



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde
Planos de Ação de Qualidade e Segurança: das diretivas centrais à
aplicação em dois hospitais

Jessica Mateus Ramos

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Nunes, Professor Auxiliar do Departamento
de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE Business
School

Novembro, 2022



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde
Planos de Ação de Qualidade e Segurança: das diretivas centrais à
aplicação em dois hospitais

Jessica Mateus Ramos

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Nunes, Professor Auxiliar do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, ISCTE Business School

Agradecimentos

A realização e conclusão deste trabalho não teriam sido possíveis sem a colaboração, ao longo desse processo, de pessoas e instituições. Manifesto, assim, o meu agradecimento às que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a apresentação final desta tese.

Ao Prof. Francisco Nunes, meu orientador, que aceitou esse desafio e se mostrou, desde o início, disponível para esclarecer dúvidas, dar opiniões e contribuir para a melhoria desta tese.

Aos restantes Professores do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde que com a partilha dos seus conhecimentos permitiram a aquisição de novas competências e o crescente gosto pela área da Gestão.

Aos meus colegas do Serviço de Medicina Intensiva, que apesar de dois anos de provação e sacrifício, sempre me apoiaram no estudo e na realização de trabalhos académicos.

À minha família, mãe e pai, porque sem eles não possuiria os valores da perseverança e determinação necessários para lutar e alcançar os meus objetivos.

Ao Ricardo, meu marido, pela paciência e apoio incondicional ao longo destes anos que culminou na elaboração desta tese.

Resumo

De modo a promover a melhoria da qualidade e segurança do doente nacional a DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde, tornou obrigatória para as entidades públicas a apresentação de um plano anual de ação com os resultados das atividades desenvolvidas nesta matéria, a ser assegurado por comissões de qualidade e segurança. O registo das ações e respetivos resultados pode constituir um importante elemento no processo de melhoria contínua, pois permite a monitorização por cada organização dos resultados obtidos e, ao estar acessível a todos os interessados, fornecer pontos de comparação entre entidades. Visto a qualidade e a segurança serem garantidas pelos profissionais nos seus contextos organizacionais específicos, é expectável que as diretivas gerais emitidas sejam interpretadas e concretizadas de forma diversa pelas organizações. Neste contexto o presente estudo tem como objetivo identificar em que medida: 1- as organizações customizam o trabalho de melhoria contínua inerente aos planos de ação de qualidade e segurança exigidos pela DGS; 2- os planos de ação produzem evidência de melhoria nas práticas e indicadores de qualidade e segurança. A análise dos planos de ação produzidos por dois hospitais num período de cinco anos (2017-2021) mostra que os mesmos evidenciam disparidades na procura da melhoria contínua, assim como uma diferença substancial nas propostas contidas nos planos ao longo do tempo e nos resultados obtidos. Estes dados suportam as perspetivas sobre a melhoria da qualidade e segurança que sugerem a necessidade de estas atividades serem integradas nos contextos organizacionais específicos nos quais têm lugar.

Palavras-Chave: Qualidade e Segurança em Saúde, Equipas de Qualidade e Segurança, Comissão de Qualidade e Segurança, Planos de Ação anuais DGS.

Abstract

In order to promote the improvement of national quality and patient safety, the DGS, through the Department of Quality in Health, made it mandatory for public entities to submit an annual action plan with the results of the activities developed in this area, to be ensured by quality and safety committees. The registration of actions and respective results may constitute an important element in the process of continuous improvement, as it allows each organisation to monitor the results obtained and, by being accessible to all stakeholders, to provide points of comparison between entities. As quality and safety are guaranteed by the professionals in their specific organisational contexts, it is expected that the general directives issued are interpreted and implemented differently by the organisations. In this context, this study aims to identify to what extent: 1- the organisations customise the continuous improvement work inherent to the quality and safety action plans required by the DGS; 2- the action plans produce evidence of improvement in quality and safety practices and indicators. The analysis of the action plans produced by two hospitals over a five-year period (2017-2021) shows that they show disparities in the search for continuous improvement, as well as a substantial difference in the proposals contained in the plans over time and in the results obtained. These data support the perspectives on quality and safety improvement that suggest the need for these activities to be integrated into the specific organisational contexts in which they take place.

Keywords: Quality and Safety in Health, Quality and Safety Teams, Quality and Safety Committee, DGS annual action plans.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract.....	vii
Introdução	1
1. Revisão da Literatura	3
1.1 Portugal e as iniciativas governamentais de Qualidade e Segurança.....	3
1.2 Certificação versus Acreditação.....	6
1.3 Qualidade e Segurança: uma questão organizacional	8
1.4 Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança	13
2. Método	23
3. Resultados	25
3.1. Enquadramento organizacional das comissões de qualidade e segurança do doente	25
3.2. Apresentação dos Planos de Ação 2017-2021	29
4. Discussão	39
Referências	45

Introdução

Em Portugal, em 2015, o Ministério da Saúde enunciou como um dos seus objetivos estratégicos continuar a melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, através da transparência o que possibilita aos cidadãos tomarem conhecimento relativamente aos serviços de saúde, nomeadamente quanto à despesa pública, à acessibilidade e à qualidade e segurança. Nesse ano, foi elaborada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) no sentido de garantir e reforçar a anterior estratégia ENQS 2009-2014 (Despacho nº5613/2015 de 27 de maio) alargando o seu alcance temporal até 2020 e identificando a obrigação das instituições e dos profissionais de saúde em assegurar cuidados que cumpram critérios de qualidade.

A Direção Geral da Saúde (DGS), através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), tem como uma das suas atribuições promover o desenvolvimento, implementação, coordenação e avaliação de instrumentos, bem como atividades e programas de segurança do doente e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde (Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro).

Porém, por se verificar alguma dificuldade em garantir que nos serviços prestadores de cuidados de saúde se concretizassem, algumas das políticas definidas a nível nacional para a qualidade, o Governo decidiu criar, em 2013, a Comissão de Qualidade e Segurança (CQS) em todos os hospitais, ULS e ACeS através do Despacho nº 3635/2013, de 7 de março. Estas comissões têm como objetivo divulgar no interior das respetivas instituições e em rede, de forma contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde as melhores práticas clínicas e promoverem a interiorização da cultura de segurança. As comissões, que dependem diretamente do conselho de administração ou conselho clínico, são compostas por profissionais de saúde, presididas por um profissional de mérito reconhecido e devem ter um regulamento próprio, aprovado pelo órgão máximo de gestão (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 15). Neste mesmo Despacho ficou estabelecido que estas instituições têm de apresentar anualmente o seu Plano de Ação que explicita as atividades e o planeamento que a instituição pretende desenvolver atentas as prioridades estratégicas e ações definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e onde deve ser elaborado um relatório anual de atividades que explicita os resultados das atividades desenvolvidas.

Uma vez que cada instituição tem autonomia para definir a organização da sua CQS, cuja constituição será diferente entre instituições de acordo, por exemplo, com a sua finalidade ou estatuto (entidades públicas ou público-privadas), é expectável que as diretivas gerais emitidas pela DGS sejam interpretadas e concretizadas de forma diversa pelas organizações de serviços de saúde. Ou seja, é possível que o modo como as organizações de serviços de saúde fazem

qualidade e segurança no seu dia a dia, corresponda a um processo, eminentemente, de natureza organizacional. Visto depender das suas administrações a definição da estratégia, aconselhamento, avaliação do desempenho e exercício de supervisão e controle (Anderson et al, 2019), podemos deparar com organizações com alta maturidade de melhoria de qualidade em que os seus conselhos dão prioridade à melhoria de qualidade, equilibram prioridades de curto prazo com investimento de longo prazo em melhoria de qualidade, usam dados para essa melhoria e não apenas garantia de qualidade, funcionários e doentes empenhados na melhoria de qualidade e incentivam uma cultura de melhoria contínua (Anderson et al, 2019).

A análise dos planos de ação, numa perspetiva evolutiva, tal como formulados por diferentes organizações, poderá fornecer indicadores relevantes para que se possa compreender como as diretivas da DGS são apropriadas de acordo com as idiosincrasias organizacionais. Neste contexto, o presente trabalho procura responder às duas questões:

1. Em que medida os hospitais customizam o trabalho de melhoria contínua inerente aos mecanismos de monitorização dos planos de ação de qualidade e segurança exigidos pela DGS?

2. Em que medida os planos de ação produzem evidência de melhoria nas práticas e indicadores de qualidade e segurança?

Para dar resposta a estas questões analisam-se os planos de ação de dois hospitais, um hospital público – Centro Hospitalar do Oeste (CHO) e um hospital público-privado – Hospital Beatriz Ângelo (HBA) tal como disponibilizados pela DGS para os anos de anos 2017-202. Esta fonte de informação permite investigar se existe evidência de melhoria em práticas de qualidade e segurança, bem assim como examinar diferenças reveladas neste domínio por dois hospitais. Os resultados apurados mostram que os dois hospitais em estudo representam abordagens distintas à elaboração dos planos de ação e que a melhoria registada em termos de qualidade e segurança é também diferenciada. Estes resultados vão ao encontro das abordagens que encaram a melhoria da qualidade e segurança como um processo organizacional (Robert et al, 2011).

1. Revisão da Literatura

1.1 Portugal e as iniciativas governamentais de Qualidade e Segurança

Em Portugal foi elaborada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) a qual impõe uma diferenciação positiva a todos os que utilizam ou trabalham para o sistema de saúde, obrigando ao total empenho das direções clínicas e ao compromisso das Comissões da Qualidade e Segurança na implementação da estratégia definida. A redução de custos, e de desperdícios e redundâncias, a uniformização de procedimentos, a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão a normas de orientação clínica e organizacional, a monitorização contínua da qualidade e da segurança, o reforço da segurança dos doentes, os ganhos de eficiência, o reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e a obtenção de melhores resultados são alguns exemplos dos objetivos desta estratégia (Despacho nº1400-A/2015 de 10 Fevereiro).

