 1.4.4.1. Fazem parte do Modelo as seguintes características:

1. Assenta em 3 pilares exigindo a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, assim como dos resultados e da efetividade das medidas tomadas através de um conjunto de indicadores:

- Gestão de processos
- Gestão clínica
- Gestão por competências

2. Valoriza

• Os direitos do cidadão, nomeadamente os estabelecidos pela Instituição Mundial de Saúde referentes a Portugal

- A segurança
- As competências profissionais
- A transparência de atuação
- Os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde
- A perceção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados

3. Dispõe de uma poderosa ferramenta informática específica deste modelo que é uma mais-valia, servindo de suporte a todos os processos de avaliação, permitindo que parte da avaliação seja efetuada e consultada on-line reduzindo o tempo e os respetivos custos inerentes aos processos.

A implementação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) tem como base as seguintes áreas:

#### **1.O cidadão como centro do Sistema de Saúde**

- Satisfação, participação e direitos do utente
- Acessibilidade e continuidade da prestação de cuidados de saúde
- Documentação clínica

## **2.Integração e continuidade dos cuidados de Saúde**

- Gestão de processos de prestação de cuidados de saúde
- Atividades de promoção e programas de saúde
- Direção da instituição

## **3.Profissionais**

- Profissionais com formação e com evolução

## **4.Áreas de suporte**

- Equipamentos, estruturas e fornecedores
- Tecnologia de informação e comunicação
- Sistema de qualidade

## **5.Resultados**

- Resultados importantes da instituição

Os candidatos à acreditação por este modelo podem atingir 3 níveis:

- Bom
- Ótimo
- Excelente

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde tem objetivos coincidentes com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. (Saúde, 2009)

A certificação do programa de acreditação pode ser solicitada por entidades publicas e privadas, podendo variar desde:

- Hospitais
- Hospitais especializados
- Centros Hospitalares diferenciados
- Hospitais de média e longo acompanhamento
- Hospitais psiquiátricos e de tratamento a toxicodependentes
- Centros de saúde.

A certificação conforme o programa de acreditação de unidades de saúde exige documentação de referência:

- Política de qualidade da ACSA
- Manual de qualidade da ACSA
- Procedimentos do sistema de qualidade da ACSA
- Taxas de certificação
- Programa de acreditação de acordo com as áreas a acreditar

#### 1.4.4.2. Vantagens, desvantagens e limitações da ACSA

##### **Vantagens**

Foi o modelo de acreditação escolhido para as unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde, pelo Departamento da Qualidade de forma a uniformizar procedimentos na área da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Proporciona a prestação de cuidados de saúde de primeira ordem, através dos quais as mais distintas organizações, veiculam e potenciam a política de qualidade através de um processo dinâmico, contínuo, evolutivo e com múltiplas funcionalidades.

##### **Desvantagens**

Como desvantagem há a referir os aspetos que decorrem do stress e do elevado valor das necessidades impostas pelos processos de acreditação, que poderá gerar um sentimento de desmotivação nos colaboradores, de certa forma, o colaborador cresce, porque deixa de se envolver apenas com a prestação médica e começa a criar um tipo de pensamento crítico mais geral. No entanto apercebe-se que tem de desdobrar o seu tempo para cumprir com a parte mais burocrática, ficando com a sensação que o doente poderá perder com isso. A falta de valorização profissional é também uma queixa frequente dos sujeitos da pesquisa.

Também merece destaque o fato de alguns colaboradores terem associado a proposta de aquisição do título com o aumento da remuneração, que nem sempre correspondem à realidade. (Manzo, Brito, & Corrêa, 2012)

## Limitações da Acreditação

Existem várias potenciais limitações do estudo. Em primeiro lugar, foi ajustada para a maior parte de fatores demográficos conhecido e organizacionais.

Uma segunda limitação é que a especificação de medidas pode mudar ao longo do tempo (Safety, 2012).

As taxas associadas à implementação da acreditação de três anos podem ser de um custo proibitivo para uma duração tão curta em sistemas com poucos recursos (ex: lar de idosos sem dinheiro, instituições de caridade não lucrativas).

Este programa foi pouco usado em Portugal, demonstrou ser pouco aplicável à realidade Portuguesa, no entanto, ainda se encontra em vigor como o Modelo de acreditação nacional.

Este programa Hospitalar tem um carater mais Hospitalar, como mostra o Quadro 7.

**Quadro 7** Aplicação, norma e falhas da ACSA

Programa	Aplicação	Norma	Falhas do programa
<b>ACSA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hospitalar</li><li>• Centros de Hospitais especializados</li><li>• Centros Hospitalares diferenciados</li><li>• Hospitais de média e longo acompanhamento</li><li>• Hospitais psiquiátricos e de tratamento a toxicodependentes</li><li>• Saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestão de processos de prestação de cuidados de Saúde</li><li>• Atividades de promoção e programas de Saúde</li><li>• Direção da instituição</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modelo Espanhol adaptado a uma realidade Portuguesa com características, nomeadamente demográficas, distintas</li><li>• Não contempla, de forma específica a área da Imagiologia</li></ul>

**Fonte:** Adaptado (Andalucia, 2009)

### 1.5. Modelos de certificação

Certificação significa em latim – *certifico* – certificar é um processo objetivo, é verificado o cumprimento de determinadas normas e processos;

A certificação das instituições de saúde é importante porque transmite aos utilizadores do serviço a concordância da organização com normas e regras estruturadas de acordo com os princípios da Gestão da Qualidade. Assim quando uma instituição pretende obter a



certificação ISO (*International Organization for Standardization*) é sujeita a um intenso escrutínio por parte de auditores devidamente especializados no sentido de verificarem o cumprimento face a um referencial escolhido para o processo de certificação.

No plano organizacional há uma série de atividades planeadas baseadas na avaliação do desempenho e na melhoria contínua, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados em saúde (Rui Nunes, 2009).

O sistema de Garantia de Qualidade, através do qual se pretende uma postura preventiva, obriga ao cumprimento de determinados requisitos estabelecidos pelas normas de certificação da qualidade.

### 1.5.1. Certificação ISO 9001

A HAQU, *Healthcare Accreditation and Quality Unit*, é uma das entidades acreditadas para conferir certificações segundo normas internacionais para sistemas de gestão da qualidade ISO 9001, e tem áreas específicas como mostra o anexo 3 (P. B. Silva, 2004).

A ISO 9001 refere-se especificamente aos requisitos necessários para a eficácia dos sistemas de gestão da qualidade, sendo considerada determinante para a sobrevivência das organizações, nomeadamente na conjuntura económica global (Machado, P., 2007).

#### **Objetivo ISO 9001**

Esta norma especifica requisitos para a promoção da eficácia do sistema da gestão da qualidade numa organização que:

- Necessite demonstrar a aptidão para, de forma consistente, proporcionar o produto/serviço que vá ao encontro dos requisitos dos doentes, estatutários e regulamentos aplicáveis
- Visa aumentar a satisfação dos doentes através da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para melhoria contínua do sistema, de forma a garantir a conformidade com os requisitos do cliente, estatutários e regulamento aplicáveis

#### **Identificação ISO**

Todos os critérios que devam ser preenchidos para certificação ISO são referenciados à norma ISO9001:2008. As referências permitirão aos profissionais conhecer a origem das informações e indicarão onde obter mais informações sobre as matérias abrangidas pelos critérios.

O trabalho desenvolvido no âmbito da implementação da certificação ISO será, assim, introduzido no programa *Healthcare Accreditation and Quality Unit* (HAQU). Do mesmo modo, o trabalho de implementação dessas normas ajudará à obtenção da certificação ISO.

Os princípios básicos da ISO 9001 têm especial enfoque no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem a processos, abordagem sistémica à gestão, melhoria contínua, abordagem fatural à tomada de decisão e relação com os fornecedores com benefícios mútuos.

As normas ISO, tal como já se referiu, e tal como se pode constatar através do Quadro 8, foram inicialmente idealizadas e aplicadas para a indústria, mas atualmente são aplicáveis a qualquer organização.

**Quadro 8** Aplicação, norma e falhas da ISO 9001

<b>Programa</b>	<b>Aplicação</b>	<b>Capítulos</b>	<b>Falhas do programa</b>
<b>ISO 9001</b>	Transversal a todas as organizações, e adapta de acordo com a sua política	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sistema de Gestão da Qualidade</li><li>• Responsabilidade da Gestão</li><li>• Gestão de recursos</li><li>• Realização do produto</li><li>• Medição, análise e melhoria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Generalista e desenvolvido inicialmente para a indústria</li><li>• Necessário transpor para a prestação de cuidados de saúde</li></ul>

**Fonte:** Adaptado (Portugal.IPQ, 2008)

### 1.5.2. Vantagens, desvantagens e limitações ISO 9001

#### **Vantagens ISO na unidade de Imagiologia do HPP Hospital da Boavista**

As experiências com ISO são muito positivas e obtêm-se inúmeras vantagens. O foco nos doentes é restabelecido e todos os processos são identificados e sujeitos a melhoria contínua, tal como demonstra a figura 3.

Foram introduzidas medidas de desempenho que dão uma visão global e integrada dos resultados. O sistema de documentação foi otimizado em grande parte atendendo às necessidades sem levar a grandes burocracias.

Os efeitos positivos sobre a segurança do doente podem ser relatados (Koning, Heuvel, & Berg, 2005).

Quando uma instituição é certificada pela norma ISO 9001, todos ficam a beneficiar, instituição, doentes e associados. Os padrões atendem a requisitos nacionais e internacionais

o que torna a norma amplamente aceite nos diversos países.

Além do tratamento das reclamações, a implementação da norma leva à melhoria da qualificação dos colaboradores e fornecedores, através da prática e treino.

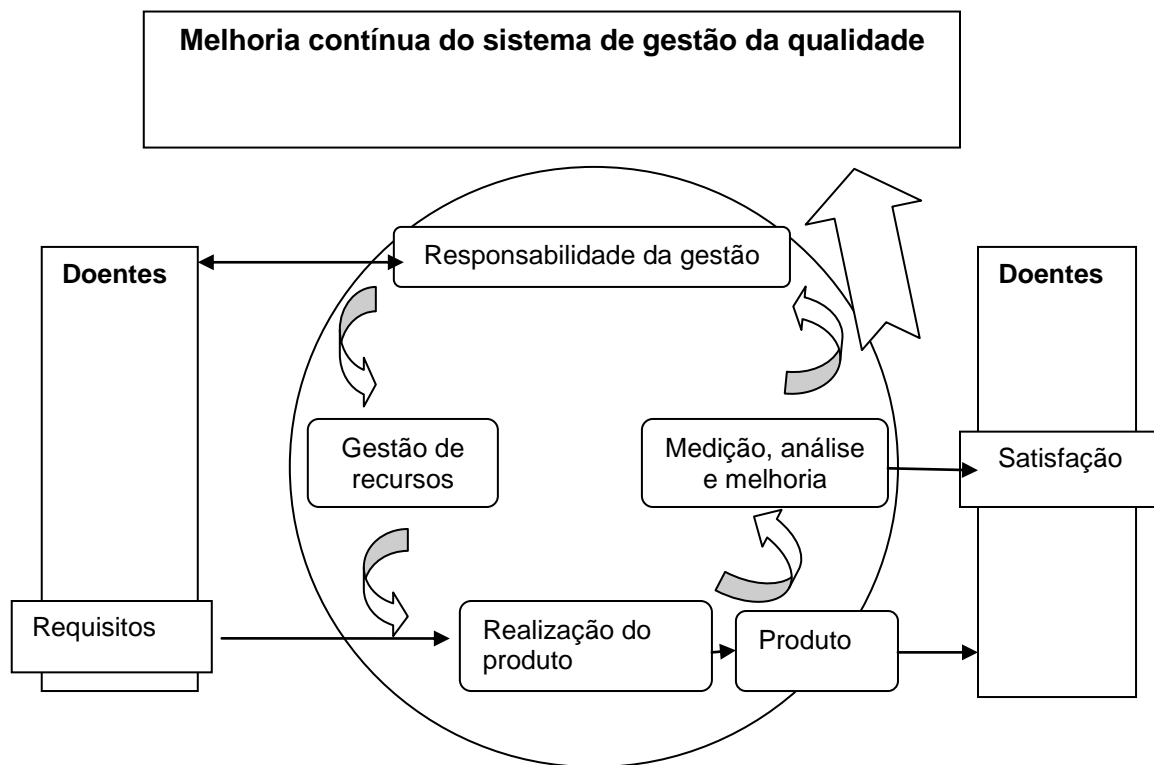
Todos os processos são identificados e sujeitos a melhoria contínua. No caso do HPP foram introduzidas medidas de medição de desempenho que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como implementação de novas ações de melhoria.

Os doentes das organizações são beneficiados em relação ao relacionamento comercial com o cliente, garantido desta forma a habilidade técnica para o satisfazer. Haverá uma maior confiança do cliente no serviço/produto prestado, que é atribuído a um corpo de pessoas funcionais e capazes de realizar trabalho com qualidade e de acordo com a qualidade esperada pelo cliente.

É ainda uma grande vantagem a redução dos custos decorrente da atuação preventiva, corretiva e de correção sobre o produto ou serviço não conforme, maior proteção ao cliente, menor desperdício (Posseti, 2012).

As ações de controlo previstas na ISO 9001:2000: auditorias internas da qualidade, ações corretivas, ações preventivas entre outras, garantem o controlo da totalidade do Sistema de Gestão da Qualidade (P. Silva, 2004).

Apesar de não ser condição obrigatória para uma instituição a certificação segundo a ISO 9001, no mercado altamente competitivo com expansão nacional e internacional em que estamos inseridos, possui-la é uma forma de demonstrar ao cliente que o produto/serviço realizado está sob controlo estando garantida a qualidade e eficácia.



**Figura 3:** Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos  
**Fonte:** Adaptado (Portugal. IPQ, 2008)

### Desvantagens ISO

Apesar de ser, de longe, mais vantajoso para uma instituição ser certificada pela ISO 9001, também existem algumas desvantagens/entraves.

Sendo apontada como desvantagem o tempo necessário para desenvolver o sistema, os custos para implementar e mantê-lo, a pouca flexibilidade e burocracia, a dificuldade de implementação, em especial em organizações pouco recetivas às questões da qualidade, a dificuldade em manter o entusiasmo e cooperação dos colaboradores em manter o sistema.

A resistência à mudança é transversal a grande parte dos sistemas de qualidade, sendo que por vezes contraditórias ou conflituosas com a cultura já existente na instituição.

A implementação da norma é trabalhosa, contínua e dinâmica, exige tempo na consciencialização, cria-se uma resistência à mudança. O atendimento ao cliente pode ficar comprometido, e até mesmo deficiente nos casos em que há resistência por parte dos colaboradores.

Outra desvantagem são os custos de implementação que também afetam direta ou indiretamente o cliente.

## Principais limitações

As organizações de menor dimensão, com poucas relações nacionais ou internacionais são organizações pouco predisponíveis para adesão ao sistema de gestão da qualidade.

### 1.6.Outros programas de melhoria da qualidade no setor da saúde em Portugal – Breve referência

Na década de 90 houve um grande desenvolvimento na área da qualidade na saúde. Foi necessário um grande investimento na formação em qualidade, bem como de projetos por parte da Direção Geral de Saúde (DGS) com promotores da qualidade.

A necessidade de criação de um sistema de qualidade na saúde, surge da recomendação do conselho de Ministros nº 17/97, onde o Ministério da Saúde passou a assumir a Política de Qualidade na Saúde como inseparável da política de saúde. (Machado, P., 2007). Neste seguimento surge o Instituto Português da Qualidade (IPQ).

#### 1.6.1. Instituto Português da Qualidade

O Instituto Português da Qualidade (IPQ), é a entidade Portuguesa responsável pela coordenação, gestão geral e desenvolvimento do sistema Português da qualidade, bem como de outros sistemas de qualificação no domínio regulamentar, que lhe sejam conferidos por lei. O IPQ também assegura a nível Europeu e internacional, a representação de Portugal em algumas estruturas relevantes ao nível da qualidade, *European Committee for Standardization (CEN)*, *European Committee for Electrotechnical Standardization (CENELEC)*, *International Electrotechnical Commission (IEC)*, *Conference General des Poids et Mesures (CGPM)*, *International Organization for Legal Metrology (OIML)*.

*O IPQ é membro da organização internacional de normalização, International Organization for Standardization (ISO)* (Portugal.IPQ, 2008)

#### 1.6.2. Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)

A regulamentação do IQS pela portaria 288/99 de 27 de Abril, tinha como principais objetivos:

- Promover a investigação e desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde
- Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades promotoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação
- Promover o enquadramento da investigação e da formação profissional contínua
- Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da

melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

O IQS tinha autonomia para celebrar acordos, contratos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, nomeadamente com Universidades e outros estabelecimentos de ensino superior (Baylina, 2007).

De forma a contribuir para a qualidade organizacional das instituições de saúde, surgiram vários programas e iniciativas que colaboraram com organismos internacionais no sentido de os adaptar, tais como:

- Normas de orientação clínica (NOC)
- Qualigest,
- Programa de melhoria contínua da qualidade (MCQ)
- Qualidade organizacional Hospitalar – IQS e KF
- Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuor)
- Projeto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento
- Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento

O IQS foi extinto e “substituído” pela Agência da Qualidade na Saúde – AQS, um dos muitos organismos que constituem a Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS). A sua atividade neste campo é residual;

A Direção Geral de Saúde (DGS) é a dinamizadora da atividade existente na área no momento presente.

#### 1.6.2.1 Normas de orientação clínica (NOC)

O projeto foi iniciado em Portugal em 1999 pelo IQS tendo sido esta entidade a coordenadora do projeto.

A necessidade de criar este tipo de normas deve-se ao fato do aumento da dimensão e complexidade científica, que criou inúmeros obstáculos aos profissionais de saúde na gestão da sua prática diária (Machado & R Nunes, 2005).

Assim as normas têm como objetivo a criação de critérios de avaliação da qualidade das linhas de orientação já existentes, bem como a divulgação de linhas de orientação a nível internacional, elaboração e publicação das mesmas.

