

O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Aurora Maria Gato Pinto

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora:

Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Novembro de 2019

Between the health care that we have and the health care that we could have lies not just a gap, but a chasm.

Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm, 2001

Agradecimentos

A realização deste mestrado é um desafio pessoal, muitos anos adiado pelo enorme envolvimento exigido pela minha carreira profissional. Contudo, quando o definhamento do Sistema Nacional de Saúde, a que temos assistido nos últimos anos, começou a ter repercussões com enorme impacto na minha prática clínica, senti a necessidade de adquirir competências que permitissem mitigar o efeito pernicioso de más políticas de gestão e liderança ao nível da instituição onde venho desenvolvendo a minha atividade profissional.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas e amigos, que possibilitaram em muitos momentos diminuir a minha carga assistencial e permitir-me maior dedicação a este projeto, que também abraçaram com sendo seu.

À minha família agradeço a compreensão e o amor incondicionais, apesar do tempo que não lhes consegui dispensar.

À Professora Generosa do Nascimento, agradeço o desafio que me colocou, logo na entrevista de seleção do meu processo de candidatura à Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. O seu encorajamento e disponibilidade foram determinantes para este percurso, que nem sempre foi fácil, mas que seguramente contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

RESUMO

O conceito de qualidade nos cuidados de saúde não é uma preocupação recente, mas assumiu uma dimensão estruturada sobretudo devido a pressões externas dos utilizadores, dos pagadores, dos governos, e da sociedade em geral. Têm sido aplicados modelos de gestão pela qualidade total já implementados com sucesso na indústria, mas com sucesso variável e a maior parte das vezes duvidoso ao nível das organizações de cuidados de saúde.

Várias organizações, agências governamentais e não governamentais, desenvolveram padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde através de programas de acreditação / certificação.

O Centro Hospitalar de Setúbal é uma entidade integrante do Sistema Nacional de Saúde onde, em 2006, teve início um plano de melhoria organizacional, através da implementação de um modelo de acreditação apoiado pelo então denominado King's Fund, atualmente CHKS.

O Serviço de Cirurgia Geral é um dos serviços estruturantes do CHS, tendo apresentado candidatura a centro de referência do cancro do reto em 2019.

Em caso de sucesso, este Serviço deverá iniciar, no período de um ano após o reconhecimento como centro de referência, um processo de certificação pelo modelo nacional, o modelo ACSA. Este Serviço será então confrontado com um processo de mudança imposto por um novo modelo de acreditação, num hospital já acreditado globalmente por outro modelo de qualidade.

O trabalho que agora se apresenta pretende avaliar o impacto da acreditação do modelo CHKS na instituição e a perceção que os profissionais do Serviço de Cirurgia Geral têm da mesma. Serão avaliados a cultura organizacional, o estilo de liderança e os hiatos entre a evidência documental do Manual de Normas e Procedimentos do CHS e o Manual de Acreditação Nacional. Desta avaliação resultará um plano de melhoria de acordo com modelo da acreditação ACSA.

Palavras Chave: Qualidade, Qualidade em Saúde, Certificação, Acreditação.

JEL: I18; L32

ABSTRACT

The concept of quality in health care is not a recent concern but took form of structured dimension as result of external pressures from users, payers and governments, and whole society. Total Quality Management models have already been successfully implemented in other industries, but success has been variable and mostly doubtful when applied to health care organizations.

Several organizations, governmental and non-governmental agencies, have developed quality standards in health care through accreditation / certification programs.

The Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) is an organization of the National Health System; in the year 2006, an organizational improvement plan was initiated through the implementation of an accreditation model supported by the then-known King's Fund, currently CHKS.

The General Surgery Service is one of the structuring services of CHS. In 2019 this service has applied for a qualification as Rectal Cancer referral center; if the request is successful, the service must start, within a year period, a process of certification by the national model, the ACSA model. This service will then be confronted with a change process through a new accreditation model, in a hospital already accredited by another quality model.

This paper aims to evaluate the impact of CHKS accreditation and the perception that General Surgery Service professionals have about it. Organizational culture, leadership style and gaps will be assessed by document evidence in the CHS Standards and Procedures Manual and the national accreditation manual ACSA. From this evaluation will result an improvement plan according to the ACSA accreditation model.

Keywords: Quality, Quality in Health, Certification, Accreditation.

JEL: I18; L32

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1. <i>Conceito de qualidade.....</i>	<i>4</i>
2.2. <i>Gestão da qualidade total.....</i>	<i>6</i>
2.3. <i>Definição da qualidade em saúde.....</i>	<i>8</i>
2.4. <i>História da qualidade em saúde.....</i>	<i>13</i>
2.5. <i>Modelos de gestão pela qualidade total nas organizações de saúde.....</i>	<i>16</i>
2.6. <i>A Qualidade na Saúde em Portugal.....</i>	<i>22</i>
2.7. <i>Impacto da acreditação/certificação nas Organizações de saúde.....</i>	<i>24</i>
2.8. <i>Mudança Organizacional.....</i>	<i>30</i>
3. MÉTODO.....	39
3.1. <i>Metodologia.....</i>	<i>39</i>
3.2. <i>Técnica de recolha de dados.....</i>	<i>39</i>
3.3. <i>Técnicas de tratamento de dados.....</i>	<i>40</i>
4. DIAGNÓSTICO.....	42
4.1. <i>Caracterização do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.....</i>	<i>42</i>
4.2. <i>O Serviço de Cirurgia Geral.....</i>	<i>47</i>
4.3. <i>Processo de Acreditação.....</i>	<i>51</i>
4.4. <i>Análise crítica.....</i>	<i>69</i>
5. PROJETO DE MUDANÇA.....	72
5.1. <i>Certificação pelo Modelo ACSA.....</i>	<i>72</i>
5.2. <i>Processo Assistencial Integrado do Cancro do Reto.....</i>	<i>73</i>
5.3. <i>Os resultados.....</i>	<i>86</i>
5.4. <i>As Expetativas dos doentes.....</i>	<i>87</i>
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS.....	98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. As eras da qualidade .	4
Quadro 2. A qualidade segundo alguns autores	4
Quadro 3. Definição de qualidade nos Cuidados de saúde	8
Quadro 4. Dimensões da Qualidade na Saúde	10
Quadro 5. Tipos de mudança	31
Quadro 6. Estados de mudança organizacional	34
Quadro 7. Razões de resistência á mudança	37
Quadro 8. Cronograma do processo de acreditação	42
Quadro 9. Grupos etários dos cirurgiões	47
Quadro 10. Caracterização dos cirurgiões entrevistados	66
Quadro 11. Análise SWOT. do SCG	70
Quadro 12. Fases da Certificação pelo modelo ACSA	72
Quadro 13. Os riscos clínicos são identificados	74
Quadro 14. Definição de competências de cada grupo profissional	75
Quadro 15. Processos de suporte	76
Quadro 16. Diagnóstico e estadiamento do cancro do reto	78
Quadro 17. Circuito do doente Cirúrgico	80
Quadro 18. Circuito do doente Cirúrgico - Véspera da cirurgia	81
Quadro 19. Circuito do doente Cirúrgico - Dia da cirurgia	81
Quadro 20. Circuito do doente Cirúrgico - Pós operatório	82
Quadro 21. Circuito do doente Cirúrgico - Vigilância	83
Quadro 22. Gestão do risco	84
Quadro 23. Monitorização de resultados do tratamento do cancro do reto	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Análise SWOT dos processos de acreditação	25
Figura 2. Temas de pesquisa sobre a temática da mudança.....	31
Figura 3. O modelo dos valores contrastantes	33
Figura 4. Papéis da liderança segundo o modelo dos valores contrastantes	35
Figura 5. Organograma do Serviço de Cirurgia Geral.....	47
Figura 6. Lacunas detetadas nos Standards I	55
Figura 7. Lacunas detetadas nos Standards II.....	57
Figura 8. Lacunas detetadas nos Standards III.....	59
Figura 9. Lacunas detetadas nos Standards IV	60
Figura 10. Lacunas detetadas nos Standards V.....	62
Figura 11. Perfil global da cultura do SCG em Junho de 2019	64
Figura 12. Avaliação dos comportamentos de liderança	65
Figura 13. Avaliação da qualidade no modelo ACSA.....	73
Figura 14. Fluxograma do PAI do cancro do reto	77

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde
CHKS - Casper Healthcare Knowledge Systems
CHS - Centro Hospitalar de Setúbal
CNQ - Conselho Nacional da Qualidade
CQI - Continuous Quality Improvement
CQSD - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
DGS - Direção Geral da Saúde
DQS - Departamento da Qualidade em Saúde
EFQM - European Foundation for Quality Management
ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
EUA - Estados Unidos da América
HQS - Health Quality Service
HSB - Hospital de S. Bernardo
HOSO - Hospital de Santiago do Outão
IOM - Institute of Medicine
IPQ - Instituto Português da Qualidade
IPAC - Instituto Português de Acreditação
IQS - Instituto da Qualidade em Saúde
ISO - International Standards Organization
ISQUA - International Society for Quality in Healthcare
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI - Joint Commission International
MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MS - Ministério da Saúde
NHS - National Health Service
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PAI - Processo Assistencial Integrado
PNAH - Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais
PNS - Plano Nacional de Saúde
SCG - Serviço de Cirurgia Geral
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
TQM - Total Quality Management

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946 definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946). Bircher (2005), propôs definir saúde como um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal.

A OMS (WHO, 2013) consagrou o direito à saúde como um dos direitos humanos. O Artigo 3 da Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina estabelece a equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, e o Artigo 11 da Carta Social Europeia determina que os cuidados de saúde de qualidade são um direito fundamental dos indivíduos e das comunidades.

Em 2015, a ONU definiu como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável¹ o compromisso de atingir uma cobertura de saúde universal em 2030, de forma a permitir que todas as pessoas e comunidades recebam os serviços que necessitam, protegidos das ameaças de saúde, sem sofrerem encargos financeiros.

No contexto global, a qualidade dos cuidados de saúde é um problema ético, profissional e da sociedade em geral.

Calcula-se que 20% a 30% dos gastos dedicados aos cuidados de saúde resultam de *misuse* (complicações evitáveis que impedem que um doente receba todo o potencial benefício de um serviço), *overuse* (quando as potenciais complicações do serviço excedem os possíveis benefícios) e *underuse* (não fornecer um serviço que teria provocado evolução favorável no doente) de tratamentos médicos ou tecnologia sem evidência da sua efetividade, tendo apenas benefícios marginais ou limitados a um pequeno numero de doentes (IOM 2010: Workshop Summary).

Estas razões contribuíram para introduzir a avaliação sistemática da qualidade nos cuidados de saúde (Shaw e Kalo, 2002), tendo-se constatado: a inadequada segurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera, o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia; a constatação da alta variabilidade das

¹ Consultar teor do objetivos 3.8 em: <https://una-gp.org/the-sustainable-development-goals-2015-2030/>

práticas clínicas e assistenciais, seja entre as mesmas profissões, seja entre diferentes áreas geográficas; a variabilidade dos custos.

Os hospitais do Sistema Nacional de Saúde em Portugal são o paradigma deste universo complexo. O Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., instituição em que se desenvolve este estudo, apresenta problemas que são transversais às organizações de saúde em Portugal.

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) foi constituído em 31 de dezembro de 2005, através do Decreto-Lei nº 233/05, de 29.12. Integrou, por fusão, o Hospital de São Bernardo, S.A. (HSB SA), e o Hospital Ortopédico de Sant´Iago do Outão (HOSO), sendo-lhe aplicável o regime jurídico das entidades públicas empresariais (EPE).

O Serviço de Cirurgia Geral (SCG) do CHS, unidade que será o foco do desenvolvimento deste trabalho, está vinculado às normas de certificação da qualidade do programa de acreditação CHKS, que abrangem áreas transversais à instituição, e a um caderno de encargos específico para este Serviço.

O SCG apresentou candidatura em 2019 a centro de referência de cancro do reto. A Portaria 194/2014, estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde. O Artigo 4.º desta norma, referindo-se aos deveres e obrigações do Centro de Referência na sua alínea d), determina: “Iniciar, no prazo de um ano após o seu reconhecimento, o processo de certificação e acreditação da qualidade e segurança da prestação de cuidados, seguindo o modelo de acreditação indicado pela Direção Geral da Saúde”; esta disposição implica a adesão ao modelo de acreditação ACSA.

Assim, este Serviço poderá ser confrontado com um processo de mudança através de um novo modelo de acreditação, num hospital já acreditado por outro modelo de qualidade. Neste eventual conflito reside a questão de partida para o presente trabalho.

Foram estabelecidos como objetivos de investigação:

1. Avaliar a conformidade do Serviço de Cirurgia Geral com as normas CHKS.
2. Avaliar a conformidade do Serviço de Cirurgia Geral com o modelo ACSA.
3. Definir a estratégia de mudança para um novo processo de acreditação, avaliando a cultura e a liderança deste Serviço.

4. Elaborar um projeto de mudança para o Serviço de Cirurgia Geral, de acordo com o modelo de certificação ACSA.

Este trabalho inicia-se com a revisão de literatura onde se desenvolve o conceito da qualidade, gestão pela qualidade total, e sua implementação através de modelos de certificação / acreditação nas organizações de cuidados de saúde. Será realizada revisão da literatura sobre o impacto da acreditação /certificação nos cuidados de saúde e os processos de mudança organizacional na cultura e na liderança.

No Capítulo 3 será abordada a metodologia de estudo de caso do CHS e da Unidade Serviço de Cirurgia Geral, onde a autora trabalha há 30 anos como assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral. Será feita a análise documental do Manual da Qualidade do CHS. Foram realizados questionários OCAI e liderança nas organizações de saúde, apenas a médicos desse Serviço que serão tratados mediante técnicas de estatística descritiva. Para melhor compreensão do processo de acreditação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a elementos do Serviço e realizada análise de conteúdo das respostas.

O Capítulo 4 deste documento ocupa-se da caracterização e diagnóstico do impacto do processo de acreditação no CHS e no Serviço de Cirurgia Geral. No Serviço de Cirurgia Geral será avaliada a cultura e o estilo de liderança e sua análise crítica. Serão definidos os hiatos entre o processo de acreditação CHKS e o modelo ACSA. No Capítulo 5 é apresentado um Projeto Assistencial Integrado do cancro do reto, elaborado nos termos do modelo ACSA.

2. Revisão da Literatura

2.1. Conceito de Qualidade

A qualidade não é uma preocupação recente, mas foi a revolução industrial que colocou este tema no cerne das dimensões estratégicas das organizações.

O conceito de qualidade sempre existiu longo da história, mas é no século XX que as mudanças económicas e sociais permitiram a evolução do mesmo, conforme descreve o Quadro 1:

Quadro 1 - As Eras da Qualidade

Eras da qualidade	Cronologia	Foco
Era da Inspeção	Decorre até aos anos 30 do século XX	Qualidade com foco no produto através do controlo visual para verificação de conformidade.
Era do Controlo Estatístico da Qualidade	Anos 30-50 do século XX	Qualidade com foco no processo, com análise de desvios e implementação de medidas corretivas (utilização de ferramentas de controlo de qualidade).
Era da Garantia de Qualidade	Anos 50-80 do século XX	Qualidade com foco no sistema. O controlo total aplicado a todo o sistema desde a conceção do produto até aos serviços pós-venda.
Era da Gestão da Qualidade Total	Década de 80 até ao fim da década 90	Qualidade com foco no cliente; filosofia de gestão que abrange toda a cadeia de valor com envolvimento da gestão e dos colaboradores num processo de melhoria contínua, mudança profunda, inovação e zero defeitos, com vista à obtenção da satisfação do consumidor.
Era da Sustentabilidade	Século XXI	A qualidade como suporte que garante o sucesso económico, social e ambiental e permite atingir a excelência e o desenvolvimento sustentável. O foco é a satisfação de todos os <i>stakeholders</i>

Fonte: Adaptado de Lopes e Capricho (2007)

Muitos foram os autores e organizações que ao longo do século passado contribuíram para a definição do conceito da qualidade, como exemplifica o Quadro 2; independentemente das perspetivas, aceita-se que a qualidade de um produto ou serviço deve estar orientada para as necessidades dos clientes.

Quadro 2 - Definição da qualidade segundo algumas entidades

origem	definição da qualidade
ANSI, (1978)	“É a totalidade dos requisitos e características de um produto ou serviço que estabelecem a sua capacidade de satisfazer determinadas necessidades”. American Society for Quality – ASQ / The American National Standards Institute (ANSI).
ISO, 9000:2000	“É a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas e explícitas”.
ISO 9001:2008	“O grau em que as características inerentes de um produto satisfazem os seus requisitos”.
Joseph Moses Juran*	Qualidade como a adequação ao uso. Trilogia de Juran: Planificação da qualidade, controlo da qualidade, melhoria da qualidade.
Armand Feigenbaum*	“Qualidade é a correção dos problemas e das suas causas ao longo de toda a série de fatores”. Controlo da Qualidade Total.
Philip Bayard Crosby*	“Qualidade é a conformidade do produto às suas especificações”. Apresenta quatro pontos essenciais para a gestão da qualidade: a conformidade, a prevenção, zero defeitos, preço das não conformidades.
William Edwards Deming*	Qualidade é tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente”. Deming enfatiza o processo de melhoria continua e introduz o ciclo da qualidade P-D-C-A(Plan-Do-Check-Act).
Vicente Falconi*	“Um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente”.
David Garvin	Cinco abordagens da qualidade: baseada no produto, baseada no utilizador, baseada na produção e baseada no valor. Oito dimensões para a qualidade de um produto: a performance, a aparência a confiança a conformidade, a durabilidade, a operacionalidade, a estética e a qualidade percebida.
John Bank*	Gestão da Qualidade Total: o custo da qualidade e não qualidade e os zero defeitos; o envolvimento das pessoas e o trabalho em equipa.
Kaoru Ishikawa*	Controlo da qualidade total. Desenvolvimento dos círculos de qualidade. Diagramas de espinha de peixe.
Shigeo Shingo*	Sistema <i>lean</i> , em que os resultados são obtidos com metade de tudo: espaço físico, esforço dos trabalhadores, investimento de capital e de <i>stocks</i> e com metade de defeitos e incidentes de segurança. Técnica dos 5 porquês até chegar á raiz do problema.
Taiichi Ohno*	<i>Just-in-time</i> – evitar os custos dos desperdícios e armazenamento, evitando stocks e idealmente produzir diretamente para o cliente com a qualidade exigida.

Fonte: Adaptado de António *et al.* (2016)

A evolução da gestão pela qualidade total (GQT), foi o embrião de mais uma ferramenta de gestão pela qualidade, o 6 sigma. Sigma é a letra grega que representa uma unidade estatística de medida usada para definir um desvio *standard* de uma população. O 6 sigma corresponde a

6 desvios *standard*. Em probabilidades e estatística, o desvio *standard* é usado comumente para medir a dispersão estatística. As organizações podem situar-se em vários níveis de sigma, que estão associados ao número de defeitos por milhão da sua produção. O nível sigma 6 corresponde a 3,4 defeitos por milhão. (António *et al.*, 2016). A metodologia 6 sigma desenvolve-se em cinco etapas de resolução de problemas, conhecidos pela sigla DMAIC: Definição de oportunidades; Medição do desempenho; Analisar oportunidades; melhorar (Improve) o desempenho; Controlo do desempenho. O conceito de 6 sigma tem subjacente três áreas principais: a melhoria da satisfação do consumidor; a redução do tempo do ciclo; a redução de defeitos (Kadry, 2018).

2.2. Gestão da Qualidade Total

Gestão da Qualidade Total (GQT), ou Total Quality Management (TQM), corresponde a um modelo de gestão aperfeiçoado no Japão, protagonizado por Ishikawa, influenciado pela escola norte-americana, especialmente Deming e Juran, durante a ocupação aliada naquele país depois de 1945. Bonilla (2003) considera que a GQT abrange duas linhas básicas: uma de natureza técnica, consolidada com todo o conhecimento científico dos últimos 40 anos, através do trabalho dos grandes mestres: Feigenbaum, Deming e Juran; outra de natureza humana, apoiada nas pesquisas sobre comportamento desenvolvidas por Mac Gregor e Herzberg.

A gestão da qualidade total baseia-se na participação de todos os membros da organização, com o objetivo de atingir a satisfação do cliente e obter benefícios para todos os membros da organização e para a sociedade em geral. Implica um sistema compreensivo, interligando todos os processos nos departamentos e a todos os níveis, num esforço concertado da liderança e de todos os trabalhadores (WHO, 2003).

O desenvolvimento da TQM deu origem a vários modelos de excelência na gestão que servem de instrumentos de autoavaliação para as organizações. O modelo mais conhecido nas empresas europeias é o modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

O conceito de qualidade em saúde teve início nos anos 80 do século passado, com a disseminação das práticas de qualidade aplicadas à indústria e adaptadas à saúde, com particular relevância no trabalho de Avedis Donabedian (Campos *et al.*, 2010).

A TQM na saúde é um processo organizacional estruturado, de envolvimento dos profissionais no fluxo contínuo de melhoria no planeamento e execução de cuidados de saúde de qualidade,

de acordo ou excedendo as expectativas dos utentes. A implementação da TQM exige: ligação ao plano estratégico da organização; incorporação da qualidade na liderança de topo; programas de treino para o pessoal; mecanismos para selecionar oportunidades de melhoria; formação de equipas para melhoria continua da qualidade; profissionais para análise e redesenho de processos; políticas de recursos humanos para motivar e apoiar a participação dos trabalhadores nos processos de melhoria (Sollecito *et al.*, 2019).

A TQM intervém em todos os processos de gestão da qualidade nos cuidados de saúde considerados santuários da profissão médica, podendo gerar atitudes defensivas devido à aparente interferência com a independência profissional. As organizações de saúde dos países ocidentais onde foi tentada a aplicação da TQM, ao contrário do observado na indústria, apresentam dificuldades em manter este programa, parecendo ser esta mais aplicável a projetos de grupos internos do que a programas transversais a toda a organização.

Mosadeghrad (2013) considera que Total Quality Management (TQM) é um modelo mal sucedido no setor da saúde devido a métodos de implementação ineficazes e inapropriados. Atribui a falência da TQM nos cuidados de saúde à complexidade das organizações de cuidados de saúde, à sua estrutura burocrática e altamente departamentalizada, com vários níveis de autoridade, à autonomia profissional, às tensões entre gestores e profissionais, à motivação insuficiente dos profissionais para participarem em iniciativas de TQM, às dificuldades na avaliação dos processos e dos resultados, e à falta de mercado competitivo. Outras barreiras são a liderança autocrática ou, pelo contrário, a falta de apoio de gestores de topo, falta de envolvimento dos profissionais, falta de um plano de mudança, recursos inadequados, falta de cultura orientada para a qualidade, treino e educação insuficientes, má comunicação e falta de foco no cliente.

Badrick *et al.* (2001), avaliando as dificuldades de implementação da TQM em hospitais australianos, também reconheceram que as hierarquias profissionais nas organizações de saúde eram mais complexas, com autoridade mais difusa. Verificaram que a estrutura organizacional predominante nos hospitais públicos era do tipo burocracia profissional. Nas burocracias profissionais, a especialização determina o controlo sobre as tarefas e a autoridade provém da perícia profissional. Os profissionais têm normas de conduta e códigos de ética desenvolvidos durante o treino da especialidade. Em organizações deste tipo podem ocorrer conflitos entre unidades, já que o poder tem origem em várias fontes. Nas burocracias profissionais, os profissionais não só controlam o seu trabalho, mas também procuram o controlo coletivo das

decisões administrativas que os afetam (Mintzberg 1983, citado por Badrick *et al.*, 2001). Os hospitais habitualmente apresentam uma estrutura organizacional tripartida com ramos independentes, médicos, enfermeiros e administrativos, tornando difícil as relações de poder e de controlo fora das burocracias profissionais.

2.3. Definição da qualidade em saúde

Há muitas definições de qualidade utilizadas em relação aos cuidados de saúde, aos sistemas de saúde e a outras esferas de atividade. Existe também uma linguagem específica da qualidade, com terminologia específica.

Quadro 3 - Definição de qualidade nos cuidados de saúde

Autor/Organização	Definição de qualidade em cuidados de saúde
Donabedian 1980	Cuidados de qualidade são aqueles que são maximizados e medidos em bem-estar do doente, depois de ter em conta os ganhos e perdas em saúde decorrentes do processo de cuidados.
IOM 1990	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.
Departamento de Saúde do Reino Unido	fazer as coisas certas - o quê às pessoas certas - a quem no tempo certo - quando fazê-las bem á primeira
Conselho da Europa 1998	É o grau em que o tratamento dispensado aumenta as hipóteses de serem atingidos os resultados desejados e diminui as probabilidades de resultados indesejáveis, de acordo com o atual estado do conhecimento.
OMS 2000	É o nível em que os sistemas de saúde atingem os seus objetivos intrínsecos de melhoria da saúde e respondem às legítimas expetativas da população.

Fonte: Adaptado de Legido *et al.* 2008

Definir qualidade em saúde significa também desenvolver *standards* de qualidade. Os *standards* podem ser desenvolvidos nos *inputs*, nos processos e nos *outcomes* (resultados esperados ou impacto na saúde). Podem ser clínicos ou administrativos. Um bom *standard*

deve ser fiável, realista, válido, claro e mensurável. Os *standards* de qualidade devem basear-se nas melhores evidências científicas disponíveis e a sua definição deve incluir as perceções e expectativas de todos os intervenientes (incluindo a expectativa do doente e da comunidade). Os *standards* de qualidade podem ser desenvolvidos para cada uma das dimensões da qualidade.

O IOM (2001) define seis dimensões da qualidade: (1) efetividade, (2) segurança, (3) equidade, (4) eficiência, (5) centrada no doente, (6) atempada.

Vários autores e organizações alargaram estas dimensões da qualidade, estando estas definições presentes no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Campos *et al.*, 2010):

1. “*Segurança* - tem a ver com a ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde;
2. *Efetividade* - grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
3. *Eficiência* - grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;
4. *Cuidados centrados no doente* - dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;
5. *Acessibilidade* - prestação de cuidados de saúde pontuais, com qualificações e recursos apropriados às necessidades;
6. *Equidade* - relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;
7. *Acesso* - pode ser definido como a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais, para a obtenção dos cuidados necessários;
8. *Adequação* - o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;
9. *Oportunidade* - a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;
10. *Continuidade* - a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;
11. *Respeito* - a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.”

Maxwell (1992, citado por Legido *et al.* 2008:6), menciona uma outra dimensão: a *relevância*. Refere-se ao padrão de cuidados ótimos que poderiam ser obtidos tendo em conta as necessidade e anseios da população como um todo. O Conselho da Europa inclui também a eficácia e a avaliação. Eficácia representa, para os indivíduos de uma certa população, o provável benefício de uma determinada técnica médica para um problema específico em circunstâncias ideais e, como tal, é um elemento da efetividade. A avaliação refere-se ao balanço entre a implementação de cuidados de saúde efetivos e os resultados obtidos. (Legido *et al.*, 2008).

Quadro 4 - Dimensões da qualidade na saúde

	Donabedian 1988	Maxwell 1992	Dep.Saúde UK 1997	Concelho da Europa 1998	IOM 2001	JCAHO 2006
Efetividade	x	x	x	x	x	x
Eficiência	x	x	x	x	x	x
Acesso	x	x	x	x		x
Segurança	x			x	x	x
Equidade	x	x	(x)		x	
Apropriada	x	x		x		x
Atempada			x		x	x
Aceitável		x		x		
Reativa		Respeito Escolha Informação			Respeito Centrada no doente	
Satisfatória			x	x		
Melhoria da saúde	x		x			
Continuidade					x	
Outros		Competência técnica Relevância		Eficácia		Disponível Prevenção e deteção precoce

Fonte: Adaptado de Legido *et al.* (2008)

A avaliação da qualidade em saúde é realizada do ponto de vista dos vários intervenientes (utilizadores, fornecedores, pagadores, políticos e administradores de saúde) cujos critérios refletem os valores da sociedade num determinado momento.

O trabalho de Avedis Donabedian é um marco de referência na avaliação e implementação da qualidade nos cuidados de saúde, avaliando a estrutura, o processo e os resultados:

A Estrutura – Avalia os recursos humanos, financeiros e técnicos (investimento), como são alocados em termos de tempo, local e de resposta às necessidades das populações (acesso), e a justiça na partilha dos custos e dos benefícios (equidade).

O Processo – Como os recursos são aplicados (gestão); uso de tempo e recursos (eficiência); evitar desperdício (economia); redução do risco (segurança); práticas baseadas na evidência (apropriada); cuidados focados no doente (continuidade); informação pública (transparência, escolhas e responsabilização).

O Resultado – Os resultados alcançados (*performance*); impacto na saúde pública (melhorias em saúde); resultados clínicos (efetividade); corresponder às expectativas do público e dos profissionais (satisfação); *value for money* (custo-benefício).

A experiência do doente – Surge mais tarde como mais umas das dimensões de avaliação da qualidade em saúde, fornecendo mecanismos de *feed-back* sobre a experiência do doente no seu contacto com as organizações de saúde. Nesta dimensão contam o acesso e continuidade dos cuidados, direitos dos doentes e familiares, a avaliação do doente quanto à satisfação, a educação (literacia) dos doentes e familiares.