Em fevereiro de 2009 foi criado o Departamento da Qualidade integrado na DGS, competindo-lhe, entre outras, a função de criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente, este departamento é o coordenador da operacionalização da ENQS , sendo responsável pelas seguintes ações imediatas (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho): Divulgar normas de orientação clínica e organizacional; implementar um sistema de indicadores nacionais da qualidade; criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos; divulgar normas de procedimento que evitem os erros clínicos, cirúrgicos e medicamentosos; criar um Observatório da Segurança do Doente; monitorizar as infeções associadas aos cuidados de saúde; combater a resistência a antimicrobianos; fazer a gestão integrada de doenças crónicas; estabelecer critérios para a criação e reconhecimento de centros de referência e de elevada diferenciação; acompanhar e avaliar projetos de inovação em saúde; gerir os fluxos de mobilidade internacional de doentes; avaliar e orientar as reclamações e sugestões dos cidadãos; criar pontos de informação ao cidadão; monitorizar o grau de satisfação dos utentes e profissionais de saúde; e adotar e adaptar um modelo nacional independente de acreditação e implementá-lo através de um Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética. Este mesmo documento demonstra, com base em evidência empírica, que as unidades de saúde que negligenciam a cultura de segurança e, conseqüentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes (Despacho nº5613/2015 de 27 Maio). De forma a dar resposta à missão desta Estratégia 2015-2020 (potenciar e reconhecer a qualidade e segurança da prestação de

cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde) foram definidas as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições;
- b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- d) Reforço da segurança dos doentes;
- e) Reforço na investigação clínica;
- f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Ao término do ano 2020 a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde não fora atualizada/renovada. Porém, de forma a respeitar a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho 2009, sobre a segurança dos doentes e decorrendo da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e integrando-a, foi elaborado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD 2015-2020) tem como principal foco a prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde, deste modo visa atingir nove objetivos estratégicos: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação; Aumentar a segurança cirúrgica; Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca de doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; Prevenir e controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos. A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram fatores determinantes para a elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que acaba por reunir o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores (Despacho 9390/2021 de 24 setembro).

O PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares com a definição de vários objetivos estratégicos de forma a estabelecer um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente (Despacho 9390/2021 de 24 setembro):

Pilar 1: Cultura de Segurança, com os objetivos estratégicos- promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente; avaliar a cultura de segurança; aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação dos cuidados.

Pilar 2: Liderança e governança, cujos objetivos estratégicos passam por- garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026; consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.

Pilar 3: Comunicação, objetivos estratégicos- otimizar a comunicação intra e interinstitucional; melhorar a comunicação e segurança no processo de transição dos cuidados; adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente com os objetivos- aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA; promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.

Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros cujos objetivos estratégicos são- implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde; monitorizar a implementação de práticas seguras; reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM); promover a telessaúde segura.

As normas de orientação clínica e organizacional como os processos de auditoria interna e externa são instrumentos que permitem alcançar patamares de maior exigência em relação à qualidade da decisão clínica. Desta forma, induzem mais eficiência, ao estabelecerem standards comparativos da qualidade das prestações, com otimização de recursos (DGS, 2016). A importância destas normas e processos de auditoria tornou-se indiscutível nos últimos anos, uma vez que melhoram resultados, aumentam a eficiência clínica, reduzem riscos e feitos adversos e são um guia auxiliar de atualização permanente para os médicos (Portaria nº 159/2012 de 22 de maio).

Assim, de forma a garantir que nos serviços prestadores de cuidados de saúde se concretizassem, de forma estruturada, algumas das políticas nacionais para a qualidade o Governo criou em 2013 o Despacho nº 3635/2013, de 7 de março, que implica a existência uma única estrutura de coordenação da qualidade nas instituições de saúde, designada por Comissão da Qualidade e Segurança. Estas comissões têm como objetivo divulgar no interior das respetivas instituições e em rede, de forma contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e promoverem a interiorização da cultura de segurança.

Temos assim, que a segurança do doente enquanto movimento (identificado internacionalmente como Patient Safety Movement, que investe em medidas de segurança diretas para prevenção de incidentes) e a identificação e avaliação do risco têm como meta reduzir a incidência de acidentes e erros. Daí resultam, por sua vez, práticas, sistemas de trabalho e premissas mais seguras e, em consequência, a assunção de maior qualidade. Em simultâneo, a meta de qualquer sistema de gestão de qualidade é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado, sendo o subproduto disto a redução do risco e a melhoria da segurança do doente (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 20).

Existem vários programas de melhoria da qualidade organizacional na área da saúde que apresentam um conjunto de requisitos destinados à melhoria dos processos sistémicos, à promoção do planeamento e da liderança responsabilizante, ao cumprimento de programas de formação, treino e simulação, ao estímulo do trabalho em equipa, à exigência da preparação para contingências, à padronização de processos e ao uso de registos e *checklists* que minimizem a falibilidade da memória. Com a evolução natural destes programas, os mesmos incorporam, inclusive, as várias metas internacionais de segurança do doente, conforme definidas pela JCI, e que são semelhantes às soluções de segurança do doente definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos objetivos estratégicos definidos no PNSD 1400-A/2015 (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 21).

A norma NP EN ISSO 9001:2015 afirma que um dos principais propósitos de um sistema de gestão da qualidade é servir como ferramenta preventiva (IPQ, 2015), a consubstanciar isto, o projeto DUQue (Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe) conclui que existe uma associação positiva entre os sistemas de melhoria da qualidade a nível hospitalar, nomeadamente acreditação e certificação, e a existência de procedimentos de segurança do doente (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 21).

1.2 Certificação versus Acreditação

Nos países em que não existe um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, a decisão dos hospitais passará pela opção entre a adesão a um modelo de acreditação de um outro país ou a uma certificação do sistema de gestão de qualidade pela ISSO 9001. A opção pela acreditação pode estar associada a um melhor entendimento do propósito e requisitos, bem como pela linguagem utilizada, enquanto que a certificação é reconhecida como forma transversal em todo o mundo e está acessível na maioria dos países (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 22).

São exemplos de modelos de certificação e acreditação utilizados em Portugal:

- Programa de Certificação pela NP EN ISO 9001;
- Programa de acreditação do CASPE (Clinical Accountability and Service Planning Evaluation) Healthcare Knowledge Systems (CHKS), de Inglaterra;
- Programa de acreditação da Joint Commission International (JCI), dos Estados Unidos da América;
- Programa de acreditação da Agencia de Qualidade Sanitaria de Andalucía (ACSA);

De acordo com a qualidade em saúde a acreditação é um processo formal de reconhecimento em que uma determinada organização de saúde cumpre determinados requisitos preestabelecidos (Barroso, Ramos, & Sales, 2021). O termo certificação acaba por traduzir o mesmo significado do conceito de acreditação. Refere-se à emissão de um certificado de conformidade por uma entidade independente que verifica o cumprimento de determinados requisitos especificados na norma de referência aplicável. No entanto, qualquer entidade certificadora tem que ser acreditada por uma entidade nacional para assumir esta função. Tem de ser acreditada para certificar (Barroso, Ramos, & Sales, 2021).

É de ressaltar que qualquer processo de acreditação ou certificação conduzido de forma meramente burocrática e administrativa para o cumprimento de um conjunto de requisitos, sem a perceção dos fundamentos para a sua realização e sem incorporação das mais-valias para o seu cumprimento, são meras atividades burocráticas que pouco impacto terão na real melhoria da segurança do doente (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 28). Assim sendo, a adesão consciente e integral a um programa de acreditação/certificação é um poderoso mecanismo, quer de melhoria da qualidade, quer de melhoria da segurança dos doentes. Em suma, a qualidade em saúde é um desafio que atingirá a sua potencialidade máxima se todos juntos, profissionais, cidadãos e organizações, sem envolverem ativamente e assumirem este pressuposto como um projeto seu, disseminando-o na cultura da organização (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 29).

Os programas de acreditação hospitalar, definidos como avaliação de hospitais em relação aos padrões aceites, são realizados por órgãos independentes, externos à estrutura hospitalar, geralmente formados por organizações não governamentais e sem fins lucrativos. O processo inclui a formação dos profissionais, estabelecimento de um projeto de equipa, seleção de padrões a serem seguidos e implementação de requisitos especificados. Também inclui visitas de pesquisa por uma equipa de saúde multidisciplinar, que produzem a um relatório detalhado das áreas de melhoria identificadas e o próximo ciclo de visitas de acompanhamento (Araújo et al., 2020).

Muitos hospitais procuram a acreditação de forma a aumentar o prestígio entre os profissionais e o público. Esta acreditação, é de extrema importância pois permite uma maior eficiência e uma prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. Segundo o Manual JCI (Jorgenson & Claudia, 2017), existem um conjunto de critérios que têm de ser cumpridos para que o hospital seja aceite pela mesma para alvo de auditoria e acreditação, destacando o critério de funções centradas no doente, como por exemplo as Metas Internacionais para a Segurança do Doente, que consiste em melhorias específicas na segurança do doente. Os objetivos destacam áreas problemáticas na área da saúde e descrevem soluções consensuais baseadas em evidências e especialistas para problemas relacionados à segurança do doente (Jorgenson & Claudia, 2017).

Na terceira secção deste manual, temos critérios que examinam os benefícios do sistema de gestão do hospital para os doentes, concentrando-se nos processos centrais que apoiam a boa gestão. Jorgenson & Claudia (2017) apontam como exemplos de processos centrais requisitos de liderança, prevenção e controle de infeções e as qualificações e educação da equipa. Havendo ainda ênfase sobre a necessidade de que as organizações tenham uma estrutura para apoiar a melhoria contínua da qualidade e a segurança do doente. Os padrões neste capítulo identificam a estrutura, liderança e atividades necessárias para um programa bem-sucedido de melhoria da qualidade e segurança do doente. Um programa bem-sucedido inclui a colheita e análise de dados e resposta a eventos sentinela em toda a organização, eventos adversos e eventos *near miss*. Os padrões também descrevem o papel central de coordenar todas as iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do doente no hospital e fornecer orientação e direção para a formação dos profissionais e comunicação de informações de qualidade e segurança do doente através de uma equipa especializada.

Demonstrando, assim, a necessidade da existência de uma equipa para apoiar a melhoria contínua em qualidade e segurança do doente - comissão de qualidade e segurança- para dar resposta aos padrões estipulados para entidade JCI nesta área, porque sem ela, o hospital não obtém a classificação de Acreditado. Uma vez que, se o hospital não cumprir com os parâmetros de qualidade e segurança e não apresentar provas de colheita e análise de dados- auditorias- é considerado “não conforme”, comprometendo a acreditação da unidade hospitalar.

1.3 Qualidade e Segurança: uma questão organizacional

Estudos sobre a qualidade dos cuidados de saúde apontam cada vez mais para a compreensão das questões organizacionais na prestação de serviços de saúde como centrais para explicar as

variações nos cuidados e progredir no sentido de uma melhoria sustentada da qualidade (Robert et al., 2011). A criação de elementos estruturais que se ocupem da melhoria da qualidade e da segurança do doente são uma destas as iniciativas organizacionais que sinalizam o comprometimento das instituições com a melhoria, ao mesmo tempo que reconhecem a necessidade de especialização funcional.

O relatório americano *To Err is Human* trouxe dados para a esfera pública de que por ano, nos Estados Unidos da América pelo menos 44 mil pessoas morriam devido a erros nos cuidados prestados, na sua maioria previsíveis e de possível prevenção, com um enorme impacto em termos de qualidade de vida e custos económicos e sociais (Institute of Medicine (IoM), 2000). Este relatório e o *Crossing the Quality Chasm* (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001) identificaram as falhas organizacionais como uma das causas da má qualidade, com o último a dedicar um capítulo inteiro para analisar as organizações de saúde como sistemas complexos e adaptativos e as implicações desta perspetiva para implementar a mudança no sentido da melhoria da qualidade e da segurança (Robert et al., 2011).