As NOC’s foram apresentadas como modelo de apoio à decisão científica e como instrumento de qualidade na prática Médica, tendo estes como principais objetivos a melhoria de resultados, a minimização dos riscos e o aumento da eficiência.

As NOC’s devem permitir a prestação de serviços com base em decisões informadas por parte dos Médicos e dos utentes melhorando a aprendizagem profissional, a educação e a

comunicação, e reconhecendo a obrigação ética do Médico para com o doente.

As normas incluem um levantamento de desenvolvimento de necessidades específicas, implementação, avaliação e revisões periódicas (A Carneiro, 2000).

#### 1.6.2.2. Qualigest

Este programa foi elaborado para a modernização global da gestão de serviços de saúde, com base em princípios de qualidade total.

Tinha como objetivo fazer com que a administração, ou direção dos serviços de saúde, evoluíssem no sentido de uma gestão verdadeiramente integrada da qualidade nas diversas atividades e ao nível de todos os serviços.

A Qualigest serviu de instrumento de auto avaliação voluntária destinada à gestão de topo das instituições. A utilização deste modelo veio permitir a avaliação dos meios e dos resultados que os órgãos de gestão utilizam no cumprimento da sua missão de acordo com a gestão total da qualidade.

Foi utilizado pela primeira vez em 1999 na sub-região de Aveiro abrangendo todos os Centros de Saúde (Baylina, 2007).

#### 1.6.2.3. Programa de melhoria contínua da qualidade (MCQ)

A MCQ é um sistema organizado para melhorar de forma constante os procedimentos, os resultados e os serviços prestados pelos Hospitais (Baylina, 2007)

Os princípios do programa baseiam-se nas metodologias de Deming e Juran e foram aplicados há cerca de uma década nos Hospitais dos Estados Unidos da América. A aposta no alargamento e profundidade das necessidades e expectativas dos doentes internos e/ou externos permitiu a redução considerável dos custos da não qualidade e do produto não conforme.

#### 1.6.2.4. Qualidade organizacional Hospitalar – IQS e KF

A parceria entre a KF e o Instituto da Qualidade na Saúde, teve como principal objetivo o desenvolvimento de um programa independente de acreditação de Hospitais nacionais.

Esta parceria com duração de 5 anos foi dividida nas seguintes fases:

- Aprendizagem do processo e a sua aplicação
- Estabelecimento da infraestrutura, gestão da transição e revisão
- Avaliação do sistema/colaboração independente

As organizações que adotaram este sistema da gestão da qualidade, conseguiram:

- A introdução de critérios de qualidade nas organizações Hospitalares
- Promoção do trabalho multidisciplinar
- Outras perspectivas na implementação do planeamento
- Normalização nos procedimentos e ações

A adoção do projeto teve inúmeros benefícios entre os quais:

- Competição inter e intra Hospitalar
- Promoção da mudança organizacional e atitudes
- Promoção do trabalho através do envolvimento multidisciplinar
- Promoção de atitudes de planeamento
- Normalização de procedimentos e ações
- Promoção do impacto positivo exterior
- Promoção da responsabilidade interna e pública

#### 1.6.2.5. Instrumento de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional (MoniQuor)

A MoniQuOr pretendeu assegurar a prestação de cuidados de saúde com mais qualidade aos cidadãos que recorrem aos centros de saúde.

Este programa esteve integrado nas atividades do Instituto da Qualidade na Saúde e foi importante na estruturação, identificação e implementação de procedimentos organizacionais nos referidos centros (Pisco, 2000).



Os objetivos do programa eram os seguintes:

- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes
- Aumento da satisfação dos profissionais de saúde
- Melhoria da instituição e gestão dos Centros de Saúde (CS)(Baylina, 2007).

Todos os funcionários dos CS deveriam ser envolvidos neste processo de melhoria e alterações necessárias, assegurando o cumprimento de critérios relacionados à sua área de trabalho. Assim o MoniQuOr incide nas áreas:

- Instituição e gestão
- Direitos dos cidadãos
- Promoção da saúde
- Prestação de cuidados de saúde
- Educação contínua e desenvolvimento da qualidade
- Instalações e equipamentos

#### 1.6.2.6. Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento

A Secretaria de Estado da Saúde iniciou este projeto como prioritário em 2000, propondo a melhoria do atendimento e encaminhamento dos doentes dos serviços de saúde. Foi implementado em mais de 20 Hospitais e centros de saúde.

Foi criado um manual de qualidade na Admissão e Encaminhamento que teve como objetivo fornecer aos prestadores do serviço um suporte de orientação e documentação para ajudar no desempenho das funções com o mínimo de falhas.

Assim foi possível criar ações preventivas e corretivas ao mesmo tempo que dotou a instituição, de meios, regras e modo de atuação capaz de uma avaliação interna e externa pelos interessados.

O sistema era dinâmico passível de ser implementado na instituição e permanentemente revisto e atualizado(Baylina, 2007).

#### 1.6.2.10. Projeto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento

Este projeto foi criado com o objetivo de melhorar a eficiência da gestão de materiais e equipamentos, diminuindo os custos, aperfeiçoando o serviço prestado aos doentes do

serviço de aprovisionamento. A aplicação deste projeto e da sua metodologia tinha como intuito ajudar os serviços de aprovisionamento a assumirem-se perante os doentes, com boas práticas Hospitalares, capazes de fazer com que o produto/serviço certo chegue no momento certo ao cliente certo, mantendo o nível de qualidade exigido e espetado (Baylina, 2007).

O projeto tinha vários objetivos:

- Harmonizar as práticas do processo de compra
- Armazenamento
- Distribuição e gestão de stocks
- Criação de um manual de procedimentos de aprovisionamento
- Uniformizar especificações
- Sistemas de codificação e nomenclatura de produtos
- Estabelecer orientações práticas
- Instituição de métodos consistentes de qualificação e aprovação de fornecedores
- Sistematização do aprovisionamento
- Tornar visível a responsabilidade e autoridade dos intervenientes durante as diferentes fases da instituição do processo
- Respeitar as diretrizes comunitárias tendo em conta o cumprimento dos requisitos das normas ISO que se referem ao aprovisionamento
- Estabelecer um sistema de avaliação que permita a avaliação e verificação sistemática da qualificação dos serviços de aprovisionamento.

Inicialmente o projeto foi implementado em Lisboa e vale do Tejo, (Baylina, 2007).

A sua utilização contribuiu para o aperfeiçoamento de serviços orientados para os utilizadores, planeamento estratégico e revisões sistemáticas da qualidade, facilitando a elaboração de planos de ação e o reconhecimento externo ao nível da qualidade alcançada (Pisco, 2004).

### 1.6.2.11. Serviço de acreditação – proteção radiológica

O novo serviço de acreditação: Proteção Radiológica, foi aprovado associado ao Decreto-Lei 167/2002. Este diploma estabelece o regime jurídico relativo ao licenciamento e ao funcionamento das entidades que desenvolvem atividades na área da proteção contra radiações ionizantes, impondo a acreditação como condição necessária para o licenciamento daquelas entidades.

#### **Objetivo**

O documento pretende definir o serviço de acreditação associado ao Decreto – Lei 167/2002

#### **Campo de aplicação**

O Decreto – lei 167/2002 estabelece o regime jurídico relativo ao licenciamento e funcionamento das entidades que desenvolvem atividades na área da proteção contra radiações ionizantes

#### **Entidade regulamentar**

A DGS é a entidade competente quanto ao processo definido no DL 167/2002.

#### **Atividades de avaliação de conformidade**

O DL 167/2002, define no artigo 6º, as várias atividades que as entidades podem desenvolver.

Apenas algumas atividades podem ser sujeitas a acreditação, tal como mostra o Quadro 9,(IPAC, 2010).

**Quadro 9** Avaliação de atividades na área da Radiologia

DL 167/2002, artigo 6º (valências)	Atividade de avaliação		Domínio de acreditação
	Atividade	Descrição	
Avaliação e verificação das condições de proteção radiológica das instalações e critérios de aceitabilidade dos equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreciação do projeto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise do projeto e a sua avaliação face a normas e recomendações</li> <li>• Cálculos analíticos e numéricos</li> </ul>	Inspeção ISO/ International Electrotechnical Commission – IEC 17020
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação/verificação das condições de proteção radiológica das instalações e dos critérios de aceitabilidade de equipamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial das instalações vs projeto (medição de atenuação de radiações)</li> <li>• Avaliação dos critérios mínimos de aceitabilidade do (s) equipamento (s)</li> </ul>	• Inspeção ISO/ IEC 17020
Assessoria técnica na área do radiodiagnóstico			• Não acreditável
Dosimetria individual/área	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaio</li> </ul>		• Ensaio IEC 17025
Formação para as áreas das atividades incluídas nas alíneas anteriores			• Não acreditável
e) Inspeções às instalações e equipamentos para verificação de conformidade dos critérios de aceitabilidade bem como das pessoas profissionalmente expostas dos critérios de aceitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação das condições de proteção radiológica das condições e dos critérios de aceitabilidade dos equipamentos ao longo do tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação periódica das instalações, medição da atenuação da radiação</li> <li>• Avaliação dos critérios mínimos de aceitabilidade dos (s) equipamentos (s)</li> </ul>	• Não acreditável
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificação das pessoas</li> </ul>		• Não acreditável
Formação para as áreas das atividades incluídas nas alíneas anteriores			• Não acreditável
Formação para as áreas das atividades incluídas nas alíneas anteriores			• Não acreditável o DL 227/2008 de 25 novembro não requer acreditação

Fonte: Adaptado (Ipac, 2010)

### **Âmbito da acreditação**

Instalações e valências de Imagiologia:

- Radiologia convencional
- Mamografia
- Tomografia computadorizada
- Radiologia convencional em equipamento móvel
- Radiologia de intervenção
- Angiografia densitometria óssea
- Radiologia intraoral
- Tomografia multidirecional
- Radioterapia externa - acelerador linear
- Radioterapia externa – aparelho de cobalto
- Radioterapia externa - simulador
- Braquiterapia - baixa taxa de dose
- Braquiterapia - média taxa de dose
- Braquiterapia – alta taxa de dose

Todas estas valências são inspecionadas através da apreciação de projetos, inspeção inicial e inspeção periódica, segundo o Decreto – lei nº 167/2002 de 18 Julho.

Do método de inspeção destas instalações fazem parte as normas nacionais e internacionais, procedimentos internos e especificações técnicas.

## **Capítulo II**

### **METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

## 2.1. Desenvolvimento do projeto

No presente estudo foi utilizada a metodologia “estudo de caso” porque, é um trabalho de pesquisa bibliográfica, documentado com um trabalho posto em prática no Hospital da Boavista.

Partiu-se de objetivos devidamente planeados, houve um levantamento da problemática, foi colocado em prática as ações corretivas, e foram analisados os resultados.

Todo este trabalho foi acompanhado por uma pesquisa bibliográfica intensa.

Esta metodologia de investigação de “estudo de caso” é apenas uma das muitas abordagens empíricas que visam desenvolver a nossa compreensão dos eventos.

## 2.2. Metodologia de investigação

### 2.2.1. Estudo de Caso

O estudo de caso utiliza tipicamente vários métodos e ferramentas para a coleta de dados realizado por um observador direto e natural que considera temporal os aspetos contextuais do fenómeno contemporâneo em estudo, no entanto não tem qualquer tipo de controlo experimental ou manipulação.

A metodologia explica detalhadamente e com rigor, toda a ação bem como o método de trabalho de investigação (Fortin, 1999).

O estudo de caso quando bem conduzido, é uma abordagem de pesquisa verdadeiramente científica (David & Meredith, 1993).

O principal meio de desenvolvimento de teorias fundamentadas, é através do estudo de caso, como propósito promover uma melhor compreensão baseada num método empírico do estudo de caso (Meredith, 1998).

O estudo de caso é geralmente aplicado para descrições de implementações de novos métodos e técnicas. O termo é frequentemente também aplicado a artigos baseados em entrevistas com figuras chave ou gerentes.

Um estudo de caso é a análise aprofundada de um fenómeno contemporâneo, onde o investigador tem pouco controle sobre os eventos.

Primeiro lugar, o estudo envolve tipicamente um ou mais pesquisadores coleta um volume considerável de dados dentro de uma instituição para desenvolver a imagem mais nítida possível do fenómeno.

Em segundo lugar, o estudo de caso geralmente concentra-se em condições atuais, usando históricos principalmente compreender ou justificar as informações recolhidas sobre a situação em curso.

Em terceiro lugar, o pesquisador geralmente tem pouca ou nenhuma capacidade de manipulação.

**Dificuldades** – normalmente a investigação das operações em curso não permitem que as variáveis sejam controladas ou manipuladas de forma a afetar os resultados. Esta restrição elimina a utilização de experimentação controlada e com ela o recurso a laboratórios, experiências e simulações matemáticas.

**Pontos fortes** – exclusivo do estudo de caso, nesta metodologia a pesquisa é frequentemente desenvolvido para novas teorias ou pelo exame de situações desconhecidas (David & Meredith, 1993).

O estudo de caso tem consistentemente sido um dos métodos de pesquisas mais poderosas de gestão de operações, particularmente no desenvolvimento de novas teorias.

Como todos os métodos de estudo tem as suas vantagens e desvantagens, como se pode verificar no Quadro 10.

**Quadro 10** Vantagens e desvantagens do estudo de caso

	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
Estudo de caso	Importância	Acesso e tempo
	Compreensão	Requisitos de triangulação
	Profundidade exploratória	Falta de controlo
		Desconhecimento dos procedimentos

**Fonte:** Adaptado (Meredith, 1998).

O estudo de caso pode ser estudado no seu ambiente natural, gerando uma importância do conhecimento adquirido através da observação da prática real.

O método do estudo de caso permite que muitas mais questões sejam respondidas além “do quê” e “como”. As questões podem ser respondidas com uma relativa completa compreensão da natureza e complexidade do fenómeno.

O método do estudo de caso no início implica investigação exploratória, onde as variáveis são ainda desconhecidas e o fenómeno não é entendido por todos.

Outra vantagem do método do estudo de caso está relacionada com a riqueza das explicações e o potencial para testar as hipóteses descritas em situações específicas (Meredith, 1998).



Algumas das desvantagens relacionadas com o método de estudo de caso, estão relacionadas com a observação real e direta dos fenómenos, a situação atual dos custos, o tempo, as barreiras de acesso. A necessidade de vários métodos, ferramentas e entidades para a triangulação, a falta de controlo e as complicações da dinâmica temporal.

Outra desvantagem do estudo de caso é a falta de familiaridade dos procedimentos e rigor por parte dos investigadores.

### 2.2.2. Recolha de dados

A recolha de dados para a elaboração do trabalho foi através de:

- Auditorias, com base nas metodologias interna (auditoria observacional) suportadas nas normas e padrões do modelo da JCI. Todos os registos foram elaborados com apoio de check-list;
- Questionários internos desenvolvidos, internamente, e apenas para aplicação interna;
- Análise documental dos processos disponíveis pela organização

### 2.2.3. Tratamento de dados

Auditorias

Análise do conteúdo dos dados obtidos, durante a realização de pré auditoria

Questionários

Tratamento e análise descritiva com apoio do excel

Análise documental

Análise exaustiva do conteúdo dos documentos disponíveis do Sistema Geral da qualidade internos da organização.

Desenvolvimento da documentação do sistema e implementação

O desenvolvimento da documentação do sistema e implementação, foi efetuado seguindo as boas práticas da instituição, nesta área

### **Capítulo III**

## **Estudo de Caso - Serviço de Imagiologia do Hospital da Boavista**

### 3.1. Caracterização da unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista

A unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista, é composto por 8 salas para realização de exames.

A unidade de Imagiologia tem como missão prestar serviços de Radiologia de elevada qualidade técnica, segundo os padrões de referência do Hospital da Boavista. A realização de diagnósticos de estudos Imagiológicos, bem como a sua interpretação e o relatório dos resultados, são efetuados por profissionais com formação, competência, orientação e experiência adequada.

#### 3.1.1 A unidade de Imagiologia

A unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista dispõe de todas as técnicas de diagnóstico e oferece exames nas valências de Radiologia Convencional, Tomografia Computorizada, Mamografia e Radiologia de Intervenção, Osteodensitometria, Ecografia e Eco-Doppler, Ressonância Magnética e Litotricia.

Os Médicos, os Técnicos de Radiologia e os restantes profissionais organizam-se em equipa para garantir o bom funcionamento da unidade que é composto por unidades orgânicas/funcionais. Cada uma delas representa a instituição numa valência técnica e nos recursos adstritos a essa valência (instalações, equipamentos, recursos humanos e consumíveis):

- Radiologia de Intervenção
- Ecografia
- Litotricia
- Mamografia
- Osteodensitometria Óssea
- Radiologia Convencional
- Ressonância Magnética
- Tomografia Computorizada

Além destas unidades orgânicas, a unidade de Imagiologia presta apoio ao Bloco Operatório (Ex<sup>o</sup> Fluoroscopia per-operatória). Em cada área técnica são realizados diversos exames de acordo com os protocolos, procedimentos e normas de funcionamento estabelecidos na unidade.

### 3.1.2. Localização e Instalações

A unidade de Imagiologia localiza-se no Piso 0 do Hospital da Boavista. Para além da área do Piso 0, a unidade de Imagiologia tem uma sala de Radiologia Convencional no Piso 1, uma sala de Litotricia no Piso 2.

A unidade está instalada num lugar térreo imediatamente por cima de garagens e de acesso fácil e direto, isto é, sem escadas ou rampas íngremes, e portanto adequado a qualquer doente mesmo com incapacidades físicas/motoras e, também, a ambulâncias. A unidade tem uma entrada principal e uma saída de emergência que dá acesso direto à rua e as estruturas que o compõem compreendem:

- ✓ Receção
- ✓ 1 Sala de espera para doentes
- ✓ Apoio Administrativo, Dactilografia, Sala de Relatórios;
- ✓ 8 Salas de Exames
- ✓ 5 Áreas Técnicas
- ✓ 1 Recobro
- ✓ 2 Salas de processamento e análise de dados Técnicos;
- ✓ 1 Área de sujos/contaminados;
- ✓ 4 (quatro) casas de banho incluindo 2 (duas) para doentes com deficiências físicas/motoras



**Figura 4:** Vista do Hospital de Boavista - HPP

Fonte: [WWW.HPPSaúde.pt/Boavista.html](http://WWW.HPPSaúde.pt/Boavista.html)

### 3.2. Recolha de dados

De acordo com o mencionado anteriormente, o levantamento de necessidades foi efetuado através do processo de auditoria, análise documental e aplicação de questionários.