O conceito de controlo e gestão da qualidade tem implícito um processo de melhoria contínua através da definição de *standards*, avaliação sistemática da *performance*, implementação de medidas de mudança, reavaliação e promoção de processo de melhoria. Esta metodologia implementa o ciclo de Deming, ou ciclo PDCA, também conhecido por ciclo PDSA - Plan, Do, Check (Study) and Act - estabelecendo um ciclo de melhoria da qualidade através de uma sequência lógica de quatro etapas repetitivas, numa espiral de melhoria e aprendizagem contínuas².

No sentido de difundir e sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança na prestação de cuidados de saúde um pouco por todo o mundo, várias organizações,

2

Abaño .Gil Anthony <https://www.academia.edu/31286779/QUALITY.THEORETICAL?auto=download>

agências governamentais e não governamentais, desenvolveram padrões de qualidade na prestação de cuidados de saúde através de programas de acreditação / certificação.

Pode-se dizer que certificar significa demonstrar - com base numa avaliação e auditoria externa independente - que um produto, serviço, sistema de gestão ou mesmo um processo mais complexo, está de acordo com uma norma, referencial, especificação técnica, etc. A certificação é mais aplicada às competências individuais, produtos e serviços, e é realizada por sociedades profissionais ou pela indústria.

A acreditação abrange a capacidade ou desempenho da instituição, não do profissional individual. Ao contrário do licenciamento, a acreditação centra-se em estratégias de melhoria contínua e alcance de padrões de excelência, e não apenas na conformidade com padrões mínimos destinados a garantir a segurança pública.

Para Rooney, Ostemberg (1999), *“Os principais objetivos da acreditação são:*

- *“Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas, de forma a serem atingidos os padrões definidos para organizações de saúde;*
- *Estimular e melhorar a integração e a gestão dos serviços de saúde;*
- *Estabelecer um banco de dados comparativos de instituições de saúde destinado que corresponda a um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados;*
- *Reduzir os custos dos cuidados da saúde, através da eficiência e efetividade dos serviços;*
- *Oferecer educação e consultoria a instituições de saúde, gestores e profissionais de saúde, sobre estratégias de melhoria de qualidade e boas práticas na área da saúde;*
- *Fortalecer a confiança do público na qualidade dos cuidados de saúde;*
- *Reduzir os riscos associados a lesões e infeções em doentes e prestadores de serviços de saúde.”*

Os programas de acreditação começaram nos hospitais, mas estenderam-se aos cuidados de saúde primários e toda a rede de cuidados de saúde, inicialmente como processos de gestão tendo evoluído posteriormente para processos centrados no doente (OMS, 2013).

A OMS (2000), através do relatório elaborado pela International Society for Quality in Health Care (ISQuA) dá exemplo de estruturas e processos de melhoria da qualidade nos países desenvolvidos e incentiva a sua implementação através de processos de acreditação.

A implementação de programas de certificação /acreditação enfrenta vários obstáculos de mudança organizacional, sobretudo porque as normas podem entrar em conflito com uma política de mudança contínua, serem aplicadas de forma minimalista potenciando ineficácias, ineficiências e burocracias, reforçando um conjunto de rotinas administrativas que não produzem valor acrescentado (Lopes e Capricho, 2007).

Historicamente, os programas de acreditação são voluntários mas, em meados da década de 90 do século XX, foram incluídos mecanismos de responsabilização perante agências reguladoras e/ou de financiamento e público em geral, sendo progressivamente alinhados com mecanismos estatutários. Desde então, vários países europeus, com diferentes sistemas de saúde, desenvolveram múltiplos programas de acreditação hospitalar a nível nacional ou regional. O primeiro programa regional teve início na Catalunha na década de 80 do século passado, seguido de dois programas independentes no Reino Unido na década de 90. À medida que vários países aderiram a programas de acreditação, o seu conteúdo passou da gestão de processos para a medição de *inputs e outputs*.

Ao nível dos processos, o foco deslocou-se nos anos recentes da qualidade no atendimento para a melhoria contínua, isto é, os programas de acreditação transitaram da Gestão pela Qualidade Total (Total Quality Management - TQM) para programas de Melhoria Contínua da Qualidade (Continuous Quality Improvement - CQI), através dos quais as organizações e os seus funcionários são avaliados não só pela conformidade com os *standards*, mas também pela capacidade em excedê-los (Walque *et al.*, 2008).

2.4. História da qualidade em saúde³

Remontando à antiguidade, pode considerar-se o Código Hammurabi como o primeiro registo de controlo de qualidade dos resultados em saúde, premiando o bom desempenho, mas punindo severamente os efeitos adversos.

³ Com base no trabalho de Casanova e Alonso, tema 1.3- SESCOAM 2019.

Sir William Petty (1623-1687) em Oxford, no seu livro *Political Arithmetic*, enunciou a necessidade de medir os resultados hospitalares comparando a frequência de mortalidade entre hospitais.

No século XIX vários médicos contribuíram para a melhoria dos cuidados e saúde, destacando-se Ignaz Semmelweis (1818-1865) pelo controlo da infeção nosocomial e higienização das mãos dos profissionais de saúde, e Florence Nightingale (1820-1910), criadora da primeira escola de enfermagem em Londres e também pioneira na criação de normas para o exercício profissional na área dos cuidados sanitários, e controlo estatístico da mortalidade.

Abraham Flexner em 1910, denunciou a má qualidade do ensino da medicina nas universidades do Estado Unidos da América, o que levou ao encerramento de 60 das 155 faculdades de medicina americanas em 1920.

Ernest Amory Codman, cirurgião de Boston, foi pioneiro das primeiras conferências de morbidade e mortalidade. Publicou um estudo sobre a eficiência dos hospitais numa perspectiva de resultados finais em saúde, e preconiza medidas de melhoria dos mesmos. Colaborou na fundação do *American College of Surgeons* em 1913. O seu programa de normas hospitalares, o “Hospital Standardization Program”, já incluía a qualificação do pessoal, a qualidade e acesso à documentação clínica, qualidade do tratamento, revisão dos processos interpares (*peer review*) e elaboração de um manual da qualidade assistencial.

Em 1951 foi fundada a Joint Commission on Accreditation of Healthcare (JCAH), pelo American College of Surgeons e pelas Associação Americana dos Hospitais e Associação Médica do Canadá. Foram então estabelecidos requisitos mínimos de cumprimento da qualidade pelos hospitais para serem acreditados. A JCAH estendeu a sua atividade a outras instituições de saúde e passou a denominar-se Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). No início, o foco eram standards de estrutura, mas evoluiu para *standards* de processo.

Avedis Donabedian (1919-2000), desenvolveu em meados dos anos 60 a avaliação da qualidade em saúde baseada na estrutura, processo e resultado.

Os anos 70 são marcados pela preocupação com os custos. Também nesta década foram desenhados indicadores de má qualidade assistencial que puderam dar uma ideia aproximada do funcionamento de todo o sistema de saúde.

Começaram a aparecer os primeiros estudos, como o de Leape *et al.* (1991) nos EUA, que revelava a ocorrência de efeitos adversos em 3.7% das hospitalizações, e destes 27.6% foram atribuídos a erros. Outro estudo na Austrália mostrou uma incidência de 16.6% de efeitos adversos (Wolff, 1996).

Em 1999, o Institute of Medicine (IOM), publicou um relatório - “To Err Is Human: Building a Safer Health System” (IOM-2000)” - trazendo a palco a magnitude da mortalidade devida a erros médicos evitáveis e avaliando o impacto económico dos mesmos. Para os doentes, os erros resultam em danos físicos e psicológicos, sequelas, diminuição da satisfação e falta de confiança no sistema de saúde. Para os profissionais de saúde, os erros resultam em desmoralização e frustração. Para a sociedade, os custos resultam em falta de produtividade, absentismo profissional e escolar e baixos níveis de saúde pública. Esta publicação foi alvo de polémicas e críticas em relação á metodologia utilizada (Clement *et al.* 2000, Shojania *et al.* 2016 entre outros), sendo alegado que a dimensão dos números foi sobrestimada. Mas o conjunto de diagnósticos e soluções elencadas, mostraram que os cuidados de saúde nos EUA não eram tão seguros como deveriam e poderiam ser, e que era urgente a implementação de uma política de segurança nas instituições de saúde.

O “Institute of Medicine’ em 2001 publica “Crossing the Quality Chasm” (IOM -2001) chamando a atenção para a profunda disparidade da qualidade de cuidados de saúde dentro do EUA e nas várias zonas do globo. Reconhece que, apesar da imensa dedicação e esforço dos profissionais de saúde em todo o mundo - lutando contra inúmeros obstáculos, recursos limitados, fragmentação política e social, corrupção, conluio, ameaças à segurança pessoal – o sistema não conseguia oferecer cuidados de qualidade.

Em 2013, o IOM (IOM, 2013) reafirma o impacto económico da perda de oportunidade da prestação de cuidados de saúde de qualidade, estimando que poderiam ter sido evitadas cerca de 75000 mortes em 2005.

Na Europa, a implementação de programas de qualidade em saúde foi influenciada pelo EUA através de JCAHO e IOM (Institute of Medecine) assim como pela International Society for Quality in Health Care (ISQua). Foi criada a European Society for Quality in Healthcare (ESQH), o Conselho da Europa e o gabinete europeu da Organização Mundial de Saúde.

Em 1995, o Conselho da Europa nomeou um comité de peritos que elaborou as recomendações “Dimensions of Quality Improvement Systems” (Council of Europe 1998), após comparação das iniciativas nos diferentes países.

No Reino Unido, Vincent *et al.* (1998) publicaram um trabalho reportando uma incidência de 6.7% de efeitos adversos num hospital de Londres.

No ano 2000, no Reino Unido é publicado o relatório do sistema nacional de saúde inglês (National Health Service – NHS) “An organisation with a memory”. Este relatório atribuiu a morte a 400 pessoas por ano em consequência de danos resultantes de cuidados de saúde. Por seu lado, o Inquérito de Bristol (Dyer, 2001) revelou a morte evitável de cerca de 30 crianças submetidas a cirurgia cardíaca num hospital de Bristol, causando enorme repercussão na opinião pública.

Em maio de 2000, a União Europeia (EU) adotou uma nova política baseada nas recomendações de 1998, através da implementação das melhores práticas nos cuidados de saúde.

Por iniciativa da comissão europeia foram publicadas em 2008 as recomendações para a qualidade e segurança dos doentes nos serviços de saúde, pela prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. Foi elaborado o Livro Verde sobre os profissionais de saúde da Europa, levando ao mais alto nível um conjunto de reflexões sobre os profissionais de saúde europeus. A EU comprometeu-se a apoiar os estados membros na tomada de decisões apropriadas para a implementação das segurança e qualidade dos cuidados de saúde, aumentando a confiança dos cidadãos da EU nos sistemas de saúde (Legido *et al* 2008).

Os sistemas de saúde europeus representam o maior compromisso para a saúde ao nível mundial. A Europa representa um “laboratório natural” gigantesco, já que os diferentes sistemas de saúde tentam cumprir os mesmos objetivos, mas de maneira diferente, com enorme potencial de aprendizagem mútua.

2.5. Modelos de gestão pela qualidade total nas organizações de saúde

ISO 9001 - Apesar de não estarem especificamente direcionadas para o setor da saúde, as normas ISO (International Organization for Standardization), NP EN ISO 9001:2000, podem ser facilmente adaptadas a hospitais ou a áreas específicas, como os vários tipos de laboratórios

ou serviços, uma vez que um dos princípios base destas normas é a aplicabilidade a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão ou produto que proporcionam.

Os requisitos da norma ISO 9001 obedecem a oito princípios de gestão da qualidade total: (1) Foco no cliente; (2) Liderança; (3) Envolvimento dos colaboradores; (4) Abordagem por processos; (5) Abordagem sistemática da gestão; (6) Melhoria contínua; (7) Abordagem factual para a tomada de decisão; (8) Relação de mútuo benefício com os fornecedores de forma a criar valor para ambas as partes.

ISO 14001(45) - É um referencial internacional, aplicável a qualquer organização e tem por objetivo a obtenção de um desempenho ambiental correto. Especifica os requisitos mais importantes para identificar, controlar e monitorizar os aspetos ambientais de uma organização, bem como para gerir e melhorar todo o sistema de gestão ambiental. A sua metodologia baseia-se no ciclo de melhoria contínua: Planear, Fazer, Controlar e Atuar.

ISO 15189 - A certificação ISO 15189 é um conjunto de normas que confirmam a qualidade e competência dos laboratórios médicos, indicando que o laboratório em questão protege a saúde e segurança dos utentes e profissionais de saúde, suporta a troca eficiente de informação, assegura a proteção da informação e melhora a qualidade geral dos cuidados prestados. Tendo em conta que este conjunto de normas foi desenvolvida a partir da ISO 17025, estas duas são consideradas equivalentes, coincidindo em muitas das suas normas.

Modelo da European Foundation for Quality Management – EFQM

A EFQM é uma fundação sem fins lucrativos criada em 1988. Foi constituída por catorze empresas europeias com a finalidade de promover a excelência nas organizações da Europa. Em 1992 inicia a edição de diretivas para orientar as organizações nos processos de melhoria (EFQM, 2003). Apresenta um modelo não prescritivo para atingir a excelência, baseado em nove critérios: (1) Liderança; (2) Pessoas; (3) Política e Estratégia; (4) Parcerias e Recursos; (5) Processos; (6) Resultados nas Pessoas; (7) Resultados para o Cliente; (8) Resultados para a Sociedade; (9) Resultados-chave do Desempenho.

A inovação e a aprendizagem são motores para os meios e para os resultados.

A estruturação e organização sistematizada do modelo de acreditação facilitam a sua adaptação a qualquer tipo de organização, incluindo a área da saúde. Muitos modelos de acreditação são

baseados no modelo da EFQM; este é considerado um dos principais modelos de excelência, utilizados em avaliações de qualidade em instituições hospitalares.

Utiliza uma estratégia definida como RADAR© (Resultados, Abordagem, Desdobramento, Avaliação e Revisão). Os conceitos por detrás do modelo que a própria EFQM disponibiliza no sítio oficial da organização são: orientação para os resultados; focalização no cliente; liderança e constância de propósitos; gestão por processos e por factos; desenvolvimento e envolvimento das pessoas; aprendizagem, inovação e melhoria contínuas; desenvolvimento de parcerias; responsabilidade social corporativa.⁴

O modelo de excelência da EFQM permite pontuar os vários critérios que vão servir de base à atribuição de três níveis de excelência:

1. O Prémio Europeu da Qualidade (European Quality Award) - Atribuído a organizações que tenham atingido elevados padrões de qualidade internacional nos 5 anos anteriores.
2. O reconhecimento pela excelência - Reconhece organizações que, ainda que com potenciais necessidades de melhoria, pretendam tornar-se as melhores na sua área.
3. O empenhamento na excelência - É atribuído a organizações no início de processo em direção à excelência.

A Austrália implementou um modelo semelhante, o Australian Business Excellence Model.

Modelo de acreditação CHKS (Casper Healthcare Knowledge Systems)

O processo de acreditação conhecido em Portugal como a “acreditação pelo King’s Fund” teve origem numa fundação inglesa sem fins lucrativos, o King’s Fund, que no início da década de 80 realizava auditorias a entidades prestadoras de cuidados de saúde através do King’s Fund Organisational Audit. Em 1998, passou a designar-se Health Quality Service, e tornou-se uma fundação independente dedicada a apoiar prestadores de cuidados de saúde através da avaliação independente e acreditação. Em 2005, o HQS tornou-se parte da CHKS, através da sua Health Accreditation and Quality Unit (HAQU). Esta entidade acredita não só hospitais, mas também outras organizações prestadoras de cuidados de saúde primários, lares e outros tipos de prestadores, não só no Reino Unido mas também no estrangeiro. O CHKS desenvolveu o primeiro referencial britânico de *benchmarking* para hospitais. A acreditação pelo CHKS constitui uma ferramenta de garantia da qualidade das instituições de saúde. As normas estão

⁴ Adaptado do Sítio oficial do EFQM, em WWW.efqm.org.

estruturadas em seis seções: (1) Gestão e liderança da organização; (2) Funções administrativas; (3) Cuidados de saúde centrados no doente; (4) Serviços locais e de hotelaria; (5) Prestação dos serviços; (6) Serviços clínicos (incluindo cirurgia, especializados em agudos e especializados em crónicos).

As normas CHKS podem ser de dois tipos: as normas de nível A, que refletem requisitos profissionais, diretrizes, riscos significativos para a segurança do utente e dos profissionais ou práticas recomendáveis; as normas de nível CQI (Control Quality Improvement), que dizem respeito à melhoria contínua da qualidade, sendo um sinal de que a instituição de saúde está fortemente empenhada na melhoria da qualidade.

O processo de acreditação pela CHKS, tem seis fases:

1. Base de referência, que consiste no carregamento de provas e documentação da instituição de saúde na plataforma da CHKS.
2. Autoavaliação, em que a organização de saúde carrega na plataforma mais provas e documentação de apoio à análise da conformidade com as normas, podendo ainda incluir uma auditoria interna.
3. Auditoria Externa em que os auditores avaliam as provas, tirando conclusões e classificando a organização de cuidados de saúde quanto à conformidade com as normas.
4. Relatório de Auditoria, em que os auditores e o cliente, discutem as conclusões da auditoria, redigindo um relatório final que é endereçado ao gestor de serviços de acreditação CHKS.
5. Nova auditoria, focada nos critérios em falta, com entrega de documentos comprovativos para que a candidatura siga para o painel de atribuição de acreditação CHKS.
6. Processo de atribuição da acreditação à instituição de saúde, passando esta a fazer parte do sistema de monitorização CHKS, com validade de 3 anos.

Modelo de acreditação JCI

A Joint Commission International (JCI) resultou da internacionalização da JCAHO (Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organisations) e acredita vários prestadores, hospitais, cuidados ambulatoriais e domiciliários, entre outros.

A JCI surgiu em 1994, sendo a sua acreditação um processo voluntário aplicado à totalidade da instituição de saúde, processo no qual esta demonstra o seu compromisso com a melhoria contínua da segurança do doente, apoiado por um conjunto de *standards* focados na qualidade dos cuidados de saúde, sem nunca deixar de considerar as especificidades legais, culturais e religiosas de cada país. Um dos fatores mais importantes para o sucesso do processo de acreditação é o total envolvimento da liderança. As normas estão divididas por quatro secções: exigências para participação na acreditação; padrões centrados no paciente; padrões de gestão da Instituição de saúde; padrões de hospital de centro médico académico.

O processo de acreditação pela JCI desenvolve-se em quatro etapas:

1. “Avaliação da linha de base”, em que os consultores JCI fazem uma avaliação presencial para observar se a organização está pronta para iniciar o processo de acreditação, comparando os processos e serviços da instituição de saúde com os padrões da JCI e identificando oportunidades de melhoria. Os consultores da JCI fornecem orientações para a melhoria das práticas da organização de saúde através de *workshops*, contemplando o fornecimento do “Programa Educacional da Metodologia *tracer*”, utilizada para monitorar doentes, fazer as perguntas certas e identificar lacunas.
2. “Avaliação simulada” por consultores JCI, que simulam um processo de avaliação real no qual identificam lacunas na conformidade com os *standards*.
3. “Consultoria direcionada”, em que consultores JCI fornecem suporte específico para áreas de alta prioridade em que a instituição de saúde está com dificuldades em cumprir os requisitos.
4. “Avaliação de acreditação”, em que é feita uma avaliação exaustiva da instituição de saúde, que culmina com a obtenção da acreditação pela JCI, válida por 3 anos.

Modelo de acreditação ACSA

A Andalusian Agency for Healthcare Quality (ACSA) foi fundada em 2002 com o objetivo de assegurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no Serviço Público de Saúde da Andaluzia.

Os critérios e padrões de desempenho utilizados são progressivamente mais profundos e completos, de acordo com o modelo de excelência organizacional da EFQM (European Foundation for Quality Management). Em relação aos princípios de conformidade do sistema da qualidade, tiveram-se em conta os princípios de gestão da qualidade presentes na série de

normas ISO 9000, nas referências internacionais do modelo da JCI (Joint Commission) e no modelo canadiano (Canada Health Care Act).

Este modelo contempla cinco dimensões da avaliação da qualidade: o cidadão, centro do sistema de saúde; organização da atividade centrada no doente; os profissionais; os processos de suporte; os resultados. Apresenta três grupos de *standards* consoante o grau de obrigatoriedade para a obtenção da acreditação:

Os *standards* do grupo I incluem os *standards* obrigatórios e referem-se aos direitos dos cidadãos, à segurança dos utentes e profissionais, aos princípios éticos e aos aspetos específicos do SNS.

Os *standards* do grupo II dizem respeito aos fatores que demonstram um maior desenvolvimento da instituição de saúde, como os sistemas de informação, as novas tecnologias, o redesenho de processos e reorganização dos espaços e fluxos.

Os *standards* do grupo III demonstram que a instituição de saúde cria inovação e desenvolvimento para a sociedade.

O grau de acreditação obtido está dividido em três níveis. A Acreditação Nível Bom, implica o cumprimento pelo menos de 70% dos *standards* do Grupo I, incluindo a totalidade dos obrigatórios. A Acreditação Nível Ótimo, em que têm de estar cumpridos 100% dos *standards* do Grupo I e pelo menos 40% dos *standards* do Grupo II. A Acreditação Nível Excelente, em que têm de estar cumpridos 10% dos *standards* dos Grupo I e II e pelo menos 40% dos *standards* do Grupo III.

O processo de acreditação desenvolvido pela ACSA divide-se em quatro fases:

1. “Preparação” para o processo de acreditação, com a candidatura ao programa, nomeação de um responsável na organização de cuidados de saúde pelo processo, e uma primeira visita da ACSA à instituição de saúde para apresentação do programa.
2. “Autoavaliação”, em que através da análise do manual de acreditação ACSA, os profissionais da instituição de saúde fazem uma reflexão sobre o desempenho da sua função, identificando áreas de melhoria e enviando um relatório destas conclusões à ACSA.
3. “Visita de Avaliação”, em que os auditores ACSA confirmam a informação fornecida, analisam documentos, entrevistam profissionais de saúde e verificam *in loco* algumas das

questões. Após esta visita, é enviado um relatório, no qual constam as conclusões retiradas pelos auditores após a visita à organização de cuidados de saúde, e o grau de conformidade com os *standards*.

4. “Monitorização e colaboração entre a ACSA e a instituição de saúde”, em que o desempenho da instituição é acompanhado de modo a manter o grau de conformidade e a conseguir implementar as ações de melhoria durante cinco anos (período de validade da acreditação ACSA).

Modelo de acreditação OECI

O modelo de acreditação criado pela OECI (Organisation of European Cancer Institutes) data de 2002 e é um tipo de acreditação vocacionado para os cuidados de saúde oncológicos e para a investigação nesta mesma área. Tem a validade de 2 anos. Com este modelo de acreditação pretende-se que haja uma igualdade de acesso a cuidados de saúde oncológicos de elevada qualidade na Europa, bem como ajudar os centros de oncologia europeus a desenvolverem um sistema de qualidade oncológica. Os *standards* deste modelo de acreditação são também desenhados de forma a focar os cuidados oncológicos de elevada qualidade, podendo ser *standards* de avaliação quantitativos e qualitativos, e sendo posteriormente submetidos numa plataforma *online*. O processo de obtenção da acreditação OECI inicia-se numa candidatura e visita preliminar, seguido da autoavaliação da instituição de saúde, e termina numa auditoria formal com relatório e a decisão final sobre a acreditação.

2.6. A Qualidade na Saúde em Portugal

Em 1979, a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros. Integram o Serviço Nacional de Saúde todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde.

Para além do SNS, a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange também os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020), define como qualidade em saúde a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis.

Assume que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética estabelecendo seis prioridades: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

O Ministério da Saúde entende valorizar, através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a criação de condições, no Serviço Nacional de Saúde que propiciem o reconhecimento da qualidade dos seus serviços com vista à sua acreditação.

Licenciamento de Unidades de Saúde

O licenciamento é um processo em que uma entidade governamental, ou outra entidade designada para o efeito (como as entidades licenciadoras ou reguladoras), garante a permissão para o funcionamento das instituições de saúde, através da inspeção local dos requisitos. O licenciamento tem a ver com o cumprimento de leis, normas ou regulamentos de carácter obrigatório e diz respeito à higiene, segurança, radiação, controle de infeção e outras. O regime de licenciamento de instituições de saúde em Portugal é regulado pelo Decreto-Lei nº 127/2014, de 22 de agosto, que estabelece as competências atribuídas à ERS (Entidade Reguladora da Saúde) em matéria de licenciamento e obrigatoriedade de verificação de requisitos mínimos para a abertura de uma instituição prestadora de cuidados de saúde.

Acreditação/Certificação

Em Portugal, o Instituto Português de Acreditação (IPAC), entidade responsável pela acreditação, considera que a acreditação “consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade (e.g. ensaios, calibrações).

A definição da ISQUA (International Society for Quality Assurance), adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), considera a acreditação “um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de

desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente.”

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, publicada em Diário da República pelo Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho, determina que “o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português”.

O ministério da Saúde e o IQS (Instituto da Qualidade em saúde) assinaram um protocolo de colaboração com o King’s Fund, hoje CHKS, para a implementação do Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (PNAH), que pressupunha a acreditação dos Hospitais do SNS pelo modelo KFHQS (King’s Fund Health Quality Service).

Mais tarde, a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. entendeu adotar um outro modelo, tendo começado a implementar o modelo americano da Joint Commission International (JCI).

Em 2005 houve a extinção do IQS (Instituto da Qualidade em Saúde) e as suas competências foram repartidas entre a DGS e a Administração Central do Sistema de Saúde.

Em 2009 foi criado, na Direção-Geral da Saúde (DGS), o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro, herdando este departamento todas as funções e atribuições do extinto IQS e da própria DGS, alargando assim o seu âmbito de atuação.

Foi escolhido para modelo oficial e nacional, o modelo *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* por se adaptar aos critérios de alinhamento com as grandes linhas de estratégia nacional para a qualidade em saúde. Este modelo foi aprovado no despacho nº69/2009 da Ministra da Saúde prevendo a adoção voluntaria pelas instituições de saúde. As instituições de saúde mantiveram a liberdade de implementação dos outros modelos (CHKS ou JCI).

2.7. Impacto da acreditação/certificação nas Organizações de saúde

Apesar dos esforços das Instituições de saúde para promoverem a melhoria dos resultados em saúde (segurança do doente e mortalidade) através de programas de acreditação/certificação, os resultados permanecem mal definidos e pouco consistentes, face ao esforço económico e

organizacional envolvido nesses programas, com uma relação custo-efetividade ainda pouco clara.

Nos últimos 30 anos, a União Europeia tem desenvolvido vários estudos de avaliação da estratégia de melhoria da qualidade hospitalar. O primeiro programa foi o Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals (COMAC/HSR/QA), que decorreu de 1990 a 1997 em 15 países europeus (Klazinga,1994.) Foi então possível identificar diferentes fatores situacionais e operacionais a nível hospitalar, passíveis de influenciar estratégias de implementação da melhoria da qualidade.

Gloria *et al.* (2013) realizaram uma análise SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) (Figura 1) sobre o impacto da acreditação nas organizações de saúde. Fizeram uma revisão sistemática da literatura através da seleção de 26 artigos relevantes.

Shaw *et al.* (1996) desenvolveram o projeto ExPeRT, suportado pela União Europeia em 15 países europeus; identificaram 4 modelos de acreditação: EFQM (European Foundation for Quality Management), ISO (International Standards Organization), o modelo visitação (*peer review*) e o modelo de acreditação.

<p style="text-align: center;">OS PONTOS FORTES (Strengths):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Envolvimento dos profissionais para trabalharem na construção de equipas multidisciplinares ✓ Mudanças positivas na cultura organizacional ✓ Preocupação da liderança e dos trabalhadores com a melhoria contínua da qualidade 	<p style="text-align: center;">AS OPORTUNIDADES (Opportunities):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de áreas de melhoria ✓ Melhoria da segurança do doente ✓ Financiamento adicional ✓ Reconhecimento público ✓ Vantagens no mercado
<p style="text-align: center;">AS FRAQUEZAS (Weaknesses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resistência organizacional á mudança ✓ Aumento da carga laboral ✓ Treino insuficiente do pessoal ✓ Treino insuficiente do pessoal ✓ Falta de apoio para a melhoria contínua da ✓ Falta de adequação dos standards de acreditação à realidade local ✓ Falta de medidas de avaliação dos resultados 	<p style="text-align: center;">AS AMEAÇAS (Threats):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comportamentos de oportunismo ✓ Corte de fundos ✓ Falta de incentivos para participação ✓ Regulação de participação obrigatória.