Uma visão organizacional da melhoria da qualidade e da segurança inclui o reconhecimento dos múltiplos níveis do sistema de saúde. Influências de alto nível, como políticas, regras de pagamento, regulamentação e acreditação, são fortemente mediadas por dinâmicas e respostas não apenas dos hospitais, mas também nas unidades especializadas (departamentos, serviços) dentro dos hospitais que prestam serviços diretamente aos doentes (Robert et al., 2011).

A identificação de indicadores hospitalares de implementação bem-sucedida da melhoria da qualidade, geralmente usando métodos estatísticos multivariados e dados quase experimentais, levou ao destaque de vários fatores que parecem estar associados à implementação bem-sucedida de mudanças nos hospitais. Estes fatores incluem o apoio da liderança, dimensões particulares da cultura e do clima organizacional, e estruturas e composição baseadas em equipa, além de investir na medição da qualidade e tornar os projetos de qualidade 'fazíveis' (Robert et al., 2011).

Mais recentemente, tem havido um interesse crescente no papel dos líderes e conselhos hospitalares na qualidade dos cuidados. A administração ou os conselhos executivos dos hospitais são responsáveis por definir a estratégia, aconselhar a administração, avaliar o desempenho e exercer a supervisão e o controle (Anderson et al., 2019). Segundo os mesmos autores, as organizações com alta maturidade de melhoria de qualidade têm conselhos que dão prioridade à melhoria de qualidade, equilibram prioridades de curto prazo com investimento de longo prazo em melhoria de qualidade, usam dados para essa melhoria e não apenas garantia

de qualidade, funcionários e doentes empenhados na melhoria de qualidade e incentivam uma cultura de melhoria contínua. Assim, a importância dos líderes e conselhos hospitalares para a melhoria da qualidade é agora bem reconhecida, mas as ferramentas necessárias para integrar as estratégias de todo o hospital não estão ainda bem desenvolvidas.

O foco predominante na maioria dos estudos em qualidade de saúde tem sido exclusivamente em fatores técnicos que se acredita influenciarem a qualidade dos cuidados. Como consequência, tem sido fácil esquecer (ou simplesmente deixar de reconhecer) o facto de que todos os aspetos do cuidado são realizados por meio das pessoas nas suas ações e interações quotidianas com e para o outro - um processo social. Se a qualidade for vista dessa maneira, questões como identidade, política, liderança, sistemas de valores, “folga” organizacional e aprendizagem podem começar a receber a mesma atenção que os fatores técnicos que dominaram o campo de pesquisa (Robert et al., 2011). Porém, a base de evidências existente tem sido menos hábil em esclarecer como os fatores em diferentes níveis de um sistema de saúde se relacionam entre si e como, na prática, os hospitais devem influenciar e colocar em movimento os “fatores-chave de sucesso” (Robert et al., 2011). Por exemplo, Nunes et al. (2020), com base num estudo empírico, sugerem que os esforços empreendidos pelos hospitais no sentido de melhorar a qualidade dos seus serviços devem ser entendidos no quadro da dinâmica organizacional que caracteriza estas instituições, nomeadamente as tensões inerentes a qualquer mudança.

Bate, Mendel e Robert (2008) realizaram um estudo internacional de três anos que foi explicitamente projetado para ajudar profissionais e pesquisadores a entender os fatores e processos que permitem que hospitais nos EUA e na Europa (Inglaterra e Holanda) obtenham e mantenham serviços de alta qualidade para os seus doentes. Este estudo original teve como ponto de partida a ideia segundo a qual, embora fatores técnicos, como sistemas de informação, desempenhem um papel importante na contabilização da “lacuna” de qualidade, fatores organizacionais e culturais são cruciais para entender como ocorre a melhoria da qualidade e da segurança. Deste estudo foram identificados seis desafios comuns às organizações que procuram melhorar o nível de serviço que prestam (Robert et al., 2011):

1. Organização estrutural, planeamento e coordenação de esforços de qualidade;
2. Abordagem política e tratamento da política de mudança em torno de qualquer esforço de melhoria da qualidade;
3. Fator cultural que confere à “qualidade” um significado, valor e significado compartilhados e coletivos dentro da organização;
4. Educação-criar um processo de aprendizagem que apoie a melhoria;

5. Envolvimento emocional e mobilização de pessoas, vinculando os esforços de melhoria de qualidade a sentimentos internos, compromissos e crenças mais profundos;

6. Fatores físicos e tecnológicos - o projeto de sistemas físicos e infraestrutura tecnológica que apoia e sustenta os esforços de qualidade.

Tabela 1- Resumo das descobertas do estudo empírico QUASER (Anderson et al., 2019)

Desafios	Recomendações
<ul style="list-style-type: none"> • Estrutural/físico e tecnológico/político/cultural • Político/estrutural/físico e tecnológico • Político e cultural • Necessidades culturais/físicas e tecnológicas/externas • Necessidades estruturais/culturais/físicas e tecnológicas/externas • Educacional/estrutural • Emocional • Liderança (combinar táticas para enfrentar todos os desafios) 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir uma forte estratégia de qualidade centralizada incorporada na infraestrutura social e física do hospital. Pensar em fazer uso de hierarquias para promover uma abordagem integrada de Melhoria de Qualidade, mas evitar a armadilha de criar um sistema excessivamente centralizado que marginalize certos grupos e seja excessivamente burocrático e lento. • Criar espaços para negociações informais e reflexões colaborativas e usar os seus resultados para adaptar estruturas formais. Pensar em oportunidades para estabelecer redes entre indivíduos, grupos profissionais, unidades, diferentes níveis organizacionais e entre doentes e funcionários. • Facilitar o diálogo formal e informal para garantir que opiniões diferentes sejam ouvidas e estabelecer entendimentos compartilhados de Melhoria de Qualidade por meio do diálogo. Pensar em maneiras de reconhecer e valorizar a diferença de uma forma que fortaleça, em vez de fragmentar. • Refletir regularmente sobre suposições sobre qualidade baseadas em dados de qualidade quantificáveis, como indicadores, tendo em consideração questões mais brandas e permitir espaço para adaptação de acordo com as circunstâncias em constante mudança. • Refletir sobre o equilíbrio entre os esforços para cumprir as metas externas e os esforços de melhoria que atendem às necessidades internas de serviços específicos. Refletir se as informações colhidas são usadas para melhorar os serviços e se as estruturas de governança conectam efetivamente indivíduos, grupos profissionais e unidades, ou se estão a servir propósitos administrativos. • Promover o suporte de aprendizagem contínua/integrada para a equipa em todos os níveis. Pensar em estratégias de aprendizagem que não sejam apenas reativas, mas também pró-ativas e levem a uma aprendizagem de ciclo duplo e integrem os esforços e responsabilidades de Melhoria da Qualidade nas rotinas diárias de trabalho. • Pensar em gerar reações emocionais num trabalho de qualidade para fortalecer o foco nos doentes. • Tentar combinar diferentes estilos de liderança para poder sintonizar as necessidades de vários grupos dentro e fora do hospital.

A Tabela 1 apresentada, resume as recomendações com base nos resultados do estudo QUASER, assim como, exemplos de esforços eficazes de melhoria da qualidade e notas de estratégias bem-sucedidas para superar os muitos desafios de melhoria da qualidade.

No âmbito deste estudo, denominado QUASER (*Quality and Safety in European Union Hospitals*) a qualidade foi definida integrando três dimensões (Wiig et al., 2014):

- Eficácia clínica (o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual);

- Segurança do doente (evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões decorrentes do processo de assistência à saúde);

- Experiência do doente (oito dimensões do “cuidado centrado no doente”: 1. Acesso rápido a conselhos de saúde confiáveis; 2. Tratamento eficaz realizado por profissionais de confiança; 3. Informações claras e compreensíveis e suporte para o autocuidado; 4. Envolvimento nas decisões e respeito às preferências do doente; 5. Atenção às necessidades físicas e ambientais; 6. Apoio emocional, empatia e respeito; 7. Envolvimento e apoio à família e cuidadores; 8. Continuidade dos cuidados e transições suaves).

Wiig et al. (2014), sugerem uma conceptualização de qualidade numa perspetiva multinível (macro-meso-micro) utilizando as três dimensões acima mencionadas, mais precisamente, através da exploração e comparação da conceptualização de qualidade entre órgãos nacionais (nível macro), gerentes hospitalares (nível meso) e grupos profissionais em microssistemas clínicos (nível micro). Os mesmos autores concluem que a qualidade é um conceito contestado, onde a conceptualização varia significativamente entre a política e as imagens organizacionais celebradas publicamente e a capacidade de traduzi-la em prática operacional.

As conceituações de nível macro incluíram a Eficácia Clínica (EC), Segurança do Doente (SD) e Experiência do Doente (ED) como dimensões de qualidade igual peso. EC foi a dimensão mais importante na conceituação de qualidade ao nível meso e micro, seguida pela dimensão SP. Este estudo revela a necessidade de adotar a ED como um pilar central da qualidade nos cuidados de saúde, a fim de aproveitar o envolvimento e as experiências do doente como fonte de melhoria da qualidade (Wiig et al., 2014).

Criar uma cultura e estrutura organizacional que promova a segurança do doente e alcance resultados de qualidade requer uma responsabilidade compartilhada e trabalho em equipa dentro das organizações. Uma estrutura projetada para alinhar iniciativas de qualidade e segurança fornece a estrutura para alcançar mudanças sustentáveis. (Douma, 2015). Contudo, como os estudos sugerem, abordar a promoção da qualidade numa perspetiva estrutural é claramente redutor não só do entendimento do que é a qualidade e a segurança, mas, talvez mais importante ainda, de como entidades complexas como é o caso dos hospitais empreendem os necessários processos de mudança inerentes aos esforços de melhoria (Nunes et al., 2020).

O aumento da complexidade e maior acuidade no ambiente hospitalar aumenta a necessidade de desenvolver estratégias alinhadas e processos confiáveis. A construção de uma infraestrutura para apoiar a mudança e alinhar os esforços entre as organizações permitirá que os líderes e as equipas da linha de frente criem programas e iniciativas de qualidade e segurança para mudanças sustentáveis e os melhores resultados possíveis para doentes e famílias (Douma, 2015).