Após a visita da equipa auditora da JCI em 2010, constatou-se a necessidade de levantamento de recomendações que fossem de encontro aos padrões da JCI.

Na unidade de Imagiologia houve necessidade de verificar o cumprimento dos padrões definidos no manual da JCI - capítulo AOP6, como mostra o Anexo1 (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 2010). A auditoria da JCI visava essencialmente analisar a prática da segurança com os profissionais e com os doentes. No Quadro 11, encontram-se expostas as constatações efetuadas pela equipa auditora JCI, bem como o plano de ações corretivas efetuada pela unidade de Imagiologia.

**Quadro 11 Constatações da Pré auditoria 2010 da JCI**

Padrão /Elemento mensurável	Avaliação JCI	Constatação	Responsável
MMU.5.2 EM.2	Parcialmente cumprido	Medicação não identificada: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Seringas sem identificação do conteúdo e sem data de preparação</li> <li>● Frascos de contraste sem data de abertura</li> <li>● Medicação de uso diário sem prazo de validade após abertura (sterilium, heparinoides, álcool, iodopovidona)</li> </ul>	Unidade de Imagiologia
FMS.4 EM3.	Parcialmente cumprido	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A ressonância Magnética não tem extintores não ferromagnéticos (compatíveis com o campo magnético)</li> </ul>	Responsável Equipamentos/ Imagiologia
FMS.7.1 EM5.	Parcialmente Cumprido	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A sala da TC tem 5 portas (1 casa de banho, 2 vestiários, a porta de acesso à zona técnica e a porta de saída de emergência) no entanto a saída de emergência não está devidamente assinalada.</li> </ul>	Responsável Manutenção/ Imagiologia
FMS11.1 EM4.	Parcialmente cumprido	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Os profissionais não têm conhecimento do procedimento de emergência para a necessidade de corte de gazes medicinais</li> </ul>	Responsável Manutenção/ Imagiologia

AOP6.1		Os riscos relacionados a radiações são abordados por processos específicos ou dispositivos de segurança, tais como aventais de chumbo, dosímetro e outros.	Responsável Manutenção e unidade de Imagiologia
AOP6.4	Parcialmente cumprido	O prazo de expedição dos estudos de urgência/emergência é monitorizado	Responsável Informática
AOP6.8 e AOP6.9	Parcialmente cumprido	Controle de qualidade inclui métodos de validação dos exames	Responsável unidade de Imagiologia

**Fonte:** Adaptado (*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 2010).

Partindo das constatações da equipa auditora, identificadas anteriormente dinamizaram-se outras ações no sentido de efetuar um levantamento exaustivo de outras situações de relevo. Para tal foram dinamizadas as seguintes ações:

- ❖ Foi efetuado um levantamento das não conformidades na unidade de Imagiologia, de forma a compreender as oportunidades de melhoria bem como obter indicadores de qualidade para 2012, (anexo 4 (Imagiologia, 2011a) e anexo 5 (Imagiologia, 2012a))
- ❖ Foi aplicado um inquérito aos Médicos prescritores externos em Abril 2011, para avaliação da satisfação da prestação de serviços pela unidade de Imagiologia (anexo 6 (Imagiologia, 2011b))
- ❖ Foi aplicado um inquérito aos Médicos prescritores externos em Novembro 2011, para avaliação da satisfação da prestação de serviços pela unidade de Imagiologia (anexo 7 (Imagiologia, 2011c))
- ❖ Foi aplicado um inquérito aos doentes, internos e externos para avaliação da satisfação da prestação de serviços pela unidade de Imagiologia (anexo 9 (Imagiologia, 2012b))
- ❖ A partir de 2011 foram efetuados registos de complementos de exames (doentes que foram convocados para complementarem os exames) (anexo 10 (Imagiologia, 2012c))
- ❖ O registo das não conformidades, continua a ser efetuado de forma a compreender a necessidade de melhorar os indicadores de qualidade definidos pela unidade de Imagiologia para 2012. Estes são baseados na recolha das não conformidades que a unidade considera mais graves e recorrentes. Caso estes indicadores estejam a ser

ultrapassados, é necessário criar novos indicadores para avaliação de oportunidades de melhoria da qualidade da unidade de Imagiologia para o ano seguinte, (anexo 8 (Imagiologia, 2012d))

### 3.3. Plano de Acção

#### 3.3.1. Elaboração de Procedimentos e respetiva documentação

A partir dos dados recolhidos, e indo de encontro às áreas de intervenção da ISO (anexo 2(Portugal.IPQ, 2008)), foram efetuadas alterações ou propostas de melhorias para alguns procedimentos da unidade de Imagiologia, nomeadamente:

- Criação de etiquetas com prazos de validade, para rotulagem de produtos abertos;
- Identificação de toda a medicação e material de limpeza com prazos de validade de acordo com as diretrizes da farmácia;
- Aquisição e instalação de extintores compatíveis com o campo magnético;
- Instalação de sinalética de saída de emergência;
- Formação e demonstração da atuação à equipa Técnica no caso de fuga de gases medicinais;
- Criação de impresso SQ para registo de verificação do estado dos elementos de proteção individual (EPI's), visto não haver legislação;
- Foi solicitada à informática a criação de software que permita a monitorização dos exames que não são entregues atempadamente, estavam a ser efetuados registos manuais;
- Criação de protocolos clínicos e não clínicos;
- Atualização de preparações;
- Introdução de consentimento informado, ao doente, no caso de exames invasivos.

##### 3.3.1.1. Criação de impressos de registo

Otimização de fichas técnicas, nomeadamente com o registo obrigatório de exclusão de uma possível gravidez em mulheres em idade fértil (em exames com radiação).

Nas fichas técnicas dos exames invasivos foi acrescentada a autorização e conhecimento do procedimento (consentimento informado).

Em casos de administração de meio de contraste em doentes de risco, foi criado um campo para registo de valor de creatinina, bem como a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), e disponibilização da fórmula de cálculo no ambiente de trabalho dos diferentes computadores de apoio Técnico.

### 3.3.1.2. Definição de circuitos de limpeza

Criação de uma norma de funcionamento com a periodicidade da limpeza nas diferentes áreas da unidade. Foi também destacado um elemento pertencente à equipa de Auxiliares de Ação Médica para integrar a Comissão de controlo de infeção, de forma a supervisionar aspetos relacionados com este padrão (controle de infeções), nomeadamente verificação e reposição de material não clínico nas diferentes salas de trabalho, bem como verificação dos prazos de validade após abertura das diferentes medicações/materiais em uso nas salas de trabalho.

### 3.3.1.3. Alteração de preparações para realização de exames

Algumas das preparações para a realização dos exames foram atualizadas (e são atualizadas quando devidamente justificada pelo corpo Técnico ou Médico) e foi acrescentado um pequeno resumo do que consiste o exame a realizar.

Foram criadas preparações que estavam em falta de forma a facilitar a compreensão das mesmas por parte dos doentes.

As preparações passaram a ser impressas automaticamente aquando da marcação, quando esta é efetuada presencialmente, ou enviada por email ou fax quando a marcação é efetuada telefonicamente.

### 3.3.1.4. Criação de normas de funcionamento

Foram criadas normas de funcionamento, nomeadamente relativas ao armazenamento da medicação, correta identificação e respetivo registo da administração da medicação em ficha técnica. Foi destacado um elemento Técnico para revisão de prazos de validade da medicação (padrão referente aos medicamentos que requerem grandes cuidados).

A norma de funcionamento escrita a obrigatoriedade de identificação com pulseira identificativa de doentes sujeitos a procedimento invasivo (biopsia, artrografia, administração de contraste/medicação, etc.) bem como a obrigatoriedade de preenchimento de consentimento informado nos procedimentos que essa autorização não está implícita na ficha técnica.

Criação de norma para avaliação da integridade dos elementos de proteção individual (aventais, saias, colares, proteções gonadais)

Foi reformulada a norma de funcionamento que define o circuito de prevenção da unidade (horários, exames a realizar, datas de entrega, exceções, etc.)



### 3.3.1.5. Documentação de protocolos clínicos e não clínicos

Criação, documentação e separação dos protocolos clínicos (ex: protocolo de ressonância prostática) dos não clínicos (ex: protocolo de imunofenotipagem).

Criação de protocolos de forma a serem o mais abrangente possível e de forma a não deixar dúvidas nos exames diferenciados que requerem grande especificidade, permitindo ao clínico relatar os exames com segurança nos procedimentos.

### 3.3.1.6. Implementação no terreno

Foram efetuadas ações de formação, sessões de esclarecimento e colocados os responsáveis de determinados padrões ao dispor para colaboração com o serviço:

- Na área da higienização das mãos, foram efetuadas formações na unidade, demonstrando os 5 momentos da higienização das mãos enquanto lidamos com os doentes;
- Foi dada formação aos Técnicos na área dos materiais e técnicas de assepsia necessárias na obtenção de acesso venoso, bem como os cuidados a ter na sua manutenção;
- Foram efetuadas sessões de esclarecimento na unidade bem como demonstrativas do que a implementação de um sistema de qualidade certificado e acreditado pretende/exige;
- Foi efetuado na unidade formação de evacuação de doentes e profissionais em caso de catástrofe, bem como procedimentos e circuitos a fazer em caso de incêndio. A formação visou especial atenção aos procedimentos a ter nas salas de RM;
- Foi dada formação na unidade, aos Técnicos para estarem aptos a efetuarem o corte dos gases medicinais em caso de necessidade absoluta;
- Na área da identificação dos doentes, foram feitas várias ações de sensibilização com acompanhamento no terreno, nomeadamente foi reforçado junto de todos os elementos (receção, elementos de Auxiliares de Ação Médica, Técnicos e Médicos) a obrigatoriedade da confirmação dos dados dos doentes antes do início dos procedimentos, o modo de o fazer e a forma de corrigir, que é transversal a todo o Hospital;
- Foi solicitada junto da informática a possibilidade de efetuar listagens com o número de exames com data de entrega específicas.
- Na área da medicação, foram separadas as medicações do resto dos consumíveis,

colocado em recipientes apropriados, separados, ordenados e identificados. A medicação passou a ficar numa área resguardada e vigiada pelos profissionais de Saúde;

### 3.3.2. Desenvolvimento de novos objetivos – Melhoria continua

De acordo com o levantamento elaborado, foram efetuadas algumas sugestões de melhoria, através da definição de novos objetivos. Procedeu-se à sua implementação, monitorização e avaliação do seu cumprimento.

No terreno, os profissionais vêm os dois sistemas de gestão da qualidade separados. Fazendo um paralelismo nos modelos de gestão da qualidade certificação/acreditação, os profissionais vêm o processo de certificação refletido no terreno, essencialmente, pela sistematização e adequação da documentação do sistema através de protocolos:

- Protocolos
- Normas
- Procedimentos técnicos
- Impressos do SGQ,

De uma forma geral, é visto como se baseando fundamentalmente na análise de conformidade de processos no sentido da melhoria continua.

Enquanto os profissionais vêm a acreditação como um modelo específico a aplicar em hospitais, baseando-se na parte prática da segurança do doente e dos profissionais:

- Identificar corretamente os doentes
- Melhorar a comunicação efetiva (prescrição/exames diagnóstico)
- Melhorar a segurança de medicamentos que exigem grandes cuidados
- Eliminar cirurgias em membros ou pacientes errados
- Reduzir o risco de infeções
- Reduzir o risco de queda

É a aplicabilidade prática dos cuidados de saúde das metas de segurança.

No entanto os dois sistemas de gestão da qualidade são compatíveis e complementares dando ambos respostas às necessidades, desde que desenhados e adequados às necessidades de prestação de cuidados de saúde que cada organização necessite.

## Levantamento das não conformidades

Os objetivos escolhidos pelo Diretor Clínico e pela Técnica Coordenadora da unidade de Imagiologia para 2012, basearam-se na recolha das não conformidades durante o período de Abril a Dezembro de 2011. Assim selecionaram-se alguns objetivos, que deverão ser alvo de oportunidade de melhoria em revisões futuras, como se pode verificar no anexo 4.

Objetivos para 2012:

- **Eliminar o nº de preparações mal executadas, instruindo sempre o cliente no momento da marcação**

O não cumprimento da preparação para realização do exame leva a uma má realização do exame, ou à necessidade do doente voltar à unidade, registaram-se em 9 meses, 5 preparações mal efetuadas.

Com a alteração de algumas preparações, criação de novas preparações e a impressão automática das mesmas aquando da marcação, verificou-se uma pequena diminuição das não conformidades relacionadas com este indicador de qualidade, que apesar de não ser muito significativo, verificaram-se melhorias com as medidas implementadas, registaram-se 6 preparações mal efetuadas em 12 meses.

- **Eliminar o nº de fichas abertas sem confirmação dos dados do doente**

O não cumprimento deste objetivo leva à duplicação de fichas de pacientes, bem como à troca de pacientes, registaram-se em 9 meses 199 fichas abertas incorretamente.

O reforço, junto das diferentes equipas (Técnicos, AAM, Receção, Médicos), na confirmação dos dados dos pacientes, levou a uma redução significativa de doentes com processos não conformes, que normalmente só são detetados em fases mais avançadas da estadia do doente na unidade, ou nem chegam a ser detetados. Não existe nenhum registo, por parte do corpo clínico, de identificação incorreta do doente concluindo-se que este rastreio é feito pela receção e pela equipa de AAM, numa fase mais precoce, registando-se 227 fichas abertas incorretamente em 12 meses.

- **Eliminar o nº de exames cuja abertura de ficha está incorreta**

As fichas abertas incorretamente levam a despender mais recursos e tempo por parte dos Médicos, Técnicos e AAM, registaram-se, em 9 meses, 15 fichas cujos dados estavam incorretos.

Ainda se verifica a falta de rigor na confirmação dos processos, ou seja; a receção nem sempre faz a abertura da ficha de acordo com o pedido Médico, o Acolhimento ainda não tem

as boas práticas de sistematicamente verificar o processo o que leva à realização incorreta do exame ou troca de doente, nesta área verificou-se um aumento de registos de não conformidades muito acentuado, porque os profissionais começam a estar mais recetivos aos registos dos indicadores da qualidade, e as vantagens do rigor com os processos dos doentes, registando-se 63 fichas cujos dados estavam incorretos em 12 meses.

- **Eliminar o nº de exames não conformes que chegam ao "Empacotamento"**

Os exames que chegam ao empacotamento de uma forma não conforme podem levar à troca de exames na entrega ao doente, bem como à perda de tempo na confirmação dos processos que nesta fase do circuito dos exames na unidade, já deveria estar conforme.

Quando a meta de segurança nº1 falha, correta identificação do doente, bem como todos os dados referentes ao processo do doente na unidade de Imagiologia (sinalização da administração de produto de meio de contraste, lateralidade correta, abertura da ficha de acordo com o pedido Médico...) aumenta o desprendimento de tempo e recursos no empacotamento, e potencia o erro, registando-se em 9 meses, 112 processos não conformes que chegaram ao empacotamento.

Os pedidos que não estão de acordo com os relatórios emitidos, as lateralidades não coincidentes entre o que é solicitado e o que é relatado, levam a uma verificação redobrada dos elementos do empacotamento, muitas vezes com recurso a confirmação do corpo Técnico, Médico e por vezes necessidade de ligar com o doente a confirmar por exemplo a lateralidade do exame que este realizou, este é um erro que também aumentou, e isso deve-se ao redobrar da atenção e registo das não conformidades, registando-se 168 processos não conformes que chegaram ao empacotamento em 12 meses.

**Eliminar o nº de exames cujo protocolo não foi cumprido** O não cumprimento do protocolo estipulado para efetuar alguns exames, pode levar à má execução do exame, ou à necessidade do doente voltar ao serviço, registaram-se em 9 meses 23 exames realizados na unidade de Imagiologia cujo protocolo não foi cumprido.

A ocorrência deste indicador levou à criação de protocolos clínicos e não clínicos, de forma a minimizar esta não conformidade e uniformizar o mesmo protocolo para diferentes Médicos relatarem e diferentes Técnicos realizarem exames à mesma patologia.

No entanto na conjuntura atual verifica-se muita competitividade e disputa pela realização dos exames pelas diferentes instituições, e o aumento do número de doentes que foram convocados para complemento de exames, pode não estar relacionado diretamente como não cumprimento de protocolo mas com a tentativa de respostas concretas por parte do clínico que relata os exames registando-se 43 exames realizados na unidade de Imagiologia cujo protocolo não foi cumprido em 12 meses.

### **Eliminar o nº de exames que não estão relatados/assinados na data limite de entrega**

O não cumprimento das datas de entrega levam ao defraudar das expectativas dos doentes, implicando muitas das vezes o remarcar das consultas registaram-se em 9 meses 1053 exames realizados na unidade de Imagiologia que não estão relatados/assinados na data limite de entrega.

Na implementação de um sistema de gestão da qualidade verifica-se uma baixa adesão dos profissionais, e curiosamente quanto mais diferenciados estes são, verifica-se uma maior resistência há mudanças e menos colaboradores e participativos no SGQ.

Como tal, ainda não foi possível reduzir o número de exames cuja data de entrega não é cumprida. Provavelmente este indicador só alterará com medidas rigorosas da gestão de topo, segundo dados já devidamente documentados um atraso na entrega de exames na ordem dos 20% existirá sempre, registando-se 796 exames realizados na unidade de Imagiologia que não estão relatados/assinados na data limite de entrega em 12 meses. A falta de meios para o elevado número de exames a relatar / datilografar e empacotar, contribuiu para o elevado número de exames que não estão prontos dentro da data estipulada como limite de entrega ao cliente (2011: média 117 exames por mês / 2012: média 73 exames por mês – em Agosto não foram efetuados registos)

**Atraso superior a 15 minutos na realização dos exames**O atraso na realização dos exames implica diretamente na gestão do tempo por parte do doente, um atraso superior a 15min, deve ser sempre comunicado ao paciente tal como refere a NF nº 15, registaram-se em 9 meses 39 exames realizados na unidade de Imagiologia que começaram com atraso superior a 15 min.