Figura 1 - Análise SWOT dos processos de acreditação

Fonte: Gloria *et al.* (2013)

Shaw *et al.* (2010), no âmbito do projeto MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies), auditaram 89 hospitais europeus: 34 acreditados (sem certificação ISO), 10 com certificação ISO 9001, sem acreditação; 27 sem acreditação ou certificação; excluíram 18 para avaliação posterior. As dimensões avaliadas foram a gestão, os direitos e a segurança do doente. Os hospitais acreditados ou com certificação ISO eram melhores e mais seguros. A acreditação teve maior impacto do que a certificação ISO na gestão hospitalar, na segurança do doente e na prática clínica, embora a certificação ISO seja melhor do que não ter certificação ou acreditação. O projeto MARQuIS também avaliou as diferenças na cultura de segurança nos hospitais europeus, para fornecer informação sobre cuidados transfronteiriços pondo em evidência grandes variações entre hospitais do mesmo país e entre países.

Groene *et al.* (2010), no projeto DUQuE (Deepening our Understanding of Quality improvement), estuda a efetividade das estratégias de melhoria da qualidade nos hospitais europeus. Avalia a relação entre os sistemas organizacionais de melhoria da qualidade, o empoderamento do doente, a cultura organizacional, o envolvimento dos profissionais na melhoria dos cuidados hospitalares incluindo a efetividade clínica, a segurança e o envolvimento do doente. Foram selecionados hospitais de 8 países e avaliadas 4 patologias (acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, fratura da anca e partos).

Sack *et al.* (2010) avaliaram 24 unidades de cardiologia na Alemanha em hospitais acreditados e não acreditados pelo KTQ (Cooperation for Transparency and Quality in hospitals) e proCum Cert (pCC). Ambos os modelos são semelhantes ao modelo da JCAHO e não obtiveram impacto sobre a satisfação e qualidade percebida dos doentes que tiveram alta nas unidades acreditadas.

Em França o processo de acreditação é obrigatório, tendo sido iniciado em 1996 através da National Agency for Health Accreditation and Evaluation (ANAES).

Pomey *et al.* (2005) descrevem situações paradoxais no processo de acreditação francês, inerentes às suas cinco características fundamentais: (1) ser obrigatório para todas as instituições de saúde; (2) ser realizado por uma agência governamental independente; (3) os supervisores terem de reportar todas as não conformidades com as regras de segurança; (4) o relatório de acreditação deve ser fornecido às autoridades administrativas regionais e o resumo

é divulgado publicamente; (5) as autoridades administrativas regionais poderem utilizar a informação dos relatórios de acreditação para rever o financiamento dos hospitais.

Isto deu origem a vários paradoxos: (a) como a acreditação é obrigatória torna-se sobretudo um processo de inspeção; (b) como os decisores têm acesso ao relatório de acreditação para alocação de recursos financeiros, as instituições de saúde adotam comportamentos estratégicos visando o cumprimento formal do manual de acreditação; e (c) há tendência para as instituições de saúde focarem a *standardização* das práticas e procedimentos de segurança em conformidade com o processo de acreditação e em detrimento do desenvolvimento organizacional.

Walque *et al.* (2008: 24) realizaram uma revisão sistemática da literatura de forma a fundamentarem a implementação de um modelo de acreditação nos hospitais belgas e não encontraram evidências de relação positiva entre a acreditação e resultados. O foco dos programas de acreditação são a estrutura e os processos dando menos importância aos indicadores de resultados clínicos. Consideraram ser necessário criar um modelo de avaliação da relação entre a acreditação e os resultados.

A Haute Autorité de Santé (HAS 2011) encomendou um estudo sobre o impacto dos programas de acreditação nos resultados e melhoria dos cuidados e segurança dos doentes. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura internacional, com seleção de 56 estudos. Concluíram que em 46 estudos houve mudança de práticas, em 36 estudos ocorreram mudanças da gestão organizacional, 7 estudos revelaram impacto nos resultados da prestação de cuidados e 4 estudos mostraram impacto na satisfação dos doentes.

Falstie-Jensen *et al.* (2015) avaliaram o impacto da conformidade do processo de acreditação IKAS. (Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare ⁵) sobre a mortalidade hospitalar ajustada aos 30 dias após admissão, em hospitais não psiquiátricos, de 2010 a 2012. Verificaram que o risco de mortalidade aos 30 dias era menor nos hospitais totalmente acreditados em relação com os hospitais parcialmente acreditados.

Posteriormente, Falstie-Jensen *et al.* (2018) voltaram a reavaliar os mesmos indicadores nos anos 2012-2015, relacionando a adesão no processo de 2 ciclos de reacreditação com a mortalidade ajustada ao risco aos 30 dias de internamento; os hospitais com fraca adesão ao processo de acreditação tiveram aumento da demora média e da mortalidade em relação aos

⁵ www.ikas.dk

hospitais totalmente acreditados. Não se observaram diferenças nas readmissões entre os dois grupos.

Nicklin et Dickson (2009, atualização de 2013), procederam a uma revisão sistemática da literatura; identificaram benefícios da acreditação nas áreas da segurança do doente; garantia de cuidados de qualidade aceitáveis entre prestadores de cuidados de saúde; melhoria contínua da qualidade; foco na melhoria dos resultados dos cuidados de saúde; melhoria da reputação e da qualidade percebida dos cuidados prestados; construção de aprendizagem organizacional; criação de estruturas e processos de melhoria da efetividade operacional e resultados positivos nos cuidados de saúde. A mesma autora, em 2017 (Nicklin *et al.*, 2017), reitera que vários estudos demonstram que a acreditação está positivamente associada com a implementação de estruturas organizacionais e processos de promoção da melhoria da cultura de qualidade e segurança do doente e desenvolvimento dos profissionais. Contudo, a complexidade e a natureza multifatorial da qualidade nos cuidados de saúde, o processo e a metodologia de avaliação do impacto ainda são incertas, necessitando de mais estudos de investigação.

Brubakk *et al.* (2015) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre acreditação e certificação, selecionando 20 estudos. Não conseguiram demonstrar uma clara evidência do impacto destes programas sobre os resultados clínicos e a segurança dos doentes.

Pomey *et al.* (2010), desenvolveram um estudo sobre o impacto dos processos de acreditação na qualidade e segurança dos doentes em cinco organizações de cuidados de saúde acreditadas pela Accreditation Canada - Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). Verificaram que a acreditação foi decisiva para ocorrerem processos de mudança, mas que esta foi influenciada pelo contexto organizacional. As organizações mobilizaram-se para a obtenção da acreditação e durante os três primeiros ciclos do processo de reacreditação (3 a 10 anos). Depois, consideraram o processo menos desafiante, com menor envolvimento e mesmo distanciamento, da classe médica, ficando o processo de reacreditação confinado a alguns especialistas e à classe dos enfermeiros.

Também no Canadá, Desveaux *et al.* (2017) elaboraram um estudo qualitativo sobre o modo como as organizações respondem e interagem com o processo de acreditação e os potenciais mecanismos em que a acreditação pode influenciar a qualidade. Verificaram que o processo de acreditação foi encarado como um processo de garantia da qualidade, incluído nas atividades de melhoria da qualidade se estiver alinhado com as prioridades da organização. Há 3 fases para acreditação ter impacto na qualidade: a coerência, a compra organizacional e a ação

organizacional. Contudo, fatores internos e externos, incluindo características individuais, influenciam a experiência da acreditação na organização.

Miranda *et al.* (2018), nos Estados Unidos, estudaram a mortalidade ajustada ao risco e as taxas de readmissão aos 30 dias para 15 condições do foro médico e 6 do foro cirúrgico, em 4400 hospitais nos Estado Unidos. Dos hospitais estudados, 3337 eram acreditados (2847 pela Joint Commission) e 1063 foram submetidos a vigilância estatal no período de 2014 a 2017. Compararam os modelos de vigilância por agências estatais com os de acreditação hospitalar por organizações independentes. Observaram diminuição na mortalidade hospitalar nos hospitais acreditados, mas sem significado estatístico nas condições médicas e com resultados idênticos nas condições cirúrgicas. A taxa de readmissão para as 15 condições médicas eram significativamente mais baixas nos hospitais acreditados, mas era sobreponível nas condições cirúrgicas, quando comparados com os hospitais de vigilância estatal. A acreditação pela Joint Commission não estava associada a melhores resultados do que a acreditação por entidades independentes.

Devkaran *et al.* (2019) avaliaram o impacto dos processos de reacreditação JCI na melhoria da qualidade, segurança do doente e confiança, em 3 ciclos de acreditação num hospital académico de 650 camas em Abu Dhabi.

Exploraram a hipótese de que os ciclos de acreditação têm quatro fases. A primeira fase - de iniciação - é caracterizada pela melhoria global e de cumprimento das normas, com melhorias positivas na curva das medidas de qualidade. A segunda fase - de pré-avaliação - ocorre 3 a 6 meses antes da visita de acreditação; há uma subida rápida atingindo o pico da rampa de cumprimento das normas porque os profissionais estão preocupados com a proximidade da visita e porque a organização utilizou recursos na preparação da mesma. Na terceira fase - pós acreditação - há diminuição dos níveis de cumprimento, em curva descendente. A quarta fase - de estagnação - é uma fase de vale com mudanças esporádicas, mas acima dos valores de pré acreditação.

Este estudo mostrou que, apesar da variação nas medidas de qualidade em relação com os ciclos de acreditação, foram atingidos objetivos de grande confiabilidade.

Em Portugal, BOTO *et al.* (2008) realizaram uma revisão da literatura, visando estudos publicados entre 1997 e 2007 sobre o impacto dos processos de acreditação e mortalidade hospitalar. Foi salientada a controvérsia e a falta de consenso sobre esta temática nos estudos avaliados. Então, baseados no modelo de Donabedian (estrutura, processos e resultados),

avaliaram os processos de acreditação (sobretudo Kings Fund, atual CHKS, e a JCI) e *benchmarking* promovido pelo IQIP (International Quality Indicators Project), e o seu impacto na mortalidade hospitalar ajustada ao risco aos 30 dias, nos hospitais portugueses.

Dos 76 hospitais considerados havia, em 2005, 39 hospitais envolvidos num ou mais processos de acreditação ou de *benchmarking* de resultados. Estes 39 hospitais não apresentam diferenças estatisticamente significativas dos restantes em termos de terem uma mortalidade observada melhor ou pior que a esperada. O tipo de projeto em que cada hospital estava envolvido não foi relevante. Testou-se ainda se o número de anos (5 anos) de envolvimento num ou mais destes projetos explicaria um melhor desempenho, mas as pequenas diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas. Retomando a tríade de Donabedian - a melhoria da estrutura e dos processos utilizados nas instituições como forma de garantir os melhores resultados possíveis - não foi confirmada no presente estudo.

2.8. Mudança Organizacional

Num mundo em constante efervescência, o planeamento da mudança nas organizações é um fator crítico para a sua sobrevivência. Apesar dos esforços desenvolvidos no planeamento de processos de mudança, estes falham em cerca de 50-70% dos casos (Sullivan *et al.* 2011).

Para Moran & Brightman (2000), citados por Anyieni (2017), a gestão da mudança é um processo de renovação contínua do rumo de uma organização, da estrutura e das capacidades para responder as necessidades dos clientes internos e externos. Schein (1996) afirma que apenas compreendemos verdadeiramente um sistema quando o tentamos alterar, ou seja, quando lhe introduzimos mudanças.

Tipos de Mudança Organizacional

Weick e Quinn (1999) consideram dois tipos de mudança: a mudança episódica e a mudança contínua:

- **Mudança Episódica**

O termo mudança episódica ou profunda, muitas vezes designada por mudança de segunda ordem, refere-se a um conjunto de mudanças organizacionais que tendem a ser pouco frequentes, descontínuas e intencionais. Ou seja, a mudança episódica ocorre em períodos de divergência, quando a organização está a afastar-se das suas condições de equilíbrio. Esta divergência é o resultado do crescimento não alinhado entre a estrutura e as procuras organizacionais (Weick e Quinn, 1999).

Porque a mudança episódica necessita de, ao mesmo tempo, quebrar o equilíbrio e mudar para um novo equilíbrio; é-lhe associada a ideia de planeamento e de mudança intencional.

- **Mudança Contínua**

A designação mudança contínua é utilizada quando a mudança nas organizações assume um carácter de continuidade resultante de ajustes constantes. Nestas organizações, há geralmente um clima de improvisação e aprendizagem, onde são introduzidas modificações frequentes nas formas de trabalho e de relacionamento. A improvisação ocorre quando a diferença entre o planear e implementar é tão estreita que a composição converge com a execução. Este tipo de organizações caracteriza o processo de aprendizagem como a própria mudança. A mudança não é apenas uma substituição, mas sim o resultado do fortalecimento das capacidades existentes. Assim, a mudança contínua é conduzida pela constante atualização e pela incapacidade que as organizações têm para se manter estáveis/estagnadas (Weick e Quinn, 1999).

Nadler *et al.* (1995), citados de Gouws & Koomhof (1998), também classificam a mudança em contínua ou incremental e descontínua.

Quadro 5 - Tipos de mudança

Tipos de mudança			
		incremental	descontínua
tempo	antecipatória	ajustamento	reorientação
	reativa	adaptação	recriação

Adaptado de Gouws & Koomhof (1998).

A mudança incremental ou contínua é focada e muitas vezes previsível; pode resultar de modificações contínuas de uma organização num período de relativo equilíbrio.

A mudança descontínua ocorre em períodos de desequilíbrio num ambiente radical e imprevisível, que obriga a uma reconfiguração da organização para responder ao mesmo. A segunda dimensão da matriz avalia o tempo da resposta. Esta pode ser reativa, quando a organização é forçada a responder a mudanças de ambiente, ou antecipatória, quando a organização antecipa mudanças que poderão ocorrer. A combinação do tipo de mudança e do tempo influenciam as respostas da organização no sentido do ajustamento, adaptação, reorientação e recriação.

Na literatura consultada sobre o fenómeno da mudança surgem usualmente quatro temas de pesquisa: (1) o conteúdo; (2) o contexto; (3) o processo; (4) os resultados. Çelik et Ozsoy (2016), consideram uma quinta dimensão: (5) a liderança.

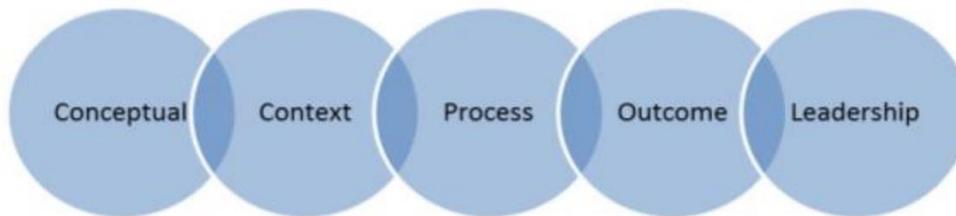


Figura 2 - Temas de pesquisa

Fonte: Çelik et Ozsoy 2016

Detalhando estes temas:

(1) O **conteúdo** da mudança organizacional foca-se em fatores que compreendem esforços de mudança bem ou mal sucedidos e como esses fatores estão ligados à efetividade organizacional. Há dois modelos dominantes que tentam explicar como os conteúdos influenciam a mudança: o modelo de Burke-Litwin e o modelo de Vollman (1996).

(2) O **contexto** da mudança organizacional foca forças externas e internas que atuam no esforço de mudança. Ao nível externo os clientes, concorrentes, fornecedores e tecnologia. Ao nível interno o sistema técnico, social e o desempenho.

(3) O **processo** de mudança organizacional debruça-se sobre as ações realizadas durante a realização de uma mudança desejada.

Para um processo de mudança ser bem sucedido há que ter em conta a cultura da organização e a sua influência sobre os comportamentos e decisões, já que pode funcionar como elemento bloqueador ou facilitador. Cameron et Quinn (2011) definem o modelo dos valores contrastantes com quatro tipos de culturas organizacionais: a cultura dos objetivos racionais ou do mercado, cultura das regras ou da hierarquia, cultura do clã ou das relações humanas e cultura da inovação ou adocracia.

O modelo dos valores contrastantes desenvolve-se em duas dimensões. A primeira dimensão diferencia os critérios de efetividade (ou sucesso) - que enfatizam a flexibilidade, a apreciação e o dinamismo - dos critérios que enfatizam a estabilidade, a ordem e o controlo. De um lado estão a versatilidade e maleabilidade, do outro a perseverança e durabilidade organizacionais.

A segunda dimensão diferencia os critérios de efetividade - que enfatizam uma orientação interna, como a integração e unidade - dos critérios que enfatizam a orientação externa, como a diferenciação e a competitividade.

Estes indicadores de sucesso representam os valores das pessoas sobre a performance da organização e distribuem-se por 4 quadrantes que representam pressupostos opostos e competitivos. Culturas diferentes implicam estratégias de mudança diversas (Cameron e Quinn, 2011).

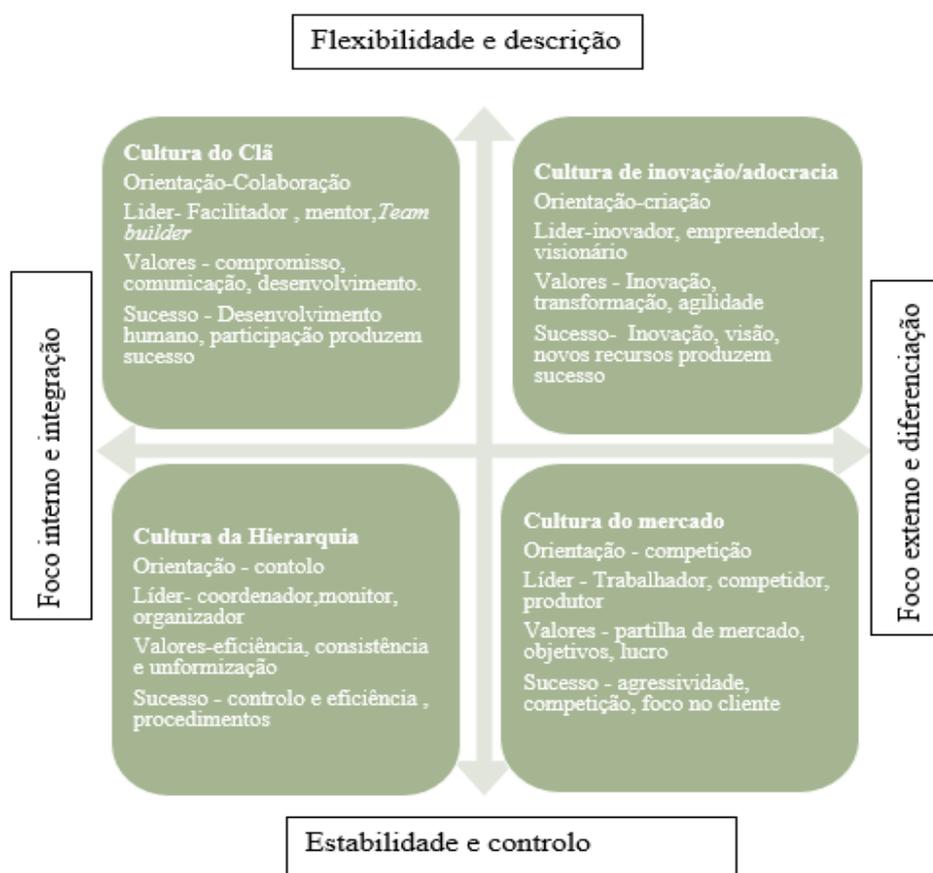


Figura 3 - Modelo dos valores contrastantes

Adaptado de Cameron e Quinn (2011)

O processo de mudança organizacional é dinâmico; as pessoas e as organizações passam por vários estados, que foram objeto de estudo por diferentes autores; o Quadro 6 apresenta uma sinopse não exaustiva dessa abordagem.

O processo de mudança só está concluído depois de se ter cumprido a última etapa do processo, quando as mudanças são incorporadas na cultura da organização e os novos comportamentos passam a fazer parte das suas normas e valores (Lopes e Capricho, 2007:173; Schwartz e Davies, citados por Gomes, 1994) especificam quatro modos distintos de lidar com a cultura e de a relacionar com a estratégia:

- a) Ignorar a cultura;
- b) Gerir a cultura;
- c) Mudar a cultura para a ajustar a estratégia;
- d) Mudar a estratégia para a ajustar à cultura.

As quatro opções não se excluem. Em situações complexas e em momentos de perturbação cultural, uma atuação bem-sucedida poderá recorrer a uma combinação das opções mencionadas (Gomes, 1994).

Quadro 6 - Estados de mudança organizacional

Autor	Estados para a mudança	Fonte
Lewin (1951)	1 - Descongelamento; 2 - Mudança; 3 - Congelamento.	Kritsonis (2005)
Judson (1991)	1 - Analisar e planejar a mudança; 2 - Comunicar a mudança; 3 - Ganhar adeptos para os novos comportamentos; 4 - Mudar de um estado para o outro desejado; 5 - Consolidar e institucionalizar esse novo estado.	Çelik et Ozsoy (2016)
Bullock & Batten (1985)	1 - Exploração; 2 - Planeamento; 3 - Ação; 4 - Integração.	Çelik et Ozsoy (2016)
Grimley, Prochaska et al (1994)	1 - Pré-observação; 2 - Observação; 3 - Ação; 4 - Manutenção.	Çelik et Ozsoy (2016)
Choi (2011)	1 - A disponibilidade para a mudança; 2 - O empenhamento para a mudança; 3 - A abertura à mudança; 4 - O cinismo acerca da mudança organizacional.	Çelik et Ozsoy (2016)
Hanson (2010)	1 - Preparação para a mudança quer da organização quer dos funcionários; 2 - Processo formal de mudança; 3 - Implementação da mudança; 4 - Consolidação de acordo com os resultados positivos.	Çelik et Ozsoy (2016)
Kotter (edição 2012)	1 - Estabelecer um sentido de urgência; 2 - Criar uma coligação liderante; 3 - Desenvolver uma visão e estratégia; 4 - Comunicar a visão da mudança; 5 - Capacitar os empregados para uma ação alargada; 6 - Gerar vitórias de curto prazo; 7 - Consolidar os ganhos e produzir mais mudanças; 8 - Ancorar as novas abordagens na cultura.	Kotter (edição 2012)

(4) Os **resultados** focam-se sobre os aspetos afetivos e comportamentais que influenciam as iniciativas de mudança. Armenakis and Bedeian (1999), citados por Çelik et Ozsoy (2016),

referem variáveis como a receptividade, a resistência, o empenhamento, o cinismo, stress, reações pessoais etc.

(5) A **liderança**. Desde os anos 2000 foi acrescentada a liderança como um fator de sucesso de mudança organizacional. Vários estudos estimam que dois terços dos projetos de mudança falham por terem sido subestimados o papel da liderança neste processo.

As capacidades de comunicação da liderança são um fator de sucesso já que têm associado um fator cultural. A eficácia do estilo de liderança no processo de mudança organizacional depende da sua utilização no tempo e local certos.

As mudanças culturais só são efetivas com a presença dos líderes conhecedores dos significados contidos nas redes de culturas organizacionais e, dessa forma, administram a As mudanças culturais só são efetivas com a presença dos líderes conhecedores dos significados contidos nas redes de culturas organizacionais e, dessa forma, administram a percepção dos indivíduos que compõem a empresa em relação aos seus valores e comportamentos.

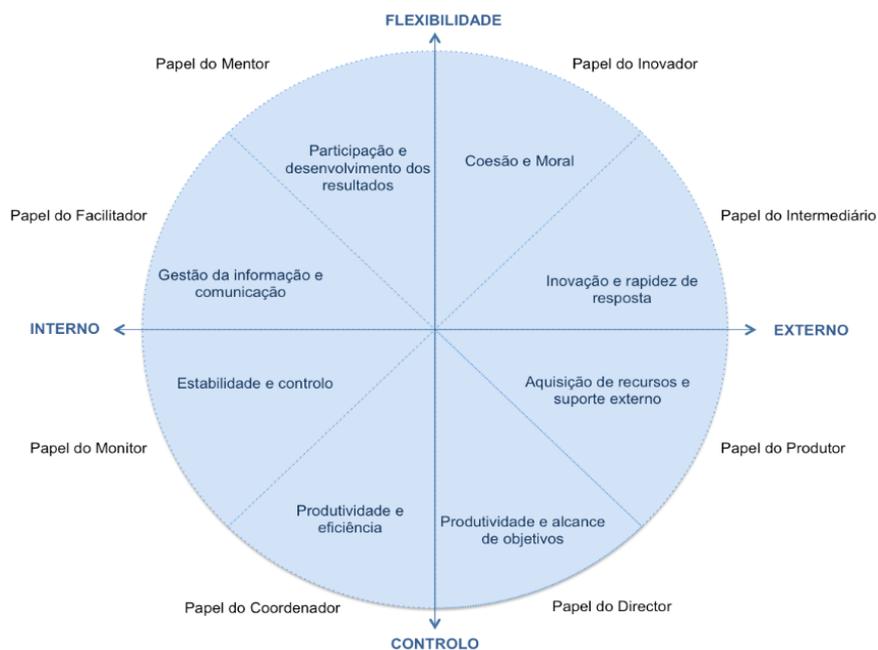


Figura 4 - Papéis da liderança segundo o modelo dos valores contrastantes

Fonte: Quinn e Rohrbaugh (1983)

O modelo dos valores contrastantes (Quinn e Rohrbaugh (1983) é um dos mais conhecidos na literatura também para a o estudo dos tipos de liderança. Apresenta três valores fundamentais na avaliação da eficácia fazendo corresponder cada um deles a uma dimensão. A primeira dimensão reflete a orientação, que pode ser interna ou externa, a segunda dimensão contrasta controlo e flexibilidade e por fim a terceira refere-se aos meios e fins. As competências de liderança são distribuídas de forma igual por oito papéis: mentor, facilitador, broker, monitor, diretor, produtor, inovador e coordenador. Os oito papéis encontram-se distribuídos por quatro quadrantes, isto é, por quatro modelos de valores definidos pelo autor. O modelo das relações humanas representa o seu foco na dimensão flexibilidade e na orientação interna e representa os papéis de facilitador e mentor. No modelo dos sistemas abertos, representado pela flexibilidade e pela orientação externa, encontram-se os papéis de broker e inovador. Por outro lado, o foco na estabilidade e na orientação externa estão representados no modelo dos objetivos racionais ou do mercado, onde se apresentam os papéis de produtor e diretor. No modelo da hierarquia ou processos internos, baseado na estabilidade e na orientação interna, encontram-se os papéis de monitor e coordenador.

Obstáculos à mudança

Grande parte das iniciativas de mudança falham por má implementação. Self (2007) centra a resistência à mudança logo na dificuldade em aceitar a primeira medida de Kotter - a urgência da mudança.

Quadro 7 - Razões de resistência à mudança

Razão	Explicação
Não gostam de mudar	Não querem mudar.
Desconforto com a incerteza	Desagrado com a ambiguidade, temor do desconhecido.
Ameaça aos interesses instalados	Impacto no status, recompensas e segurança.
Relacionados com a cultura	A mudança colide com a identidade organizacional, valores crenças ou normas da organização.
Quebra do contrato psicológico	Relacionada com a confiança e a lealdade: a organização não está a honrar os seus compromissos.
Falta de convicção da necessidade da mudança	Níveis diferentes, têm percepções diferentes da necessidade de iniciativas de mudança.
Falta de clareza sobre o que se pretende	Níveis diferentes, têm percepções diferentes das iniciativas de mudança, sobre o que é pretendido dos membros da organização para apoiarem a iniciativa da mudança.
Crença de que a mudança é inapropriada	Níveis diferentes, têm percepções diferentes da necessidade de mudança.
Crença que não é a altura certa	Não é correto mudar agora. A organização ainda está a incorporar uma mudança prévia, a moral é baixa, pode ter consequência nos clientes etc.
Mudança excessiva	Demasiadas mudanças sucessivas, causam fadiga, baixo moral; várias iniciativas de mudança podem criar problemas maiores, que têm interações negativas.
Efeito cumulativo de outros processos de mudança ao longo do ciclo de vida	Relacionado com mudanças pessoais e organizacionais ao longo do ciclo de vida.
Conflitos de ordem ética	A iniciativa de mudança colide com princípios éticos individuais ou com os princípios éticos da organização.
Más experiências de mudanças anteriores	Experiências de mudança negativas resultam em cinismo e
Desacordo com a maneira que a mudança está a ser gerida.	A iniciativa de mudança que está em causa, mas a sua implementação, pondo em causa a credibilidade do líder.

Fonte: Adaptado de Dennis R. Self, Troy University - Overcoming resistance to change by managing readiness for change.

3. Método

3.1. Metodologia

Este trabalho recorre à metodologia de Estudo de Caso. O caso específico é o Serviço de Cirurgia Geral do CHS, onde a autora trabalha há 30 anos. Nesta circunstância, vivenciou a evolução histórica da instituição e do Serviço de Cirurgia e conhece individualmente todos os médicos deste Serviço, tendo contribuído para a formação dos elementos do grupo etário abaixo dos 50 anos.

De acordo com Yin (2003), o estudo de caso permite investigar fenómenos atuais em contextos reais; é o método indicado quando é difícil distinguir o próprio fenómeno do seu contexto, dado que é composto por um trabalho empírico, sustentado em evidências recolhidas por vários métodos e recursos, permitindo obter uma compreensão do fenómeno alvo de estudo. De acordo com este autor, o estudo de caso é o procedimento mais adequado aos objetivos do trabalho que agora se apresenta.