1.4 Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança

Embora não haja uma definição padrão, a liderança em saúde está centrada na capacidade de identificar prioridades, fornecer orientação estratégica a vários atores dentro do sistema de saúde e criar compromisso em todo o setor de saúde para abordar essas prioridades para melhorar os serviços de saúde (Figuerola et al., 2019). É necessária uma gestão eficaz para facilitar a mudança e alcançar resultados através da garantia da mobilização e utilização eficientes da força de trabalho da saúde e de outros recursos. Como os sistemas de saúde contemporâneos operam por meio de redes dentro das quais variam os níveis de responsabilidade, estes exigem cooperação e coordenação por meio de uma liderança eficaz e gestão da força de trabalho para fornecer cuidados de alta qualidade que sejam eficazes, eficientes, acessíveis, centrados no cliente, equitativos e seguros (Figuerola et al., 2019). Nesse sentido, a liderança em saúde e a gestão de recursos humanos estão interligadas e desempenham papéis críticos na gestão dos serviços de saúde. É, por isso crucial que haja uma gestão estratégica que responda às mudanças políticas, tecnológicas, sociais e económicas para a promoção do fortalecimento do sistema de saúde.

O objetivo de garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde torna-se um desafio constante para as organizações de saúde, sendo-lhes exigida uma gestão integrada a nível organizacional e em diferentes níveis de cuidados de saúde, assim como a apresentação de medidas e soluções eficazes e eficientes que resultem em ganhos para a saúde (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 31).

Para tal é necessária a existência/constituição de equipas de gestão de qualidade e segurança profissionalizadas e que promovam o empenho efetivo na prestação de cuidados centrados e baseados na experiência do doente e da família, bem como na promoção da segurança dos profissionais e da sua satisfação no local de trabalho. Estas equipas devem integrar profissionais motivados e empenhados na sua missão e que sejam reconhecidos pelos profissionais da instituição. Além disto, devem possuir formação e competências adequadas, baseando a sua

atividade em modelos de abordagem estruturados que contribuam para a organização, comunicação, monitorização e melhoria contínua dos cuidados prestados (Silva, 2013, citado por Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 31).

É importante ressaltar que todos os serviços de uma instituição de saúde estão inter-ligados. As estruturas para a gestão da qualidade e segurança, em muitos casos, desempenham um papel central que afeta as métricas de todos os outros serviços/unidades e, inevitavelmente, influenciam os resultados de uma instituição, nomeadamente a sua cultura de segurança e respetivos indicadores (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 31).

Em suma, qualquer processo de gestão da qualidade e segurança em saúde deveria ser implementado e gerido com o empenho de uma equipa multidisciplinar e o envolvimento efetivo de todos, onde se inclui o doente/família e o cidadão. Uma vez que é com a atuação destas equipas que as organizações crescem e melhoram os seus processos internos, podendo virem a afirmar-se como instituições de alta fiabilidade (Barroso, Ramos, & Sales, 2021).

Os conselhos de organizações de saúde são cada vez mais reconhecidos como importantes na condução da qualidade da saúde. Um conselho é definido como um grupo de pessoas encarregadas da responsabilidade legal e constitucional de governar uma organização. Embora a governança possa ocorrer em vários níveis dentro e fora de uma organização, os conselhos são um mecanismo formal de governança corporativa (Brown et al., 2018). Estes autores defendem que o desenvolvimento de uma estrutura conceptual pode fornecer uma ferramenta para explorar tanto os processos internos quanto as dinâmicas que influenciam a governança efetiva da qualidade da saúde e influências sociais e culturais mais amplas (Brown et al., 2018).

Vários estudos abordados por Brown et al. (2018) apontam para uma crescente ligação entre o conselho e os gestores na gestão da qualidade da saúde. Estes estudos fornecem evidências iniciais da inter-relação das atividades de qualidade do conselho e da alta administração, assim como também destaca a importância da relação do conselho e gestão na governança da saúde.

O trabalho de um conselho tem sido cada vez mais visto como um esforço de equipa. Os conselhos têm muitas características em comum com as equipas. Hoegl e Gemuenden (2001), citados por Brown et al. (2018), descrevem uma equipa como um sistema social de três ou mais pessoas, que está inserido numa organização (contexto), cujos membros se percebem como tal e são percebidos como membros por outros (identidade), e que colaboram numa tarefa comum. (trabalho em equipa). Embora os conselhos não se descrevam como equipas, estes são um grupo definido de pessoas identificáveis no serviço de saúde que se reúnem regularmente para realizar tarefas interdependentes na gestão da qualidade dos cuidados de saúde (Brown et al., 2018).

Uma equipa necessita de um propósito claro de forma a desenvolver objetivos específicos. O enquadramento de um problema de qualidade é um aspeto da comunicação e parece ser um importante processo comportamental que influencia a eficácia da governança em saúde e pode refletir o nível de confiança existente. Uma tarefa fundamental na governança de saúde é que a administração revele as áreas operacionais que precisam ser aprimoradas. A necessidade de altos níveis de confiança, um estado afetivo, entre conselho e gestão para permitir uma discussão ampla e aberta sobre questões de qualidade tem sido destacada na literatura recente sobre governança em saúde. A confiança reduzida pode levar os indivíduos a resistir a quaisquer revelações que possam ser interpretadas como fraquezas. Esses construtos que influenciam a governança em saúde encaixam-se em processos comportamentais e mediadores de estados afetivos emergentes (Brown et al., 2018).

Segundo a pesquisa realizada pelos autores Brown et al. (2018) a tarefa de monitorizar a qualidade do desempenho do cuidado pode, por exemplo, ser dividida em processos mediadores chave, tais como:

- Desenvolver uma definição mensurável acordada de qualidade dos cuidados de saúde;
- Aprovação do conselho de medidas de qualidade;
- Desenvolver uma estrutura de relatórios de qualidade com acordo sobre formato, frequência e responsabilidades de relatórios;
- Relatórios regulares de desempenho;
- Desempenho de tendências e benchmarking;
- Identificação de áreas de melhoria com planos de ação corretiva identificando responsabilidades e cronogramas;
- Relatórios sobre o progresso das ações corretivas em relação a problemas e incidentes graves;
- Revisão periódica da estrutura de monitorização de qualidade.

Desta forma, pode-se fazer um exame detalhado do grau de realização de todos os processos relacionados a cada tarefa-chave na governança da qualidade em saúde. As principais tarefas, além da monitorização de desempenho, incluem a supervisão da estratégia e planeamento da qualidade, liderança pela promoção de uma cultura de qualidade e o fornecimento de recursos e supervisão dos principais sistemas de qualidade, como acreditação e gestão de incidentes (Brown et al., 2018). A esquematização da estrutura de desempenho de governança na saúde apresentada por estes autores pode ser consultada na Tabela 2:

Tabela 2- A estrutura de desempenho de governança de saúde (Brown et al., 2018).

Inputs	Mediadores	Outcomes
Nível Individual:	Trabalho por Tarefas	Nível individual
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento técnico, capacidades e experiência (melhoria da qualidade e análise de dados) • Conhecimento, capacidades e habilidades de trabalho em equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do desempenho da qualidade • Supervisão das prioridades de qualidade • Liderar e promover uma cultura de qualidade • Recursos e supervisão dos principais sistemas de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia do diretor do hospital
Governança corporativa/nível do conselho	Trabalho em equipa	Nível da equipa
<ul style="list-style-type: none"> • Composição do conselho • Finalidade Definida • Poder/Autonomia 	<p><u>Processos comportamentais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Comunicação • Tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade do trabalho • Qualidade do trabalho em equipa • Eficácia da direção do hospital
Nível da organização	<u>Estados emergentes afetivos</u>	Nível organizacional
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos (financeiros, técnicos, materiais) • Informações/dados disponíveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Confiança • Respeito • Coesão • Conflito 	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenho de qualidade e segurança
Nível Externo	<u>Estados Emergentes Cognitivos</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Legislação e Regulamento • Acreditação • Influências socioculturais 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão do papel compartilhado • Clareza do Papel • Objetivos/metass compartilhados 	

A pesquisa que avalia a governança da saúde tem se concentrado em resultados organizacionais medidos por meio de medidas de resultados de doentes, financeiros e de eficiência. No entanto, muitas vezes há desafios na identificação de uma combinação apropriada de medidas robustas a nível organizacional que reflitam a complexidade dos resultados de qualidade nos hospitais (Brown et al., 2018). Medidas de resultado comumente usadas, como medidas padronizadas (indicadores) de mortalidade e taxa de infecção, são atormentadas por questões metodológicas que enfraquecem a sua utilidade (Brown et al., 2018).

A avaliação e monitorização com base em indicadores, são atividades de gestão essenciais para a melhoria da qualidade dos sistemas e serviços de saúde (Gama, et al., 2016). Indicadores são medidas qualitativas e quantitativas, que podem ser expressas como taxa, razão, proporção ou em evento, e que permitem conhecer em que medida determinado objetivo foi atingido (Gouvêa, 2014). Fornecem informação que permite aos profissionais de saúde, gestores e

organizações de saúde melhorarem a assistência e os processos, assim como fazer comparações (*benchmarking*) ao longo do tempo entre locais; fazer avaliações e estabelecer prioridades; apoiar a prestação de contas, a regulamentação e a acreditação; apoiar a melhoria da qualidade e apoiar a escolha do utente em relação aos provedores (Mainz, 2003).

A utilização de indicadores permite a monitorização e avaliação do que acontece aos utentes como consequência de quão bem os profissionais e os sistemas organizacionais funcionam para atender às necessidades dos mesmos. Contudo, os indicadores não são uma medida direta da qualidade. Como a qualidade é multidimensional a compreensão da qualidade requer muitas medidas diferentes (Mainz, 2003).

As medidas de resultados de qualidade dos cuidados estão distantes das atividades de governança e podem ser confundidas por práticas de gestão e questões de recursos humanos. Embora os resultados dos doentes sejam de grande interesse em qualquer estratégia para melhorar a qualidade, a literatura da equipa sugere medidas adicionais que podem superar problemas de acesso a medidas de resultados em nível organizacional adequadas e os seus problemas de atribuição relacionados. A literatura sobre eficácia da equipa chama a atenção para os resultados em nível individual e de equipa como medida mais próxima da eficácia (Brown et al., 2018).

Temos, assim, segundo Li & Sweetman (2017) uma necessidade de que a equipa de saúde seja incentivada a ter autonomia e apropriação dos seus papéis para monitorizar o desempenho clínico em relação ao atendimento ao doente, de forma a procurar uma melhoria contínua de todo o sistema através das atividades diárias. O desenvolvimento da capacidade de melhoria de toda a organização, por meio da qual a auditoria clínica é incorporada à prática quotidiana, contribui para uma cultura organizacional positiva de aprendizagem contínua, onde há um entendimento comum dos princípios e metodologias de melhoria de qualidade pelos membros da organização, que influenciam como a equipa percebe, pensa e age (Li & Sweetman, 2017).