O defraudar da expectativa do doente em relação à hora marcada para a realização do exame pode ser o suficiente para passar uma má imagem da unidade, e falta de respeito pelo doente. Sempre que se verifica um atraso superior a 15 min, é obrigatório a comunicação do mesmo aos doentes que estão em espera, como aos doentes que chegam à receção para proceder à abertura de ficha, tendo os doentes a opção de fazer a remarcação do exame, caso este atraso interfira com a sua vida quotidiana.

No sentido de uniformizar este procedimento foi elaborada uma norma de funcionamento de forma a não haver dúvidas ao procedimento. Cabe a todos os profissionais alertar a receção e os elementos AAM, do atraso e o respetivo tempo, o registo do atraso na realização de exames tem-se mantido constante registando-se 60 exames realizados na unidade de Imagiologia que começaram com atraso superior a 15 min em 12 meses.

### 3.3.3 Avaliação da satisfação do cliente interno e do cliente externo

#### Médicos prescritores

Os inquéritos aplicados aos Médicos prescritores (através de carta, junto aos exames empacotados), apesar da baixa adesão dos Médicos externos ao HPP, permitiram avaliar o nosso desempenho ao nível clínico, como se pode verificar no anexo 6, anexo 7 e anexo 8. Nos Médicos do HPP Hospital da Boavista, verificou-se uma maior adesão, provavelmente porque o inquérito foi respondido através de uma plataforma informática on line,

#### **Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para os Médicos externos Abril 2011**

A adesão às questões da colaboração na melhoria da qualidade prestada pela unidade de Imagiologia, continua a ser baixa a adesão na colaboração às respostas ao inquérito foram enviados 200 questionários, foram rececionados 13.

- ❖ A resposta ao inquérito de satisfação, dos Médicos prescritores externos ao HPP foi pequena, cerca de 6%, na maioria das questões colocadas a resposta foi bastante satisfatória;
- ❖ Do número de respostas obtidas, o grau de satisfação “Ótimo”, dos Médicos que nos solicitam exames a partir do exterior é de 50%, sendo que houve 7% de respostas “pouco satisfatória”;
- ❖ Em 100% das respostas, o exame respondeu às dúvidas iniciais dos clínicos;
- ❖ Também em 93% das respostas, o exame ajudou na decisão terapêutica e 7% a ajuda foi parcial;
- ❖ Em 93% das respostas, os achados cirúrgicos ou clínicos foram compatíveis com resultado do exame, e apenas 7% a clínica foi parcial com os resultados dos exames;

#### **Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia pelos Médicos internos Abril 2011**

A adesão às questões da colaboração na melhoria da qualidade prestada pela unidade de Imagiologia, foi baixa, apenas 66 Médicos responderam ao inquérito (num universo de mais de 300 Médicos).

- ❖ A resposta ao inquérito de satisfação, dos Médicos prescritores internos do HPP ser pequena, na maioria das questões colocadas a resposta foi bastante satisfatória;

- ❖ Do número de respostas obtidas, o grau de satisfação “Bom”, dos Médicos que nos solicitam exames é de 65% ao tempo de resposta da unidade, sendo que houve 2% de respostas “pouco satisfatória”;
- ❖ A satisfação em relação à capacidade de resposta de pedidos urgentes foi de “Bom” em 61% das respostas, apenas 3% pouco satisfeito
- ❖ Em 100% das respostas, o exame respondeu às dúvidas iniciais dos clínicos;
- ❖ Também em 94% das respostas, o exame ajudou na decisão terapêutica e 6% a ajuda foi parcial;
- ❖ Em 86% das respostas, os achados cirúrgicos ou clínicos foram compatíveis com resultado do exame, e 14% a clínica foi parcial com os resultados dos exames;
- ❖ O grau de satisfação quanto ao resultado dos exames foi de 70% de respostas “Bom” e apenas 2 % de respostas “pouco” satisfeitas.

#### **Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia pelos Médicos externos Novembro 2011**

A adesão às questões da colaboração na melhoria da qualidade prestada pela unidade de Imagiologia, continua a ser baixa a adesão na colaboração às respostas ao inquérito. Foram enviados 150 questionários, foram rececionados 7 questionários.

- ❖ A resposta ao inquérito de satisfação, dos Médicos prescritores externos ao HPP foi pequena, cerca de 4%, na maioria das questões colocadas a resposta foi bastante satisfatória;
- ❖ Do número de respostas obtidas, o grau de satisfação “Ótimo”, dos Médicos que nos solicitam exames a partir do exterior é de 43%, sendo que houve 14% de respostas “pouco satisfatória”;
- ❖ Em 86% das respostas, o exame respondeu às dúvidas iniciais dos clínicos, e 14% respondeu parcialmente;
- ❖ Também em 83% das respostas, o exame ajudou na decisão terapêutica e 14% a ajuda foi parcial;
- ❖ Em 49% das respostas, os achados cirúrgicos ou clínicos foram compatíveis com resultado do exame, 13% a clínica foi parcial com os resultados dos exames e 13% não respondeu;

### **Avaliação satisfação da unidade de Imagiologia pelos Médicos internos Outubro 2012**

Colaboraram nas respostas a este inquérito 65 Médicos do Hospital da Boavista. De um modo geral a satisfação dos Médicos acerca da unidade de Imagiologia é boa.

- ❖ Do número de respostas obtidas, o grau de satisfação “bom” dos Médicos que nos solicitam exames a partir do exterior é de 59%, sendo que 3% respondeu “pouco satisfeito”;
- ❖ O grau de satisfação em relação à resposta da unidade aos pedidos urgentes, 51% dos Médicos consideraram boa, e 3% consideraram a resposta da unidade “pouco satisfatória”;
- ❖ Em 95% das respostas, o exame respondeu às dúvidas iniciais dos clínicos;
- ❖ Em 98% das respostas, o exame ajudou na decisão terapêutica;
- ❖ Em 95% das respostas, os achados cirúrgicos ou clínicos foram compatíveis com resultado do exame;

### **Avaliação satisfação da unidade de Imagiologia pelos Médicos externos Outubro 2012**

A adesão às questões da colaboração na melhoria da qualidade prestada pelo Serviço de Imagiologia, continuam a ter uma adesão muito baixa, dos 173 questionários enviados, só foram rececionados 10, um deles em branco.

- ❖ A resposta ao inquérito de satisfação, dos Médicos prescritores externos ao HPP foi pequena, cerca de 5%, na maioria das questões colocadas a resposta foi bastante satisfatória;
- ❖ Do número de respostas obtidas, o grau de satisfação dos Médicos que nos solicitam exames a partir do exterior é de 60%, sendo que não houve nenhuma resposta “pouco satisfatória”;
- ❖ Em 90% das respostas, o exame respondeu às dúvidas iniciais dos clínicos;
- ❖ Também em 90% das respostas, o exame ajudou na decisão terapêutica;



- ❖ Em 80% das respostas, os achados cirúrgicos ou clínicos foram compatíveis com resultado do exame, e apenas 10% (1 resposta) a clínica não correspondeu com os resultados dos exames;

### **Avaliação satisfação da unidade de Imagiologia pelos Doentes Março 2012**

A adesão à resposta foi grande, cerca de 96%, e na maioria das questões colocadas a resposta foi bastante satisfatória.

De um total de 230 questionários distribuídos, foram rececionados 191, cerca de 83% dos inquiridos.

- O número de doentes que recorrem à unidade de Imagiologia referenciados pelo Médico assistente, 25% e o número de doentes que recorrem à unidade de Imagiologia referenciados pelo subsistema de Saúde Seguradora, 23% são próximo dado o elevado número de doentes provenientes da companhia de seguros.
- Salienta-se que a percentagem de pessoas que conhece todos os serviços prestados pelo HPP, 51%, é muito próxima dos que não conhecem 45%, isso está relacionado com o facto de os doentes serem de proveniência maioritariamente referenciada pelo subsistema de Saúde/Seguradora.
- O número de doentes que respondeu estar muito satisfeito com o tempo de espera no atendimento telefónico, 31%, está abaixo do satisfeito, 32%, sendo a única alínea em que o número de resposta “Satisfeito” é inferior ao “Muito satisfeito”.
- Também se verificou que o número de respostas, muito satisfeito, na questão do tempo de espera entre a realização do exame e a alta, 34%, é muito próximo do satisfeito, 33%, mas com uma percentagem de 26% de doentes que não respondeu.
- Situação semelhante aconteceu com as respostas da questão prazo para entrega do exame. Muito satisfeito: 36%, satisfeito: 35% não respondeu 23%.
- No geral, a apreciação dos doentes é muito satisfatória, 61%, seguida de satisfeito com 29% de respostas.

## **Capítulo IV**

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

#### 4.1. Análise do cumprimento dos objetivos definidos

Apesar de existirem diferentes programas de acreditação e certificação, que podem ser aplicados em conjunto com maior benefício institucional, foi evidenciado ao longo do trabalho algumas necessidades de adaptações e reestruturações dos vários serviços Hospitalares, nomeadamente na Unidade de Imagiologia.

Os diferentes programas de acreditação e certificação podem ser conjugados, aliando as diferentes normas gerais e institucionais, que são válidas e fiáveis pelas instituições de saúde, que quando bem aplicadas permitem a monitorização, avaliação e validação da qualidade, e consequente melhoria continua (Barros, 1998).

O trabalho permitiu responder aos objetivos propostos:

- Averiguar os motivos que levaram o Hospital Privado da Boavista a optar pela JCI- O aspeto da credibilidade e notabilidade da Joint Commission a nível internacional, foi um dos aspetos a ter na escolha desta entidade acreditadora, há uma maior perceção e atenção por parte dos colaboradores no modelo JCI, porque este está mais direcionado para a prática clínica
- Identificar os pontos fortes e os pontos fracos na área da qualidade na unidade de Imagiologia do HPP- este levantamento foi efetuado através da aplicação de inquéritos de satisfação, bem como registos de não conformidades e definição de objetivos de qualidade para a unidade de Imagiologia;
- Conhecer as dificuldades encontradas pelos profissionais e pelos doentes: os inquéritos de satisfação aos doentes são exemplo – todos os profissionais colaboraram em ações de formação, interna à unidade e externa à unidade de forma a colmatar lacunas existentes acerca de procedimentos que estivessem de acordo com os padrões da qualidade
- Identificar as sugestões ou possíveis melhorias na unidade de Imagiologia do HPP- Através da análise dos inquéritos aplicados aos Médicos e doentes, dos registos de não conformidades, foi possível elaborar um plano de ações a desenvolver
- Apoiar a Implementação o Modelo de Acreditação da JCI na unidade - o trabalho e formação dos profissionais da unidade de Imagiologia foram e são no sentido de implementar e cimentar os procedimentos de acordo com as diretrizes da qualidade, desenvolvendo ações preventivas e corretivas a partir da análise das não conformidades
- Avaliar do impacto do modelo JCI de Acreditação Hospitalar em termos de prestação de cuidados/serviços de qualidade - O modelo da JCI, permitiu que os profissionais

trabalhem com mais segurança e segundo padrões da gestão da qualidade, bem definidos.

A *Joint Commission International* acredita organizações de saúde desde 1999, desde então já foram acreditadas mais de 450 organizações de saúde, tanto públicas como privadas, em mais de 50 países.

Os profissionais do HPP, são um conjunto de pessoas treinadas e defensoras da qualidade da prestação de cuidados e da segurança dos doentes, focando-se diariamente na melhoria da contínua da qualidade e da segurança.

## **Conclusão**

A implementação da Acreditação através da JCI, foi uma opção do HPP Hospital da Boavista baseada na credibilidade e no grau de exigência que a entidade impõe, sendo um desafio difícil mas possível de concretizar.

No que diz respeito à Unidade de Imagiologia, é sobejamente conhecida a importância desta área como pilar numa instituição Hospitalar que quer prosperar. A importância da unidade é reforçada dada a evolução tecnológica levando ao bom rigor na realização dos exames bem como na realização do relatório Médico, tudo com o intuito de garantir a satisfação dos doentes e partes interessadas

Assim é imperativo que a Unidade de Imagiologia realize as suas funções de forma válida e fiável e que disponibilize produtos / serviços de qualidade, para que o clínico elabore um diagnóstico médico ou processo terapêutico adequado (Proença, 2008).

No entanto a monitorização e conseqüente controlo de qualidade da unidade prestado pela unidade de Imagiologia é difícil de ser elaborado se não tiver um carácter mais motivador. Isto porque a necessidade de mudança de comportamentos e atitudes é fundamental para implementar uma política de qualidade e segurança na cultura organizacional. No HPP Hospital da Boavista esta questão ultrapassou-se, em parte, já com o sistema de gestão da qualidade ISO 9001, e foi consolidado com a implementação da acreditação da *Joint Commission International*, que define padrões mais específicos na gestão do controlo de qualidade na unidade de Imagiologia do HPP Hospital da Boavista.

A Acreditação veio uniformizar a Unidade de Imagiologia, numa tentativa de integrar as diferentes características da instituição, dos serviços e dos profissionais no processo de monitorização e melhoria contínua da qualidade.

### **4.2. Trabalho futuro a desenvolver**

Estudos futuros deverão incorporar medidas variadas de qualidade mais robustas, bem como os resultados, procurar-se-á analisar a natureza da relação observada (Isto é, se acreditação é simplesmente um marcador de maior qualidade e mais rápida melhoria, ou o processo de acreditação, na verdade ajuda a criar estes resultados saudáveis).

De forma a poder dar respostas mais claras, concretas e fiáveis, foi proposta a revisão dos inquéritos a aplicar e a sua validação.

Ainda existe muitos pontos a melhorar com implementação de medidas e monitorização das mesmas, nomeadamente auditorias aos exames empacotados (que neste momento não são realizadas).

Já foi solicitada uma linha direta para marcações de exames e alocação de profissionais com formação e perfil para os postos, bem como alargamento do horário do mesmo das 8h às 21h.

Criação de mais um posto de atendimento na receção geral nas horas mais críticas, ou a criação de mais um posto na receção de Imagiologia para procedimento de faturação, de forma a diminuir as filas na receção nas horas mais críticas, 10h às 17h.

Descentralização do espaço partilhado por datilografia, empacotamento e atendimento telefónico, que gera muita confusão e conversas cruzadas, porque é partilhado por vários profissionais, aumentando a probabilidade de erro. Alocação de recursos humanos para datilografia e empacotamento nos dias e horas mais críticos, alargando o período da datilografia das 8h às 21h, e ao sábado aumentar o número de datilografas conforme o volume de exames para datilografar.

Criar mais salas de exames para realização de exames diferenciados (radiologia pediátrica e ecografia de intervenção), bem como mais postos com condições para realização de relatórios dos exames para os Médicos.

É necessário criar estratégias que consigam fazer com que os Médicos deixem os exames atempadamente prontos, nomeadamente a reorganização das datas de entrega com horários diferentes por valência, pode ser alternativa a penalização dos mesmos na redução de exames que lhes são atribuídos.

Reorganização da agenda de RM e ecografia de forma a poder ser controlada e gerida pela unidade de Imagiologia, abertura e bloqueio de tempos conforme necessidades da unidade.

Estender a aplicação dos inquéritos, aos profissionais da unidade de Imagiologia do HPP Hospital da Boavista, de forma a poder medir a satisfação dos profissionais face à implementação do modelo de acreditação JCI.

Fazer com que os profissionais da unidade se sintam aliciados com a questão da gestão da qualidade, de forma a olharem para esta área como sendo benéfica, geradora de um maior número de doentes que escolhem a unidade de Imagiologia da Boavista, e não uma perda de tempo sem resultados à vista.

### 4.3. Limitações do trabalho

A realização deste trabalho esteve sujeito a algumas limitações relacionadas com o fato do trabalho ser referente a uma organização de saúde em fase de implementação do sistema geral da qualidade com documentação própria.

A documentação que me foi fornecida pertence ao Hospital da Boavista, limitando o acesso por questões de confidencialidade.

O questionário de avaliação de satisfação do cliente interno e do cliente externo que foi possível aplicar, foi disponibilizado pela organização, não sendo um questionário validado. No entanto, no decorrer da elaboração deste trabalho foi apresentado um questionário otimizado, com uma escala de avaliação validada.

## Referências Bibliográficas

- Aaron, H. (2008). Waste, we know you are out there. *New England Journal Medicine*. 2008.
- Andalucia, A. de C. S. de. (2009). Documento General de Certificación de Servicios. *Consejería de Salud*.
- Barros, P. (1998). Custos e qualidade. In ENCONTRO "Qualidade em cuidados de saúde : avaliação e melhoria". *Actas : Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Lisboa.
- Baylina, P. (2007). II Parte - Qualidade Humanização na Saúde: Diagnóstico da Qualidade dos Serviços Públicos de Saúde. *Gráfica de Coimbra*, 111-51. Porto.
- Baylina, P. (2010). Qualidade. *Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto*. Porto.
- Baylina, P., & Moreira, P. (2011). Challenging healthcare-associated infections: a review of healthcare quality management issues.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, António. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa.
- Carneiro, A. (2000). Normas de Orientação Clínica. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*.
- CHKS. (2006). *Programa de Acreditação Internacional* (2nd ed.). Londres: CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit.
- David, M., & Meredith, J. (1993). Conducting case study research in operations management. *Journal of Operations Management*. Cincinnati.
- Faria, P. L. de, & Moreira, P. S. (2009). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho n.º14 223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Direito da Saúde*. Lisboa.
- Feigenbaum, A. (1991). *Total quality control. McGraw-Hill Book* (3rd ed.). McGraw-Hill Book.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação : da concepção à realização. *Lusociência*. Loures.
- França, M. (2000). *Programa de acreditação do KFHQS* (pp. 16-19). Qualidade em Saúde 1.
- healthcare Accreditation and Quality Unit*. (2006). (2nd ed.). London.