3.2. Técnica de recolha de dados

Utilizaram-se como técnicas de recolha de dados:

- ✓ Observação - por via da relação profissional diária.
- ✓ Análise documental.
- ✓ Manual de Acreditação do CHKS 2016 (2 volumes).
- ✓ Manual de políticas e procedimentos do CHS.
- ✓ Documento de candidatura a centro de referência do cancro do reto.
- ✓ Seis entrevistas semiestruturadas, ao diretor e aos elementos coordenadores dos grupos funcionais do Serviço de Cirurgia Geral.
- ✓ Questionários - Foram aplicados o questionário OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) de Cameron e Quinn (2006, Anexo 2) e o Questionário Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde R.E. de Quinn (Anexo 3).

Na avaliação da cultura organizacional foi utilizado o OCAI - Organizational Culture Assessment Instrument. Este instrumento opera com seis dimensões da cultura organizacional: (1) As características dominantes; (2) A liderança organizacional; (3) A gestão dos recursos humanos; (4) A coesão organizacional; (5) A ênfase estratégica; (6) Os critérios de sucesso.

Estas dimensões podem ser materializadas por quatro vectores da cultura predominante: (1) Clã; (2) *Adocracia*; (3) Mercado; (4) Hierarquia.

Este instrumento de avaliação, o OCAI, permite avaliar não só a cultura existente como a cultura desejada, e definir estratégias de mudança de acordo com os hiatos entre a cultura existente e a desejada. Neste caso de estudo apenas foi avaliada a cultura existente, já que a implementação de um novo modelo de acreditação no Serviço de Cirurgia Geral corresponde a um imperativo de natureza legal inerente ao reconhecimento como centro de referência no tratamento do cancro do reto.

O estilo de liderança foi avaliado pelo instrumento de liderança de Quinn (Management Skills Assessment Instrument, MSAI) - na perspetiva dos outros - recorrendo-se à tradução e adaptação da versão original que é baseada no modelo dos valores contrastantes de Quinn e Rohrbaugh (1983). Este questionário é constituído por 32 questões onde se aplica uma escala de Likert, com sete opções que variam entre quase nunca e quase sempre, pelas quais se procura avaliar as competências de liderança.

Foram entregues 24 inquéritos, apenas a clínicos graduados como assistentes hospitalares, no mês de junho de 2019. Foram excluídos todos os internos de formação específica de Cirurgia Geral. Foram devolvidos 17 inquéritos preenchidos. Para preservar o anonimato das respostas, não foi inquirido o género, grupo etário ou anos de trabalho na instituição.

3.3. Técnicas de tratamento de dados

- Estatística descritiva -A estatística descritiva consiste na recolha, análise e interpretação de dados numéricos pela produção dos elementos informativos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos (Reis 1996:15).Huot (2002: 60) define estatística descritiva como “o conjunto das técnicas e regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação”.
- Análise de conteúdo -Para Bardin (1997), a análise de conteúdo é um conjunto de várias técnicas que procuram descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja oral ou escrito. Compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes associadas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados recolhidos. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar incertezas decorrentes de hipóteses e pressupostos. Esse tipo

de abordagem, além de permitir investigar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: (1) pré-análise; (2) elaboração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos; (3) interpretação dos resultados.

4. Diagnóstico

4.1. Caracterização do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) presta cuidados de saúde a uma população de 232.097 habitantes na sua área de influência direta, uma área geográfica com uma parcela urbana de grande densidade populacional e uma zona rural dispersa com algumas dificuldades em termos de acessibilidade.

O CHS resultou da fusão do Hospital de São Bernardo (HSB) e do Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão (HOSO), através da alteração do Estatuto Jurídico ocorrida a 31 de dezembro de 2005 para o modelo de Entidade Pública Empresarial.

4.1.1. Processo de Acreditação do Centro Hospitalar de Setúbal

Em 2003, o conselho de Administração do Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão (HOSO) iniciou um processo de acreditação por uma entidade externa, o Health Quality Service, antigo King's Fund de Londres.

O HOSO era então um hospital de referência nacional no campo da ortopedia. No ano 2000, o HOSO ganhou o 1º Prémio Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, traduzindo o esforço da liderança de topo desta organização e o seu empenho na implementação de processos de qualidade².

O processo de acreditação teve início em maio de 2003, pelo Health Care Accreditation and Quality Unit, do King's Fund, sob os auspícios do extinto Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), tendo obtido a acreditação em 2008. Foram envolvidos recursos financeiros na ordem de 154 mil Euros, suportados pelo projeto Saúde XXI⁶.

O empenho da gestão de topo (conselho de administração e diretores dos Serviços de Ortopedia e Anestesiologia), assim como o relacionamento informal entre as várias classes de profissionais (“uma grande família”), facilitaram o contacto e a comunicação vertical e horizontal, e a disseminação de uma cultura de melhoria da qualidade. Foi então constituída a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente no HOSO, que viria a desenvolver o processo de autoavaliação e a produção documental com vista ao processo de acreditação⁷.

⁶ <http://www.saudinha.com/artigos/projectos%20de%20qualidade%20no%20hospitais.pdf>.

⁷ https://issuu.com/semmaisjornal5/docs/110_anos_do_outao

Do seu lado, o Hospital de S Bernardo tinha atravessado anos de gestão difícil, com dívidas a fornecedores, défice financeiro crónico e reduzidas disponibilidades de capital. A cultura da organização também era mais complexa. Tendo o Hospital de S. Bernardo maior dimensão, com vários serviços e especialidades, diferentes níveis de diferenciação e desenvolvimento e interações complicadas entre si. Existia uma cultura de relacionamento mais formal quer entre profissionais da mesma categoria, quer entre classes profissionais. Tinham ocorrido várias ondas de contestação interna ao nível nos profissionais de saúde do HSB, sobretudo na classe médica, com demissão dos diretores de serviço e dos chefes de equipa do Serviço de Urgência. Foi nesse ambiente de conflitualidade que, ao ser constituído o CHS, o conselho de Administração traçou um conjunto de medidas de qualidade e melhoria organizacional, através do desenvolvimento do processo de acreditação pelo CHKS (Casper Healthcare Knowledge Systems) - Healthcare Accreditation and Quality Unit.⁸

O Hospital de S Bernardo iniciou o seu processo de acreditação em 2006, após a constituição do CHS. No ano 2010 foi obtida pelo Hospital de S. Bernardo a Acreditação Total da Qualidade em Saúde pelo CHKS -Healthcare Accreditation on Quality e pelo Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão o processo de reacreditação, tornando-se assim o CHS o 1º centro hospitalar com acreditação total.

Quadro 8. Cronograma do processo de acreditação do CHS

	HOSO	HSB
Início do processo	2003	
Assinatura do contrato	Setembro 2003	Setembro 2006
Divulgação do projeto e padrões de autoavaliação	Setembro / Dezembro 2003	Outubro / Dezembro 2006
Recolha de informação Implementação de planos de ação	Janeiro 2004 / Março 2005	Novembro 2006 / Abril 2007
Auditoria interna	Abril 2005	Abril / Maio 2007
Elaboração de planos de ação	Maior / Agosto 2005	Maior / Outubro 2007
2ª autoavaliação	Julho 2005	Outubro 2007 / Janeiro 2008

No que diz respeito à identificação dos momentos e das condições mais favoráveis ao processo de mudança cultural, o Centro Hospitalar de Setúbal reunia várias condições:

- ✓ Condições externas possibilitadoras - envolvimento do ministério da saúde na implementação da qualidade nos hospitais, através de processos de acreditação e a passagem do Modelo de Gestão S.A. para o estatuto EPE;
- ✓ Condições internas permissoras: o processo de acreditação já estava em curso no HOSO;
- ✓ Pressões precipitantes: necessidade de mudança de modelos de gestão;
- ✓ Eventos desencadeantes: crise de direção no HSB;
- ✓ ‘Visão’. desenvolvimento dum estratégia de mudança pela implementação de um processo de qualidade.

Para a implementação deste programa de acreditação foi criada a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) do HSB, de âmbito multidisciplinar, e que após ter recebido formação interna, trabalhou em articulação com a sua congénere do HOSO. Foi desenvolvido um processo de autoavaliação e gestão documental, e foi criado o manual de políticas e procedimentos. Cada serviço nomeou um interlocutor da qualidade com as seguintes funções: (a) promover a cultura de qualidade no seu serviço; (b) liderar e divulgar o Programa de Acreditação no Serviço; (c) servir de elo de ligação entre os elementos do CQSD e os responsáveis do serviços; (d) coordenar a adesão às normas e critérios definidos para o Serviço; (e) ser um facilitador na interpretação dos critérios e na apresentação de evidências; (f) coletar e apresentar ao gabinete da CSQD toda a documentação do Serviço a incluir no Sistema de Gestão Documental.

A primeira autoavaliação incidiu sobre a estrutura física, organização interna dos serviços, formação de recursos humanos, tecnologias de Informação, risco geral e clínico, segurança e experiência do doente.

As políticas transversais foram discutidas pelas duas comissões de qualidade e segurança do doente e depois foram aprovadas pela Comissão de Administração Clínica (CAC).

A política de organização dos serviços incluiu um manual de integração de novos profissionais, descrição de funções para todos os grupos profissionais e elaboração pelos serviços dos planos de ação anuais.

A política de Gestão de Risco Geral foi desenvolvida através da implementação do plano de emergência interna, criação de um número de emergência geral, instalação de um circuito de videovigilância, controle de acesso nos serviços, plantas de emergência, sinalética e planos de manutenção preventiva do equipamento vital.

A política de Gestão de Incidentes permitiu através da nomeação de gestores de risco locais, o levantamento de risco geral e a promoção do relato de incidentes.

A política de Gestão de Risco Clínico foi implementada pela criação de vários grupos: Grupo de Indicadores, Grupo de Auditoria e Risco Clínico(GIARC); Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC); Grupo de Informação Clínica (GIC); Grupo de Reanimação (GR); Grupo de Transporte Doente Crítico (GTDC); Grupo de Controlo de Infecção (GCI); Equipa de emergência e reanimação interna (EEMI); Comissão transfusional.

O Grupo da Experiência do Doente seria responsável, juntamente com o Gabinete de Comunicação, pela criação de um guia de acolhimento do doente, realização de inquéritos de satisfação e através Gabinete do Utente proceder à análise de elogios e reclamações.

O Grupo de Tecnologia de Informação e Gestão foi responsável pela implementação do processo de informatização do Centro Hospitalar quer a nível clínico quer através de programas de apoio à gestão.

Foi instituída a formação obrigatória calendarizada sobre o controlo de infeção; combate a incêndios; manuseamento de cargas; suporte básico e suporte avançado de vida; como lidar com situações agressivas.

Foram identificados *indicadores de qualidade transversais*:

- Ao nível clínico: processos de reanimação; transporte do doente crítico; tromboprolifaxia; oxigenoterapia; o risco de queda; as úlceras por pressão; o risco nutricional; o programa Cirurgia Segura;

- Ao nível do controlo de infeção - o registo HELICS⁹; consumo de antibacterianos; prevalência de infeções adquiridas na corrente sanguínea e a identificação de estirpes resistentes; assim com o tratamento de resíduos hospitalares;

-Ao nível da experiência do doente - os indicadores centraram-se na gestão de incidentes; gestão de reclamações; inquéritos de satisfação a doentes e profissionais.

⁹ HELICS -O " Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance " consistiu numa parceria internacional de redes nacionais e regionais, para registo e controlo da infeção nosocomial .

Foram estabelecidos indicadores de admissão no Serviço de Urgência, Consulta Externa e Hospitais de Dia.

Os indicadores do internamento passaram a ser avaliados pela IASIST¹⁰ e pela SINAS¹¹

Os indicadores de alta são avaliados no processo clínico, assim como a articulação com a medicina geral e familiar.

A aplicação do mesmo modelo de acreditação a duas organizações com culturas diferentes teve processos de implementação distintos, com estruturas redundantes, tendo o HOSO obtido a acreditação em 2008. A acreditação total do CHS foi obtida em 2010.

Este é um exemplo do que pode acontecer quando duas ou mais organizações, caracterizadas por culturas diferentes, entram num processo de fusão. As organizações podem fundir-se, mas culturas não se misturam.

Os processos de reacreditação que ocorrem de 3 em 3 anos permitem a mobilização dos serviços hospitalares para o aperfeiçoamento dos processos de gestão pela qualidade, de acordo com o caderno de encargos do manual do CHKS.

Ao longo destes anos, várias foram as contribuições dos diferentes serviços e profissionais para a construção do manual de procedimentos do CHS. Contudo, podemos observar um padrão: o grupo dos enfermeiros tem chefias mais envolvidas e motivadas com o processo de acreditação e melhoria da qualidade e são responsáveis pela formulação e implementação da maior parte dos procedimentos do manual da qualidade do CHS. Isto é particularmente visível no Departamento de Cirurgia. No departamento de Medicina observa-se uma crescente participação dos médicos na elaboração de Normas de Orientação Clínica(NOC) e de procedimentos para o manual de qualidade. No departamento dos meios complementares de diagnóstico (Imagiologia, Patologia Clínica e Anatomia Patológica) são os técnicos a classe mais empenhada nos processos de qualidade.

O impacto da acreditação no CHS pode ser avaliado por dois estudos que incidiram sobre a perceção dos doentes acerca da qualidade dos cuidados de saúde prestados nos hospitais portugueses. Em 2009, quando a implementação do processo de acreditação ainda era embrionária no CHS, o estudo promovido pela ACSS¹² referia: "A última posição (ARS de

¹⁰ IASIST -www.iasist.pt é o distribuidor exclusivo dos Adjusted Clinical Groups® (ACG®) em Espanha e Portugal.

¹¹ SINAS-Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (Entidade Reguladora da Saúde)

¹² Consultar (Sistema de Avaliação da qualidade apercebida e da satisfação do Utente nos Hospitais EPE e SPA-2009 (pág.. 255)

Lisboa e Vale do Tejo) é ocupada por uma generalidade de hospitais: Almada, Amadora, Barreiro, Santarém e Setúbal, sendo de destacar este último por ocupar a posição referida em sete índices”. Citando ainda o mesmo estudo sobre o posicionamento dos hospitais na satisfação dos utentes (pág. 262): “A diferença mais negativa relativamente à média dos HEPE é obtida pelo hospital de Setúbal, sendo que ainda assim a maioria dos seus utentes se encontra muito satisfeita com o hospital (54,5%). No entanto, é ainda de referir que a maior proporção de utentes insatisfeitos (5,6%) é também atingida por Setúbal.”

Em 2018, um estudo promovido pela DECO (associação de defesa do consumidor¹³) sobre a experiência dos doentes nos hospitais portugueses (1723 doentes inquiridos em 42 hospitais), coloca o Centro Hospitalar de Setúbal em primeiro lugar na experiência do doente na consulta externa e no internamento hospitalar.

Embora a metodologia e o rigor destes dois estudos sejam diferentes, os resultados ao fim de 10 anos de acreditação sugerem a ocorrência de melhorias dramáticas.

4.2. O Serviço de Cirurgia Geral

O CHS, enquanto organização hospitalar formada por vários departamentos, serviços e unidades funcionais, possui a sua cultura. O Serviço de Cirurgia Geral é um dos serviços estruturantes desta organização, mas possui uma cultura única.

O Serviço de Cirurgia Geral é dirigido pelo Assistente Hospitalar Graduado Sénior mais antigo do Serviço, que acumula as funções de Diretor do Departamento de Cirurgia. O corpo médico é constituído por 25 médicos especialistas e 9 internos de formação específica em cirurgia geral. Trabalham em regime de dedicação exclusiva 16 cirurgiões.

Quadro 9: Grupos etários dos cirurgiões

Idade	< 35anos	35-40 anos	40-45 anos	45-50 anos	50-55 anos	> 55 anos
Cirurgiões	2	3	3	4	4	9

Trata-se de um serviço envelhecido, em que 8 dos 9 elementos mais velhos já não cumprem atividade clínica no Serviço de Urgência e dois elementos com idade inferior a 55 anos só cumprem 12 horas diurnas. O quadro legislativo aplicável ao tipo de contrato de trabalho é

¹³ (<https://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/hospitais-estudo-inedito-retrata-experiencia-dos-utentes>)

cumprido não havendo disponibilidade do corpo clínico para a realização de mais horas extraordinárias. Assim, apesar do quadro de pessoal médico ser acima da média em número, é necessário recorrer á contratação externa para a adequada dotação de recursos humanos no Serviço de Urgência, que se torna crítica em períodos de férias e épocas festivas.

4.2.1 Organograma do Serviço de Cirurgia Geral



Figura 5- Organograma do Serviço de Cirurgia Geral

O Serviço de Cirurgia Geral possui duas unidades funcionais - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos e Unidade de tratamento Cirúrgico da Obesidade - e está dividido em equipas de trabalho dedicadas aos vários grupos de patologias da área de competência da especialidade de Cirurgia Geral.

4.2.2. Carteira de serviços

- ✓ Doenças oncológicas do aparelho digestivo, exceto cancro do esófago, cancro hépato-biliar e pancreático que são orientados para unidades consideradas centros de referência.
- ✓ Doença benigna do aparelho digestivo
- ✓ Patologia da mama, benigna e maligna
- ✓ Patologia endócrina maligna e benigna
- ✓ Doenças metabólicas ou da obesidade.
- ✓ Hérnias da parede abdominal.
- ✓ Patologia da pele e dos tecidos moles.

- ✓ Doença varicosa não complicada.
- ✓ Tratamento do pé diabético.
- ✓ Traumatismos.

O Serviço tem acompanhado a evolução tecnológica e científica da cirurgia, sendo que neste momento a cirurgia minimamente invasiva é o método de abordagem preferencial nas patologias benigna e maligna do tubo digestivo.

4.2.3. Organização do Serviço

Reunião diária de passagem da atividade realizada no Serviço de Urgência.

Reunião semanal-sessões clínicas e discussão da morbidade e mortalidade com periodicidade de dois meses.

Reunião anual com o gestor do Serviço de Cirurgia Geral, com apresentação da produção e de indicadores de desempenho da atividade contratualizada.

Reunião anual com discussão de morbidade e mortalidade globais do Serviço e sua evolução face aos anos anteriores.

Reunião anual dos indicadores de qualidade do Serviço de Cirurgia Geral, tais como a demora média, reinternamentos, mortalidade e morbidade.

4.2.4. As instalações

O Serviço de Cirurgia Geral está localizado no 4º piso do HSB, ala nova, dispondo quartos com condições de preservação da intimidade e conforto, com separação de género, exceto na unidade de cuidado intermédios cirúrgicos.

Dispõe atualmente de 52 camas das quais 8 pertencem à Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos.

Possui uma consulta externa de Cirurgia Geral que funciona todos os dias úteis sem lista de espera. Dispõe ainda de uma consulta multidisciplinar de tratamento da obesidade um dia por semana, realizada em simultâneo por todos os elementos da unidade de tratamento cirúrgico da obesidade com avaliação conjunta por nutricionista, psicólogo e endocrinologista.

4.2.5. Atividade cirúrgica

A atividade cirúrgica desenvolve-se em três locais:

Bloco Operatório - Possui diariamente duas salas para cirurgia convencional e/ou ambulatoria. A unidade de cirurgia de ambulatório e o respetivo recobro também estão integrados no Bloco Operatório I.

Sala de pequena cirurgia na consulta externa, onde são realizadas atividades de pequena cirurgia com 5 a 6 tempos cirúrgicos por semana.

Sala de pequena cirurgia do Serviço de Urgência.

Este Serviço caracteriza-se pela produtividade e elevados níveis de desempenho, combate à lista de espera cirúrgica através da otimização da ocupação das salas de bloco operatório (ocupação acima dos 90%, com múltiplas situações de *overbooking*) e produção de cirurgia adicional. Como estes indicadores são do domínio público, recebe doentes através de referenciação externa, doentes provenientes dos ACES vizinhos e também doentes oriundos de outras regiões do país. Pretende também iniciar um programa de cirurgia adicional de doentes provenientes de listas de espera cirúrgicas de outros hospitais.

4.2.6. Serviço de Urgência

O CHS tem uma Urgência médico Cirúrgica. A Equipa de Cirurgia Geral funciona em permanência 24 h, todos os dias da semana sendo constituída no mínimo por 3 elementos, sendo pelo menos 2 deles especialistas e 1 interno a partir do 4.º ano do internato de formação específica de Cirurgia Geral. Os internos mais novos são elementos supranumerários na equipa.

4.2.7. Urgência Interna

O Serviço de Cirurgia Geral tem um elemento escalado de Urgência interna de forma a garantir a segurança e continuidade de cuidados dos doentes internados no Serviço de Cirurgia geral e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos. Presta também apoio, quando solicitado, a doentes internados noutros serviços do CHS. As funções deste posto trabalho estão definidas por procedimento interno. Esta escala não tem sido cumprida por mobilização de recursos humanos para o Serviço de Urgência Geral.

4.2.8. Atividade formativa

Além da atividade assistencial, desenvolve atividade formativa ao nível do Internato de formação específica em Cirurgia Geral, do internato médico de formação geral e ensino de alunos do 3.º ao 6.º anos. Participa em estudos nacionais e internacionais de investigação clínica.

Também proporciona estágios de cirurgia a diversas escolas de enfermagem que atribuem licenciaturas nesta área, nomeadamente do Instituto Politécnico de Setúbal.

A atividade científica desenvolve-se através de trabalhos apresentados em congressos nacionais e estrangeiros. Publica esporadicamente alguns trabalhos em revistas científicas nacionais e estrangeiras.

4.3. Processo de Acreditação

4.3.1. O impacto do processo de acreditação

Não obstante o empenhamento do diretor de serviço em funções no início do processo de acreditação, e a presença de um dinamizador do processo de acreditação no Serviço, o corpo médico sempre assumiu uma atitude de passividade e desconfiança, considerando a acreditação um processo eminentemente burocrático.

O envolvimento dos médicos do Serviço de Cirurgia Geral com o programa de acreditação transversal a toda a instituição parece ser muito limitado, quando se contabiliza a sua contribuição para o manual de políticas e procedimentos do CHS.

Ao nível do processo de liderança organizacional (Secção 1 do manual de acreditação do CHKS) As normas referentes a este capítulo são transversais à instituição. A norma sobre formação profissional obrigatória e transversal a todos os grupos profissionais do CHS, tem adesão quase nula no grupo dos cirurgiões.

A Secção 2: Risco e Segurança, diz respeito a políticas e procedimentos transversais a todo o centro hospitalar e foram implementadas pelo processo de acreditação.

A política de gestão de risco geral é aplicada transversalmente e aplicada ao Serviço de Cirurgia Geral.

A política de gestão de incidentes permitiu, através da nomeação de gestores de risco locais, o levantamento de risco geral e a promoção do relato de incidentes. A classe profissional mais envolvida na deteção do risco e relato de incidentes é a enfermagem. Os profissionais médicos referem frustração em relação ao relato de incidentes, por falta de *feedback* por parte do GIARC.

A política de Gestão de Risco Clínico foi implementada pela criação de vários grupos - Grupo de Indicadores; Grupo de Auditoria e Risco Clínico (GIARC); Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC); Grupo de Informação Clínica (GIC); Grupo de Reanimação (GR); Grupo de

Transporte Doente Crítico (GTDC); Grupo de Controlo de Infeção (GCI); Equipa de Emergência e Reanimação Interna (EEMI); comissão transfusional.

Estas políticas tiveram um impacto dramático e foram um verdadeiro processo de mudança, estando incorporadas na cultura da instituição. O Serviço de Cirurgia Geral está representado nos vários grupos da gestão do risco clínico (verdadeiros círculos de qualidade) exceto no Grupo do Indicadores, e na Comissão transfusional. Algumas das políticas do CHS foram elaboradas de acordo com as normas da DGS e com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, sendo questionável se não teriam sido implementadas independentemente do processo de acreditação. Todavia, um processo estruturado de gestão do risco, com a transversalidade e envolvimento de vários grupos profissionais dificilmente teria sido conseguido sem um processo de acreditação.

O grupo de Tecnologia de Informação e Gestão foi responsável pela implementação do processo de informatização do Centro Hospitalar quer a nível clínico quer através de programas de apoio. Os processos de informatização e os programas implementados relacionam-se mais com a política dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, com pouca interferência do processo de acreditação (embora estejam contempladas no manual de políticas CHKS).

Secção 3: Cuidados de saúde centrados no paciente. O Grupo da Experiência do Doente, conjuntamente com o Gabinete de Comunicação, criou um guia de acolhimento do doente que não tem sido implementado. Foram realizados inquéritos de satisfação através do Gabinete do Utente, mas nenhum foi especificamente aplicado ao Serviço de Cirurgia Geral. Foi indagada a autoria destes testes e a validação dos mesmos. O relatório de Análise de Elogios e Reclamações não tem sido divulgada publicamente. O Serviço de Cirurgia criou, por exigência da DGS, um modelo de consentimento informado, de acordo com a Norma n.º 015/2013 de 03/10, da Direção-Geral da Saúde, atualizada em 14/10/2014 e só implementada em 2019. Os registos clínicos e a nota de alta respondem ao Despacho n.º 2784/2013. D.R. n.º 36, Série II de 2013-02-20. Estes dois procedimentos seriam implementados independentemente do processo de acreditação.

Secção 4: Instalações e serviços locais. O Serviço de cirurgia responde em conformidade com o CHS.

Secção 5: Governação do Serviço: o Serviço não tem formalizado a elaboração de plano de ação desde 2012. Cumpre com o rigor possível a dotação de recursos humanos adequados

respondendo de forma simultânea às indicações da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros.

Contudo, este processo de acreditação pode também ser avaliado de acordo com a metodologia de avaliação da qualidade em saúde.

A estrutura - O SCG está instalado no edifício mais recente (ala nova) do HSB. A estrutura revela condições de conforto, espaço, luz e privacidade para doentes e profissionais. A deteção de riscos potenciais, a cargo do grupo de avaliação do risco, permitiu melhorias na sua estrutura arquitetónica (impacto do processo de acreditação CHKS). As dotações de recursos humanos correspondem ao mínimo exigido pelas Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. O absentismo na classe médica limita-se quase só às licenças de maternidade/paternidade. O envelhecimento da classe médica não permite cumprir com recursos próprios a escala de urgência, sendo necessário recorrer à contratação externa.

Os processos - O SCG tem forte compromisso com o cumprimento das normas da DGS- como o controlo de infeção, higiene das mãos, prescrição de antimicrobianos, cirurgia segura, identificação do doente e consentimento informado, em conformidade com o Plano Nacional de Saúde 2015-2020. Apenas um esforço concertado da organização pode permitir o sucesso da implementação destes processos.

Os resultados - Nos últimos 5 anos não há registo de cirurgia em doente errado, cirurgia do local errado ou corpo estranho retido durante procedimento cirúrgico. O controlo do tempo de resposta da consulta externa, o controlo da lista de espera cirúrgica e a performance podem ser atribuídas ao esforço da liderança e ao comprometimento dos profissionais. Não derivam do processo de acreditação.

A satisfação dos profissionais é avaliada anualmente dentro do CHS através de inquérito anonimizado. A classe médica é a menos participativa nesta iniciativa e desconhece-se a contribuição do SCG.

A experiência do doente - Não estão disponíveis na *intranet* relatórios dos inquéritos realizados sobre a satisfação dos doentes do HSB. Não é possível descortinar qualquer processo de melhoria baseado na experiência do doente.

4.3.2. *Deteção de gaps para o processo de acreditação segundo o modelo ACSA*

O modelo de certificação CSA permite certificar /acreditar unidades funcionais ou serviços independentemente da instituição onde estão instalados. O Serviço de Cirurgia Geral responde transversalmente às normas do manual de acreditação do CHKS. Procedendo á consulta documental do manual da qualidade é possível encontrar normas e procedimentos que têm correspondência nos standards de acreditação ACSA. Como o modelo de acreditação CHKS também integra os referenciais do modelo EFQM e garante a certificação ISSO-9000, a implementação modelo ACSA no Serviço de Cirurgia Geral poderá corresponder a um desenvolvimento organizacional sem roturas drásticas no paradigma da gestão pela qualidade em curso no CHS.

O modelo de acreditação ACSA é descrito no Manual de *Standards* - Unidades de Gestão Clínica (DGS, 2017), e é coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, tal como foi apresentada pela DGS em julho 2015.

Este Manual de *Standards* estrutura-se em cinco capítulos:

I – O cidadão no centro do sistema de saúde

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

II – Organização da atividade centrada no utente

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

III – Os profissionais

7. Profissionais, formação e desenvolvimento

IV – Processos de suporte

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

V – Resultados

11. Resultados chave da organização

Foi avaliado o Manual da Qualidade do CHS no que respeita à sua conformidade com os padrões do grupo I do Manual de *Standards* da DGS - modelo ACSA; o cumprimento destes padrões é obrigatório para obtenção da acreditação ACSA.

Nesta avaliação foram detetadas lacunas e desconformidades, que seguidamente se detalham. Sobre estas lacunas e desconformidades incide a proposta de um plano de melhoria, com que termina esta análise.