Tendo em consideração que na área da saúde as práticas dos profissionais podem ter uma variabilidade significativa, em que alguns aplicam práticas e procedimentos diferentes para o mesmo tipo de cuidado ou intervenção, a auditoria (que consiste na verificação da conformidade com um padrão e critérios preestabelecidos) constitui-se como uma boa prática e como uma excelente ferramenta para confirmar os bons resultados, ou em alternativa, identificar as oportunidades de melhoria e reorientar para a segurança de forma a seguir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Barroso, Ramos, & Sales, 2021, p. 195). Esta melhoria engloba as estruturas, práticas e os resultados. Em saúde é utilizado o termo “auditoria clínica” para definir as auditorias que envolvem aspetos da prática clínica, ou seja, sobre diagnósticos e

procedimentos de tratamento, e os seus resultados, tendo por base a análise sistemática dos registos em comparação com padrões predefinidos e com a melhor evidência científica. Constituindo uma boa oportunidade de minimização de falhas e erros clínicos, de actualização e melhoria contínua das práticas e de contribuição para uma maior segurança dos doentes (Mendes, 2012).

No entanto, é necessário ter em atenção a curva de aprendizagem pela qual a equipa precisa passar e o processo em evolução necessário para incorporar a melhoria da auditoria clínica na prática quotidiana (Li & Sweetman, 2017). Para tal estes mesmos autores abordam o modelo Estratégico 3-E (Envolvimento, Aperfeiçoamento e Incorporação) que consiste:

O envolvimento pressupõe que exista uma visão do hospital para uma cultura de melhoria da qualidade clara, em que há o desejo dos departamentos de se envolver para melhoria contínua e a motivação da equipa para desenvolver habilidades e perfil em melhoria da qualidade convincente, pois faz parte de seu desenvolvimento profissional. Os hospitais precisam de passar por várias revisões externas e internas para financiamento e acreditação, em que necessitam de realizar atividades de qualidade como parte da preparação de evidências. O alinhamento da motivação intrínseca da equipa para melhorar o atendimento ao doente e o alinhamento com as metas identificadas é benéfico. Quando a motivação é intrínseca, a satisfação vem da própria atividade e da satisfação de necessidades sociais e pessoais (Li & Sweetman, 2017).

Existem interdependências entre estruturas de boa governança, procedimentos, processos e educação. Incorporar o procedimento e os processos requer esforços contínuos e persistência. Incorporar a melhoria da auditoria clínica na prática quotidiana envolve o estabelecimento de uma estrutura de governança apropriada, processos, educação e treino/prática extensivos e desenvolvimento de relações de confiança e colaboração com departamentos e funcionários em todos os níveis. O suporte deve ser autêntico, de forma não ameaçadora. A liderança continua a ser a chave para o desenvolvimento contínuo de uma cultura de melhoria contínua na organização (Li & Sweetman, 2017).

O modelo conceptual Ferramenta de Avaliação de Qualidade e Liderança Hospitalar (FAQLH) foi baseado na crença dos pesquisadores de que os principais impulsionadores organizacionais da qualidade e segurança são (1) o compromisso dos conselhos administrativos e C-suites para promover a melhoria contínua, (2) uma visão de qualidade exemplar, (3) uma cultura de apoio de mudança, (4) uma liderança estruturada e responsável, (5) estruturas organizacionais apropriadas (por exemplo, comitês, educação, gestão clínica ferramentas, sistemas de recompensa) e (6) capacidade de adaptação. Estes indicadores formaram a base

para 13 domínios inter-relacionados abordado pelo FAQLH (Vaughn et al., 2014) conforme se pode consultar na Figura 3:

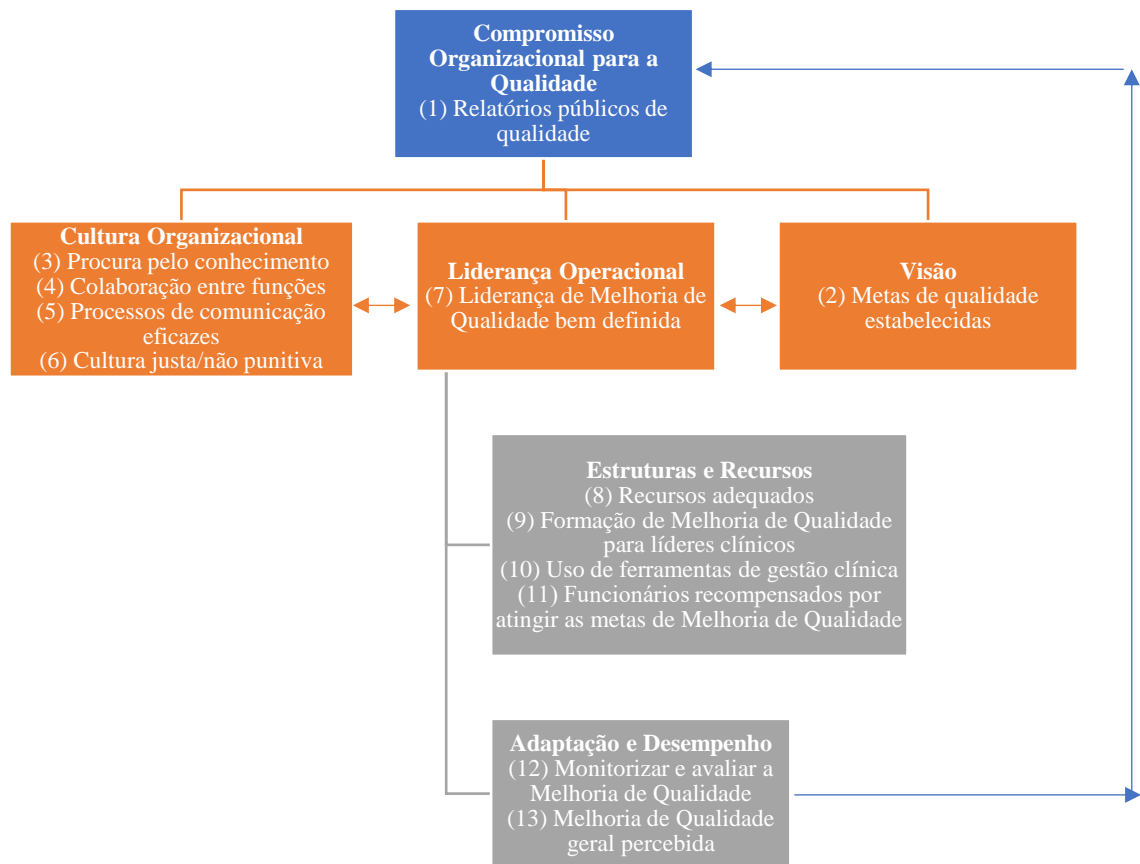


Figura 2- Modelo Conceptual de Estruturas Organizacionais e Processos de Apoio à Melhoria da Qualidade

A realização organizacional começa com um compromisso organizacional visível com a qualidade do conselho de administração e é sustentada pela visão, cultura e alocação de recursos. Um mecanismo importante para demonstrar o compromisso da liderança hospitalar com a qualidade é por meio de relatórios públicos de métricas de qualidade (relatórios públicos de qualidade). Um segundo mecanismo é o conselho e a liderança sénior estabelecerem e disseminarem uma visão de qualidade de projetos concretos e desafiadores com metas de qualidade (metas de qualidade estabelecidas). Este compromisso e as metas estabelecidas são improváveis de efetuar mudanças na ausência de uma cultura organizacional compartilhada para qualidade e contribuição das principais partes interessadas (Vaughn et al., 2014).

As atividades para estabelecer e atingir metas de qualidade são apoiadas pela procura contínua de informações sobre as melhores práticas atuais do setor e *benchmarks* de desempenho de várias fontes (procura pelo conhecimento). As organizações funcionam através da delegação da responsabilidade por meio da liderança operacional- indivíduos seleccionados por experiência e encarregados de ajudar a moldar as metas de melhoria da qualidade e

identificar as estruturas e recursos necessários para alcançá-las (liderança de melhoria da qualidade bem definidas) (Vaughn et al., 2014).

Estruturas e recursos criados e alocados em hospitais eficazes servem principalmente para apoiar o pessoal na prestação de cuidados excelentes. Fornecer cuidados de alta qualidade e seguros requer que os gestores clínicos tenham formação em técnicas de melhoria de qualidade (educação de melhoria de qualidade para líderes clínicos) e que médicos, enfermeiros e outros funcionários da linha de frente tenham ferramentas apropriadas para fazer o seu trabalho, incluindo fundos e acesso a conhecimentos (recursos adequados) (Vaughn et al., 2014).

De acordo com o modelo conceitual proposto, os líderes em hospitais de alto desempenho também estão comprometidos em monitorizar o desempenho e a adaptação com base no progresso documentado em direção às metas (monitorar e avaliar a melhoria de qualidade e a melhoria da qualidade geral percebida). Esse processo envolve fornecer feedback aos principais interessados e mantê-los e a outros participantes responsáveis uns pelos outros e pela comunidade (relatórios públicos de qualidade) para que os ajustes apropriados possam ser feitos nos programas e políticas (Vaughn et al., 2014).

De acordo com o estudo realizado pelos mesmos autores, o FAQLH pode ser um instrumento valioso para ajudar a identificar estruturas e atividades que devem ser abordadas pelos hospitais na sua procura pela melhoria da qualidade. Uma vez que o FAQLH tem alto potencial de uso pelos hospitais como instrumento de autoavaliação.

Vaughn et al (2014) defendem que as organizações que têm líderes capazes de articular uma visão de forma mais eficaz e criar uma cultura de qualidade e apoiá-los por meio da liderança e recursos responsáveis, como evidenciado por pontuações mais altas no FAQLH, também obtiveram pontuações mais altas nas medidas clínicas examinadas. Líderes seniores em hospitais de alto desempenho parecem ser mais eficazes em transmitir o seu compromisso com a qualidade do atendimento à gestão clínica, ao C-suite e aos conselhos.

As maiores diferenças nas percepções entre hospitais de alto desempenho e hospitais de baixo desempenho estão no domínio da comunicação para conselhos, colaboração entre funções e domínios de processos de comunicação eficazes para C-suites e relatórios públicos de qualidade, recursos adequados e funcionários recompensados por atingir os domínios de metas de melhoria de qualidade para gestão clínica.

O FAQLH tem o potencial de fornecer aos hospitais comprometidos com a melhoria da qualidade clínica um ótimo ponto de partida. Concentrando-se primeiro nas estruturas e processos conhecidos por terem uma influência positiva na qualidade, os hospitais podem começar a transformar a sua cultura existente numa cultura de qualidade. Com essa base, os

hospitais estarão mais bem posicionados para implementar as iniciativas de melhoria da qualidade que serão necessárias, pois o financiamento da saúde concentra-se cada vez mais na qualidade (Vaughn et al., 2014).

É essencial que os líderes não apenas reconheçam a necessidade de compromisso com a qualidade, mas também comuniquem essa visão a toda a organização e se apropriem dos recursos necessários. Os hospitais precisam desenvolver uma cultura de qualidade que permeie todos os níveis da organização e impulse a identificação e adoção de estruturas e processos que melhorem a qualidade e a segurança.