- Imagiologia, U. de. (2011a). *Registo de Objectivos 2011*. Porto: HPB.
- Imagiologia, U. de. (2011b). *Avaliação de satisfação da Unidade de Imagiologia para os Médicos Externos, Abril 2011*. HPB.
- Imagiologia, U. de. (2011c). *Avaliação de Satisfação da Unidade de Imagiologia pelos Médicos Externos, Novembro 2011*. HPB.
- Imagiologia, U. de. (2012a). *Monitorização dos Objectivos 2012*. HPB.
- Imagiologia, U. de. (2012b). *Inquérito de Satisfação sobre o Serviço de Imagiologia a clientes, Março 2012*. Porto: HPB.
- Imagiologia, U. de. (2012c). *Resultados do Inquérito de Satisfação sobre o Serviço de Imagiologia a Clientes, Março 2012*. Porto: HPB.
- Imagiologia, U. de. (2012d). *Avaliação de Satisfação da Unidade de Imagiologia pelos Médicos Externos, Outubro de 2012*. Porto: HPB.
- IoM. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*. National Academies Press (Vol. 1). Washington: National Academies Press.
- Ipac. (2010). SERVIÇO DE ACREDITAÇÃO – PROTECÇÃO RADIOLÓGICA. *Ipac*, 2008-2011.
- JCI - Accredited Organizations. (2012). *JCI*. Retrieved January 14, 2013, from <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. (2010). (4th ed.). Joint Commission International.
- Juran, J. (1989). *Juran on leadership for quality: an executive handbook*. The Free Press. New York.
- King's Fund. (n.d.). .
- Koning, L., Heuvel, J., & Berg, M. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(5), 361-369. doi: 10.1108/09526860510612216.
- Leadership development. (2012). . Retrieved January 14, 2013, from <http://kingsfund.org.uk/leadership/leadership-clients>.
- Machado, P., & Nunes, R. (2005). *Diagnóstico, Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Entidade Reguladora da saúde. Porto: Entidade reguladora da saúde.
- Machado, P., N. (2007). *Diagnóstico da qualidade dos serviços públicos de saúde*. Coimbra: 2007.

- Malik, A., & Schiesari, L. (1998). Qualidade na gestão local de serviços e acções de saúde. *Banco ITAÚ*. São Paulo.
- Manzo, B., Brito, J. M., & Corrêa, A. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Escola de Enfermagem USP*.
- Meredith, J. (1998). Building operations management theory through case and field research. *Journal of Operations Management* 1. USA.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos* (1st ed.). São Paulo: Manole.
- Nunes, Rui. (2009). *Regulação da Saúde* (2nd ed., pp. 213-232). Porto: Vida Económica - Editorial, SA.
- Pires, A. (2004). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. (Sílabo, Eds.). Lisboa.
- Pires, A. R. (1993). *Qualidade*. (Sílabo, Eds.) (1st ed.). Lisboa.
- Pisco, L. (2000). MoniQuor avaliação e monitorização da qualidade organizacional. *Publicação periódica do Instituto da Qualidade em Saúde*.
- Pisco, L. (2004). Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde. *Instituto de Qualidade em Saúde*. Lisboa.
- Portugal.IPQ. (2008). *Norma NP EN ISO 9001:2008 : Sistemas de Gestão da qualidade : Fundamentos e vocabulário*. Lisboa: Instituto Português de Qualidade.
- Posseti, D. (2012). Certificação da Qualidade ISO 9001. Retrieved September 10, 2012, from [www.administradores.com.br/informe-se/producao-academica/certificacao-da-qualidade-iso-9001/2146/](http://www.administradores.com.br/informe-se/producao-academica/certificacao-da-qualidade-iso-9001/2146/).
- Proença, J. (2008). A contribuição da implementação do controlo da qualidade da imagem radiológica digital para a melhoria contínua da qualidade num serviço de imagiologia: o estudo de caso no serviço de imagiologia do HFF. *Faculdade de Ciência e Tecnologia*.
- Rawlins, M. H. (2002). *Principales for best practice in clinical audit*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial Dos Serviços Públicos- Uma aplicação ao Sector da Saúde*. (S. Editorial, Ed.) (pp. 198-217). Porto.
- Safety, P. (2012). Relationship Between Nursing Home Safety Culture and Joint Commission Accreditation, *38*(5).
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas.

Saúde, D. da Q. na. (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

Schmaltz, S. P., Williams, S. C., Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2011). Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation. *Journal of Hospital Medicine*, 6(8). doi: 10.1002/jhm.905.

Shaw, C. D. (2006). Developing hospital accreditation in Europe.

Silva, P. B. (2004). *ISO 9001:2000 e King's Fund - uma análise comparativa* (pp. 33-35). *Qualidade em Saúde* 9.

Silva, P. (2004). ISO 9001:2000 e King's Fund - Uma análise Comparativa. *Qualidade em Saúde*.

USA.ACR-Accreditation. (2009). Reston : American College of Radiology. Retrieved November 3, 2009, from <http://acr.org/accreditation.aspx>.

USA.JCHO-AccreditationPrograms. (2009). Oakbrook Terrace : Joint Commission Healthcare Organization. Retrieved November 3, 2009, from <http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/>.

WHO. (2008). The World health report 2008: primary health care now more than ever. *WHO*. Geneve.

## **ANEXO 1**

### **Padrões da Joint Commission International na área da Imagiologia**

<b>PADRÕES</b>	<b>DOCUMENTOS ASSOCIADOS</b>	<b>Cumpre</b>	<b>Não cumpre</b>	<b>Oportunidade de melhoria</b>
<b>AOP6.0</b>	<b>LEGISLAÇÃO</b>			<b>Orientada para o resultado</b>
1. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão de acordo com os padrões, leis e regulamentos locais e nacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Legislação / Imagiologia / Decreto-lei</li> <li>MANUAL DE BOAS PRÁTICAS – página 4/5 nº3- legislação aplicável</li> </ul>	<b>X</b>		
2. Serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem adequados, regulares e convenientes estão disponíveis para atender às necessidades do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>MANUAL DE BOAS PRÁTICAS – página 3 nº1.1- serviços disponíveis/unidades orgânicas disponíveis</li> </ul>	<b>X</b>		
3. Os serviços de radiologia e de diagnóstico por imagem estão disponíveis para emergência, após horário normal de funcionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>MANUAL DE BOAS PRÁTICAS – Página. 3 nº 1.2 Funcionamento da unidade de Imagiologia</li> <li>NF nº11 – serviço de prevenção</li> </ul>			<b>Alargamento do horário de presença física de prevenção até às 24h</b>
<b>AOP6.1</b>	<b>RECURSO A SERVIÇOS IMAGIOLÓGICOS EXTERNOS</b>	<b>Não se aplica</b>		
1. Os laboratórios externos à instituição são selecionados com base na recomendação do diretor, em um histórico aceitável de desempenho e no cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não aplicável porque não recorremos a serviços Imagiológicos externos</li> </ul>	<b>Não se aplica</b>		
2. Os doentes são informados sobre qualquer relação entre o médico que faz a indicação e os serviços de radiologia e/ou diagnóstico por imagem, externos à instituição (ver também GLD 6.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não aplicável</li> </ul>	<b>Não se aplica</b>		

AOP6.2	PROTECÇÃO	Cumpre	Não cumpre	Pouco exaustivo em relação às diferentes áreas imagiológicas
1 .Um programa de segurança para radiações está instalado e inclui riscos e perigos identificados dentro ou fora do departamento (FMS.4 e 5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MANUAL /PROGRAMA DE PROTECÇÃO RADIOLÓGICA (MPPR) – Serviço de manutenção</li> </ul>	X		Alargar a proteção à RM
2 .O programa de segurança é parte integrante do programa de gestão de segurança da instituição e se reporta à estrutura de segurança da instituição, no mínimo uma vez por ano e sempre que ocorre algum evento relacionado à segurança (FMS.4 e 2 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de manutenção</li> </ul>	X		
3. Políticas e procedimentos, por escrito, apoiam o cumprimento dos padrões, leis e regulamentos aplicáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normas de Funcionamento</li> <li>Protocolos</li> <li>NF nº 3, Dosimetria individual</li> <li>NF nº4 proteção na Gravidez</li> <li>NF nº 5 proteção dos profissionais</li> <li>NF nº2 (exposição a campos magnéticos)</li> </ul>	X		Documentar a proteção em NF em relação à RM
4 .Políticas e procedimentos, por escrito, definem a manipulação e o descarte de materiais infetados e de outros materiais perigosos (FMS.5 e SEM.2 e 4 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>MANUAL DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO Geral ao HPP</li> </ul>	X		
5 Os riscos relacionados a radiações são abordados por processos específicos ou dispositivos de segurança, tais como aventais de chumbo, dosímetro e outros(FMS5 e EM5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MANUAL /PROGRAMA DE PROTECÇÃO RADIOLÓGICA (PPR)</li> <li>9.1.3-Blindagem</li> <li>Material de proteção individual SQ381A</li> <li>NF nº 3, Dosimetria individual</li> </ul>	X		Não existe legislação acerca da manutenção do material de proteção (EPI´s)

AOP6.2	PROTECÇÃO	Cumpre	Não cumpre	Oportunidade de melhoria
6 .Os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem são orientados sobre práticas e procedimentos de segurança (FMS11, EM 1, GLD 5.4, SEM 1 e 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos Técnicos</li> <li>• NF nº 3, Dosimetria individual</li> <li>• NF nº4 proteção na Gravidez</li> <li>• NF nº 5 proteção dos profissionais</li> </ul>	<b>X</b>		
7 Os profissionais de radiologia e diagnóstico por imagem recebem educação sobre novos procedimentos e materiais perigosos (SQE.,EM3 e 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação dada pelos assistentes dos equipamentos <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Formação Cardíaca _ Métodos Técnicas”</li> <li>➤ “Angio-Tac cardíaca”</li> <li>➤ “Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico”</li> <li>➤ “ Triagem resíduos Hospitalares”</li> </ul> </li> <li>• Reuniões de serviço registados em dossier próprio <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Neurorradiologia de Intervenção”</li> <li>➤ “Ressonância Cardíaca método e Técnicas”</li> </ul> </li> <li>• Matérias perigosas <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Não aplicável ao serviço de Imagiologia</li> </ul> </li> </ul>	<b>X</b>		<b>Formação na área das radiações ionizantes não</b>
AOP6.3	RECURSOS HUMANOS			
1. A instituição define quais profissionais realizam estudos e diagnósticos por imagem e quais os que dirigem ou supervisionam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MANUAL DE BOAS PRÁTICAS 4.3.4 – Organigrama</li> <li>• Existe o descritivo de funções na unidade com o nome dos colaboradores assim como das funções, devidamente atualizado</li> </ul>	<b>X</b>		<b>Possibilidade de dos Técnicos serem ainda mais específicos</b>

2 Profissionais com qualificação adequada e experiência realizam os estudos e exames de diagnóstico por imagem (SQE 4 , EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECURSOS HUMANOS</li> </ul>	X		
3.. Profissionais com qualificação adequada e experiência interpretam os resultados dos estudos (SQE.4, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECURSOS HUMANOS</li> </ul>	X		
4. Profissionais com qualificação adequada verificam os resultados dos estudos e emitem os laudos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECURSOS HUMANOS</li> </ul>			<b>Não há monitorização dos relatórios</b>
5. Existe um número de adequado de profissionais para atender as necessidades do doente (GLD.5.2 , EM3,SQE.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECURSOS HUMANOS + GLD</li> </ul>	X		
6 .Os supervisores têm treino e experiência apropriados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECURSOS HUMANOS +GLD</li> </ul>	X		
<b>AOP6.4</b>	<b>PRAZOS DE ENTREGA OU COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS DOS EXAMES</b>			
1.A instituição estabeleceu prazo esperado para os laudos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NF nº 17 prazos de marcação e entrega de exames</li> </ul>			<b>Necessidade de monitorizar as datas de entregas</b>
2. O prazo de expedição dos estudos de urgência / emergência é monitorizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SQ049B indicadores de qualidade</li> <li>• NF nº 11 prevenção</li> </ul>			<b>É monitorizada, mas nem sempre cumprido</b>
3. Os laudos com os resultados dos estudos radiológicos e de diagnóstico por imagem são fornecidos no prazo que atende às necessidades do doente (ACS.7,EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NF nº 17 prazos de marcação e entrega de exames</li> </ul>			<b>Tempos de espera dos doentes demasiado elevados à espera do relatório com entrega emergente</b>



<b>AOP6.5</b>	<b>MANUTENÇÃO</b>			
1. Existe um programa de gestão de equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem e o programa está implementado (FMS.8, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
2. O programa inclui seleção e aquisição de equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
3. O programa inclui inventário de equipamentos (FMS.8, EM2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
4. O programa inclui inspeção e teste dos equipamentos (FMS.8, EM3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
5. O programa inclui calibração e manutenção dos equipamentos (FMS.8, EM4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
6. O programa inclui monitorização e acompanhamento (FMS.8, EM5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
7. Existe documentação adequada de todos os testes, manutenção e calibração dos equipamentos (FMS.8.1, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço de Gestão de equipamentos</li> </ul>	<b>X</b>		
<b>AOP6.6</b>	<b>GESTÃO DE STOCK</b>			
<p>1. Filmes essenciais para radiologia, reagentes e suprimentos estão definidos (FMS.5, EM1)</p> <p>2. Filmes essenciais para radiologia, reagentes e suprimentos estão disponíveis</p> <p>3. Todos os suprimentos armazenados e dispensados de acordo com diretrizes (FMS.5, EM 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Armazenamento segundo a NF nº 7 da Farmácia</li> <li>NF nº 20</li> </ul>		<b>Não aplicável</b>	
4. Todos os suprimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>A impressora realiza em cada substituição</li> </ul>	<b>X</b>		

são avaliados periodicamente quanto à acurácia e resultados	de películas calibração automática para que o material esteja dentro dos padrões de qualidade, caso contrário inutiliza a embalagem			
5. Todos os suprimentos estão total e precisamente rotulados (FMS.5, EM7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas as embalagens estão devidamente rotuladas de fábrica, caso contrário é preenchido um impresso de produto não conforme e devolvido ao armazém (DOQ012- registo de ocorrências)</li> </ul>	X		
<b>AOP6.7</b>	<b>DIRECÇÃO E COORDENAÇÃO DA UNIDADE</b>			
1. Os serviços de radiologia e diagnóstico por imagem estão sobre a direcção de um ou mais profissionais qualificados (GLD.5, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Boas Práticas página 8 - instituição e competências</li> <li>RH (têm as certificações das qualificações dos profissionais)</li> </ul>	X		
2. Responsabilidades pelo desenvolvimento, implementação e manutenção de políticas e procedimentos estão definidas e são cumpridas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Boas Práticas página 8 - instituição e competências <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diretor Clínico</li> </ul> </li> </ul>	X		
3. Responsabilidades pela supervisão administrativa estão definidas e são cumpridas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Boas Práticas página 8 - instituição e competências</li> <li>4.3.4 – Organigrama</li> <li>Responsabilidade da equipa administrativa</li> </ul>			<b>A área administrativa deve estar sob a responsabilidade e da unidade de imagiologia e não da gestão operacional do Hospital</b>
4. Responsabilidades pela manutenção dos programas de controle de qualidade estão definidas e são cumpridas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Boas Práticas</li> </ul>		<b>Não aplicável</b>	

5. Responsabilidades pela recomendação dos serviços de radiologia e diagnóstico por imagem externos à instituição, estão definidas e são cumpridas (GLD.3.3, EM.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não recorremos a serviços externos de radiologia – Não aplicável</li> </ul>		<b>Não aplicável</b>	
6. Responsabilidades pela monitorização e revisão de todos os serviços de radiologia e diagnósticos por imagem estão definidas e são cumpridas (GLD3.2, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produção – GLD</li> </ul>			<b>Não há monitorização dos níveis de produção</b>
<b>AOP6.8</b>	<b>CONTROLE DE QUALIDADE DE EXAMES E EQUIPAMENTOS</b>			
1. Responsabilidades pela monitorização e revisão de todos os serviços de radiologia e diagnósticos por imagem estão definidas e são cumpridas (GLD3.2, EM1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de qualidade SQ049</li> </ul>			<b>Oportunidade de melhoria como?</b>
2. O controle da qualidade inclui métodos de validação de exames	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação através da execução de relatório através de assinatura</li> <li>• Os que não visam assinatura são realizados segundo protocolos clínicos</li> <li>• Registo no indicador como não cumprindo protocolo</li> </ul>			<b>Não há programa de controlo de qualidade das imagens/relatório</b>
3. O controle de qualidade inclui vigilância diária dos resultados dos exames	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação de exames através de relatório</li> <li>• Os exames não relatados são executados segundo protocolos</li> </ul>		<b>X</b>	
4. O controle de qualidade inclui a ação rápida quando uma deficiência é identificada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação através de email das alterações e correções</li> </ul>		<b>X</b>	
5. O controle de qualidade inclui o teste de reagentes e soluções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se aplica, são técnicas laser</li> </ul>		<b>Não aplicável</b>	

6. O controle de qualidade inclui a documentação dos resultados e ações correctivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações corretivas documentadas</li> </ul>			<b>Ações corretivas pouco documentadas</b>
<b>AOP6.9</b>	<b>CONTROLE DE QUALIDADE RELATIVA A SERVIÇOS PRESTADOS POR ENTIDADES EXTERNAS</b>			
1. A frequência e tipo de dados de controlo de qualidade de laboratórios externos são determinados pela instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>GLD</li> </ul>			<b>Não é efetuado controlo aos laboratórios externos</b>
2. O profissional qualificado, responsável pelo controle de qualidade de radiologia ou um profissional qualificado designado para tal, analisa os resultados do controle de qualidade do laboratório				<b>Não é efetuado controlo</b>
3. O indivíduo responsável ou designado implementa medidas com base nos resultados do controle de qualidade				<b>Não é efetuado</b>
4. O laboratório externo fornece à liderança do Hospital um relatório anual contendo os dados relativos ao controle de qualidade para facilitar a gestão e renovação do contrato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe em arquivo na unidade um certificado da qualidade do IMP, Med Pat e labincito</li> </ul>			<b>Os laboratórios estão em fase de implementação de certificação</b>
<b>AOP6.10</b>	<b>RECURSOS A ESPECIALISTAS DE ÁREAS DE DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO</b>			
1.A instituição mantém uma lista de peritos para áreas especializadas de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manual de Boas Práticas – descritivo de funções</li> </ul>	<b>X</b>		