Na análise seguinte foi utilizada uma simbologia que indica, para cada *standard* do referido grupo I, se existe evidência documental no manual da qualidade do CHS:

- 😊 - Há evidência documental.
- 😞 - Não há evidência documental, ou não existe procedimento escrito.
- 🙄 - Existe evidência documental, mas necessita de ser adaptada ou complementada.

O fluxograma seguinte descreve a metodologia de abordagem a cada *standard* e lacuna detetada



I. O Cidadão como Centro do Sistema de Saúde:

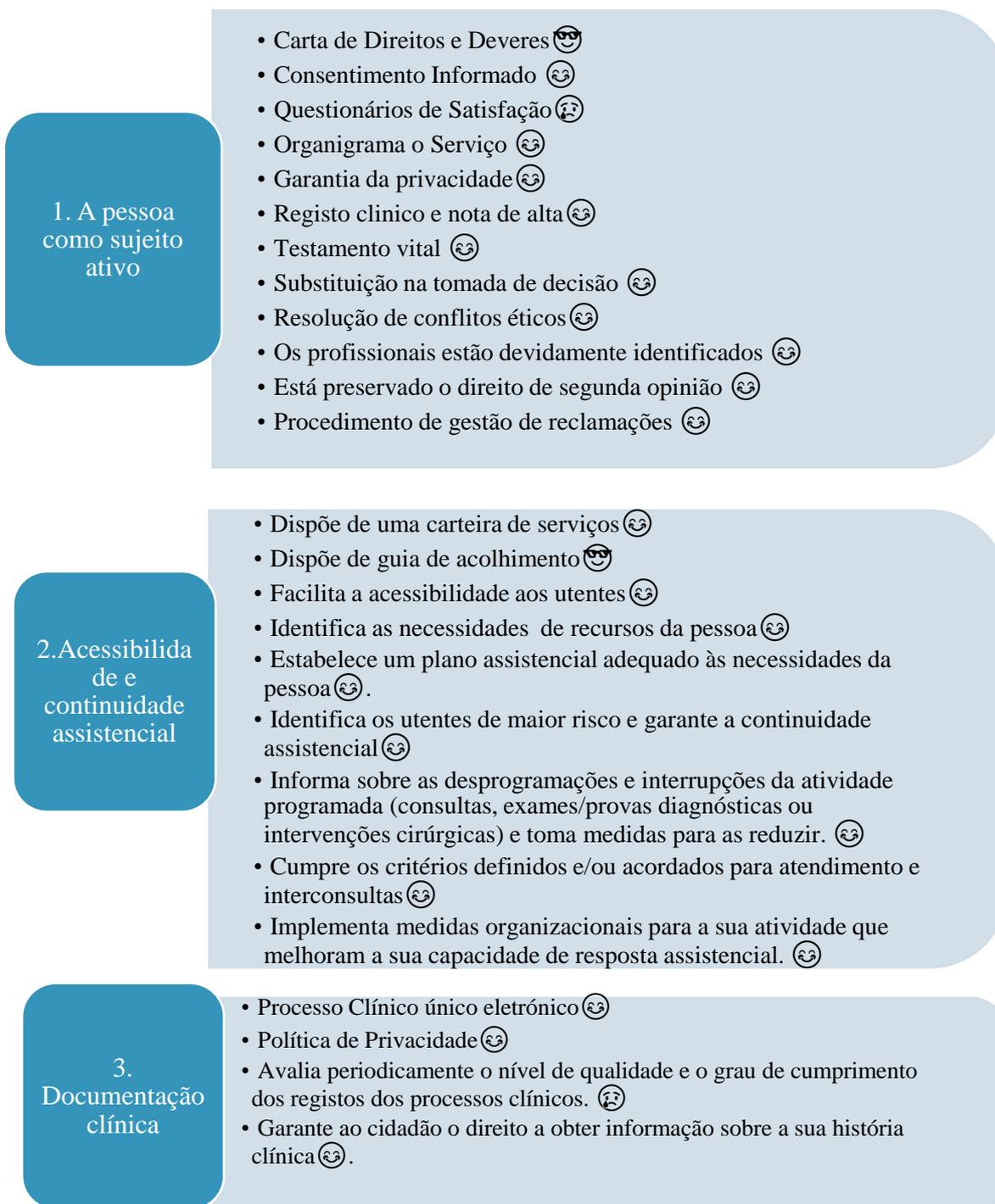


Figura 6 - Lacunas detetadas nos *standards* (I)



☹ [Carta dos direitos e deveres dos doentes]. Está afixada em locais públicos, mas com pouca visibilidade e material de suporte degradado.

Procedimento a melhorar significativamente. Para esta tarefa deve ser designado um membro do Serviço de Gestão de Doentes, que deve avaliar semestralmente se há degradação dos materiais de suporte. Poderia existir nas áreas comuns um ecrã com um plano de comunicação, de forma a difundir a carta dos direitos e deveres dos doentes, o procedimento sobre higienização das mãos, o manual de acolhimento, o organograma do Serviço, etc. O hospital dispõe de um gabinete de comunicação que poderia elaborar este projeto.

☹ [Inquéritos de satisfação dos doentes]. Não há evidência deste procedimento nos serviços de internamento. Inquiridos alguns elementos do Grupo da Experiência do Doente conclui-se que os inquéritos são da autoria do grupo, sem conhecimento da metodologia de validação dos mesmos. A DGS tem aplicado vários modelos de inquéritos de satisfação dos doentes, mas não elaborou nenhum projeto que os hospitais pudessem implementar para avaliarem a satisfação dos seus doentes.

Nesta tarefa deve ser envolvido o Grupo da Experiência do Doente, que deve também monitorizar os resultados e promover sugestões de melhoria com periodicidade anual

☹ [O Serviço dispõe de guia de acolhimento] O guia de acolhimento do CHS foi elaborado há vários anos e neste momento não está disponível na consulta documental; necessita de revisão face aos critérios do modelo ACSA.

☹ [Avalia periodicamente o nível de qualidade e o grau de cumprimento dos registos dos processos clínicos] A qualidade dos registos clínicos não é avaliada - esta tarefa pode ser incumbida aos médicos codificadores do Serviço – a realizar com periodicidade trimestral.

II. A organização da atividade centrada na pessoa

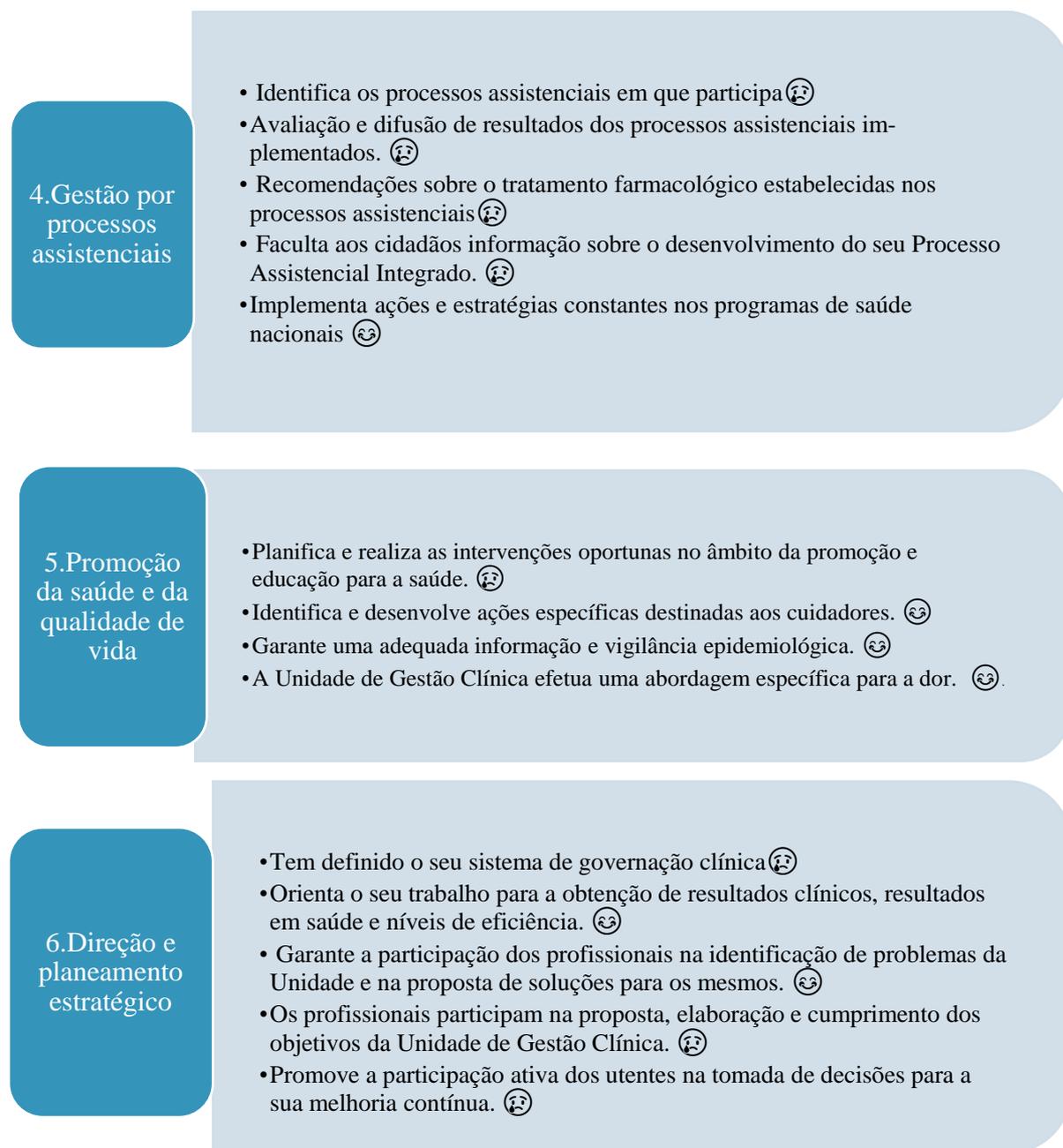


Figura 7 - Lacunas detetadas nos *standards* (II)



(Lacuna) [Identifica os processos assistenciais em que participa] O Serviço não tem elaborado processos assistenciais integrados. A pretensão a centro de referência do reto terá como

consequência a elaboração de um PAI (Processo Assistencial Integrado) para o cancro colorretal. A responsabilidade da elaboração e implementação do mesmo será imputada ao grupo de cirurgia colorretal. Após a respetiva aprovação deverá ser auditado anualmente pela comissão oncológica. Deverá ser revisto no prazo de 3 anos pela equipa que o elaborou.

⊖ [A unidade de saúde promove ações oportunas no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença] O Serviço não implementou ações deste tipo. Sugere-se a criação de parcerias com outros serviços do hospital e associações da comunidade, para divulgação e implementação do programa de rastreio do cancro colorretal de base populacional, e programas que permitam intervir nos fatores de risco para estas neoplasias - nomeadamente programas de combate à obesidade, promoção da atividade física, modificação de hábitos alimentares, evicção tabágica e alcoólica. As responsabilidades deverão ser tripartidas entre os profissionais de saúde do hospital, dos cuidados de saúde primários e as associações da comunidade. A avaliação do impacto da modificação de estilos de vida não tem habitualmente visibilidade imediata. Pretende-se aumentar o diagnóstico de cancros em estadios precoces e diminuir a deteção de cancros em estadios avançados. A promoção de programas de exercício físico em doentes com cancro também aumenta a sua qualidade e esperança de vida. A monitorização será anual – o Serviço de Gastrenterologia avaliará o aumento do número de colonoscopias decorrentes do programa de rastreio .O Serviço de Cirurgia, através do Grupo de Cirurgia Colorretal, avaliará o impacto sobre o diagnóstico em estadios precoces.

⊖ [Tem definido o seu sistema de governação clínica] O Serviço não elabora planos de ação. Não são explicitados em qualquer documento a missão, visão e/ou valores deste serviço, ou os seus objetivos estratégicos. Não possui regulamento interno nem manual da qualidade. Os profissionais não são envolvidos na contratualização da carteira de serviços, mas participam no seu cumprimento. A direção do Serviço, conjuntamente com os coordenadores dos grupos de trabalho e unidades funcionais, devem ser incumbidos de formularem o regulamento interno e um manual de qualidade assistencial do SCG. Recomenda-se a revisão destes procedimentos a intervalos de 3 anos.

⊖ [Promove a participação ativa dos utentes na tomada de decisões para a sua melhoria contínua] O Grupo da Experiência do Doente deverá ser consultado e sugerir implementação de processos de melhoria, de acordo com os resultados dos inquéritos de satisfação.

III. Os profissionais

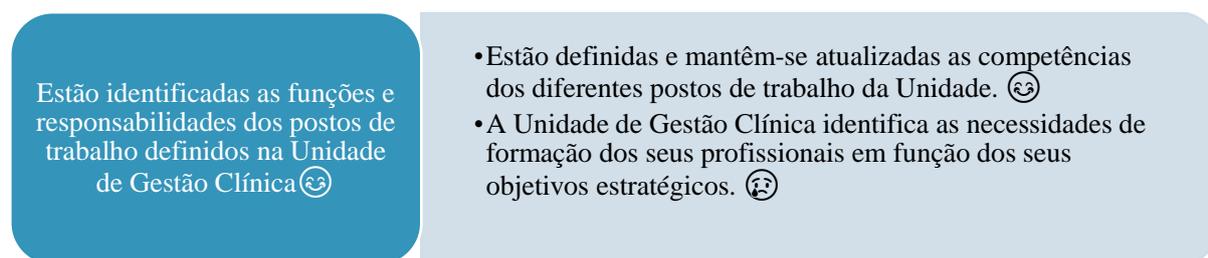


Figura 1 - Lacunas detetadas III



(😞) [Identificação das necessidades de formação dos profissionais em função dos objetivos estratégicos] Os objetivos estratégicos do Serviço não estão documentalmente explicitados. Os profissionais e os grupos de trabalho tomam individualmente a iniciativa da realização de cursos de desenvolvimento profissional. Não obstante a pressão da tutela governamental, o Serviço (e o CHS) não tem ainda implementado o sistema de gestão e avaliação do desempenho dos trabalhadores da administração pública (SIADAP 3) na classe médica. Foi nomeada uma comissão para a aplicação deste sistema a todos os médicos do hospital.

IV. Processo de Suporte

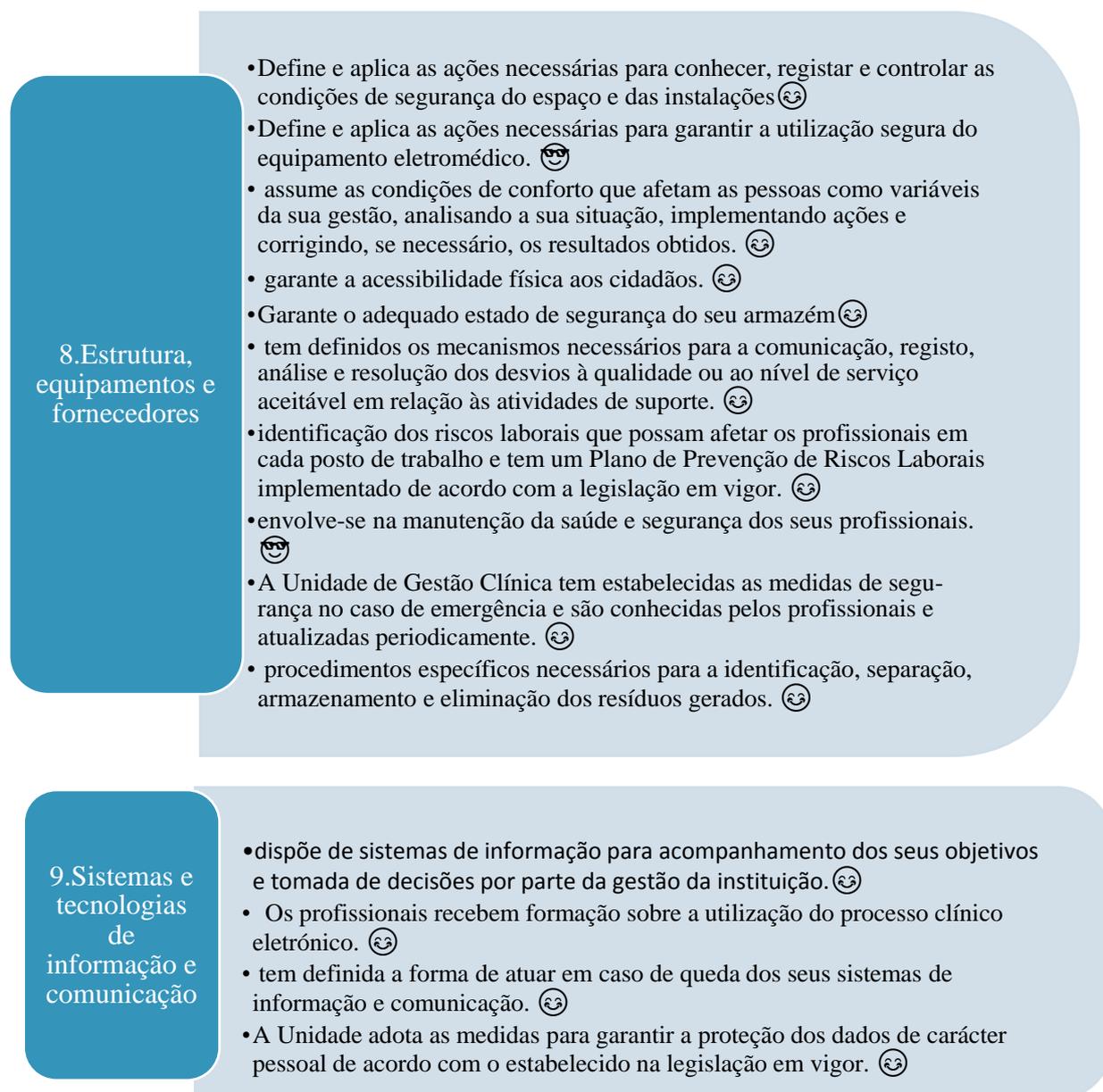


Figura 9 - Lacunas detetadas IV



😊 [Utilização segura de equipamento eletromédico] Não existem procedimentos transversais ao hospital sobre a utilização e aparelhos de eletrocirurgia (existe um procedimento, que se aplica apenas no HOSO). O Serviço deve empenhar-se na elaboração de um procedimento

transversal a todo o centro hospitalar. A responsabilidade deve incidir sobre a equipa de enfermagem dos blocos operatórios e salas de pequena cirurgia.

☺ [Manutenção da saúde e segurança dos profissionais] A medicina do trabalho não tem uma atitude pró-ativa no sentido de convocar os profissionais para consultas de medicina preventiva, embora esteja estabelecido no manual da qualidade a realização de uma consulta anual de medicina do trabalho. Este procedimento já foi auditado, mas sem divulgação dos resultados ou planos de melhoria. Não há iniciativas de promoção da saúde dos profissionais através de programas de adoção de estilos de vida saudável ou de iniciativas para prevenção de doenças profissionais. A melhoria proposta incide na criação de parcerias com associações da comunidade para promoção da atividade física.

V. Resultados

10. Ferramentas da qualidade e segurança

- Garante uma prestação de cuidados de saúde de qualidade mediante práticas baseadas na evidência científica. (☺)
- avalia o seu nível de adesão às recomendações sobre as práticas clínicas implementadas. (☹)
- identificam-se os riscos para a segurança do utente. (☺)
- incorpora boas práticas para prevenir e controlar as infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. (☺)
- incorpora outras boas práticas destinadas a prevenir incidentes de segurança. (☺)
- tem estabelecido um procedimento destinado à identificação inequívoca das pessoas e das amostras para provas diagnósticas. (☺)
- tem implementado um procedimento destinado a garantir as condições de conservação e armazenamento dos medicamentos e produtos sanitários (☺)
- impulsiona a utilização responsável e segura dos medicamentos pelos profissionais. (☺)
- garante que em doentes de risco os tratamentos farmacológicos necessitam de ser adequados. (☺)
- A Unidade de Gestão Clínica notifica os riscos e eventos adversos relacionados com a segurança do doente, analisa-os e desencadeia as ações oportunas destinadas a prevenir o seu reaparecimento. (☺)

11. Resultados da Unidade de gestão clínica

- dispõe de indicadores-chave para avaliar a sua gestão e avalia periodicamente o seu cumprimento, de tal forma que pode antecipar-se aos desvios e atuar de modo precoce. (☺)
- alcança os níveis de cumprimento definidos para cada indicador-chave (☺)
- analisa o grau de satisfação percebido pelos utentes e implementa melhorias. (☹)
- avalia o cumprimento dos tempos de resposta dos processos incluídos na sua carteira de serviços e incorpora melhorias. (☺)
- monitoriza e controla os desvios orçamentais contratualizados com a finalidade de os corrigir. (☹)

Figura 10 - Lacunas detetadas V



☹ [Avalia o nível de adesão às recomendações sobre as práticas clínicas implementadas]

As auditorias às práticas clínicas implementadas não são cumpridas com a periodicidade definida pela DGS; nenhuma foi realizada por iniciativa do Serviço de Cirurgia Geral.

Plano: Implementar no Serviço os grupos de auditoria às práticas clínicas – cirurgia segura, índice de Apgar cirúrgico,¹⁴ profilaxia antibiótica, profilaxia do tromboembolismo pulmonar etc. – auditar com periodicidade anual.

☹ [Analisa o grau de satisfação percebido pelos utentes e implementa melhorias]

Como não há inquéritos de satisfação realizados neste Serviço, estes não podem gerar sugestões de melhoria. O Serviço deve solicitar ao Grupo de Experiência do Doente a implementação de inquéritos de satisfação no Serviço de Cirurgia, a realizar com periodicidade anual.

☹ [Monitoriza e controla os desvios orçamentais contratualizados com a finalidade de os corrigir] Os desvios orçamentais não são habitualmente comunicados à classe médica. Os profissionais recebem individualmente a informação sobre a despesa gerada em prescrição de medicação e em MCDT(s), mas desconhecem a comparação interpares. Os profissionais, por desconhecimento, não se empenham na utilização eficiente dos recursos disponibilizados.

¹⁴ O índice de Apgar cirúrgico foi desenvolvido como um preditivo de morbilidade e mortalidade no pós-operatório

4.3.3. Avaliação da Cultura e liderança

Para melhor compreensão da cultura desta organização foi utilizado o já referido modelo dos valores contrastantes de Cameron & Quinn (2011). As pontuações obtidas pela aplicação do teste OCAI, tomando a média aritmética das respostas, mostrou os seguintes resultados ao nível do perfil global da cultura da organização.

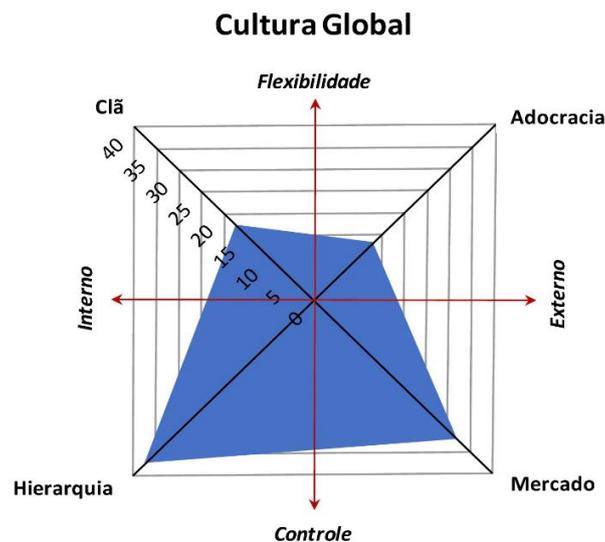


Figura 11 - Perfil global da cultura da organização; junho 2019

Esta organização desenvolve-se predominantemente na cultura da hierarquia ou do controlo interno, mas também na cultura do mercado. O controlo interno é mantido por regras com centralização das decisões, sendo fomentada a subespecialização em várias áreas da cirurgia geral, com criação de unidades funcionais que permitem a diferenciação. Há um forte controlo da liderança para a obtenção de resultados. O objetivo é produzir de forma eficiente, através dos atributos clássicos das burocracias: regras, especialização, hierarquia com linhas marcadas de autoridade, despersonalização e responsabilização.

Além disso, é evidente a sua orientação externa, traduzida na produtividade e elevados níveis de desempenho. Também pretende a competição, pela diferenciação e pela produção, com outros hospitais. Estas são as características da cultura do mercado através da produtividade, resultados e benefícios. A orientação para os resultados é clara: aumento do número de primeiras consultas, aumento do número de doentes intervencionados, aumento do número de doentes com alta da consulta. Este tipo de cultura procura dar resposta á procura externa por parte dos doentes e, por seu lado, alinha-se com diretivas e compromissos assumidos pela tutela ao nível do conselho de administração do hospital e ao nível do Ministério da Saúde.

Contrapondo-se a este quadrante a cultura da *adocracia* é a menos pontuada, sugerindo que esta organização possui baixa ambidextria – a pressão sobre a produtividade não permite a introdução da inovação - novas técnicas e abordagens cirúrgicas podem ter curvas de aprendizagem importantes, implicando aumento do tempo operatório face às técnicas convencionais - e da investigação clínica e do desenvolvimento científico. Também pode ser explicada por um quadro clínico relativamente envelhecido com *status quo* estabelecido.

O quadrante das relações humanas surge fracamente pontuado. O Serviço está dividido em grupos funcionais que trabalham em silos como subgrupos com uma cultura própria, com diferentes envolvimento enquanto equipa nas estratégias do Serviço. Há desigualdade na distribuição dos recursos humanos e na carga laboral entre diferentes equipas.

O perfil dominante da cultura da hierarquia e do mercado mantém-se nas dimensões avaliadas pelo OCAI, isto é, nas características organizacionais, no estilo de liderança, na gestão dos recursos humanos e na coesão organizacional.

Há necessidade de produzir resultados, mas sob monitorização, administrando e coordenando as equipas de forma a manter a eficiência.



Figura 12 - Avaliação dos comportamentos de liderança

Os resultados do teste Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde, mostram que:

- Ao nível da Cultura do Mercado, o líder assume sobretudo o papel de diretor, insistindo no trabalho duro e pressionando para um desempenho que garantam uma excelente execução;

- Ao nível do quadrante da Cultura da Hierarquia, assume o papel de monitor caracterizado pela promoção da tomada de decisões racionais e orientadas por análise de dados e de problemas, a clareza da informação, a fiabilidade dos processos, a precisão nos detalhes do trabalho, a garantia da consistência da qualidade, do serviço e dos custos, por meio da monitorização consistente dos processos e resultados;
- O perfil de liderança da Cultura do Clã é o menos desenvolvido no perfil deste líder;
- No quadrante da cultura da *Adocracia* destaca-se pelo papel de intermediário, caracterizado pelas qualidades de liderar a inovação e o empreendedorismo, assim como de ajudar as pessoas a visualizar o futuro, através de melhorias e mudanças, de criatividade, de flexibilidade e adaptabilidade a mudanças e oportunidades.

Os resultados do Teste Avaliação dos Comportamentos de Liderança em Organizações de Saúde (MSAI) - na perspetiva dos outros - mostrou que existe congruência entre a cultura e as competências de liderança. Quando as forças de liderança de um indivíduo são congruentes com a cultura organizacional dominante, esses líderes tendem a ter mais sucesso, assim como as unidades que administram.

4.3.4 Análise de conteúdo das entrevistas

Para melhor compreensão do impacto do processo de acreditação do CHKS no SCG, foram realizadas 6 entrevistas semiestruturadas ao diretor do Serviço e a 4 coordenadores de grupos de trabalho; a autora, que também coordena um dos grupos do Serviço, fez-se substituir por um elemento do seu grupo de trabalho sem funções de coordenação.

Quadro 10 - Caracterização da amostra dos entrevistados:

Cargo	Idade (anos)	Sexo	Grau da carreira	Anos na instituição
Diretor do Departamento, Diretor Serviço	>63	Masculino	Assistente graduado sénior	>35
Coordenador 1	57	Feminino	Assistente graduado sénior	30
Diretora do Bloco Operatório				
Coordenador 2	63	Masculino	Assistente graduado	>35
Adjunto da direção médica				
Coordenador 3	49	Feminino	Assistente graduado	17
Coordenador 4	548	Masculino	Assistente graduado	18
Cirurgião do Serviço	50	Feminino	Assistente hospitalar	17

As questões colocadas (constantes no Anexo 1), resultam do conhecimento de falhas na implementação, envolvimento e divulgação deste modelo de acreditação, nos *standards* do CHKS nos capítulos de liderança (questões 1 a 6), risco e segurança (questões 7 e 8), cuidados centrados no doente (questões 9,10 e 11), instalações e serviços locais (questões 12 e 13) e governação do Serviço (questões 14 e 15).

A primeira questão: “Como se chama a entidade acreditadora do CHS?”, mostrou que o desconhecimento do nome do CHKS começa nos elementos de topo da organização, nomeadamente o diretor do Serviço e de um dos adjuntos da direção clínica, e estende-se até ao elemento sem funções de coordenação. Contudo, é reconhecido que existe ampla publicitação em cartazes, desde junho de 2019, quando o CHS obteve a recertificação pelo CHKS.