Seguindo a estrutura do modelo FAQLH sobre o compromisso organizacional para a qualidade através da elaboração de relatórios públicos anuais e o disposto no Despacho n.º 3635/2013 que determina que “todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde (...), os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, devem elaborar um plano de ação anual, que explicita as atividades e o planeamento que a instituição pretende desenvolver atentas as prioridades estratégicas e ações definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, segundo um modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde” torna-se pertinente averiguar se os planos de ação anuais são elaborados de forma semelhante e se apresentam evidência de melhoria contínua (os resultados apresentados nos planos de ação são consequência das propostas apresentadas nos anos anteriores ou mantêm-se iguais ao longo do tempo?).

2. Método

Para o presente estudo foram submetidas a investigação as Instituições: Hospital Beatriz Ângelo e Centro Hospitalar do Oeste. As mesmas foram escolhidas pelas suas características distintas, uma vez que a primeira se trata de uma entidade público-privada nas datas em análise 2017-2021 e a segunda de uma entidade pública. Apesar destas organizações abrangerem populações (em número) semelhantes, a diferente história no que respeita ao envolvimento em processos de qualidade poderá dar lugar a práticas e a resultados distintos, desta forma permitindo evidenciar como as organizações se apropriam das diretrizes emitidas centralmente.

A estratégia de pesquisa centra-se na análise documental. O estudo analisa os resultados obtidos nos respetivos anos e as propostas de melhoria fornecidos nos Planos de Ação dos hospitais mencionados, de modo a investigar se houve evolução dos resultados representando uma melhoria.

Para a realização da análise documental os dados foram obtidos conforme as fontes disponíveis online apresentadas em Tabela 3:

	HBA	CHO
Enquadramento organizacional	https://www.hbeatrizangelo.pt/pt/o-hospital/qualidade-e-seguranca/	-https://www.choeste.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/30/2021/06/Regulamento-Interno-CHO.pdf -https://www.choeste.min-saude.pt/servicos-de-apoio/apoio-a-gestao/gabinete-de-gestao-da-qualidade/
Plano de ação 2017	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-835737-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-836454-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA
Plano de ação 2018	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-986155-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-986081-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA
Plano de ação 2019	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1122643-	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1122655-

	pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA	pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA
Plano de ação 2020	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1193656-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1193678-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA
Plano de ação 2021	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1251437-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA	https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/autoridade-conselho-e-comissoes/comissoes-da-qualidade-e-seguranca/planos-de-acao-1251431-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA
	DGS	
Missão e atribuições	https://www.dgs.pt/a-dgs/missao-e-atribuicoes.aspx	

Tabela 3- Fontes para análise documental

3. Resultados

3.1. Enquadramento organizacional das comissões de qualidade e segurança do doente

As características de cada instituição relativamente à sua Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD), de acordo com o disponível nos respetivos sites oficiais. Deste modo tem-se que no CHO:

No exercício da sua atividade e respetivos profissionais observam e orientam-se pelos seguintes valores e princípios:

1. Valores: serviço público; competência; humanismo; rigor; transparência; união e solidariedade.

2. Princípios: centralidade do doente; reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa; promoção da saúde na comunidade; postura e prática com elevados padrões éticos; respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

A comissão de qualidade e segurança está compreendida no órgão de comissão de apoio técnico, que englobam as que são legalmente obrigatórias, assim como aquelas que foram consideradas necessários em termos da sua implementação no CHO, conforme se pode consultar no Organograma da Instituição que é apresentado na Ilustração 1:

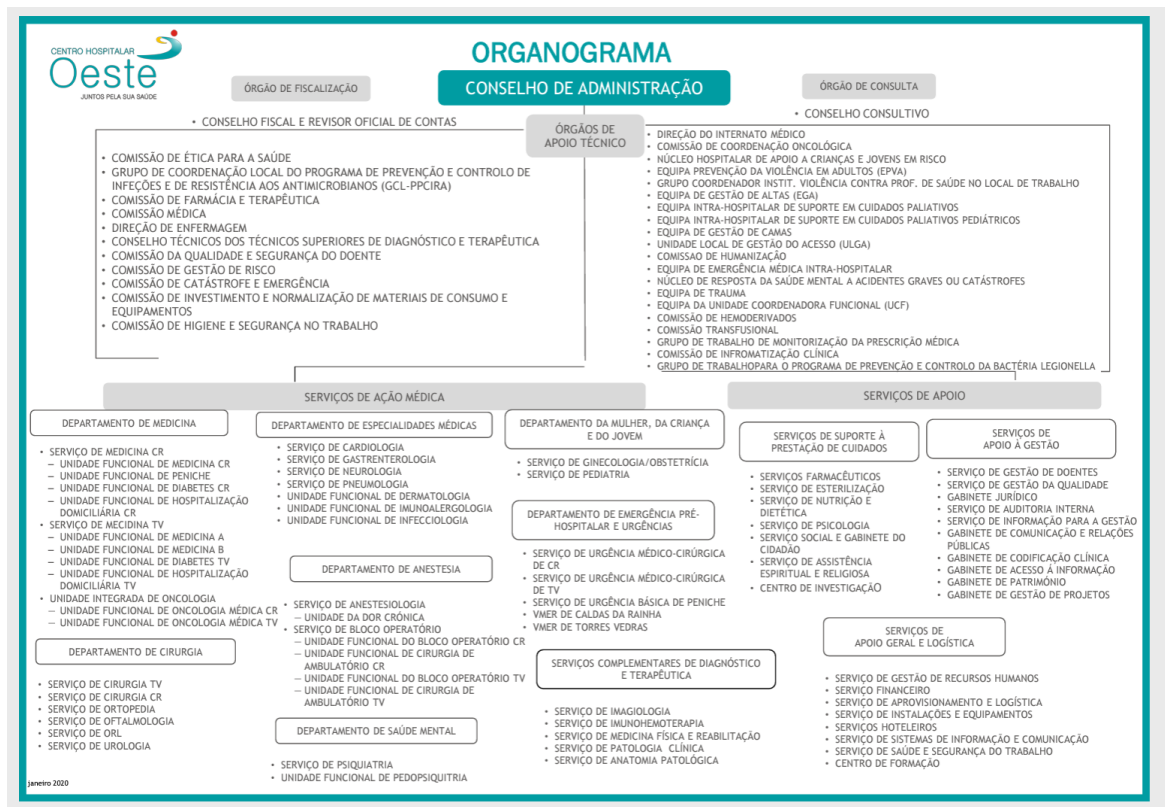


Ilustração 1 - https://www.choeste.min-saude.pt/images/conteudos/OCHO/Organograma/Organograma_CHO_15.1.2020.pdf

Deste modo, compete ao Conselho de Administração (CA) a nomeação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico, estas devem elaborar e submeter ao CA, o programa anual de atividades para o ano seguinte e o relatório de atividades do ano transato. Os mandatos dos membros dos órgãos de apoio técnico têm a duração de três anos, sem prejuízo da sua substituição, devidamente fundamentada, sempre que tal seja tido por oportuno. O funcionamento de cada comissão é definido em regulamento próprio, a aprovar pelo CA.

De acordo com o regulamento interno da instituição a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, a qual se rege pelo disposto no Despacho nº.3635/2013, tem uma composição multiprofissional e regulamento próprio, aprovado pelo CA, sendo presidida por um profissional de reconhecido mérito, devendo integrar ainda o coordenador do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. A Comissão detém as seguintes competências:

a) promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua da qualidade, por via do desenvolvimento de iniciativas apropriadas;

b) assegurar e promover a divulgação de normativos que adequem as atitudes dos profissionais hospitalares, no sentido da prestação dos melhores cuidados ao seu alcance;

c) assegurar o acatamento das deliberações do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, no quadro das iniciativas desencadeadas por esse departamento no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e respetivas prioridades;

d) divulgar internamente os critérios de qualidade e normas/orientações, quer sejam clínicos ou organizacionais, reportados à segurança do doente e definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde;

e) promover a elaboração de um plano de ação anual, que explicita as atividades e o planeamento a desenvolver, atentas as prioridades estratégicas e ações definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;

f) assegurar o plano de ação referido na alínea anterior, complete, naquilo que for aplicável, a atividade do grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, assim como que os seus objetivos sejam também incluídos nos contratos programas acordados com o CHO;

g) diligenciar no sentido da elaboração de um relatório anual que explicita os resultados das atividades desenvolvidas, segundo um modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, o qual e após a sua aprovação pelo CA, deverá ser enviado, até ao fim do primeiro trimestre do ano civil seguinte, para efeitos de homologação, à Direção-Geral da Saúde;

h) assegurar que o relatório anual referido na alínea anterior, contemple também os efeitos do desempenho do grupo de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;

i) proceder à elaboração do seu regulamento no qual poderá ser contemplada a implementação de subcomissões, as quais abranjam todas atividades relacionadas com a qualidade e segurança. Sendo esse regulamento aprovado pelo CA.

Tem-se então que a missão do Gabinete de Gestão da Qualidade tem como missão implementar uma política global da qualidade que garanta a melhoria no âmbito dos serviços prestados à população, num contexto de segurança para os cidadãos e para a prática clínica, procurando assegurar o mais elevado grau de satisfação desses cidadãos e dos profissionais, no cumprimento das estratégias e normativos em vigor. Sendo constituído por duas colaboradoras, segundo site oficial: Dra. Andreia Silva, Técnica Superior, Coordenadora e pela Enf.^a Carla Bernardino, Enfermeira Especialista (tempo parcial).

Relativamente a certificações tem-se que o CHO tem Serviços Certificados pela Norma ISO 9001:2015: Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Torres Vedras e Serviço de Medicina Transfusional na Unidade de Caldas da Rainha e na Unidade de Torres Vedras. Não se tratando de uma Instituição de Saúde acreditada, no entanto, foi celebrado um contrato entre o CHO e a DGS para a acreditação do Serviço de Pneumologia e do Serviço de Oftalmologia pela ACSA. Este projeto em 2020. Segundo informação disponível no Plano de Ação de 2021 o CHO obteve acreditação ACSA nos Serviços de Pneumologia, de Oftalmologia e de Pediatria.

De acordo com o disponível no site oficial do HBA pretende ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os cuidados primários e continuados de saúde. E, nessa medida, tem como missão prestar cuidados à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; além de contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação dos profissionais na sua área de atividade.