2. A instituição recorre a peritos em áreas especializadas de diagnóstico quando necessário.				
--	--	--	--	--

Fonte: Adaptado(*Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 2010)

**ANEXO 2**

**Áreas de intervenção da ISO 9001**

<b>Áreas de intervenção</b>	<b>ISO 9001</b>
<b>A-Sistemas de Gestão</b>	<b>4.Sistema de gestão da qualidade</b> 4.1 Requisitos gerais
<b>B – Toda a documentação do sistema de gestão da qualidade é controlada</b>	<b>4.2.2 Manual da qualidade</b> 4.2.3.controlo dos documentos 4.2.4.controlo de registos
<b>C – Gestão</b>	<b>Ponto 5- Responsabilidade da gestão</b> 5.1.Comprometimento da gestão 5.2.Focalização no cliente 5.3.Política da qualidade 5.4.Planeamento: Objetivos da qualidade, planeamento SGQ 5.5.Responsabilidade: autoridade e comunicação 5.6.Revisão pela gestão do SGQ
<b>D – Recursos</b>	<b>Ponto 6 – Recursos</b> 6.1.Provisão de recursos 6.2.Recursos humanos: competências, consciencialização, formação 6.3.Infra- estrutura 6.4.Ambiente de trabalho
<b>E – Processo de trabalho (inclui os processos centrais de prestação de cuidados, ex: consultas, e todos os processos de suporte, ex: compras, manutenção)</b>	<b>Ponto 7 – Realização da unidade</b> 7.1.Planeamento da realização da unidade 7.2.Processos relacionados com o cliente 7.2.1.Determinação dos requisitos (identificar necessidades dos doentes) 7.2.2.Revisão dos requisitos relacionados com o serviço (assegurar que as necessidades dos doentes são atendidas e que se vai de encontro com as mesmas) 7.2.3.Comunicação com o cliente (assegurar que a informação chegou ao doente e que houve retorno da mesma) 7.3.concepção e desenvolvimento (a conceção de novos serviços de prestação de cuidados tem que ser garantida e controlada, garantido a criação de novos serviços adequados às necessidades dos doentes) 7.4. Compras 7.4.1.processos de compra 7.4.2. Informação de compras 7.4.3.Verificação do produto comprado 7.5.Produção e fornecimento da unidade (A instituição tem que controlar todas as variáveis que possam influenciar o processo de prestação dos cuidados, desde o equipamento até aos métodos de trabalho, monitorizando todos os pontos críticos do desenvolvimento da prestação) 7.5.3.Identificação e rastreabilidade (a instituição deve conseguir reconstituir os passos e as componentes, pessoas, equipamentos, materiais..., que contribuam para a prestação dos cuidados) desde que aplicável. 7.5.4.Propriedade do cliente (A instituição deve cuidar de tudo o que pertença ao cliente durante a permanência no Hospital) 7.5.5. Preservação 7.6.Controlo dos dispositivos de monitorização e de medição (calibração de equipamentos e medições críticas)
<b>a) Processo central, manutenção de equipamentos</b>	
<b>b) Processo de suporte, compras, manutenção armazéns</b>	

<b>F – Melhoria continua (incorporação dos dados nos processos e na gestão com vista à melhoria continua)</b>	<b>Ponto 8 – Medição, Análise e Melhoria</b> 8.2.Monitorização e medição 8.2.1.Satisfação do cliente 8.2.2.Auditoria interna (auditoria de todos os processos de acordo com o SGQ) 8.2.3 / 8.2.4. Monitorização e medição de processos e Serviços 8.3.Controlo de serviço/produto não conforme 8.4.Análise de dados 8.5.Melhoria 8.5.1.Melhoria continua 8.5.2.Ações corretivas (eliminação de causa de erros) 8.5.3. Ações preventivas (eliminação das causas de potenciais riscos)
---	--

Fonte: Adaptado (Portugal.IPQ, 2008)



**ANEXO 3**

**Áreas de intervenção da King's Fund**

<b>Áreas de intervenção</b>	<b>King´s Fund</b>
<b>A – Gestão</b>	Standard 1.Liderança da unidade e instituição Standard 20.educação e desenvolvimento do pessoal Standard 19.Trabalho de equipa e gestão pessoal Standard 2.Gestão e administração Standard 3 e 9.Gestão do risco Standard 18.Planeamento e objetivos da unidade
<b>B – Recursos</b>	Standard 10 a 14.recursos humanos Standard 20.educação e desenvolvimento pessoal Standard 15. Gestão de informação e tecnologia (recursos informação e tecnologia) Standard 16.gestão financeira (recursos financeiros) Standard 22.ambiente da unidade Standard 23. Gestão dos edifícios Standard 25.economato e higiene (Higiene das instalações)
<b>C – Processo de trabalho (inclui os processos centrais de prestação de cuidados, ex: consultas, e todos os processos de suporte, ex: compras, manutenção)</b>	Standard 27.recepção (início do processo central) Standard 28.direito dos doentes (consentimento informado) Standard 29.informação para os doentes Standard 30.Necessidades individuais dos doentes Standard 32.Admissão e referência Standard 33.Tratamento e cuidados
<b>a) Processo central, manutenção de equipamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação de necessidades</li> <li>• Revisão da avaliação</li> <li>• Planificação do tratamento</li> <li>• Consentimento informado para o tratamento</li> <li>• Implementação de cuidados</li> </ul>
<b>b) Processo de suporte, compras, manutenção armazéns</b>	Standard 34.Saida de serviço/alta (final do processo central) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de saída</li> <li>• Planificação de alta</li> </ul> Standard 36 a 53.Controlo dos processos específicos (por serviço prestado, ex: Imagiologia, serviço cirúrgicos...) Standard 26.Serviços auxiliares Standard 24. Restauração Standard 17.Compra e venda de bens e serviços, standards específicos dos serviços onde existam equipamentos de medida (onde se justifica a calibração- ex: standard 38, patologia clinica) Standard 22. (ponto 22.12- armazenamento e controlo de stocks)
<b>D – Melhoria continua (incorporação dos dados nos processos e na gestão com vista à melhoria continua)</b>	Standard 31.Parceria com os doentes Standard 12. (Ponto 12.18- Auditoria clinica) refletido em quase todos os standards, principalmente nos de gestão Standard 2.Gestão e administração (responsabiliza a gestão pela análise dos dados) Standard 2. Gestão e administração Standard 3. Por exemplo: 3.10 e 3.11 (só em relação à gestão do risco) Standard 3. Por exemplo: 3.8 (só em relação à gestão do risco)
<b>E – Toda a documentação do sistema de gestão da qualidade é controlada</b>	Não existe a obrigatoriedade de um documento chamado Manual da Qualidade Standard 2.ponto 2.13, 2.15, 2.21, 2.23 (documentos datados, aprovados, revistos) Standard 35.Registos clínicos

Fonte: Adaptado ("King´s Fund," n d)

**ANEXO 4**

**Registo de Objetivos 2011**

	<b>REGISTO DE OBJETIVOS</b>	Serviço: <b>_Imagiologia 2011</b>
--	-----------------------------	-----------------------------------


Objectivo 2011	Indicador	Fonte	J	a	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total/ Média	Comentários
Minimizar o nº de preparações mal executadas, instruindo sempre o cliente no momento da marcação <b>(Objectivo: a definir)</b>	Nº de doentes que não cumprem preparação exame	Manual (Email)					1						2	2	0	0,56	O não cumprimento da preparação para realizar o exame leva a uma má realização do exame, ou à necessidade do doente voltar ao serviço. <b>Objectivo 0% erro</b>
Minimizar o nº de fichas abertas sem confirmação dos dados do doente <b>(objectivo: a definir)</b>	Nº de exames que são abertos com dados do doente não confirmados	Manual (Email)												3	12	1,67	O não cumprimento deste indicador leva à duplicação de fichas de pacientes, bem como à troca de pacientes. <b>Objectivo: diminuir 25% das fichas não confirmadas</b>
Minimizar o nº de exames cuja abertura de ficha está incorreta <b>(objectivo: a definir)</b>	Nº de fichas com Médico mal atribuído /ou pedido não corresponde ao que foi aberto na folha de rosto	Manual (Email)				14	1	21	30	15	16	60	12	30	22,1	As fichas abertas incorretamente levam a despender mais recursos e tempo com Médicos, Técnicos e Acolhimento. <b>Objectivo: diminuir 25% das fichas incorretas</b>	
Minimizar o nº de exames não conformes que chegam ao "Empacotamento" <b>(objectivo: a definir)</b>	Nº de películas/relatórios/ etiquetas/CD que não correspondem ao exame a empacotar	Manual (Email)				11	8	27					22	21	23	12,44	Os exames não conformes no empacotamento podem levar à troca de exames bem como ao desprendimento de recursos. <b>Objectivo: diminuir 25% dos exames não conformes</b>

Objectivo 2011	Indicador	Fonte	J a n	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total/ Média	Comentários
Minimizar o nº de exames cujo protocolo não foi cumprido <b>(Meta: a definir)</b>	Nº de exames que os Médicos referenciam como não cumprindo o protocolo.	Manual (Email)				1	0	1	2		5	5	5	4	2,56	O não cumprimento do protocolo pode levar à má execução do exame, ou à necessidade do doente voltar ao serviço. <b>Objetivo: diminuir 50% dos protocolos não conformes</b>
Minimizar o nº de exames que não estão relatados/assinados na data limite de entrega <b>(Meta: a definir)</b>	Nº exames que não estão prontos para empacotar dentro da data/tempo limite	Manual (Email)				192	104	119	56	34	132	213	149	54	117	O não cumprimento das datas de entrega levam ao defraudar das expectativas dos doentes, implicando muitas das vezes o remarcar das consultas. <b>Objetivo: diminuir 50% dos atrasos na entrega dos exames</b>
Atraso na realização dos exames <b>(Meta: a definir)</b>	Nº de exames que não começam a horas com atraso superior a 20min	SI Manual (Email)				4	17	6			5	2		5	5,44	O atraso na realização dos exames implica com a gestão de tempo por parte do paciente, um atraso superior a 15min, deve ser sempre comunicado ao paciente como refere a NF nº 15. <b>Objetivo: diminuir 25% do tempo de atraso na realização dos exames</b>
Medir a satisfação dos médicos prescritores acerca da prestação da unidade de Imagiologia <b>(Meta: a definir)</b>	Nº de respostas satisfatórias	Manual (Email)				13							6		93%	Ir de encontro com as expectativas e necessidades dos Médicos em relação à boa prática do exame <b>Objetivo: Fonte: Adaptado 100% de satisfação</b>

Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2011a)

**ANEXO 5**

**MONITORIZAÇÃO DOS OBJETIVOS 2012**

	<b>MONITORIZAÇÃO DOS OBJETIVOS</b>		<b>Serviço : _Imagiologia 2012</b>												

Objectivo 2012	Plano de ação	Fonte	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Out	Nov	Dez	Total/Média	Comentários
Minimizar o nº de preparações mal executadas, instruindo sempre o cliente no momento da marcação <b>Meta 0% erro</b>	Reforçar procedimentos instituídos	Manual (Email)	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2			
Minimizar o nº de fichas abertas sem confirmação dos dados do doente <b>Meta: diminuir 25% das fichas não confirmadas</b>	reforço de procedimentos através de indicadores internos relativos à Meta1 (JCI-Correta identificação do doente)	Manual (Email)	7	3	8	2	2	6	11	2	9	5	8		
Minimizar o nº de exames cuja abertura de ficha está incorreta <b>Meta: diminuir 25% das fichas incorretas</b>	Maior rigor	Manual (Email)	18	7	34	21	21	25	32	10	19	22	18		
Minimizar o nº de exames não conformes que chegam ao "Empacotamento" <b>Meta: diminuir 25% dos exames não conformes</b>	Evidenciar com rubrica a conformidade dos processos tanto Técnico como AAM	Manual (Email)	30	26	23	29	35	5	4	0	12	6	10		

Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital da Boavista

Minimizar o nº de exames cujo protocolo não foi cumprido <b>Meta: diminuir 50% dos protocolos não conformes</b>	Formação/apresentação das atualizações dos protocolos	Manual (Email)	4	4	3	6	6	2	3	0	4	8	3			
Minimizar o nº de exames que não estão relatados/assinados na data limite de entrega <b>Meta: diminuir 50% dos atrasos na entrega dos exames</b>	Está em desenvolvimento um ficheiro que permite medir este indicador com rigor - % de exames entregues fora do prazo inferior à % do total dos exames	Manual (Email)	2	1	63	23	261	35	95	**	98	218				
Diminuir o atraso na realização dos exames <b>Meta: diminuir 25% do tempo de atraso na realização dos exames</b>	Sensibilização da equipa , manter informados os doentes dos imprevistos	SI Manual (Email)	18	0	1	0	0	0	15	4	12		10			
Garantir a total satisfação dos médicos prescritores acerca da prestação da unidade de Imagiologia <b>Meta: 100% de satisfação</b>	% de respostas satisfatórias	Manual (Email)										173/8				
Garantir a satisfação dos doentes acerca da prestação da unidade de Imagiologia ( <b>Meta: a definir</b> )	% de respostas satisfatórias	Manual (Email)			191											

Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2012a)

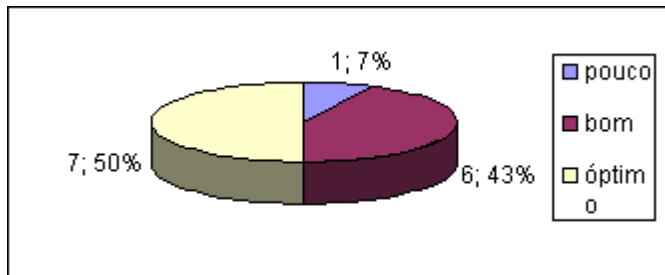


**ANEXO 6**

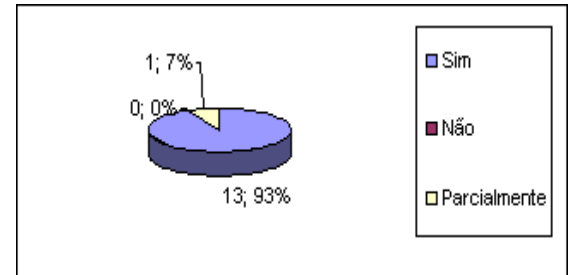
**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia  
para os Médicos externos Abril 2011**

**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para os Médicos externos Abril 2011**

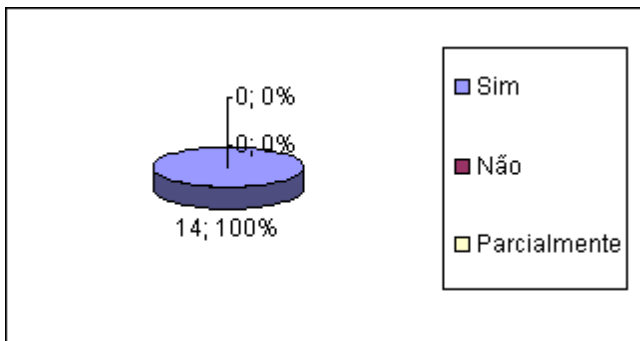
Grau de satisfação	
Ótimo	7
Bom	6
Pouco	1



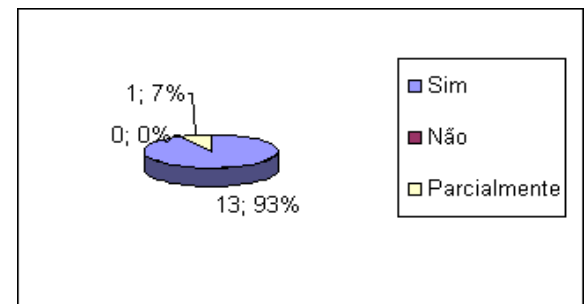
Exame foi útil para a decisão terapêutica	
Sim	13
Parcialmente	1
Não	0



Exame realizado adequadamente segundo a dúvida clínica	
Sim	14
Parcialmente	0
Não	0

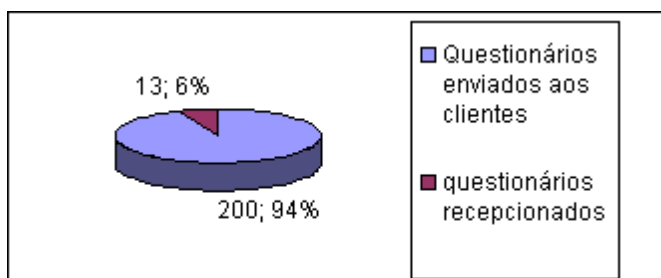


Achados cirúrgicos ou clínicos compatíveis com resultado exame	
Sim	13
Parcialmente	1
Não	0



**Questionários enviados/rececionados**

Questionários enviados aos doentes externos	200
Questionários rececionados	13



Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2011b)

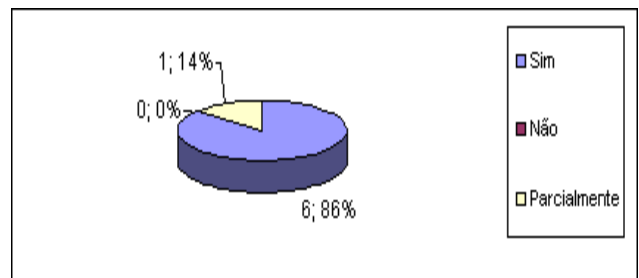
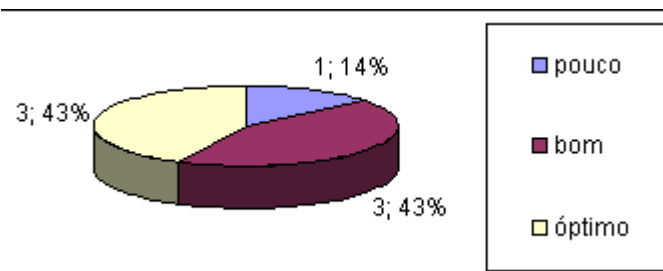
**ANEXO 7**