A questão número 2 investiga a contribuição dos profissionais para o manual de procedimentos do CHS; verifica-se que está sobretudo relacionada com cargos de direção - direção do Serviço, direção clínica e direção do bloco operatório. Os restantes coordenadores e elementos do Serviço só deram contributos pontuais. O envolvimento com o processo de acreditação (questão 3) mostra distanciamento da direção do Serviço mas revela o envolvimento dos elementos que exercem ou exerceram o cargo de adjuntos da direção clínica. Globalmente, é reconhecido o impacto do processo de acreditação (questão 4) na implementação de normas e procedimentos. Apenas há um coordenador a recordar como as condições antes do processo de acreditação eram realmente más, e que as melhorias organizacionais se devem ao mesmo.

Os programas de formação profissional obrigatória (questão 5) não são cumpridos por nenhum elemento coordenador. O adjunto da direção clínica parece desconhecer o seu conteúdo já que confundiu uma formação sobre liderança, no âmbito das suas funções de dirigente, com a formação profissional obrigatória.

Os inquéritos de satisfação profissional (questão 6) são realizados anualmente e são divulgados através de correio eletrónico a todos os colaboradores. O seu desconhecimento pode sugerir que os coordenadores não visitam regularmente a sua caixa de correio eletrónico institucional ou não prestam atenção aos seus conteúdos.

O reporte de acidentes clínicos e não clínicos (questão 7) faz parte das normas do CHKS, mas também do Plano Nacional para a Segurança do Doente. Os elementos com responsabilidade de direção nunca fizeram relatos de incidente. Contudo envolvem-se no processo de averiguação de acidentes reportados pelos elementos do Serviço e recebem os relatórios de

investigação e propostas de melhoria decorrentes dos mesmos. Os elementos que já fizeram relatos de incidente queixam-se de não terem recebido a resposta ou da mesma não ter sido conclusiva.

A participação nos vários grupos envolvidos na política de gestão do risco (questão número 8) limita-se também aos elementos com cargos de direção. O diretor do Serviço foi coordenador do grupo de controlo de infeção antes do início do processo de acreditação.

A questão que aborda o conhecimento sobre o guia de acolhimento do CHS (questão número 9) revelou várias fragilidades. O diretor do Serviço e o elemento não coordenador revelaram claramente desconhecer o documento. Os outros coordenadores têm conhecimento da sua existência. A consulta documental do manual de políticas e procedimentos do CHS mostrou que existem documentos setoriais, mas nenhum pertencia ao SCG. O guia de acolhimento deste Serviço foi elaborado por um grupo de enfermeiras, não foi enviado para análise e aprovação pela direção do Serviço nem para ratificação pela Comissão de Administração Clínica.

Todos os coordenadores conhecem a existência de inquéritos de satisfação dos doentes do CHS (questão 10), mas estes não estão disponíveis para consulta na pasta pública ou na pasta departamental do CHS. Os profissionais reconhecem não ter acesso ao relatório de elogios e reclamações (questão 11).

A avaliação das instalações do Serviço foi muito variável (questão 12). O diretor considera estarem subdimensionadas. Os coordenadores dizem ser boas. Apenas o elemento não coordenador as acha sofríveis. Avaliaram a questão sob pontos de vista diferentes.

As repostas sobre o cumprimento de dotações seguras de profissionais médicos (questão 13) também revelam vários pontos de vista. O diretor e alguns coordenadores consideram não ser cumprida a dotação recomendada. Contudo os coordenadores 1 e 3 entendem que no SCG os recursos humanos são adequados ou mesmo excessivos, mas insuficientes para o Serviço de Urgência.

O conhecimento da existência de plano de ação (questão 14) mostrou uma situação paradoxal. O diretor de Serviço reconhece não ter feito planos de ação e o coordenador 1 tem conhecimento desta postura. Os outros colaboradores pensam que existe um plano de ação, dizem conhecê-lo. Parecem querer ocultar seu desconhecimento sobre um documento estruturante do Serviço.

Relativamente ao envolvimento no processo de contratualização interna da carteira de serviços do SCG (questão 15), é evidente o envolvimento do diretor do Serviço. O coordenador 1 de

forma reticente insinua que deveria ser mais implicado no processo. Os coordenadores 2 e 4 reconhecem envolvimento no processo de contratualização em oposição ao coordenador 3 e ao elemento não coordenador, que não são auscultados.

4.4 Análise crítica

A principal limitação do estudo tem a ver com a pequena dimensão da amostra: apenas 17 questionários respondidos no modelo OCAI e 16 no MSAI em 25 profissionais (um dos profissionais está de licença, não tendo recebido o inquérito). O facto de terem sido distribuídos em junho, coincidiu com as férias de alguns profissionais. Outra limitação deste estudo foi só terem sido analisados os médicos. Os enfermeiros são outra burocracia profissional que trabalha por ajustamento mútuo com a classe médica, com hierarquia estrutural e funcional paralela.

Estes profissionais, assim com os auxiliares de ação médica e técnicos administrativos terão possivelmente uma cultura organizacional diferente, mas também funcionam em silos.

Da mesma maneira, as expectativas dos doentes e dos seus familiares não foram objeto de análise, para se delinearem estratégias de mudança centradas nos doentes e integrá-las no processo de certificação.

A avaliação do perfil da cultura do Serviço de Cirurgia Geral parece colocar o foco em processos e em resultados (quadrantes da Hierarquia ou processos internos e do Mercado). Um processo de Gestão pela Qualidade Total através de um modelo de acreditação poderia ser bem sucedido nesta organização. A implementação de um novo modelo de acreditação neste Serviço pode ser um plano de melhoria, ou mais um processo burocrático a acrescentar ao existente.

O processo de acreditação segundo o modelo ACSA está desenhado de modo a focar o doente e as suas necessidades, direitos e expectativas, bem como o progresso e desenvolvimento dos profissionais, e a melhoria contínua da qualidade da instituição de saúde, numa metodologia que facilita a aplicação prática e a maximização dos resultados, podendo esta mesma metodologia ser aplicada à totalidade das instituições de saúde ou apenas a algum serviço específico (DGS, 2017).

A qualidade assistencial no SCG está focada em aspetos como a segurança, a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a equidade, o acesso, a adequação, oportunidade a continuidade. O foco no doente e o respeito são as duas dimensões da qualidade onde este Serviço apresenta maiores discrepâncias. A implementação de um novo modelo de acreditação centrado no doente iria corrigir esta lacuna e corresponderia a um processo de melhoria organizacional.

A outra lacuna detetada foi o progresso e o desenvolvimento dos profissionais. O facto de se tratar de um serviço envelhecido poderá explicar este fenómeno. A acreditação pelo modelo ACSA também poderá colmatar esta omissão e tornar o Serviço mais atrativo para futuras gerações de cirurgiões.

Acreditar um serviço com um novo paradigma, quando os médicos já deram mostra de fraco envolvimento com outro modelo de acreditação transversal à instituição, coloca alguns desafios pelo que se fez uma análise SWOT.

Quadro 11 - Análise SWOT SCG

<p style="text-align: center;">OS PONTOS FORTES (Strengths):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pressão externa - o quadro legislativo favorece a acreditação _PNS 2015-2020. ✓ Fatores internos - Cultura dominante da organização é a dos sistemas abertos favorecendo o foco no doente, complementada com a cultura da hierarquia que favorece a criação de processos centrados no doente. ✓ Cuidados centrados no doente estão na agenda política através do programa de humanização dos hospitais. ✓ Algumas linhas programáticas já estão implementadas no Serviço pelas normas da DGS. ✓ Coerência com as normas da DGS e alinhamento com as políticas de saúde. 	<p style="text-align: center;">AS OPORTUNIDADES (Opportunities):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O processo de candidatura a centro de referência de cancro do reto, se for bem sucedido, irá implicar um processo de acreditação segundo o modelo ACSA. ✓ A criação de um projeto do serviço permitirá um diálogo aberto entre as unidades funcionais do serviço, quebrando o funcionamento em silos . ✓ Quebrar silos entre classes profissionais do serviço de forma a desenhar processos centrados no doente: os processos assistenciais integrados. ✓ Desenho de processos que diminuíssem a carga burocrática sobre o médico, transferindo-a para profissionais treinados e menos diferenciados. ✓ Promover a auditoria interna da qualidade percebida pelo doente, de forma a estabelecer planos de melhoria. ✓ Desenvolvimento de planos de desenvolvimento profissional para os diferentes grupos profissionais mantendo o foco nas expetativas dos doentes.
<p style="text-align: center;">AS FRAQUEZAS (Weaknesses):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O hospital já tem um programa de acreditação implementado. ✓ Os médicos do Serviço estão distanciados do processo de acreditação. ✓ Um novo processo de acreditação poderá introduzir ainda mais burocracia no sistema . ✓ Não sentirem a necessidade da mudança; se os resultados são bons porquê mudar? ✓ Reação de cinismo e resistência á mudança. ✓ Falta de apoio por parte da gestão no desenho de processos. ✓ A implementação de programas semelhantes noutros serviços de Cirurgia tem um impacto incerto. 	<p style="text-align: center;">AS AMEAÇAS (Threats):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Potencial falta de apoio por parte do conselho de administração. ✓ Falta de disponibilidade dos médicos poderem refletir sobre um novo programa de acreditação por carga assistencial ✓ Falta de suporte da gestão no desenho de processos (tal como se observa no processo de acreditação CHKS). ✓ Os doentes não estão organizados para estabelecerem parcerias de diálogo na criação de processos assistenciais

5. Projeto de Mudança

5.1 Certificação pelo Modelo ACSA

Qualquer entidade pode requerer a certificação de um ou de vários dos seus serviços pelo modelo ACSA, devendo para tal ter em conta os seguintes documentos:

- Manual de *Standards* aplicável ao âmbito para o qual pretende a certificação;
- Documento geral de certificação de unidades de saúde;
- Tabela de preços do processo de certificação (DGS, 2015).

O processo de acreditação pelo modelo ACSA compreende as etapas resumidas no Quadro 12:

Quadro 12 - Fases de certificação pelo modelo ACSA

Fases	Intervenientes	Ação	Duração	Objetivo
FASE 1.	O responsável da Unidade de Gestão Clínica	Candidatura preparação e visita de apresentação para início do processo		Aceitação da candidatura e assinatura do contrato Planeamento do processo de autoavaliação
FASE 2. Autoavaliação	Os profissionais da UGC	Metodologia PDCA - Planeamento (P – Plan) - Cumprimento (D – Do) - Avaliação (C – Check) - Adequação (A – Act) para cada um dos standard	12 meses	Analisar o desempenho face aos padrões do manual de standards observando o que se está a fazer bem e detetar aspetos que necessitam de ações de melhoria.
FASE 3. Visita de avaliação	Direção da UGC e a equipa de avaliadores do DQS	A verificar o cumprimento dos standards a partir das evidências positivas e áreas de melhoria introduzidas		DQS elabora um relatório sobre o grau de cumprimento dos diferentes standards e seu envio Direção da UGC (Unidade de Gestão Clínica
FASE 4. Certificação e Acompanhamento	DQS realizará uma visita de acompanhamento à Unidade de Gestão Clínica durante a vigência do certificado		5 anos Aos 2,5 anos e, a contar da data da visita de avaliação, haverá avaliação externa de acompanhamento	Consolidar resultados Manter cultura de melhoria Produzir nova melhoria.

Fonte: Manual de *Standards*

Este projeto tem como objetivo contribuir para a construção de um manual da qualidade segundo o modelo ACSA no Serviço de Cirurgia Geral. Esse documento será de âmbito mais alargado, deverá contar com a colaboração de todo o Serviço e, portanto, não será desenvolvido na íntegra neste trabalho.

O processo de certificação pelo modelo ACSA exige a elaboração de processos assistenciais integrados. Esta foi a principal lacuna detetada na fase de autoavaliação.

Pretende definir a organização interna, fluxogramas, responsabilidades e o processo assistencial integrado do doente com cancro do reto.

Pretende descrever esquematicamente os processos e os mecanismos de controlo adotados

Os processos assistenciais integrados (PAI) representam uma forma de abordar a prestação de cuidados de modo global, integrando todos os níveis de cuidados e toda a equipa multiprofissional, desde o início ao fim de um processo assistencial dirigido ao diagnóstico, tratamento, controlo e/ou prevenção de uma determinada patologia ou problema de saúde.

5.2 Processo Assistencial Integrado do Cancro do Reto

O Serviço de Cirurgia Geral necessita de elaborar vários processos assistenciais na sua atividade clínica.

O PAI do doente com cancro colorretal é apenas um exemplo, aplicável a outras patologias.

Os doentes com cancro do cólon e do reto tratados no Serviço de Cirurgia Geral são abordados de acordo com os protocolos internacionais (ESMO¹⁵ e NCCN¹⁶). O grupo de cirurgia colorretal, por solicitação da Comissão de Controlo Oncológico, está a elaborar um protocolo clínico transversal à instituição para o diagnóstico, estadiamento, tratamento e vigilância do cancro do cólon e do reto. A implementação deste processo segue as regras da metodologia da avaliação da qualidade na saúde do modelo de Donabedian.



Figura 13 - Avaliação da qualidade no modelo ACSA

¹⁵ ESMO: European Society for Medical Oncology

¹⁶ NCCN: National Cancer Comprehensive Network

A *estrutura*. Os mapas de competências estão definidos e são conhecidos e os profissionais participam na avaliação do seu desempenho e no seu desenvolvimento profissional.

Os *processos* de suporte estão definidos com a alocação de recursos necessária.

Os *resultados* assistenciais são regularmente monitorizados.

A *expetativa dos doentes* é avaliada.

A gestão do risco está presente em todos os processos assistenciais integrados e será criada uma simbologia para os representar.

Quadro 13 - Os riscos clínicos são identificados e assinalados

Risco segundo o PN para a segurança do doente 2015-2020	Símbolo identificativo
Identificação correta do doente	
Melhoria da eficácia da comunicação	
Melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância	
Cirurgia correta, no local correto, no doente correto	
Redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde	
Redução do risco de danos resultantes de quedas dos doentes	
Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	
Higiene das mãos (norma 007/2019 de 16 /10 /2019)	

De forma geral, a descrição do PAI tem por base o circuito do doente e pode ser representado conforme indicado abaixo:

- Os profissionais que desenvolvem as diferentes atividades (QUEM);
- A sequência lógica de realização destas atividades (QUANDO),
- A atividade ou o serviço que se presta (O QUÊ);
- As características de qualidade (COMO)
- O lugar em que cada atividade se realiza (ONDE).

A Junta de Andaluzia produziu um manual (Gomez *et al.* 2018) sobre o processo assistencial integrado do doente com cancro colorretal. Neste projeto só será elaborado o circuito do doente cirúrgico com cancro do reto, de acordo com as recomendações desse manual.

Também foi consultado um modelo de PAI (Lourenço, 2018) implementado numa instituição hospitalar portuguesa certificada como centro de referência de cancro do reto.

Proposta de modelo de Processo assistencial Integrado (PAI):

5.2.1 A estrutura.

Define os mapas de competências dos profissionais que participam no PAI e contribui para a avaliação do seu desempenho e no seu desenvolvimento profissional;

Quadro 14 - Definição de competências de cada grupo profissional

Competências	Médico	Enf ^o	Adm	AO	TDT	Outros
Identifica corretamente o doente	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Transmite a informação nas transições de cuidados de saúde	☺	☺		☺	☺	☺
Uso seguro da medicação, dispositivos, medidas de suporte e apoio terapêutico	☺	☺			☺	
Marcação do local para cirurgias/procedimentos invasivos	☺					
Higienização das mãos	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Prevenção de quedas (Ambulatório e Internamento)	☺	☺		☺	☺	☺
Conhece os direitos e deveres do doente	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Respeito pela privacidade e proteção dos dados pessoais	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Conhece a Política de gestão de resíduos hospitalares	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Conhece as normas, procedimentos, orientações técnicas e processos	☺	☺	☺	☺	☺	☺
Conhece o diagnóstico, evolução, complicações e prognóstico	☺	☺				☺
Competência na preparação e administração de medicamento	☺	☺				

Legenda: Enf^o - Enfermeiro; Adm - Administrativo; AO - Assistente operacional;

TDT- Técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Fonte: Elaboração própria (foi consultado o documento elaborado por Lourenço 2018)

5.2.3 O processo

A implementação do PAI requer a seguinte afectação de meios:

Quadro 15 - Processos de suporte - Recursos necessários e serviços de apoio específicos

Serviços de Apoio	Função	Disponibilidade	Riscos
Urgência Geral	Urgência médico cirúrgica	24 h todos os dias	
Patologia Clínica	Recebe amostras e disponibiliza o resultado no pelo sistema Clinidata	24 h todos os dias	
Anatomia Patológica	Recebe as amostras, analisa os tecidos e as suas alterações estruturais	Disponível em dias úteis das 9h-17h	
Imunohemoterapia	Aplicação racional de componentes sanguíneos e hemoderivados	24 h todos os dias	
Imagiologia	Radiologia convencional TAC e ecografia	24 h todos os dias Telemedicina 20h-8h	
Medicina Física e Reabilitação	Reduz os impactos na deficiência e incapacidade funcional.	Dias uteis	
Gastrenterologia	Exames endoscópicos	Dias úteis 9-21H Chamada ao fim de semana	
Oncologia médica	O apoio oncológico de acordo com o estado da arte.	Dias úteis 8-20h	
Consulta Externa de Cirurgia	Diagnóstico, estadiamento, tratamento e vigilância.	Dias úteis 8h-20h	

Há recursos que não estão disponíveis dentro do HSB, exigindo, portanto, protocolos com outras organizações de saúde, tais como: Medicina Nuclear; Ressonância magnética; Radioterapia; Serviço de Cirurgia Hepatobiliar.

O Processo Assistencial Integrado do Cancro do Reto:

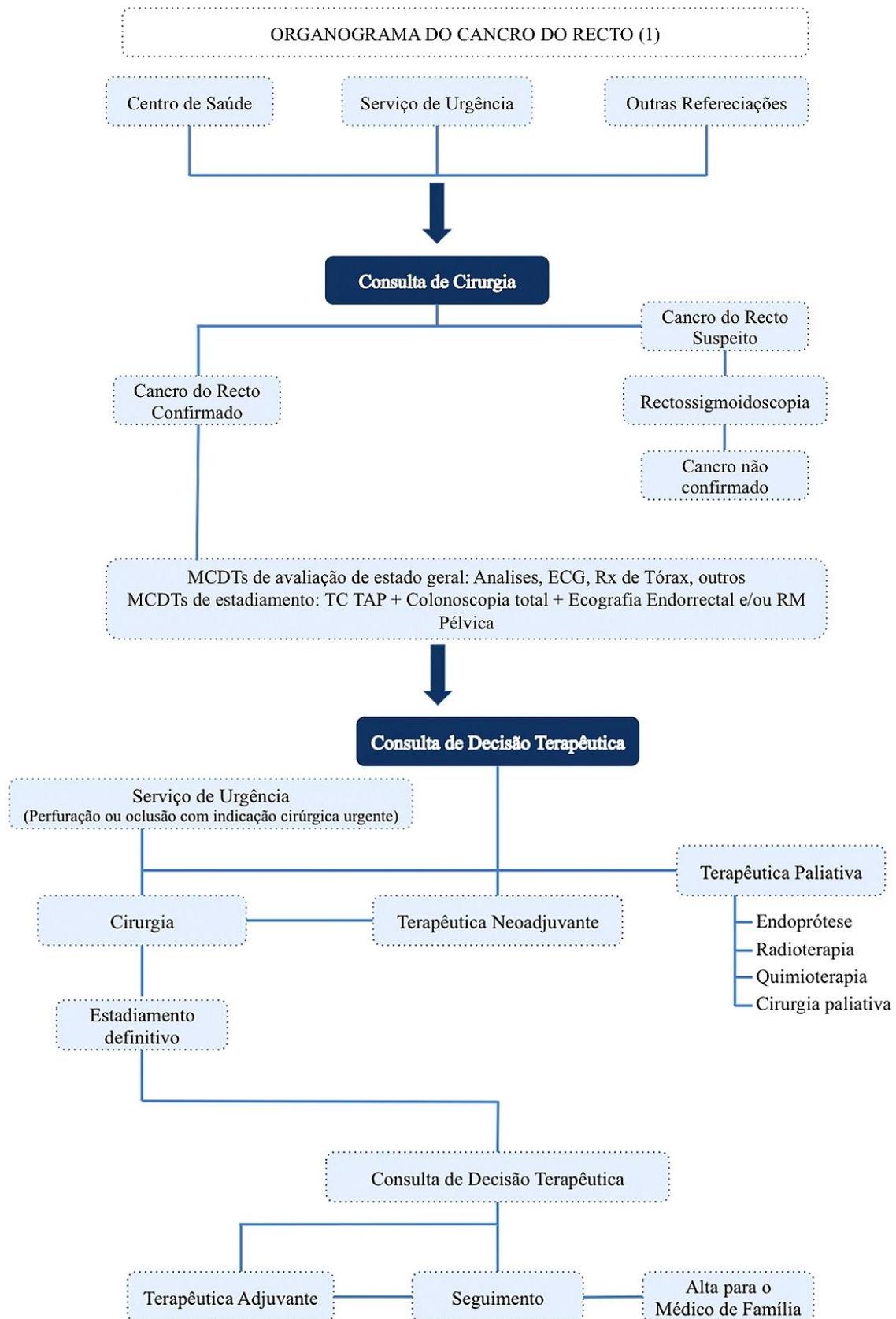


Figura 14 - Fluxograma do Processo Assistencial Integrado do Cancro do Reto

Quadro 16 - Diagnóstico e estadiamento do cancro do reto

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Diagnóstico de cancro do reto	Doente	Suspeita de Carcinoma do reto	Citérios de diagnóstico de Cancro do reto	Consulta externa	
Avaliar o doente e pedir colonoscopia Máximo 30 dias	Médico MGF Gastrenterologia Cirurgia Medicina interna	Consulta externa	História clínica Exame objetivos Performance status Análises Colonoscopia Biópsia	Imagiologia Patologia clínica Anatomia patológica Serviço de Gastrenterologia Consulta externa	
Diagnóstico definitivo de Cancro do reto	doente	Biopsia positiva para Cancro do reto	Após colonoscopia	Unidade de Gastrenterologia Serviço de Anatomia Patológica	
Reavaliação do doente	Médico MGF Gastrenterologia Cirurgia colorretal Medicina interna	Biopsia positiva para Cancro do reto	TAC Torácica RMN abdominal pélvica Eco abdominal Eco endoscopia Análises com CEA e CA19.9 Eletrocardiograma	Consulta externa	
Agendamento de MCDT	Técnico Administrativo	Por solicitação do médico	Agenda todos os exames período igual e inferior a 15 dias	Consulta externa	
Realização de meios complementares de diagnóstico	Técnicos de diagnóstico e terapêutica	Após admissão e cumprimento de preparações	Realização dos exames pedidos e elaboração de relatórios	Imagiologia Laboratório de Patologia Clínica	

terapêutico MCDTs	Médicos de gastroenterologia e imagiologia			Centro de ressonância magnética Serviço de Cardiologia	
Estadiamento do doente	Medico assistente	Consulta externa Hospital de dia de Gastroenterologia	Avalia os exames	Referencia o doente para consulta de decisão terapêutica	
Consulta de decisão terapêutica	Cirurgia colorretal Oncologia Médica Gastroenterologia, Radioterapia Anatomia Patológica Imagiologia	Após realização de exames de estadiamento	Observação dos resultados dos MCDT para correto estadiamento; Discussão do caso clínico Formulação do plano terapêutico a seguir. Encaminhamento para consulta de especialidade	Consulta externa	
Consulta de: Oncologia Cirurgia Geral Cuidados paliativos	Oncologia Médica Cirurgia Colorretal	Após a CDT	Informar o doente da decisão da CDT Explicar a proposta terapêutica Pedido de exames pertinentes	Consulta externa	

Fonte: Elaboração própria

Legenda:- CEA. *Carcinoembryonic antigene*; CA 19.9: *carbohydrate antigene*; CDT: *consulta de decisão terapêutica* ; MCDT-*meios complementares de diagnóstico e terapêutica*; MGF: *Medicina geral e familiar*; RMN- *Ressonância magnética nuclear*; TAC: *Tomografia axial computadorizada*

Quadro 17 - Circuito do doente cirúrgico

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Consulta externa	Cirurgia Colorretal	Após CDT	Informa o doente do plano terapêutico. Obter consentimento informado. Inscrição em LIC(Lista de inscritos para cirurgia) Verificar exames pré-operatórios Iniciar capacitação pré-operatória	Consulta de anestesiologia Consulta de nutrição Consulta de Imunohemoterapia Consulta de Medicina Física e Reabilitação (MFR) Consulta de estomaterapia	
Após consulta de Cirurgia colorretal	Técnico Administrativo		Marca as consultas pedidas tempo inferior a 15 dias	Consulta externa	
Consulta de anestesiologia	Anestesiologista Enfermagem pé operatória	Após agendamento cirúrgico	Avaliação geral Verificar rotinas pré-operatórias Consentimento informado Entrega do Guia de preparação para cirurgia	Consulta	
Consulta de estomaterapia	Enfermagem consulta de estomaterapia	Solicitada pela consulta de cirurgia colorretal	Informação ao doente e familiares de cuidados com estoma. Entrega do Guia de informação	Consulta	
Consulta de Nutrição	Nutricionista	Solicitada pela consulta de cirurgia colorretal	Avaliação nutricional Realização de plano nutricional	consulta	

Consulta de Medicina Física e de reabilitação	Médico Fisiatra	Solicitada pela consulta de cirurgia colorretal	Avaliação do estado funcional Realização do plano para a reabilitação	Consulta	
Agendamento cirúrgico	Secretariado da unidade	Após elaboração do plano cirúrgico pela cirurgia colorretal Máximo 21 dias apos CDT	Validação dos dados pessoais no sistema informático Informa o doente da data de internamento e da cirurgia Informa o Bloco operatório	Secretariado do Serviço de Cirurgia	

Quadro 18 - Circuito do doente cirúrgico - Véspera da Cirurgia

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Admissão do doente	Assistente Técnica administrativa	Após agendamento cirúrgico	Validação dos dados pessoais do doente no sistema informático Realização do acolhimento Entrega o Guia de acolhimento	Receção Internamento Serviço de Cirurgia Geral	
Internamento no Serviço de Cirurgia Geral	Enfermeiros Médicos Cirurgia Colorretal	Após admissão administrativa	Acolhimento História clínica Preparação pré-operatória Reserva de vaga na Unidade de cuidados intermédios Reserva de sangue	Enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral	

Quadro 19 - Circuito do doente Cirúrgico - Dia da cirurgia

Preparação do doente para a cirurgia	Enfermeiro	2h antes da cirurgia	Verifica jejum Verifica preparação intestinal Avalia sinais vitais	Enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral	
--------------------------------------	------------	----------------------	--	---	--

Orientação para o Bloco Operatório (BO)	Enfermeiro Maqueiro do BO	30 m antes da cirurgia	Em cama	Enfermaria do Serviço de Cirurgia Geral	
Receção no BO	Enfermeiros BO AO do BO	Na receção do BO	Transferência para maca	No Bloco operatório (BO)	
Intervenção cirúrgica	Equipa de cirurgia Anestesiologia Enfermeiros	Hora agendada	Intervenção cirúrgica Cirurgia segura	BO	
Encaminhamento: UCPA(Unidade de Cuidados pós anestésicos)	Anestesiologista Enfermeiros AO do BO	Após a intervenção cirúrgica	Em cama	Unidade de cuidados pós anestésicos	

Quadro 20 Circuito do doente cirúrgico - Pós operatório

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Admissão na Unidade de Cuidados intermédios cirúrgicos	Enfermeiro	Após alta da UCPA	Em cama	Serviço de Cirurgia	
Monitorização e vigilância	Enfermeiro Médicos	Durante o internamento	Levante Analgesia Início de dieta, reabilitação	Serviço de Cirurgia	

Enfermaria	Enfermeiro Médicos	Diariamente e quando solicitado	Vigia evolução Deteta e trata complicações Reabilitação	Serviço de Cirurgia	
Alta clínica	Médicos	Estado clínico compatível com ambulatório	Elaboração de nota Alta Marcação de consulta de Cirurgia Marcação de consulta de estomaterapia	Serviço de Cirurgia	

Quadro 21 Circuito do doente cirúrgico - Vigilância

O quê	Quem	Quando	Como	Onde	Risco
Consulta pós-operatória Consulta de estomaterapia	Cirurgia colorretal Enfermeira	Cerca de 1 semana após alta	Vigiar complicações Remover suturas Avaliar autonomia	Consulta Externa	
Consulta de decisão terapêutica	Várias especialidades	Após exame anatomopatológico da peça operatória	Discussão do caso clínico Plano terapêutico Plano de vigilância	Consulta	
Consulta de Oncologia	Oncologista	Após CDT	Plano terapêutico Solicita MCDT de monitorização	Consulta Hospital de dia de oncologia	
Consulta de cirurgia colorretal	Cirurgia colorretal	Após CDT	Plano de vigilância	Consulta	

Quadro 22 - Gestão de Risco – Riscos Clínicos

Descrição Risco	Risco* /impacto	Análise Causa	Análise Efeito	Plano de Melhoria	Plano de Monitorização
Identificação correta do doente	Moderado/elevado	Doentes com nomes iguais Doentes com défices cognitivos	Documentação errada Procedimento ou medicação no doente errado	Confirmar pulseira do doente. Perguntar nome completo e data de nascimento.	Auditoria ao procedimento de identificação correta do doente – Semestral.
Melhoria da eficácia da comunicação	Elevado/elevado	Múltiplas e complexas transições entre categorias profissionais. Falta de procedimentos normalizados.	Inadequada prestação de cuidados. Erros na prestação de cuidados.	Melhoria da comunicação eficaz Sistemas de Informação Consentimento informado Aplicação de procedimentos e <i>guide lines</i>	Notas de alta-Semestral Consentimento informado -Semestral
Segurança Cirúrgica	Baixo/elevado		Cirurgia do local errado /no doente errado /procedimento, errado Infeção do local cirúrgico.	Lista de verificação cirúrgica-100% das cirurgias.	Lista de verificação cirúrgica-Semestral Infeção do local cirúrgico-semesteral Protocolo de profilaxia Antibiótica-semesteral.
Segurança da Medicação	Baixo/elevado	Falta de registo de alergias Armazenamento de medicamentos LASA (1)	Anafilaxia Toxicidade Efeitos adversos Medicação errada	Prescrição eletrónica Praticas seguras de reconciliação terapêutica	Registos de alergias no processo clínico semestral

Quedas	Moderado/elevado	População idosa Alterações cognitivas e motoras Dotação de profissionais inadequada	Fraturas Traumatismos crânio encefálicos	Avaliação de grupos de risco Educação e comunicação dos doentes. Vigilância adequada	Camas com guardas Monitorização das quedas - semestral
Úlceras Por Pressão	Moderado/elevado	Doentes acamados, desnutridos, défices cognitivos Permanência em maca no corredor do Serviço de Urgência	Morbilidade acrescida Aumento da demora média. Perdas de autonomia Dificuldades no retorno ao domicílio	Aplicação do procedimento de enfermagem para a prevenção das úlceras por pressão Mobilização e reabilitação precoces	Monitorização da aplicação do procedimento de prevenção das úlceras por pressão Aplicação a escala de Braden-semesteral
Infeção associada aos cuidados de saúde	Moderado /Elevado	Adesão á higienização das mãos. Má técnica assética de procedimentos invasivos. Não deteção de portadores de microrganismos multirresistentes.	Aumento da morbilidade e mortalidade. Sequelas. Aumento da estadia hospitalar. Custos elevados em tratamentos Indução do aparecimento de microrganismos multirresistentes.	Campanha para higienização das mãos. Procedimento de isolamento de contacto. Normas sobre técnica assética para procedimentos invasivos. Uso racional de antibióticos.	Monitorização de higiene das mãos. Adesão ao programa de apoio á prescrição de antimicrobianos.