Desta forma, é detentor de uma comissão de Qualidade e Segurança do Doente constituída por 3 Gabinetes até Janeiro de 2022:

- Gabinete de Suporte Operacional, constituído por Daniela Duarte (responsável), Margarida Amado, Felicidade Seia e Felicidade Espírito Santo. Este gabinete responde perante o Dr. Paulo Costa (Conselho de Administração);
- Gabinete de Gestão de Risco, constituído por Luísa Caldas e Patrícia Nunes;

- Gabinete PPCIRA composto por Ana Soraia Bispo, Margarida Encarnação, Carlos Palos, Paulo Rodrigues e Luís França;

Estes últimos gabinetes reportam diretamente à Direção Executiva, sendo possível consultar o Organograma Institucional na ilustração 2:

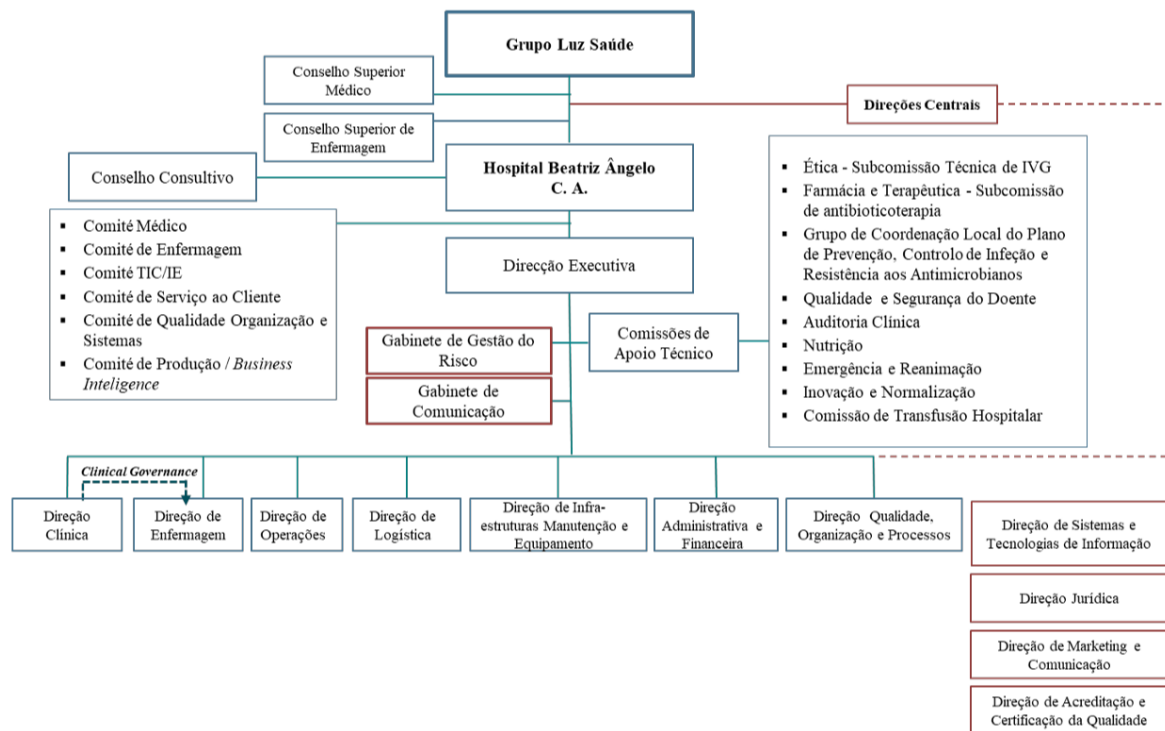


Ilustração 2-Organograma Hospital Beatriz Ângelo

O HBA desde a sua abertura (2012) fora submetido ao processo de Acreditação de Qualidade denominado por Acreditação global pela JointCommission International (JCI). Este processo de acreditação tem como objetivo assegurar a conformidade do HBA com um conjunto de padrões nacionais e internacionais de qualidade e segurança, que garantem a prestação dos melhores cuidados aos doentes e a melhoria contínua da organização. O processo de acreditação pela JCI é longo e rigoroso. Durante dois anos, os profissionais do HBA são regularmente auditados pelos peritos internacionais da JCI em relação a tudo o que fazem dentro do hospital, na sua relação direta ou indireta com os doentes. Os padrões de qualidade e segurança definidos por esta entidade abrangem todas as etapas do trajeto percorrido pelos doentes, desde o acesso aos cuidados de saúde, à permanência no hospital, à prestação de todos os cuidados de saúde, à gestão e utilização de medicamentos ou equipamentos, aos direitos e à educação dos doentes e das suas famílias.

Assim como, a diversas certificações:

- Certificação ambiental pela norma ISO 14001 | Política Ambiental;

- Certificação de qualidade pela norma ISO 9001: Farmácia, Imagiologia e Esterilização, Medicina Nuclear | Política da Qualidade;

Para além destas validações externas de boas práticas internacionalmente reconhecidas, a aposta na melhoria contínua implica a avaliação de indicadores a diferentes níveis do ciclo de prestação de cuidados. É a comparação dos valores destes indicadores com os valores obtidos por outros hospitais, médias nacionais e internacionais, que permitem identificar áreas de melhoria.

Os planos de melhoria realizados pela CQSD envolvem indicadores transversais, indicadores SINAS e indicadores específicos dos serviços. Todos os serviços existentes no hospital são submetidos a auditorias internas, tem pelo menos 2 áreas consideradas como Centros de Referência ACSA na área da Oncologia do adulto (Cancro Hepatobilio/Pancreático e Cancro do Reto), assim como é sujeito a auditorias externas ISSO.

3.2. Apresentação dos Planos de Ação 2017-2021

A consulta e interpretação dos Planos de Ação dos anos 2017-2021 de ambas as instituições permitiu elaborar a seguinte tabela de resultados, tendo em consideração os principais indicadores de qualidade e segurança:

Tabela 4- Resultados			
Análise principais indicadores			
Indicador	Ano	HBA	CHO
Qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na instituição?	2017	19	19
	2018	9	14
	2019	5	19
	2020	2	26
	2021	9	39
Quantas auditorias internas sobre as normas emitidas pela DGS foram realizadas?	2017	493	2
	2018	242	3
	2019	237	6
	2020	234	5
	2021	0	2
Cultura de Segurança			
Considerando a última taxa de adesão obtida, quais as medidas de melhoria implementadas?	2017	Considerando que o Hospital Beatriz Ângelo (...) inicial e contínua dos colaboradores em matéria (...) acreditação e certificação.	Apesar dos esforços envidados o CHOeste obteve uma taxa de adesão de 10,3% que, de acordo com a informação da DGS, não permitiu que o hospital atingisse o (...)
	2018	Considerando que a Taxa de adesão foi elevada, mantemos as atividades em particular de sensibilização para a melhoria da Cultura de Segurança.	Apesar dos esforços envidados o CHOeste obteve uma taxa de adesão de 10,3% que, de acordo com a informação da DGS, não permitiu que o hospital atingisse o (...)

Tabela 4- Resultados			
Análise principais indicadores			
	2019	Considerando que a Taxa de adesão foi satisfatória, mantemos as atividades em particular de sensibilização para a melhoria da Cultura de Segurança e ainda a Campanha para aumento da notificação de incidentes na intranet.	Apesar das iniciativas para a divulgação do questionário das quais se destacam: o envio de circular informativa interna; a publicação de notícia na intranet do CHOeste; o envio de emails personalizados por grupo profissional; a divulgação em reuniões de serviço e em passagens de turno e o apoio prestado pela Comissão e pelo Gabinete da Qualidade no esclarecimento de dúvidas, a taxa de adesão do CHOeste foi de 4,9%, o que não foi suficiente para atingir a taxa mínima necessária para obter o relatório com os resultados do estudo.
	2020	Considerando a última Taxa de adesão, foram efetuadas atividades em particular de sensibilização para a melhoria da Cultura de Segurança, Campanha na intranet para aumento da notificação de incidentes e formação dos profissionais para as áreas prioritárias de intervenção.	Como a última taxa de adesão ao questionário foi de 4,9% não foi obtido o relatório com os resultados do estudo.
	2021	Considerando a última Taxa de adesão, foram efetuadas atividades em particular de sensibilização para a melhoria da Cultura de Segurança, manteve-se a Campanha na intranet para aumento da notificação de incidentes e a formação dos profissionais para as áreas prioritárias de intervenção.	Como a última taxa de adesão ao questionário de avaliação da cultura de segurança foi muito baixa (4,9%), não foi obtido o relatório. Em 2020, por orientação do Departamento da Qualidade na Saúde, a avaliação foi suspensa, (...)
Segurança da comunicação			
Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?	2017	4	0
	2018	1	0
	2019	1	0
	2020	1	0
	2021	0	0
Segurança Cirúrgica			
Qual a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição?	2017	0.4%	32.2%
	2018	0.4%	24%
	2019	0.1%	22%
	2020	0.2%	20%
	2021	0.1%	23%
Quantas auditorias internas foram realizadas?	2017	222	1
	2018	558	2
	2019	555	2
	2020	600	2
	2021	233	1
Quantas notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos ocorreram na instituição?	2017	12	0
	2018	21	0
	2019	21	0
	2020	20	0
	2021	8	0
Segurança na utilização da medicação			
Tem lista de medicamentos LASA atualizada e divulgada?	2017	Sim	Sim
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não

Tabela 4- Resultados			
Análise principais indicadores			
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
Tem implementado estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos LASA, ocorreram na instituição?	2017	22	0
	2018	18	0
	2019	2	0
	2020	11	0
	2021	10	0
Tem lista de medicamentos de alerta máximo atualizada?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
Tem implementada estratégia institucional para os medicamentos de alerta máximo?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
Quantas notificações de incidentes relacionados com a utilização de medicamentos de alerta máximo ocorreram na instituição?	2017	17	0
	2018	10	0
	2019	6	0
	2020	5	0
	2021	8	0
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito de práticas seguras do medicamento, na instituição?	2017	35	1
	2018	40	0
	2019	40	2
	2020	40	0
	2021	0	0
Foram implementadas outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Sim
	2021	Sim	Não
Identificação de doentes			
Tem implementada estratégia local para a identificação inequívoca do doente?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Sim
	2021	Sim	Sim
Quantas notificações de incidentes relacionadas	2017	28	0

Tabela 4- Resultados			
Análise principais indicadores			
com a identificação do doente ocorreram na instituição?	2018	16	0
	2019	11	0
	2020	12	0
	2021	16	0
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da identificação inequívoca do doente, na instituição?	2017	107	0
	2018	270	0
	2019	300	0
	2020	310	0
2021	0	1	
Quedas			
Implementou atividades no âmbito da prevenção de quedas?	2017	Sim	Sim
	2018	Sim	Sim
	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Sim
	2021	Sim	Sim
Qual o nº de notificações de incidentes relativas a quedas registadas na instituição?	2017	349	3
	2018	316	79
	2019	308	83
	2020	305	76
	2021	227	34
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de quedas, na instituição?	2017	105	0
	2018	549	0
	2019	555	0
	2020	591	0
	2021	230	0
Úlceras de Pressão			
Implementou atividades no âmbito da prevenção de úlceras de pressão?	2017	Sim	Sim
	2018	Sim	Sim
	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Sim
	2021	Sim	Sim
Qual o nº de notificações de incidentes relativas a úlceras de pressão adquiridas na instituição?	2017	0	0
	2018	0	0
	2019	0	0
	2020	0	0
	2021	0	0
Quantas auditorias internas foram realizadas no âmbito da prevenção de úlceras de pressão, na instituição?	2017	151	0
	2018	270	0
	2019	300	0
	2020	310	0
	2021	0	0
Controlo de Infeção			
A Instituição elaborou um plano de ação na área da	2017	(em branco)	(em branco)
	2018	Sim	Sim

Tabela 4- Resultados			
Análise principais indicadores			
prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos?	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Não
	2021	Não	Não
A Instituição elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais?	2017	(em branco)	(em branco)
	2018	Sim	Sim
	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Sim
	2021	Não	Não
A Instituição reuniu os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação?	2017	(em branco)	(em branco)
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
Indique os FTE* do GCL-PPCIRA, por grupo profissional a) Coordenador b) Médicos c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA	2017	(em branco)	(em branco)
	2018	a)40 b)46 c)72	
	2019	a)40 b)46 c)72	
	2020	a)40 b)46 c)80	
	2021	a)40 b)46 c)80	
Foram realizadas auditorias internas à metodologia de análise de incidentes?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
A instituição está acreditada?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Não
	2019	Sim	Não
	2020	Sim	Não
	2021	Sim	Não
A instituição está certificada?	2017	Sim	Não
	2018	Sim	Sim
	2019	Sim	Sim
	2020	Sim	Sim
	2021	Sim	Sim

Nota: (em branco) significa ausência de dados por não existir a questão nos anos em questão.