**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para os  
Médicos externos Novembro 2011**

**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para os Médicos externos Novembro 2011**

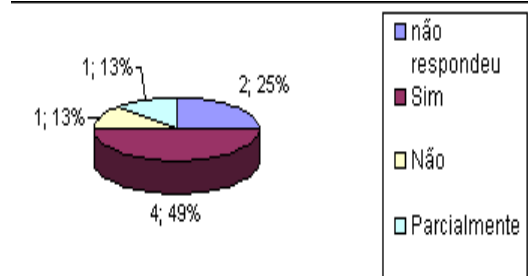
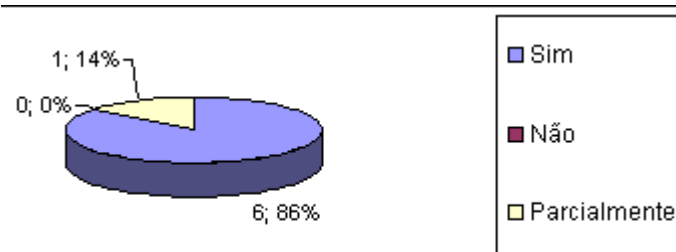
Grau de satisfação	
Ótimo	1
Bom	3
Pouco	1

Exame foi útil para a decisão terapêutica	
Sim	6
Parcialmente	1
Não	0



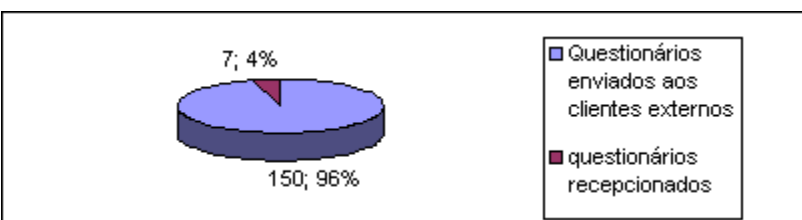
Exame realizado adequadamente segundo a dúvida clínica	
Sim	6
Parcialmente	1
Não	0

Achados cirúrgicos ou clínicos compatíveis com resultado exame	
Parcialmente	1
Não	1
Não respondeu	1



**Questionários enviados/rececionados**

Questionários enviados aos doentes externos	150
Questionários rececionados	7



Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2011c)

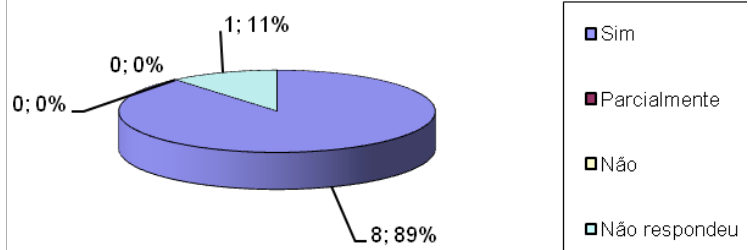
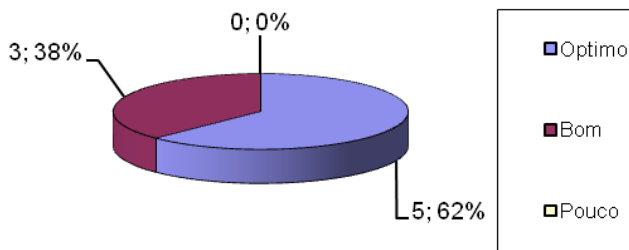
**ANEXO 8**

**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para  
os Médicos externos Outubro 2012**

**Avaliação de satisfação da unidade de Imagiologia para os Médicos externos Outubro 2012**

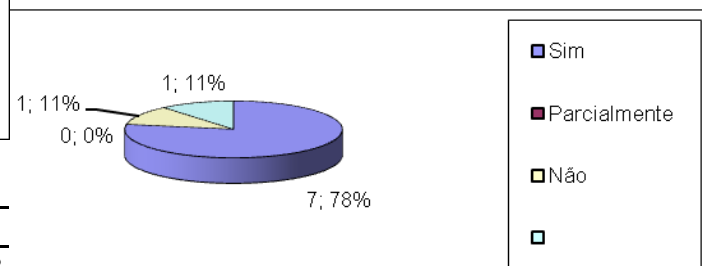
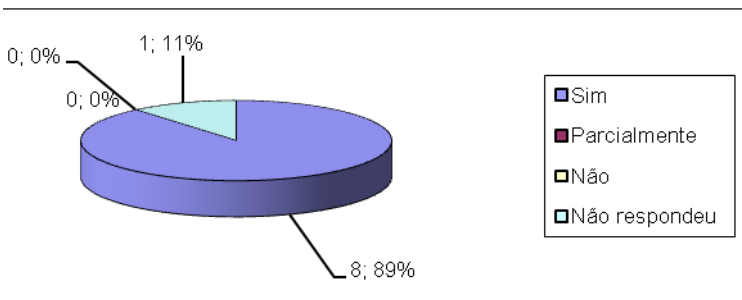
Grau de satisfação	
Otimo	5
Bom	3
Pouco	0
Não respondeu	1

Exame foi útil para a decisão terapêutica	
Sim	8
Parcialmente	0
Não	0
Não respondeu	1

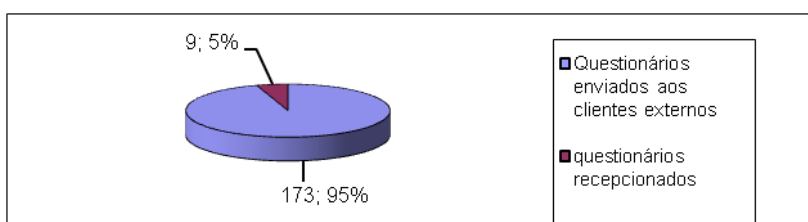


Exame realizado adequadamente segundo a dúvida clínica	
Sim	8
Parcialmente	0
Não	0
Não respondeu	1

Achados cirúrgicos ou clínicos compatíveis com resultado exame	
Sim	7
Parcialmente	0
Não	1
Não respondeu	1



Questionários enviados/rececionados	
Questionários enviados aos doentes externos	173
questionários rececionados	9



Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2012d)

## **ANEXO 9**

### **Inquérito de Satisfação sobre o serviço de Imagiologia a clientes Março 2012**



INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

**POR SI INVESTIMOS NA QUALIDADE**

**O CONTRIBUTO DE TODOS PARA O ALCANCE  
DA EXCELÊNCIA**



No sentido de garantir os elevados níveis de Qualidade e Segurança nos serviços que a HPP Boavista presta a todos os clientes,

**QUAL DOS MOTIVOS O FIZERAM ESCOLHER A UNIDADE DE IMAGIOLOGIA DO HPP BOAVISTA?**

Assinale apenas uma das opções indicadas.

Referenciado pelo Médico Assistente

Referenciado pelo Subsistema de Saúde/Seguradora

Recomendado por familiar ao amigo

Corpo Clínico

Atendimento / Simpatia

Tipo de exames disponíveis

Localização

Publicidade

Hábito

Outro? Qual \_\_\_\_\_

**COSTUMA RECOMENDAR A UNIDADE DE IMAGIOLOGIA DO HPP BOAVISTA A FAMILIARES OU AMIGOS?**

Sim  Não

**A UNIDADE DE IMAGIOLOGIA DA HPP BOAVISTA É A SUA PRIMEIRA OPÇÃO PARA REALIZAR OS EXAMES?**

Sim  Não

**CONHECE TODOS OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HPP BOAVISTA?**

(Consultas, Exames Auxiliares de Diagnóstico, Cirurgias, Internamentos, Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Atendimento Urgente Adulto e Pediátrico)

Sim  Não

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Razoável	Nada Satisfeito
<b>NA MARCAÇÃO DO EXAME, COMO AVALIA:</b>				
Atendimento / Simpatia	●	●	●	●
Informações prestadas	●	●	●	●
Adequação da data de marcação	●	●	●	●
Tempo de espera para ser atendido telefonicamente	●	●	●	●
<b>ANTES DO EXAME, NA RECEPÇÃO, COMO AVALIA:</b>				
Atendimento / Simpatia	●	●	●	●
Informações prestadas	●	●	●	●
Tempo de espera para ser atendido na recepção	●	●	●	●
<b>DURANTE O EXAME, COMO AVALIA:</b>				
Atendimento / Simpatia	●	●	●	●
Informações prestadas	●	●	●	●
Tempo de espera para ser chamado para o exame	●	●	●	●
Acompanhamento	●	●	●	●
Relação com o médico e o técnico	●	●	●	●
<b>DEPOIS DO EXAME, COMO AVALIA:</b>				
Atendimento / Simpatia	●	●	●	●
Informações prestadas	●	●	●	●
Tempo de espera entre o exame e a alta	●	●	●	●
Prazo para entrega do exame	●	●	●	●
<b>NO GERAL COMO AVALIA:</b>				
Condições de conforto (temperatura, ruído)	●	●	●	●
Limpeza	●	●	●	●
Respeito demonstrado com a sua privacidade	●	●	●	●
<b>NO GLOBAL, COMO AVALIA A SUA SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO PRESTADO.</b>				
	●	●	●	●

Deixe-nos uma sugestão para ajudar a melhorar o nosso serviço:

---

---

---

---

---

---

**HPP BOAVISTA, S.A.**

**E-mail: [mail@hpphosprivados.pt](mailto:mail@hpphosprivados.pt)**

Hospital da Boavista  
Av. Da Boavista, 171  
4050-115 Porto  
Phone: +(351)226056450  
Fax: +(351)226065164  
E-mail: [call.center.hppnorte@hppsauade.pt](mailto:call.center.hppnorte@hppsauade.pt)

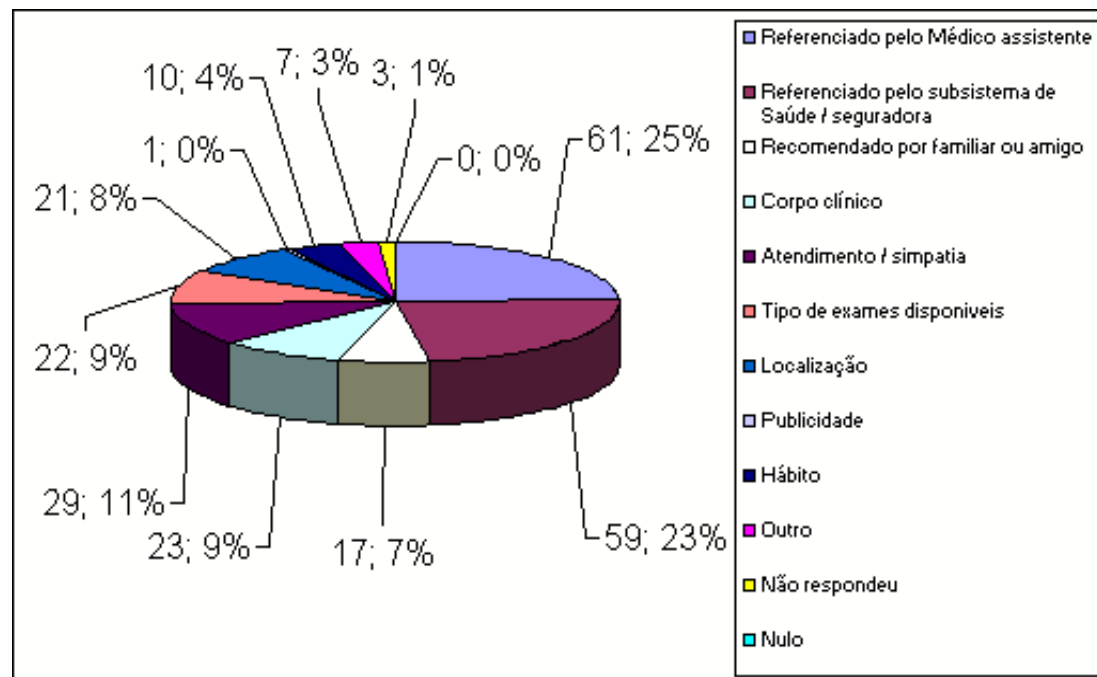
Hospital da Misericórdia de Sangalhos  
Rua do Comércio  
3780-124 Sangalhos  
Phone: +(351)234730870  
Fax: +(351)234730879

**ANEXO10**  
**Resultados do Inquérito de Satisfação sobre o serviço de**  
**Imagiologia a clientes Março 2012**

**Qual dos motivos o fizeram escolher a unidade de Imagiologia do HPP Hospital da Boavista?**

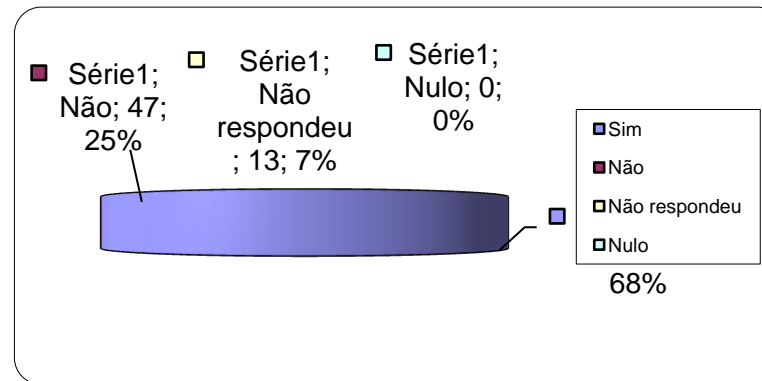
Referenciado pelo Médico assistente	61
Referenciado pelo subsistema de Saúde / seguradora	59
Recomendado por familiar ou amigo	17
Corpo clínico	23
Atendimento / simpatia	29
Tipo de exames disponíveis	22
Localização	21
Publicidade	1
Hábito	10
Outro	7
Não respondeu	3
Nulo	0
total	253

**Nota:** É de salientar que o número de resposta é superior ao número de inquéritos porque alguns dos doentes assinalaram mais do que uma opção



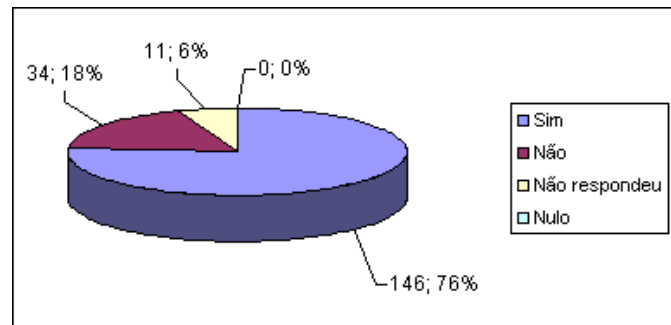
**Costuma recomendar a unidade de Imagiologia do HPP Hospital da Boavista a familiares ou amigos?**

Sim	131
Não	47
Não respondeu	13
Nulo	0
total	191



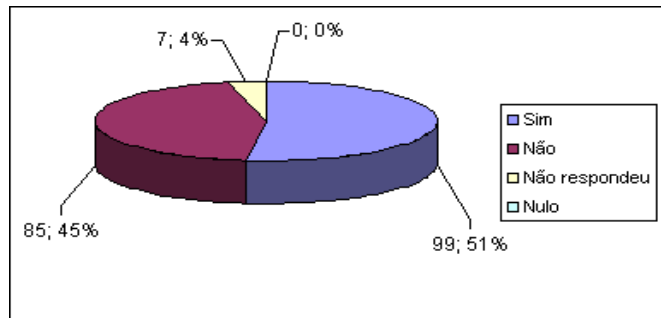
**A unidade de imagiologia da HPP Hospital da Boavista é a sua primeira opção para realizar exames?**

Sim	146
Não	34
Não respondeu	11
Nulo	0
Total	191



**Conhece todos os serviços prestados pelo HPP Hospital da Boavista?**

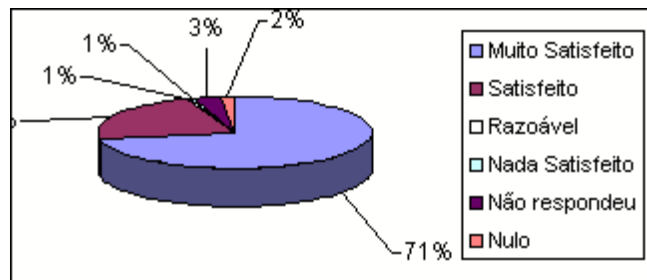
Sim	99
Não	85
Não respondeu	7
Nulo	0
<b>Total</b>	<b>191</b>



**Na marcação do exame, como avalia:**

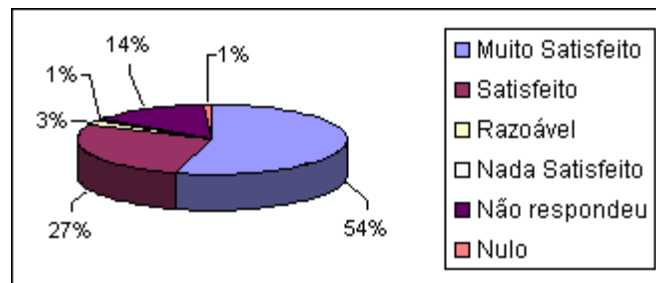
**Atendimento / Simpatia**

Muito Satisfeito	137
Satisfeito	43
Razoável	1
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	6
Nulo	3
<b>total</b>	<b>191</b>



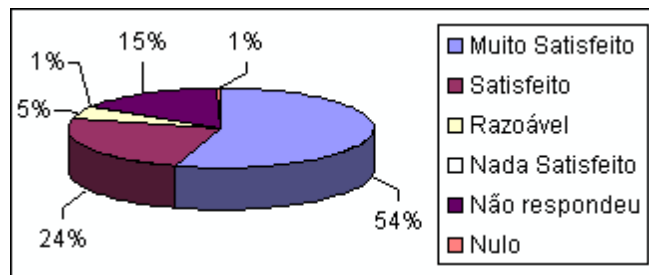
**Informações prestadas**

Muito Satisfeito	104
Satisfeito	52
Razoável	5
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	27
Nulo	2
total	191