(¹) Medicamentos LASA - Look alike, sound alike.

5.3 Os resultados

Quadro 23 - Monitorização de resultados do tratamento do cancro do reto

Indicador	Periodicidade	Meta	Serviço de Cirurgia
Número de cirurgias de carcinoma do reto	Anual	Superior a 20	33
Número de cirurgias de carcinoma do cólon	Anual	Superior a 50	93
Taxa de recidiva local	Anual	Inferior 5% (nos últimos 3 anos)	0-6%
Tempo entre diagnóstico e estadiamento	Anual	Inferior ou igual a 15 dias	Dependente de entidades Externas
Tempo entre diagnóstico e CDT	Anual	Inferior ou igual a 21 dias	Cumprimento em 100%
Tempo entre CDT com decisão e início de tratamento	Anual	Inferior ou igual a 21 dias	Cumprimento em 100%
Taxa de mortalidade intra-hospitalar	Anual	Inferior a 10%	0-6%
Complicações pós-operatórias	Anual	N.A.	36%
Taxa de deiscências anastomóticas	Anual	Inferior a 15%	6%
Taxa de reintervenções não programadas	Anual	N.A.	9%
Avaliação da radicalidade cirúrgica (R0, R1, R2)	Anual	N.A.	2013– R0:22, R1:0; R2:1 2014 – R0:18, R1:1; R2:2 2015 – R0:24, R1:1; R2:0 2016–R0:25, R1:1; R2:0 2017–R0:24, R1:1; R2:0
Taxa de colostomias definitivas	Anual	N.A.	26%
Taxa de excisão total do mesorreto	Anual	N.A.	Completo – 68% Quase completo - 15% Incompleto – 16%
Sobrevida mediana aos 5 anos	Anual	N.A.	88%;
Número de cirurgias por cirurgião	Anual	N.A.	Média 7
Monitorização do Processo Assistencial Integrado	Anual	N.A.	PAI em fase de discussão

Fonte: Adaptação do documento de candidatura a centro de referência do cancro do reto do CHS.

5.4 As expetativas dos doentes

A expetativa do doente com o diagnóstico de cancro do reto incide inicialmente sobre a celeridade do seu processo de estudo clínico e terapêutica adequada. A implementação do PAI vem de encontro a esta expetativa.

O temor da necessidade de uma ostomia está presente desde o início do processo. A relação médico-doente é fundamental para o processo de comunicação efetiva com o doente e familiares através do esclarecimento honesto do diagnóstico, terapêutica e suas implicações e também o prognóstico. A presença de uma ostomia altera significativamente a qualidade de vida, a morbilidade psicológica, a sexualidade e a imagem corporal dos doentes.

Os cuidadores e familiares devem ser envolvidos desde o início do processo e também eles sofrem de elevados níveis de ansiedade e depressão.

As normas de certificação do modelo ACSA, o cidadão no centro sistema de saúde, devem estar presentes em todas as fases do PAI do doente com cancro do reto de forma que as expetativas dos doentes não sejam só alcançadas, mas excedidas.

CONCLUSÃO

A implementação de modelos de acreditação nas unidades de saúde é uma orientação estratégica do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade nos serviços de saúde. Os desafios atuais dos serviços de cirurgia geral implicam uma aposta na diferenciação, inovação e qualidade dos cuidados prestados de acordo com as melhores práticas clínicas, de forma a diminuir os custos, a aumentar a satisfação dos doentes, mas também aumentar a satisfação dos profissionais.

O diagnóstico realizado sobre a conformidade e adesão dos cirurgiões do Serviço de Cirurgia Geral ao processo de acreditação segundo o modelo CHKS permite tirar algumas conclusões:

- O envolvimento do processo de acreditação está relacionado com os cargo de adjunto da Direção Clínica.
- O diretor do Serviço não se revê neste modelo, mostra resistência na sua implementação, mas é sensível à avaliação da qualidade centrada nos resultados finais em saúde, através do controlo dos processos.
- A maior parte do Serviço mostra distanciamento e desconhecimento dos grandes eixos do processo de acreditação e o seu impacto nos processos de liderança, gestão, e desenvolvimento profissional. Contudo, é unânime a opinião que o processo de acreditação teve impacto ao nível do serviço sobretudo em aspetos relacionados com a segurança do doente.
- A maior parte dos cirurgiões, enquanto burocracia profissional, respondem à sua hierarquia técnica, quase ignorando a hierarquia institucional, não acedendo aos meios de comunicação entre a direção do hospital e os seus trabalhadores.

As principais linhas de ação propostas através da implementação do modelo de certificação ACSA são:

- Unir o serviço num projeto comum, quebrando os silos entre os diversos grupos de trabalho, através da criação de procedimentos de acordo com os *standards* deste modelo. É uma oportunidade para diminuir a carga burocrática associada ao exercício da profissão médica, redefinindo competências, criando processos assistenciais integrados e os procedimentos associados aos mesmos, de acordo com as melhores práticas clínicas.

- Recentrar a relação médico-doente - neste momento candidata pela OM a património imaterial da humanidade - promovendo a humanização dos cuidados de saúde, salvaguardando a segurança clínica dos doentes e do próprio médico.
- Incluir a participação dos outros profissionais do serviço, enfermeiros, técnicos administrativos, assistentes operacionais e gestores neste projeto comum, quebrando silos entre classes profissionais e colocando o doente no centro do sistema de saúde.
- A candidatura a centro de referência da cirurgia do cancro do reto, para além do prestígio institucional, será o programa de melhoria contínua da qualidade que terá de implementar a principal mais valia para os doentes e profissionais.
- Promover o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais. Embora pouco explorada no modelo de acreditação ACSA, o desenvolvimento e satisfação dos profissionais são neste momento um dos principais constrangimentos à implementação de qualquer modelo de gestão pela melhoria contínua da qualidade. Segundo alguns autores (Dean *et al.*, 2019) os médicos não sofrem de *burnout*, mas sim de danos morais. O dano moral ocorre quando os médicos perpetram, testemunham ou não conseguem impedir um ato que transgrida as suas crenças morais mais profundas. No contexto da saúde, essa transgressão é causada pela exigência de realizar a impossível tarefa de satisfazer simultaneamente o doente, o hospital, o pagador e o médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdullah Alkhenizan and Charles Shaw (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *J Family Community Med.* 2012 May-Aug; 19(2): 74–80.doi: 10.4103/2230-8229.98281

Alcazar Reyes A, Sotillos-González B, Valverde JA, Torres-Olivera A. (2011). Professional involvement in the design of accreditation manuals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* doi: 10.1108/09526861111174189 · Source: PubMed

Appelbaum S.H; Habashy; S.Malo, J. L.; Shafiq, H. (2012). Back to the future: Revisiting Kotter's 1996 change model. 2012 *Journal of Management Development* 31(8):764-782-DOI: 10.1108/02621711211253231

António, Nelson Santos; Teixeira, António; Rosa, Álvaro (2007). 2ª edição 2016. *Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM* (Edições Sílabo, Lisboa).

Anyieni, A Gwaka; Gidion, Ondari C; Mayianda, Rose; Damaris, K A (2016). Organisational Change: A Critical Review of the Literature. *International Journal of Professional Management* ISSN 20422341 Volume 11, Issue 2, 2016 www.ipmajournal.com

Badrik, Tony; Preston Arthur. (2001). Influences on the implementation of TQM in health care organizations: professional bureaucracies, ownership and complexity *Australian Health Review* [Vol 24 • No 1] 2001

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa edições, 70,

Bonilla (2003)A Gestão da Qualidade Total na Agropecuária: Aspectos Introdutórios Prof. José A. Bonilla November 2003 *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa* (2)DOI [10.5329/432](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/2039712424) <https://www.researchgate.net/scientific-contributions/2039712424>

Bengoa, R., R. Kawar, P. Key, S. Leatherman, R. Massoud, P. Saturno, (2006). Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems (*World Health Organization 2006*).

Bircher (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos* 2005;8:335- 41.

Boto Paulo, Costa Carlos, Lopes Sílvia. (2008). Benchmarking e qualidade Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública- Volume Temático: 7, 2008*

Brubakk Kirsten, Gunn E. , Geir Bukholm, Barach Paul and Tjomsland Ole (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention. *BMC Health Services Research.* 2015; 15: 280.Published online 2015 Jul 23. doi: 10.1186/s12913-015-0933-x

Çelik et Ozsoy (2016): Organizational Change: Where Have We Come From, and Where Are We Going? *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences* Vol. 6 (1), pp. 134–141, © 2016 HRMARS

- Cameron S Kim, Quinn E Robert (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the competing Values Framework*-Third Edition- 2011 Jossey Bass
- Campos L., Saturno P., Carneiro A.V., (2010) .*Qualidade dos cuidados e dos serviços* Plano Nacional de Saúde 2011-2016.
- Centro Hospitalar de Setúbal. *Relatório de atividades e contas 2010* <https://docplayer.com.br/116597792-Centro-hospitalar-de-setubal-e-p-e-hospital-de-sao-bernardo-hospital-ortopedico-sant-iago-do-outao.html>
- Clement J. McDonald, MD Michael Weiner, MD, MPH Siu L. Hui. (2000) .Deaths Due to Medical Errors Are Exaggerated in Institute of Medicine Report -*JAMA*, July 5, 2000—Vol 284, No. 1 (Reprinted)
- David Paper. Editorial Preface. *Change Research: The Search for a Theoretical Construct*. Utah State University, USA. Steve J. Simon, Mercer University, USA. Change Research - Semantic Scholar.<https://pdfs.semanticscholar.org/4398/887aaa0b717d5e28feeb53849dcf57e3876b>.
- Daucourt V. and P. Michel. (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Number 6: pp. 463–471
- DECO (<https://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/hospitais-estudo-inedito-retrata-experiencia-dos-utentes>).
- Dean Wendy; Dean Austin Charles; Talbot Simon G. (2019): Médicos defendem que o termo 'burnout' é um equívoco: "estamos sofrendo danos morais “-*Medscape*- 5 de agosto de 2019.
- Departamento da Qualidade na Saúde (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses*-resultados do estudo piloto-dezembro2011 <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i017804.pdf>-
- DGS (2009). ACSS- *Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA*- Resultados Globais de 2009
- DGS (2014).*Programa nacional de acreditação em saúde 2014*-Edição: Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. Coordenação -Filipa Homem Christo
- DGS(2015a).*Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde, Rev. 6* – julho 2015www.dgs.pt/acreditacao@dgs.pt
- DGS (2015b). *Estratégia nacional para a qualidade na Saúde 2015-2020*—Departamento da Qualidade na saúde, <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>-consultado em 3/3/2019
- DGS (2017). Manual de Standards – *Unidades de Gestão Clínica*- Departamento da qualidade na Saúde 2017.
- Desveaux L; Mitchell J; Shaw J; Ivers N (2017); Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 29(7), 941–947 doi: 10.1093/intqhc/mzx136

Devkaran Subashnie, O'Farrell Patrick N, Ellahham Samer, Arcangel Randy (2019). Impact of repeated hospital accreditation surveys on quality and reliability, an 8-year interrupted time series analysis *BMJ*. Open 2019;9:e024514. doi:10.1136/bmjopen-2018-024514

Dixon-Woods, M., McNicol, S. and Martin, G. (2012).: Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's program evaluations and relevant literature. *BMJ quality & safety*, 21 (10), p.876–884.

Donabedian (1990) The seven pillars of quality. *Arch Patol Clin Med*. 1990;14(11):115-18.

Donabedian (1997). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 121

Due Tina Drud, Thorsen Thorkil, Kousgaard Marius Brostrøm. (2019). Understanding accreditation standards in general practice – a qualitative study-. *BMC Family Practice* (20:23) <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0910-2>

Falstie-Jensen et al. (2015). *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27(3), 165–174 doi: 10.1093/intqhc/mzv023 Advance Access Publication Date: 28 April 2015

Falstie-Jensen Anne Mette, Bogh, Søren Bie Søren Johnsenet Paask (2018) *International Journal for Quality in Health Care*, 2018, 30(5), 382–389 doi: 10.1093/intqhc/mzy037 Advance Access Publication Date: 19 March 2018

Gloria KB Ng, Leung Gilberto KK, Johnston Janice M, Cowling Benjamin J (2013). -Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis-*Hong Kong Med J* 2013;19:434-46 DOI: 10.12809/hkmj134063

Gouws & Koomhof (1998) Enhancing the accountant's awareness of change- *Meditari Accountancy Research* Vol. 61998: 67-90

Greenfield D., Kellner A., Townsend K., Wilkinson A., Lawrence S. A.(2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (4), 372-377. doi: 10.1093/intqhc/mzu039

Groene Oliver , Klazinga Niek , Wagner Cordula , Arah Onyebuchi A , Thompson Andrew , Bruneau Charles, Suñol1Rosa, (2010). DUQuE Research Project (*BMC Health Services Research* 2010, 10:281 1Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/28>

HAS (2011). "Impact and results of health care quality improvement and patient safety programmes" HAS website, www.has-sante.fr-Setembro 2011

Huot (2002) *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas* Réjean Huot- edição:Instituto Piaget, abril de 2002 · isbn: 9789727715466 ·

- IOM (2000). Institute of Medicine 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM (2001). Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
- IOM (2004). Institute of Medicine 2004. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM (2007). Institute of Medicine.2007 *Preventing Medication Errors*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM (2010). Institute of Medicine 2010. *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press.
- IOM (2013). Institute of Medicine 2013. *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. Copyright National Academy of Sciences.
- IPAC. Guia para a aplicação da np en iso 15189 índice alterações http://www.ipac.pt/docs/publicdocs/requisitos/OGC004_GuiaAplicacao15189_v20170622.pdf
- ISO 14001.IPQ.www1.ipq.pt/pt/site/espacoq/historico/pdf/117espacoq012016.pdf
- IQS (2003). Projetos de qualidade nos hospitais -separata *Revista a Qualidade em Saúde* Outubro /dezembro 2003. <http://www.saudinha.com/artigos/projectos%20de%20qualidade%20no%20hospitais.pdf>
- Kadry. Seifedine (2018). *Understanding Six Sigma*-Nova Science Publishers
- Kelly (2011). *Applying Quality Management in Healthcare, A System's Approach* 3rd Edition: Health Administration Press
- Klazinga (1994). Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals 1990–1993 (COMAC/HSR/QA) Global Results of the Evaluation *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 6, Issue 3, September 1994, Pages 219–230, <https://doi.org/10.1093/intqhc/6.3.219>
- Kotter (2012). *Liderar a Mudança*. Atualização em 2012 1ª Edição 2017 Lua de papel
- Legido-Quigley H., McKee Martin, Nolte Ellen, Glinos Irene A (2008). Assuring the quality of health care in the European Union - Observatory Studies Series No12- © *World Health Organization 2008*, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
- Lopes Albino, Capricho Lina(2007). *Manual de Gestão da Qualidade* 1ª Edição 2007- Editora RH
- Lourenço Valéria J.S.(2018). Certificação pelo Modelo de Acreditação ACSA em Centro de Referência de Unidades de Gestão Clínica Hospital Beatriz Ângelo -<https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt>
- Maciel ,J. (Responsável), Carvalho B. S, Costa Maia, Gonçalves Gil. Penedo Jorge, Mendes de Almeida J C. Tralhão J.G., Pinheiro L. F.; Abecassis N.; Costa Paulo. *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Cirurgia Geral*:[/www.sns.gov.pt/wp-](http://www.sns.gov.pt/wp-)

content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-cirurgia-geral.pdf pag20- acedido em 9/3/2019

Manuais CHKS (2016).2 volumes. Programa de acreditação para organizações de Cuidados de saúde CHKS-

Meyer & Allen (1997) - *Commitment in the Workplace: research and application(advanced topics in Organizational Behavior)* SAGE BOOKS

Miranda B Lam, J F Figueroa, Feyman Yevgeniy, Reimold Kimberly, Orav E John, Ashish K Jha, (2018). Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study -| *BMJ* 2018;363:k4011 | doi: 10.1136/bmj.k4011

Mintzberg (1983). Power In and Around Organizations 1983 *Estrutura e dinâmica das organizações* 1995. Tradução de Amélia Salavisa Brookere. Publicações D. Quixote Lisboa

Mofreita (2016). *Manual Rede Nacional de cuidados de saúde* 2016-11-09

Mosadeghrad (2013). Verification of a Quality Management Theory: Using a Delphi Study *International Journal of Health Policy and Management*, 2013, 1(4), 261–271

NHS (2000). An organisation with a memory -*Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS* chaired by the Chief Medical Officer

Nicklin Wendy, Dickson Sarah. (2013). The Value and Impact of Accreditation in Health Care: A Review of the Literature. *Published by Accreditation Canada*. updated October 2013 :<http://www.accreditation.ca/sites/default/files/value-and-impact-en.pdf>.

Nicklin Wendy, Fortune Triona, Van Ostenberg Paul, O’connor Elaine, Mccauley Nicola . (2017). Leveraging the full value and impact of accreditation *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, 29(2), 310–312 doi: 10.1093/intqhc/mzx010 Advance Access Publication Date: 4 February 2017 Perspectives on Quality[accessed Jul 16, 2019].

OECD. Femke B., Dominique de Valeriola, Wim van Harten, Henk Hummel, Renée Otter and Mahasti Saghatchian Editors: Marco A. Pierotti1, Wim van Harten, and Claudio Lombardo *Accreditation and Designation User Manual*

Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais:

https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf.
<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Portugal&a=Hospital%20Program>

Pomey M-P, P François, Contandriopoulos A-P, Tosh A, Bertrandet D (2005). Paradoxes of French accreditation-Article in *Quality and Safety in Health Care*. March 2005 *Qual Saf Health Care* 2005;14:51–55. oi: 10.1136/qshc.2004.011510 .

Peterson CL, Burton R. (2007). *US health care spending: Comparison with other OECD countries*. <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/keyworkplace/311>.

Quinn, R., Faerman, S. R., Thompson, M. P. & Michael R. M. (1990) - *Becoming a Master Manager*. Wiley & Sons, New York.6ª Eddição 2015-WILEY

Reis, E. (1996). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.

Sistemas de avaliação da qualidade. Requisitos (ISO 9001:2008)
www.jaflda.pt/files/NP_EN_ISO_9001_2008.pdf

www.ipac.pt/docs/publicdocs/./OGC004_GuiaAplicacao15189_v20170622.pdf

Romero Gómez, Manuel (Coordinador) Bayo Lozano, E; Conde Herrero, V.; De la Portilla J.; González Montero, M^a C.; Hervás Molina, A.J; López Hidalgo, J. L.; López Moraleda, I.; Morales Carreño, I.; Moreno Borrego, J J; Rodríguez Rodríguez, C.; Sanz Amores, R.; Sierra Sánchez, J.; Vargas Serrano, B.; *Cáncer colorrectal- Proceso Asistencial Integrado* Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.- 3^a ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2018. Texto electrónico (pdf), 73 p. ISBN 978-84-949160-0-7

Ronald Epstein, Street Richard L, (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care *Ann Fam Med* 2011;9:100-103. doi:10.1370/afm.1239

Rooney, Ostemberg (1999). Licensure, accreditation, and certification: *Approaches to health services quality Assurance Project*

Sack C., Scherag A., Lutkes P., Gunther W., Jockel K.-H., Holtmann, G. (2010). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; Volume 23, Number 3: pp. 278–283 10.1093/intqhc/mzr011 Advance Access Publication: 22 April 2011

Self (2007). "Organizational change – overcoming resistance by creating readiness", *Development and Learning in Organizations*, Vol. 21 No. 5, pp. 11-13. <https://doi.org/10.1108/14777280710779427>

SESCAM (2013). *Manual de Calidad Asistencial*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Elaborado por miembros de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20131017/manual_calidad_asistencial_de_la_seca.pdf

Shaw C.D. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International journal for quality in healthcare*, 12: 169-175

Shaw C, Groene O, Mora N. ,Sunol R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals- *International Journal for Quality in Health Care* 2010; Volume 22, Number 6: pp. 445 –451 10.1093/intqhc/mzq054 Advance Access Publication: 8 October 2010

Shaw C D., Braithwaite J., Max Moldovan, Wendy Nicklin, Ileana Grgic, Triona Fortune, And Stuart Whittaker (2013). Profiling health-care accreditation organizations: an international survey *International Journal for Quality in Health Care* 2013; Volume 25, Number 3: pp. 222–231 10.1093/intqhc/mzt011 Advance Access Publication: 13 February 2013

Shaw at al (2014). Shaw C, Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N, Bruneau C, Hammer A, Wang A, Onyebuchi A. Arah, Cordulawagner. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals March 2014- *International Journal for Quality in Health Care* 2014; Volume 26, Number S1: pp. 100–107 10.1093/intqhc/mzu023 Advance Access Publication: 9 March 2014

Sheuwen Chuang, Howley Peter P, Gonzales Shawon S. (2018). An international systems-theoretic comparison of hospital accreditation: developing an implementation typology- *International journal for quality in health care*, 2018 1-7-ISQUA

Shojania KG, Dixon-Woods (2017). - Estimating deaths due to medical error: the ongoing controversy and why it matters M. *BMJ Qual Saf* 2017;26:423–428. doi:10.1136/bmjqs-2016-006144 .

Sara J Singer, Justin K Benzer, Sami U Hamdan, (2015). Improving health care quality and safety: the role of collective learning *Journal of Healthcare Leadership* Dovepress2015<http://dx.doi.org/10.2147/JHL.S70115>

Sistemas de avaliação da qualidade. Requisitos (ISO 9001:2008) www.jaflda.pt/files/NP_EN_ISO_9001_2008.pdf

www.ipac.pt/docs/publicdocs/./OGC004_GuiaAplicacao15189_v20170622.pdf

Sollecito W et Johnson J.. (2019) *Mclaughlin and Kaluzny's Continuous Quality Improvement in Health Care* 5ª Edição 2019 Jones & Bartlett learning

Spath, Patrice (2009). *Introduction to Healthcare Quality Management*. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA Press, Washington, DC

Sullivan K, Kashiwagi D., Lines B. (2011). Organizational Change Models: A Critical Review of Change Management Processes-<https://www.researchgate.net/publication/286202226>

Suñol R. Groene O. (2013). DUQUE: *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe-Final Project Report*

Varsha et Ganesh. (2017). Critical Analysis on Inclusion of Healthcare Quality Dimensions- *International Journal of Management (IJM)* Volume 8, Issue 6, Nov–Dec 2017, pp. 33–43, Article ID: IJM_08_06_004

Vincent C Taylor-Adams S, Stanhope N. (1998). Framework for analyzing risk and safety in medicine. *British Medical Journal*, 1998, 316:1154–1157.

Walque C., Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I. (2008). Comparative study of hospital accreditation programs in Europe K-CE reports -*Federal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg Centre fédéral d'expertise des soins de santé Belgian Health Care Knowledge Centre* 2008

Nicklin e Dickson (2009). *The Value and Impact of Accreditation in Health Care: A Review of the Literature*-Published by Accreditation Canada.

WHO (2002). Charles D. Shaw and Isuf Kalo A background for national quality policies in health systems *World Health Organization*. Regional Office for Europe. 2002: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107458>

WHO (2003). Quality and accreditation in health care services A Global Review- *World Health Organization, Geneva 2003- ISQUA*

Wolff (1996). *Quality in Australian Health Care Study: final report*. Newcastle, University of Newcastle, Health Services Research Group.

Yin (2003). Case Study Research -chapter-1.*How to Know Whether and When to use case studies as a research method*

Legislação

Diário da República nº 148, 1º Suplemento, Série II de 2015-07-31 para Área de Oncologia de Adultos – Cancro do Reto

Orientação e Circulares Informativas DGS nº 002/2013 de 18 -02-2013 para Processos Assistenciais Integrados.

Diário da República, 2ª Série – nº 28 – 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

ANEXO 1 – ENTREVISTA A MÉDICOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Impacto da acreditação CHKS num Serviço de Cirurgia Geral

Exmo. Colega

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema Impacto da acreditação CHKS num Serviço de Cirurgia Geral.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a esta entrevista. O seu nome não será referido na discussão dos resultados, mas será referido o cargo que ocupa na hierarquia do Serviço.

Solicito o seu consentimento para gravar entrevista.

Muito obrigada

Aurora Pinto

Autorizo a gravação da entrevista

Nome:

Data:

Entrevista

Metodologia – Entrevista semiestruturada aos Coordenadores de 4 dos 5 grupos de trabalho e ao diretor e a um elemento do Serviço em substituição da autora.

1. Como se chama a entidade acreditadora do CHS?
2. Participou ativamente no processo de acreditação?
3. Participou na elaboração de algum procedimento para o manual da qualidade?
4. Como avalia globalmente o impacto da acreditação no Serviço de Cirurgia Geral?
5. Quando fez a última formação profissional obrigatória?
6. Alguma vez respondeu ao inquérito de satisfação dos profissionais do CHS?
7. Já fez relato de incidentes? Que resposta obteve?
8. Faz parte ou já fez parte, de algum destes grupos?
(GIARC); Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC); Grupo de Informação Clínica (GIC); Grupo de Reanimação (GR); Grupo de Transporte Doente Crítico (GTDC); Grupo de Controlo de Infecção (GCI); Equipa de emergência e reanimação interna (EEMI); Comissão transfusional.
9. Conhece o guia de acolhimento ao doente no CHS?
10. Teve conhecimento dos inquéritos de satisfação dos doentes, realizados no CHS?
11. Teve conhecimento do relatório de Análise de Elogios e Reclamações?
12. Como avalia as instalações do Serviço de Cirurgia?
13. O Serviço cumpre com as dotações seguras de profissionais médicos?
14. Tem conhecimento do plano de ação do Serviço?
15. Foi envolvido no processo de contratualização interna da carteira de serviços do SCG?

1 - Como se chama a entidade acreditadora do CHS?

Diretor	<i>Era o King's Fund ...</i>
Coordenador 1	<i>CHKS</i>
Coordenador 2	<i>Como se chama? É uma empresa Inglesa ... o nome está por todo o lado...</i>
Coordenador 3	<i>Não sei o nome, mas está bem plasmado em todo o lado...</i>
Coordenador 4	<i>CHK...S</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não faço ideia</i>

2 - Participou ativamente no processo de acreditação?

Diretor	<i>Não</i>
Coordenador 1	<i>Sim, participei.</i>
Coordenador 2	<i>Sim</i>
Coordenador 3	<i>Não participei.</i>
Coordenador 4	<i>Não</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

3 - Participou na elaboração de algum procedimento para o manual da qualidade?

Diretor	<i>Sim.</i>
Coordenador 1	<i>Sim, participei é vários porque era adjunta (da Direção clínica) quando começou o processo de acreditação.</i>
Coordenador 2	<i>Sim.</i>
Coordenador 3	<i>Não.</i>
Coordenador 4	<i>Sim, nas primeiras vezes para a consulta de obesidade...</i>
Cirurgião do serviço	<i>Não.</i>

4 - Como avalia globalmente o impacto da acreditação no Serviço de Cirurgia Geral?

Diretor	<i>Globalmente teve impacto</i>
Coordenador 1	<i>Acho que foi uma grande mais valia, pelo estabelecimento e cumprimento de procedimentos e trouxe uma nova era ao Hospital de Setúbal, não só ao Serviço de Cirurgia, nós estávamos mal, pessimamente e tudo melhorou rapidamente. No Serviço de Cirurgia o impacto é positivo.</i>
Coordenador 2	<i>Foi bom.</i>
Coordenador 3	<i>Sim, há algumas situações com impacto, normas e NOCs¹⁷ que são utilizadas de forma regular..a antibioterapia e NOCs...uniformização de procedimentos com impacto no SCG.</i>
Coordenador 4	<i>Trouxe normas de cuidados e alteração de procedimentos e controlo de informação...com impacto no dia a dia ...</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não avalio, não tenho bases para avaliar.</i>

5 - Quando fez a última formação profissional obrigatória?

Diretor	<i>Nunca fiz</i>
Coordenador 1	<i>Não me lembro. Era para ter feito este ano, mas não consegui por motivos pessoais...</i>
Coordenador 2	<i>Há ano e meio fiz sobre liderança... Não é obrigatório?</i>
Coordenador 3	<i>Fiz há mais ou menos 6 anos...</i>
Coordenador 4	<i>Não me lembro, talvez há mais de 10 anos</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Nunca.</i>

6 - Alguma vez respondeu ao inquérito de satisfação dos profissionais do CHS?

Diretor	<i>Já.</i>
Coordenador 1	<i>Já respondi a inquéritos de satisfação do Bloco operatório. Não respondi a inquéritos para profissionais.</i>
Coordenador 2	<i>Sim.</i>
Coordenador 3	<i>Não sei.</i>
Coordenador 4	<i>Não.</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Nunca, desconheço esse inquérito</i>

¹⁷ NOC-normas de orientação clínica

7 - Já fez relato de incidentes? Que resposta obteve?

Diretor	<i>Eu não. Mas já tive de elaborar respostas a relatos de incidentes</i>
Coordenador 1	<i>Sim. Recebi a resposta a relatos de incidente de Gestão clínica enquanto diretora do Bloco Operatório</i>
Coordenador 2	<i>Não</i>
Coordenador 3	<i>Sim. As respostas foram inconclusivas e vagas e sem alterações no comportamento...</i>
Coordenador 4	<i>Sim. Recebi resposta, não houve alterações de procedimentos, só houve investigação...</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Já fiz, não tive resposta</i>

8 - Faz parte ou já fez parte, de algum destes grupos?

(GIARC);Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC); Grupo de Informação Clínica (GIC); Grupo de Reanimação (GR); Grupo de Transporte Doente Crítico(GTDC); Grupo de Controlo de Infecção (GCI);Equipa de emergência e reanimação interna (EEMI); Comissão transfusional

Diretor	<i>Já fui coordenador do Grupo de Controlo de Infecção</i>
Coordenador 1	<i>Sim, fiz parte do Grupo de reanimação, do grupo de controlo de infeção, da comissão transfusional e da equipa de emergência e reanimação interna</i>
Coordenador 2	<i>Não</i>
Coordenador 3	<i>Não</i>
Coordenador 4	<i>Não</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

9 - Conhece o guia de acolhimento ao doente no CHS?

Diretor	<i>Não</i>
Coordenador 1	<i>Sim, conheço.</i>
Coordenador 2	<i>(Conhece) ” por alto”.</i>
Coordenador 3	<i>Já vi nalguns sítios, sim está implementado nalguns sítios ...</i>
Coordenador 4	<i>Sim</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

10 - Teve conhecimento dos inquéritos de satisfação dos doentes, realizados no CHS?

Diretor	<i>Sim</i>
Coordenador 1	<i>Atualmente não, mas sei que há, que existem e que são feitos</i>
Coordenador 2	<i>Tive</i>
Coordenador 3	<i>Sim</i>
Coordenador 4	<i>Sim</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

11 - Teve conhecimento do relatório de Análise de Elogios e Reclamações?

Diretor	<i>Não.</i>
Coordenador 1	<i>Não tenho. Sei que existem elogios e reclamações, sei que o procedimento é com o diretor do serviço, o diretor do serviço entrega-os à pessoa em causa...</i>
Coordenador 2	<i>Não</i>
Coordenador 3	<i>Não</i>
Coordenador 4	<i>Não</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

12 - Como avalia as instalações do Serviço de Cirurgia?

Diretor	<i>Subdimensionadas</i>
Coordenador 1	<i>São boas, mas poderiam ser muito melhores</i>
Coordenador 2	<i>Boas</i>
Coordenador 3	<i>São boas</i>
Coordenador 4	<i>...São boas...</i>
Cirurgião do Serviço	<i>sofríveis</i>

13 - O Serviço cumpre com as dotações seguras de profissionais médicos?

Diretor	<i>Não</i>
Coordenador 1	<i>O Serviço de Cirurgia? Acho que sim, até pode dizer-se que é sobrelotado...,mas há outras questões que dependem da política...é tudo uma questão política...</i>
Coordenador 2	<i>Sim</i>
Coordenador 3	<i>Para a urgência é insuficiente...,mas na atividade dos Serviço são seguras</i>
Coordenador 4	<i>Não, estão abaixo...</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

14 - Tem conhecimento do plano de ação do Serviço? Quando foi elaborado o último plano de ação?

Diretor	<i>Não faço planos de ação</i>
Coordenador 1	<i>Tenho. Não há! O próprio diretor do Serviço diz que não faz planos de ação!</i>
Coordenador 2	<i>Tenho, o último plano de ação foi há 1 ano...</i>
Coordenador 3	<i>Sei que existe e está disponível, o diretor do Serviço manda para o e-mail dos coordenadores...</i>
Coordenador 4	<i>Sim, há cerca de 2 anos ...</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Mais ou menos ... em linhas gerais ...</i>

15 - Foi envolvido no processo de contratualização interna da carteira de serviços do SCG?

Diretor	<i>Sim</i>
Coordenador 1	<i>Sim porque o Boco operatório faz parte do departamento de Cirurgia...em relação aos números, tem a ver com a Administração e com a direção do Serviço. O que eu penso, se é suposto eu pensar nisso, é que não sou envolvida...</i>
Coordenador 2	<i>Sim</i>
Coordenador 3	<i>Não, mas o diretor do Serviço costuma fazer uma apresentação ao Serviço sobre a contratualização.</i>
Coordenador 4	<i>Não diretamente no Serviço de cirurgia, mas sou indiretamente na contratualização do número de doentes a operar na (Unidade) obesidade.</i>
Cirurgião do Serviço	<i>Não</i>

ANEXO II - OCAI

Exmo. Colega

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE-IUL), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema Impacto da acreditação CHKS num Serviço de Cirurgia Geral.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. A recolha de dados será totalmente anonimizada.

Muito obrigada

Aurora Pinto

Avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde

Autor: Robert E. Quinn

Beyond rational management: mastering the paradoxes and competing demands of high performance

Data: 1998

Nº de Pag.: 8

AVALIAÇÃO DOS MODELOS DE GESTÃO

Adaptado de
Robert E. Quin
Beyond rational management:
mastering the paradoxes and competing
demands of high performance
(Capítulo 9, pp. 144 a 147)
Jossey-Bass Pub., S. Francisco, 2010

INSTRUÇÕES

Cada item apresenta quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização. Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes. Para cada questão, utilize o máximo de 100 pontos.

Na questão 1, por exemplo, se a organização A parece similar à sua, se a B parece um pouco semelhante e se a C e a D não são nada parecidas, pode atribuir 70 pontos à A e dar os restantes 30 à B.

QUESTIONÁRIO SOBRE MODELOS DE GESTÃO

1. Características dominantes (distribua 100 pontos)

- a) A organização de saúde A é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.
- b) A organização de saúde B é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.
- c) A organização de saúde C é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.
- d) A organização de saúde D está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.

2. Líder organizacional (distribua 100 pontos)

- a) O líder da organização de saúde A é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos do seu pessoal.
- b) O líder da organização de saúde B é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.
- c) O líder da organização de saúde C é normalmente designado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.
- d) O líder da organização D é de uma maneira geral considerado como um grande director, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.

3. Princípio organizacional (distribua 100 pontos)

- a) A base sobre a qual se mantém a organização A, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.
- b) A base sobre a qual se mantém a organização B é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.
- c) Os princípios que regem a organização C são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.
- d) A preocupação com a produção e a consecução de objectivos, são os princípios fundamentais que regem a organização D. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.

4. Clima organizacional (distribua 100 pontos).

- a) O clima da organização A é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.
- b) O clima da organização B caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.
- c) O clima da organização C caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.
- d) O clima da organização D é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados

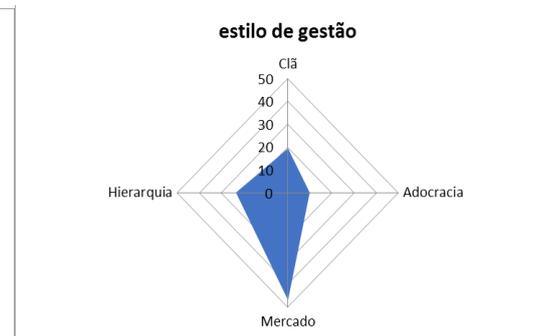
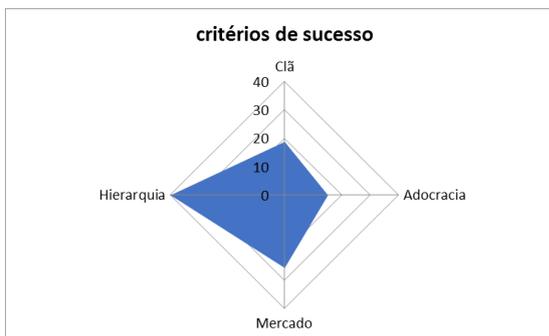
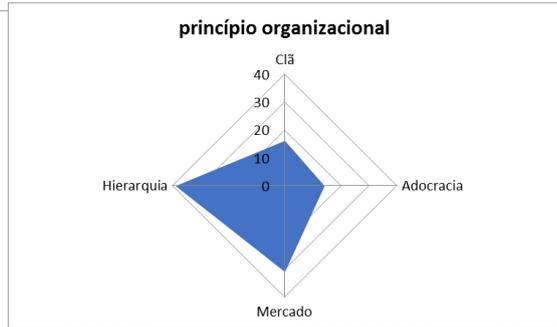
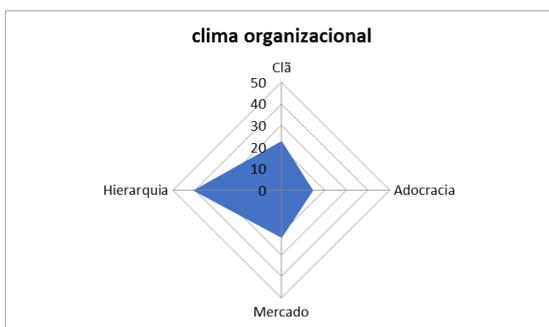
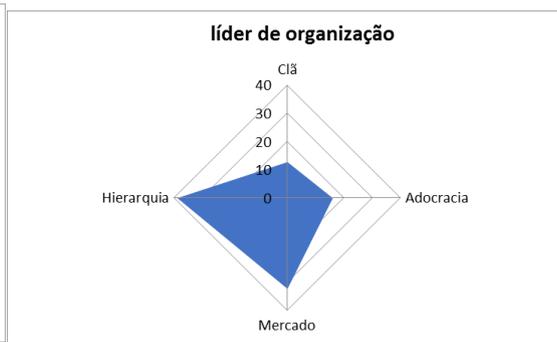
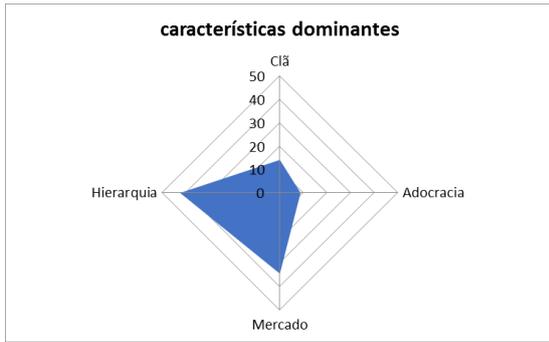
5. Critérios de sucesso (distribua 100 pontos)

- a) A organização A define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.
- b) A organização B define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver acções que outros serviços similares não fazem . É inovadora e em certas áreas de actuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.
- c) A organização C define o sucesso com base na manutenção da actividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.
- d) A organização D determina o sucesso com base no número de actos praticados e no número de doentes tratados .Os objectivos numéricos a alcançar norteiam toda a actividade do serviço.

6. Estilo de Gestão (distribua 100 pontos)

- a) O estilo de gestão na organização A é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.
- b) O estilo de gestão na organização B caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.
- c) O estilo de gestão na organização C é caracterizado pela manutenção da actividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.
- d) O estilo de gestão na organização D é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.

RESULTADOS DO TESTE OCAI																		
Inquirido:	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	Total
1 Características Dominantes																		
Questão a	20	5		40	20	5	20				30	10	10	10	60		10	240
Questão b		5				5	40					10	10	10	20		50	150
Questão c		20	40	30	30	30		70	70	70	40	30	50	40		70	0	590
Questão d	80	70	60	30	50	60	40	30	30	30	30	50	30	40	20	30	40	720
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700
2 Líder Organizacional																		
Questão a		5		25	10	10	40			20		10	10	25	30		30	215
Questão b	40	5		15	20	10	30			20		30	20	25	20		40	275
Questão c		10	80	35	40	10	10	20	60	30	50	10	60	25	30	50	30	550
Questão d	60	80	20	25	30	70	20	80	40	30	50	50	10	25	20	50		660
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700
3 Princípio Organizacional																		
Questão a	5	20		40	5	5	40			20		10	20		30		80	275
Questão b		20	10	20	15	5	40		20	20		20	10	20	30		10	240
Questão c	45	20	60	30	30	30	10	20	50	30		20	40	20	30	90		525
Questão d	50	40	30	10	50	60	10	80	30	30	100	50	30	60	10	10	10	660
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700
4 Clima Organizacional																		
Questão a	80	10		80		5	40			20		10	40		50		50	385
Questão b		30			20	5	40			30		20	10	20	25		50	250
Questão c		20	50	20	40	10	20		50	40		10	40	30	25	20		375
Questão d	20	40	50		40	80		100	50	10	100	60	10	50		80		690
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700
5 Critérios de Sucesso																		
Questão a		30		30	10	5	40			20		10	10	25	40		100	320
Questão b		20	5	20	20	5	30			30	10	30	20	25	40	5		260
Questão c	50	20	35	30	30	70	15	20	50	30		10	30	25	10	15		440
Questão d	50	30	60	20	40	20	15	80	50	20	90	50	40	25	10	80		680
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700
6 Estilo de Gestão																		
Questão a		30		50	5	5	40			20		10	20	10	40		100	330
Questão b		10		20	5	5	30			20		10	20	10	40			170
Questão c	100	30	30	30	50	70	20	80	50	40	100	10	50	40	10	90		800
Questão d		30	70		40	20	10	20	50	20		70	10	40	10	10		400
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1700



ANEXO III - MSAI

Exmo. Colega

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE-IUL), estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema Impacto da acreditação CHKS num Serviço de Cirurgia Geral.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este questionário. A recolha de dados será totalmente anonimizada.

Muito obrigada

Aurora Pinto

**Avaliação dos Comportamentos de
Liderança em Organizações de
Saúde**

(Perspetiva dos Outros)

INSTRUÇÕES

No questionário seguinte são descritos alguns comportamentos de gestão. A sua tarefa consiste em pedir aos seus subordinados que indiquem até que ponto você se enquadra nesses comportamentos.

Os inquiridos deverão utilizar uma escala de sete pontos, a seguir apresentada, para responder a cada questão, tendo em conta que 1 corresponde a “muito raramente” e 7 corresponde a “muito frequentemente”.

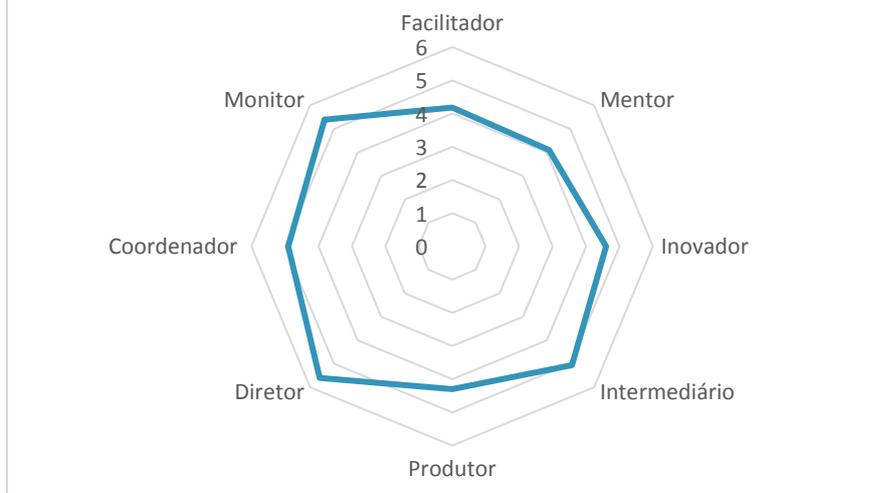
QUESTIONÁRIO

Ao executar o seu trabalho, o meu diretor:

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Escuta os problemas dos colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Revê meticulosamente relatórios detalhados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Influencia as decisões tomadas nos níveis superiores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Resolve os problemas de uma forma inteligente e criativa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Define claramente áreas de responsabilidade para os seus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Envolve-se de modo sincero e pessoal no trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Facilita a criação de consensos nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Garante a boa continuidade das operações diárias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Compara registos, relatórios, etc. com o objectivo de neles detectar alguma discrepância. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Mostra empatia e preocupação ao lidar com os seus colaboradores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Estabelece objectivos claros para a sua unidade de trabalho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Procura inovações e potenciais melhorias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Preocupa-se em manter uma rede de contactos influentes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Procura que o seu ritmo de trabalho não seja interrompido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Procura demonstrar uma grande motivação no desempenho das suas funções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Encoraja a participação nas tomadas de decisão nas reuniões de trabalho em grupo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

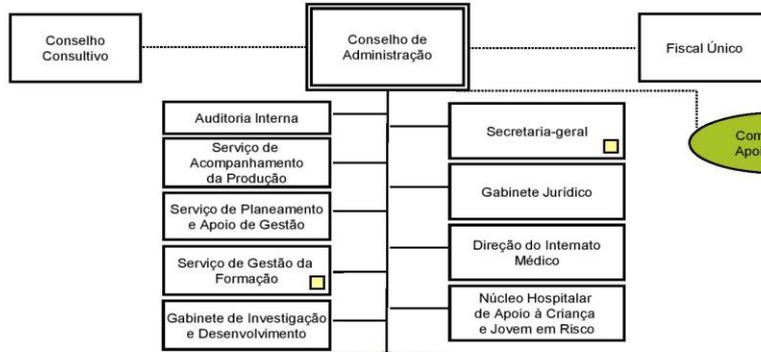
AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DA LIDERAÇA																	
Inquirido:	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	Total
Facilitador																	
Questão 7	4	1	4	6	5	3	6	2	6	7	1	3	6	5	1	6	
Questão 16	6	1	4	6	2	3	6	2	6	7	3	5	5	5	1	6	
Total	10	2	8	12	7	6	12	4	12	14	4	8	11	10	2	12	
Media	5	1,5	4	6	3,5	3	6	2	6	7	2	4	5,5	5	1	6	67,5
Mentor																	
Questão 1	6	2	1	1	4	4	5	3	7	7	2	4	6	6	2	7	
Questão 10	4	1	4	6	3	4	4	2	7	7	1	4	6	5	1	6	
Total	10	3	5	7	7	8	9	5	14	14	3	8	12	11	3	13	
Media	5	1,5	2,5	3,5	3,5	4	4,5	2,5	7	7	1,5	4	6	5,5	1,5	6,5	66
Inovador																	
Questão 4	5	3	3	5	5	4	3	2	6	4	1	3	5	6	2	4	
Questão 12	4	6	5	7	5	6	6	4	7	6	4	6	5	6	3	7	
Total	9	9	8	12	10	10	9	6	13	10	5	9	10	12	5	11	
Media	4,5	4,5	4	6	5	5	4,5	3	6,5	5	2,5	4,5	5	6	2,5	5,5	74
Intermediario																	
Questão 3	6	6	6	3	5	6	3	6	6	3	7	5	6	6	2	6	
Questão 13	5	6	6	5	3	5	6	6	6	2	7	4	3	6	5	5	
Total	11	12	12	8	8	11	9	12	12	5	14	9	9	12	7	11	
Media	5,5	6	6	4	4	5,5	4,5	6	6	2,5	7	4,5	4,5	6	3,5	5,5	81
Produtor																	
Questão 6	5	1	3	6	5	5	3	6	6	7	1	3	6	6	2	7	
Questão 15	4	2	5	6	5	5	3	3	5	4	3	6	4	5	3	5	
Total	9	3	8	12	10	10	6	9	11	11	4	9	10	11	5	12	
Media	4,5	1,5	4	6	5	5	3	4,5	5,5	5,5	2	4,5	5	5,5	2,5	6	70
Diretor																	
Questão 5	6	5	5	4	4	5	4	6	7	6	7	5	4	7	6	7	
Questão 11	6	5	5	6	6	6	6	6	7	6	5	6	5	6	5	7	
Total	12	10	10	10	10	11	10	12	14	12	12	11	9	13	11	14	
Media	6	5	5	5	5	5,5	5	6	7	6	6	5,5	4,5	6,5	5,5	7	90,5
Coordenador																	
Questão 8	6	5	6	5	6	4	6	4	7	6	5	5	5	6	2	6	
Questão 14	5	4	5	4	3	4	7	4	5	2	7	5	3	6	4	5	
Total	11	9	11	9	9	8	13	8	12	8	12	10	8	12	6	11	
Media	5,5	4,5	5,5	4,5	4,5	4	6,5	4	6	4	6	5	4	6	3	5,5	78,5
Monitor																	
Questão 2	6	7	6	4	3	6	5	6	7	5	7	6	5	6	3	7	
Questão 9	6	7	5	3	5	6	3	6	6	4	7	6	5	5	5	6	
Total	12	14	11	7	8	12	8	12	13	9	14	12	10	11	8	13	
Media	6	7	5,5	3,5	4	6	4	6	6,5	4,5	7	6	5	5,5	4	6,5	87

Avaliação dos comportamentos de liderança



ANEXO IV – ORGANOGRAMA DO CHS

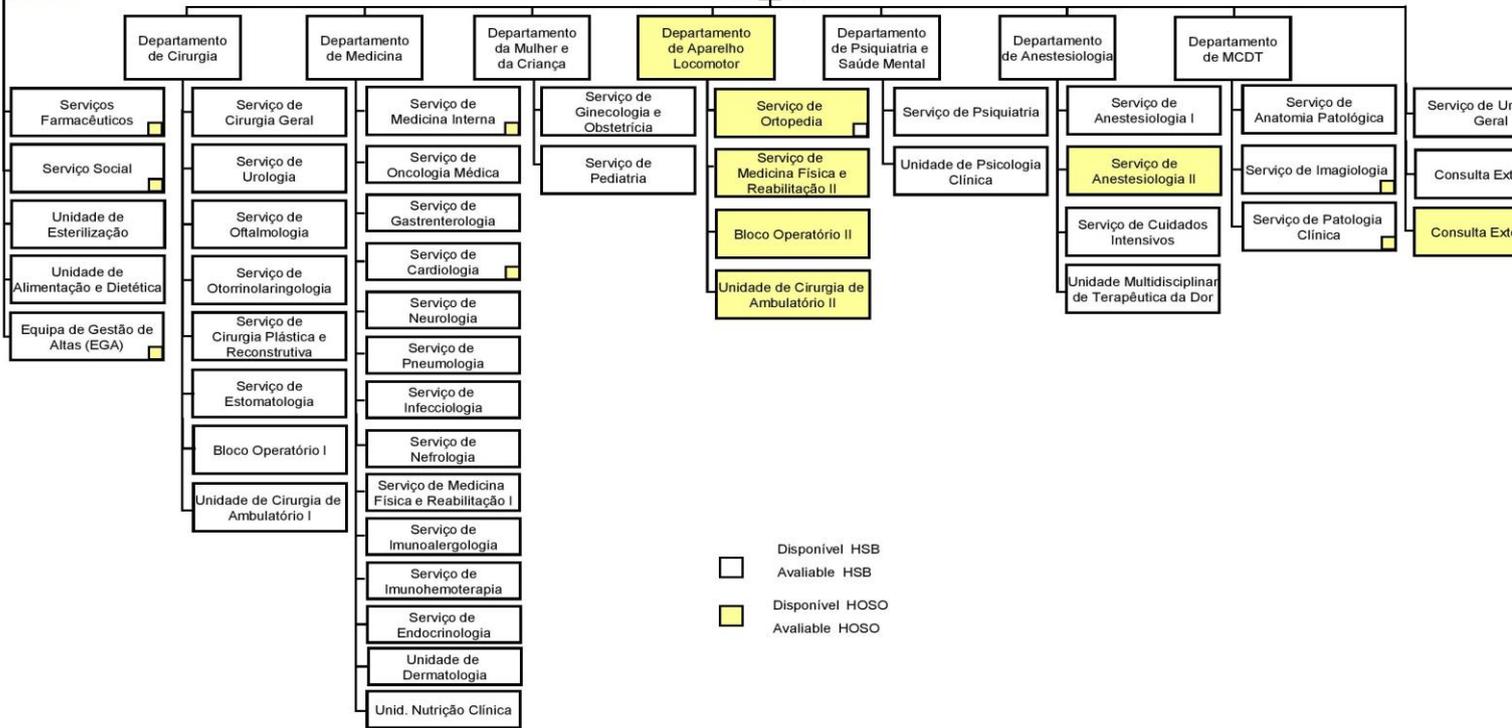
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE
novembro 2014



- Comissão de Administração Clínica
- Comissão de Aleitamento Materno
- Comissão Consultiva Médica
- Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar
- Resistências aos Antimicrobianos
- Comissão de Coordenação Oncológica
- Comissão Executiva Permanente da D
- Comissão de Ética
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Gestão Integrada de Inte
- Comissão de Gestão de Risco
- Comissão de Inutilização de Medicame
- Comissão da Qualidade e Segurança
- Comissão de Reestruturação e Modern
- Comissão Técnica de Certificação de I
- Comissão Transfusional e de Hemoder
- Conselho de Formação, Investigação e
- Conselho Médico
- Conselho Técnico dos Técnicos de Di

Serviços ou Unidades de Suporte à Ação Médica

Serviços de Ação Médica



- Disponível HSB
- Available HSB
- Disponível HOSO
- Available HOSO

ANEXO V -

A C.A.
5/11/2019
DIRETOR CLÍNICO DO CHS, EPE
NONO FACHADA

DELIBERAÇÃO:
Aurora Maria Gato Pinto
18/11/2019
2019-11-18
Pedres
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
O CONSULTOR DE ADMINISTRAÇÃO

NOTA DE SERVIÇO

DESPACHO

PARA: Exma. Sra. Dra. Elisa Carvalho, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.

DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

18-11-2019

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo/questionário: "Impacto da Acreditação CHKS num Serviço de Cirurgia Geral", a realizar no Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Trata-se de um estudo, conferidor de grau académico - Mestrado, cuja Investigadora Principal é a Exma. Sra. Dr.ª Aurora Maria Gato Pinto, a realizar no serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo/questionário, no entendimento da Comissão de Ética, a passagem de questionários anónimos a não doentes, não requer análise da CES.

Contudo, teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf. Gestor Vitor Varela.

A realização deste estudo/questionário tem como objectivo analisar o impacto do modelo de Acreditação CHKS (Casper Healthcare Knowledge Systems) nos profissionais médicos do Serviço de Cirurgia Geral de acordo com o manual de Normas CHKS 2016.

À consideração superior,


Pedro Santos

towei conhe
cimento.
Ao Exmo. Sr.
Dr. Nono Fa-
chada, sou
a informar que
autorizei
para a rea-
lização do
questionário
em anexo.
EEO
18-11-2019
towei conhe
cimento.
Ao Sec. do GID
para informar
o IP da delibe-
ração do CA.
EEO
26-11-2019