**Adequação da data de marcação**

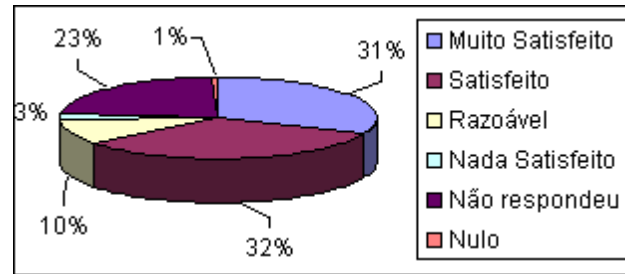
Muito Satisfeito	105
Satisfeito	46
Razoável	9
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	29
Nulo	1
total	191





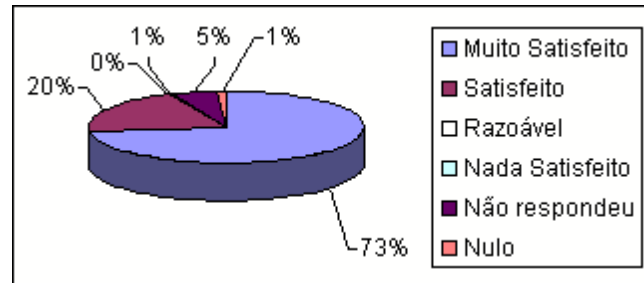
**Tempo de espera para ser atendimento telefonicamente**

Muito Satisfeito	60
Satisfeito	63
Razoável	19
Nada Satisfeito	5
Não respondeu	43
Nulo	1
total	191



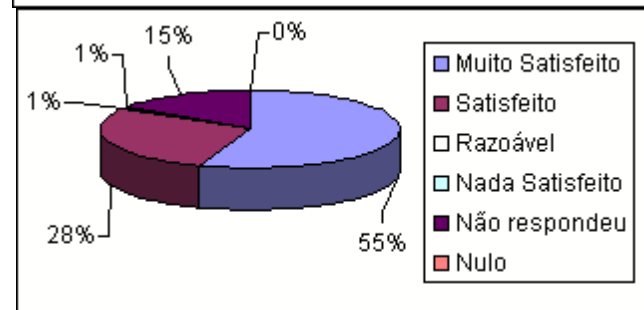
**Atendimento / Simpatia**

Muito Satisfeito	139
Satisfeito	39
Razoável	0
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	10
Nulo	2
total	191



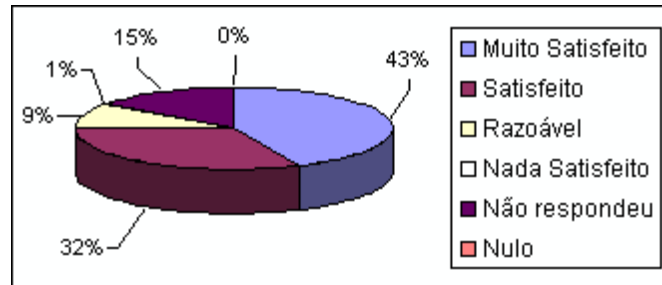
**Informações prestadas**

Muito Satisfeito	106
Satisfeito	53
Razoável	2
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	29
Nulo	0
total	191



**Tempo de espera para ser atendido na recepção**

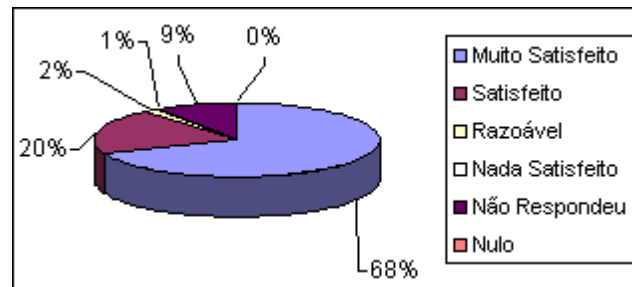
Muito Satisfeito	83
Satisfeito	61
Razoável	18
Nada Satisfeito	1
Não respondeu	28
Nulo	0
total	191



**Durante o exame como avalia:**

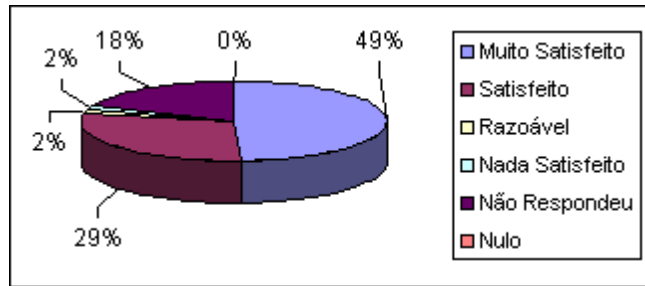
**Atendimento / Simpatia**

Muito Satisfeito	131
Satisfeito	39
Razoável	3
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	17
Nulo	0
total	191



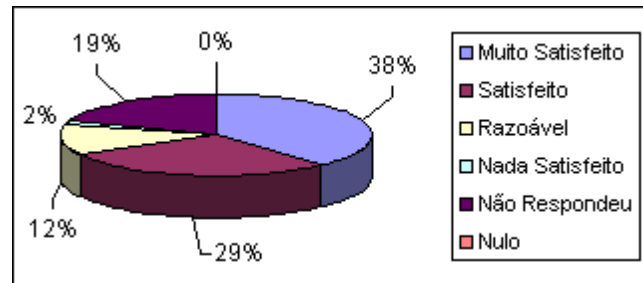
**Informações prestadas**

Muito Satisfeito	94
Satisfeito	55
Razoável	4
Nada Satisfeito	3
Não Respondeu	35
Nulo	0
total	191



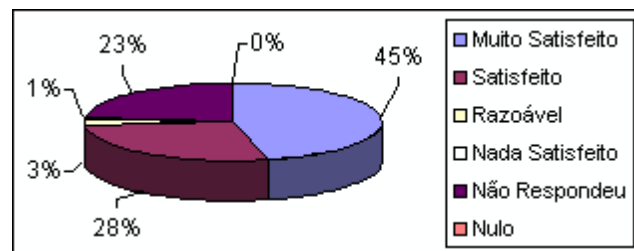
**Tempo de espera para ser chamado para o exame**

Muito Satisfeito	73
Satisfeito	55
Razoável	23
Nada Satisfeito	3
Não Respondeu	37
Nulo	0
total	191



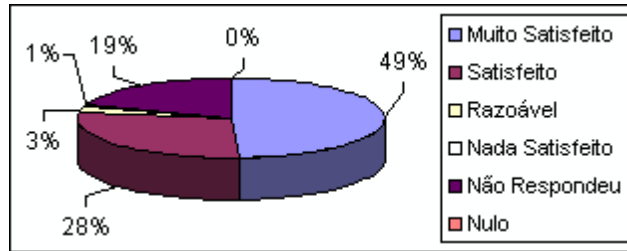
**Acompanhamento**

Muito Satisfeito	88
Satisfeito	53
Razoável	5
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	44
Nulo	0
total	191



**Relação com o médico e o técnico**

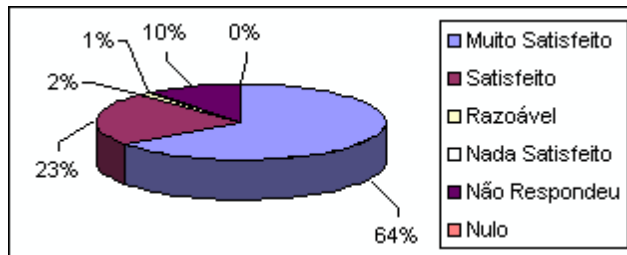
Muito Satisfeito	94
Satisfeito	54
Razoável	5
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	37
Nulo	0
total	191



**Depois do exame como avalia:**

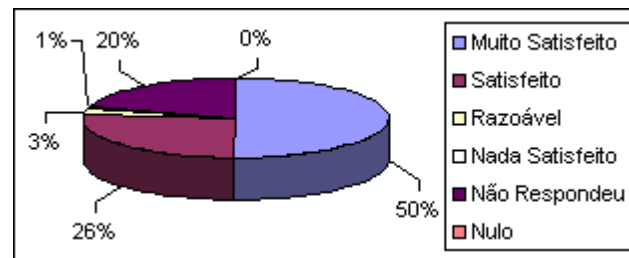
**Atendimento / Simpatia**

Muito Satisfeito	124
Satisfeito	43
Razoável	3
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	20
Nulo	0
total	191



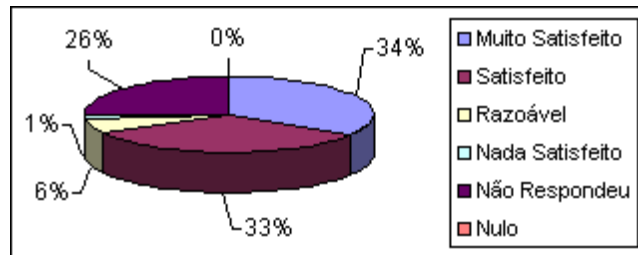
**Informações prestadas**

Muito Satisfeito	96
Satisfeito	50
Razoável	5
Nada Satisfeito	2
Não Respondeu	38
Nulo	0
total	191



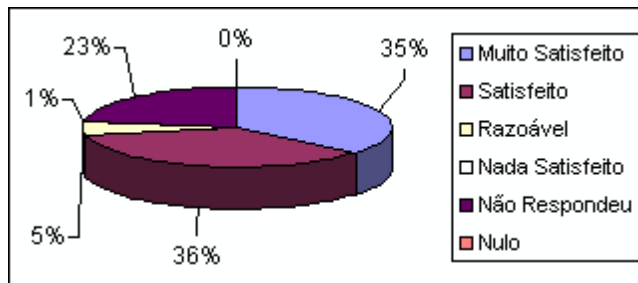
**Tempo de espera entre o exame e a alta**

Muito Satisfeito	65
Satisfeito	63
Razoável	12
Nada Satisfeito	2
Não Respondeu	49
Nulo	0
total	191



**Prazo para entrega do exame**

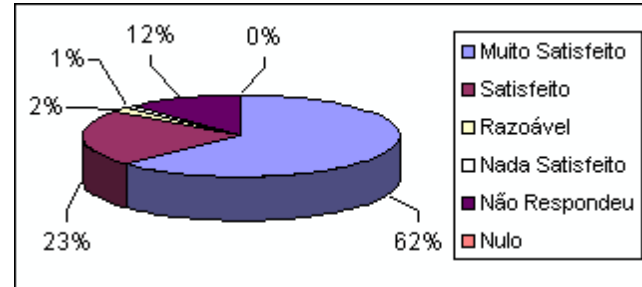
Muito Satisfeito	69
Satisfeito	68
Razoável	10
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	43
Nulo	0
total	191



**No geral como avalia:**

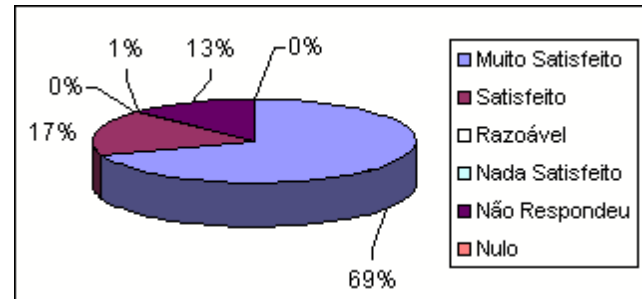
**Condições de conforto (temperatura/ruído)**

Muito Satisfeito	120
Satisfeito	43
Razoável	3
Nada Satisfeito	2
Não Respondeu	23
Nulo	0
total	191



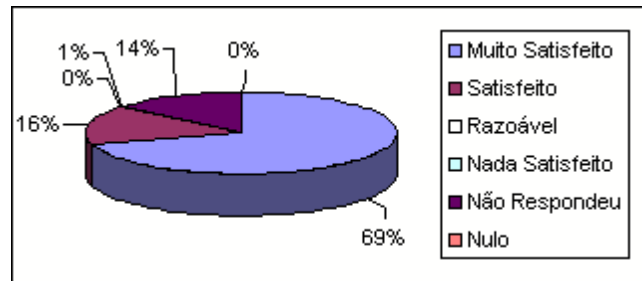
**Limpeza**

Muito Satisfeito	133
Satisfeito	33
Razoável	0
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	24
Nulo	0
total	191



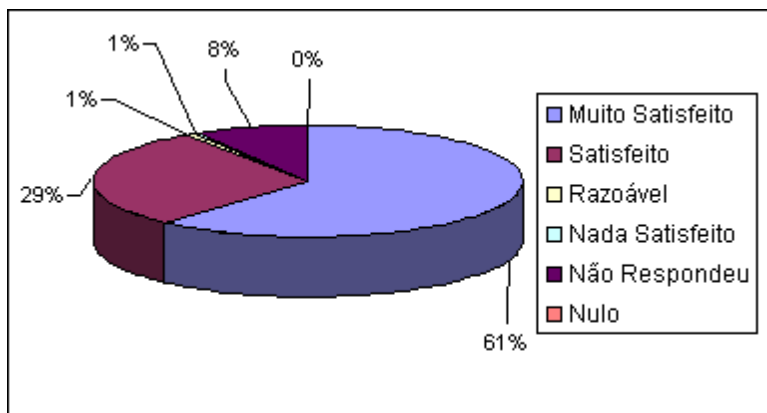
**Respeito demonstrado com a sua privacidade**

Muito Satisfeito	134
Satisfeito	30
Razoável	0
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	26
Nulo	0
total	191



**No global, como avalia a sua satisfação com o serviço prestado.**

Muito Satisfeito	118
Satisfeito	55
Razoável	1
Nada Satisfeito	1
Não Respondeu	16
Nulo	0
total	191



**ANEXO 11**

**Registo de complementos de exames 2011/ 2012**



Médicos	Dr. C. B.		Dr. MG		Dr. TC		Dr. RS		Dr. RC		Dr. RT		Dr. MF	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>Janeiro</b>		2		1		1		1		2				
<b>Fevereiro</b>								2	1			2		1
<b>Março</b>		1				3				2				
<b>Abril</b>	1			2			1	1	1		1			
<b>Mai</b>					1	2			2	1			1	1
<b>Junho</b>	1					1		2	1			2		
<b>Julho</b>		1		2	2	1				3				
<b>Agosto</b>							1	4	1					
<b>Setembro</b>				1	2	2			1	3		1	1	2
<b>Outubro</b>	1	2				2	1	1	1	2				
<b>Novembro</b>					1	2		4	3	2	1	1		1
<b>Dezembro</b>					3		1	3	2					

Fonte: Adaptado (Imagiologia, 2012a)

**ANEXO 12**  
**Inquérito de Satisfação sobre o serviço de**  
**Imagiologia a clientes, versão otimizada**



**INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DA  
UNIDADE DE IMAGIOLOGIA**

**POR SI INVESTIMOS NA QUALIDADE  
O CONTRIBUTO DE TODOS PARA O ALCANCE  
DA EXCELÊNCIA**

No sentido de garantir os elevados níveis de Qualidade e Segurança nos serviços que o HPP Hospital da Boavista presta a todos os clientes,

**QUAL DOS MOTIVOS O LEVARAM A ESCOLHER A UNIDADE DE IMAGIOLOGIA DO HPP HOSPITAL DA BOAVISTA?**

Assinale apenas uma das opções indicadas.

- Referenciado pelo Médico Assistente
- Referenciado pelo Subsistema de Saúde/Seguradora
- Recomendado por familiar ao amigo
- Corpo Clínico
- Atendimento / Simpatia
- Tipo de exames disponíveis
- Localização
- Publicidade
- Hábito
- Outro? Qual \_\_\_\_\_

**QUAL / QUAIS DOS EXAMES VAI REALIZAR:**

Assinale uma ou mais opções indicadas.

- Ecografia
- Radiografia
- Ressonância Magnética
- Tomografia Computorizada
- Densitometria Óssea
- Biopsia
- Mamografia
- Ortopantomografia / cefalometria
- Outro? Qual \_\_\_\_\_

**RECOMENDA A UNIDADE DE IMAGIOLOGIA DO HPP HOSPITAL DA BOAVISTA A FAMILIARES OU AMIGOS?**

Sim  Não

**PARA REALIZAR EXAMES TEM COMO PRIMEIRA OPÇÃO A UNIDADE DO HPP HOSPITAL DA BOAVISTA?**

Sim  Não

**CONHECE TODOS OS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HPP HOSPITAL DA BOAVISTA?**

(Consultas, Exames Auxiliares de Diagnóstico, Cirurgias, Internamentos, Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Atendimento Urgente Adulto e Pediátrico)

Sim  Não

**Para as perguntas seguintes admita a seguinte escala de satisfação**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Totalmente Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Insatisfeito nem satisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Totalmente Satisfeito</b>

**NA MARCAÇÃO DO EXAME, COMO AVALIA:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Atendimento / Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações prestadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação da data de marcação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para ser atendido telefonicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANTES DO EXAME, NA RECEPÇÃO, COMO AVALIA:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Atendimento / Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações prestadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para ser atendido na recepção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DURANTE O EXAME, COMO AVALIA:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Atendimento / Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações prestadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera para ser chamado para o exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação com o médico e o técnico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DEPOIS DO EXAME, COMO AVALIA:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Atendimento / Simpatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informações prestadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera entre o exame e a alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prazo para entrega do exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**NO GERAL COMO AVALIA:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Condições de conforto (temperatura, ruído)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeito demonstrado com a sua privacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**NO GLOBAL, COMO AVALIA A SUA SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO PRESTADO.**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Deixe-nos uma sugestão para ajudar a melhorar o nosso serviço:**

---

---

---

---

---

---

---

**HPP HOSPITAL DA BOAVISTA, S.A.**

**E-mail: [mail@hphosprivados.pt](mailto:mail@hphosprivados.pt)**

Hospital da Boavista  
Av. Da Boavista, 171  
4050-115 Porto  
Phone: +(351)226056450  
Fax: +(351)226065164

Hospital da Misericórdia de Sangalhos  
Rua do Comércio  
3780-124 Sangalhos  
Phone: +(351)234730870  
Fax: +(351)234730879