Sendo a DGS a entidade que tem como missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a

qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde, é importante analisar a questão “qual o n.º de Normas emitidas pela DGS que foram discutidas e analisadas na instituição”. A esta questão podemos constatar que ambas as instituições analisaram várias normas, em especial o CHO, no entanto, o HBA executou em larga escala, comparativamente com CHO, auditorias a essas normas.

A cultura de segurança é avaliada de acordo com a taxa obtida anteriormente, pelo que temos, um HBA que refere taxas elevadas ou satisfatórias nos planos de ação analisados e apresenta como medidas de melhoria: “sensibilização para a melhoria da Cultura de Segurança e ainda a Campanha para aumento da notificação de incidentes na intranet para aumento da notificação de incidentes e formação dos profissionais para as áreas prioritárias de intervenção”, já o CHO refere taxas muito baixas o que não permitiu a elaboração do relatório com os resultados do estudo.

A segurança de comunicação é crucial para a continuidade dos cuidados e diminuição do risco de erros, pelo que no plano de ação é realizada a questão “Quantas auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados foram realizadas?”, onde podemos constatar que o HBA realizou auditorias e o CHO nenhuma ao longo dos anos em análise.

Relativamente à não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da instituição temos maiores percentagens no CHO, sendo que foram apresentadas como propostas de melhoria: “continuação da divulgação dos resultados das auditorias nos Blocos Operatórios/nos Serviços Cirúrgicos; Melhoria dos protocolos de profilaxia antibiótica” nos anos 2017-2020 e em 2021: “Continuação da realização de auditorias à cirurgia segura. Divulgação dos resultados. Identificação de ações corretivas. Continuação da realização de ações de formação”. Já o HBA manteve ao longo dos anos a proposta: “Manter a monitorização do preenchimento da checklist de segurança cirúrgica”. Relativamente às auditorias internas realizadas neste âmbito, o HBA fez ao longo dos anos centenas de auditorias enquanto o CHO manteve o objetivo de realizar 2 auditorias anuais. Quanto às notificações de incidentes relacionados com procedimentos cirúrgicos que ocorreram na instituição o HBA apresenta valores, possivelmente devido ao elevado número de auditorias, e conseqüentemente pela cultura de serviço de melhoria continua, enquanto no CHO não foram notificados quaisquer incidentes nos anos 2017-2021.

Sendo a segurança de utilização de medicamentos outro indicador de qualidade e segurança em saúde, temos que nos anos 2017-2021 o HBA manteve a lista de medicamentos LASA

atualizada e divulgada, já o CHO apenas o fez em 2017, sendo que nos seguintes apresentou como proposta: “Atualizar a lista LASA e divulgá-la”. Deste modo, o CHO em nenhum dos anos teve implementada uma estratégia institucional para o armazenamento e identificação de medicamentos LASA, e apresentou como proposta: “Identificação dos serviços-alvo. Alargamento da estratégia já adotada por alguns serviços”. O HBA nos anos em análise manteve implementada uma estratégia e apresentou como proposta ao longo do tempo: “Manter os procedimentos para armazenamento de medicamentos de alta vigilância, de forma a minimizar a ocorrência de erros no manuseamento e utilização destes medicamentos”. Os resultados são semelhantes relativamente à lista de medicamentos de alerta máximo, a implementação de uma estratégia institucional relativamente à sua utilização e respetivas auditorias em ambos os hospitais.

Quanto à implementação de outras medidas de melhoria na instituição no âmbito das práticas seguras do medicamento nos anos 2017-2021 o HBA implementou outras medidas, e propôs várias medidas de melhoria, sendo em 2021: "Envio de slides com informação para os profissionais sobre Boas Práticas na utilização do medicamento e sensibilizações *on the job*, nomeadamente sobre identificação inequívoca de doentes, interrupções durante a preparação. Reforço, junto dos profissionais de saúde, do dever de notificar as suspeitas de RAM e/ou de ineficácia terapêutica de que tenham conhecimento. Envio de alertas para os prescritores nos casos de falhas na prescrição. Sensibilização aos enfermeiros dos serviços para as características da prescrição e confirmação dos ""6 certos"". Alterada a metodologia de trabalho relativamente à administração da vacina BCG ao recém-nascido (RN). Alterado o grafismo das denominações de 2 medicamentos LASA, Clonidina e Clonixina. Documentação dos erros identificados no circuito do medicamento: validação, produção/conferência e administração, e consequente notificação ao Gabinete de Gestão do Risco. - Mantivemos a avaliação a eficácia e o perfil de segurança dos medicamentos, a partir de relatórios de follow-up e de análise de outcomes. Implementação dos documentos; Initial Validation Report and Drug and Patient para aumentar a robustez da avaliação detalhada das tecnologias de saúde introduzidas em formulário. Revisão do formulário hospitalar, tendo-se excluído vários fármacos com o objetivo de tornar mais seguro o portefólio hospitalar. Documentação dos erros identificados no circuito do medicamento: validação, produção/conferência e administração, e consequente notificação ao Gabinete de Gestão do Risco. Mantém-se a validação com recurso à estratégia de validação ""CAIPIRA"" descrita no processo ""Validar Prescrição e Efetuar Intervenção Farmacêutica"". Com o início da situação pandémica foram adotados um conjunto procedimentos e medidas, para otimizar o circuito do medicamento e mitigar eventuais riscos de contágio: Com início em

Março de 2020, no sistema de distribuição por Dose Unitária (DU) adotamos o envio da medicação em sacos de plástico, devidamente identificados, por doente. Em Junho de 2021, retomamos o sistema de envio tradicional com recurso às gavetas de DU, mantendo-se contudo, o envio em sacos para os serviços onde está determinada a alocação de doentes COVID+. Adotamos um sistema de quarentena para os medicamentos revertidos dos serviços. A higienização das gavetas/carros de DU e caixas de reposição de stocks passou a ser feita diariamente com Oxivir 3,5%. A medicação termosensível passou a ser enviados em sacos de plástico, com placa de gelo, em alternativa às caixas de esferovite. Os pedidos de medicamentos urgentes passaram a ser feitos exclusivamente por e-mail, abandonando os pedidos em papel. Na dispensa de medicação em ambulatório, alargamos os períodos de dispensa devidamente avaliados com os médicos prescritores e adotamos dispensa de proximidade”. Já o CHO implementou outras medidas em 2019 e 2020, apresentando como propostas em 2021: “Implementar a dupla verificação da terapêutica que seja dispensada pelo sistema de dose unitária ou pelo sistema de distribuição tradicional promovida por uma equipa constituída por 1 farmacêutico e 1 TSDT”.

A identificação dos doentes é outro dos indicadores avaliado nos planos de ação das instituições pela sua importância para a redução do risco de ocorrência de erros. Assim, é questionado se a instituição possui uma estratégia local para a identificação inequívoca do doente, sendo que o HBA em 2017-2021 possuía, e o CHO implementou uma estratégia a partir de 2020. O HBA em todos os anos apresentou notificações de incidentes relacionadas com a identificação do doente, e CHO apresentou zero. O mesmo se pode verificar no número de auditorias no âmbito da identificação inequívoca do doente na instituição: o HBA realizou várias auditorias, exceto em 2021 que não realizou nenhuma e propôs-se a retomar auditorias no ano seguinte, e o CHO realizou 1 auditoria no ano de 2021 e propôs para 2022 “realizar 1 auditoria de acordo com o Programa Anual de Auditorias Internas do CHO”.

Nos anos em análise ambos os hospitais implementaram atividades no âmbito de prevenção de quedas, mantendo-se a tendência do HBA apresentar mais notificações de incidentes e mais auditorias internas, o CHO não apresentou nenhuma e propôs ao longo do tempo “realizar 1 auditoria de acordo com o Programa Anual de Auditorias Internas do CHO”.

As úlceras por pressão são outro indicador em análise em que ambas as instituições implementaram medidas de prevenção de úlceras e nenhuma obteve notificações de incidentes, no entanto o CHO não realizou auditorias (mas propôs-se sempre a realizar 1 auditoria anual) no âmbito da prevenção de úlceras de pressão em 2017-2021 e o HBA apresentou em todos os anos, exceto 2021.

Em 2017 a questão “a instituição elaborou um plano de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e prescrição de antimicrobianos” não foi realizada, no entanto o CHO não apresentou nenhum plano nos anos 2020-2021 e propôs “elaborar o plano e enviar ao CA para aprovação”, e o HBA não apresentou em 2021, referindo “dada a Pandemia Covid19 não foi elaborado plano de ação” e propôs a “retoma da prática habitual”. Nos anos 2018-2020 o HBA elaborou um relatório de ação na área da prevenção e controlo de infeção, das resistências aos antimicrobianos e da prescrição antimicrobiana e disseminou a informação pelos gestores e grupos profissionais, exceto em 2021, propondo: “retomar os procedimentos prévios à pandemia COVID 19”. Assim como, o CHO apenas não apresentou um relatório de ação em 2021.

Quanto ao facto de a Instituição reunir os critérios exigidos no Despacho 15423/2013 de 26 de novembro, sobre os recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento deste plano de ação o HBA refere ter reunido os critérios 2018-2021, enquanto o CHO refere não ter reunido os critérios em nenhum ano. Deste modo, não foi possível obter resposta à questão: “indique os FTE do GCL-PPCIRA, por grupo profissional a) Coordenador b) Médicos c) Enfermeiros do Núcleo Executivo do GCL-PPCIRA” por parte do CHO, no entanto, o HBA apresentou o número de profissionais Full-Time Equivalent em todos os anos.

Importante ressaltar que o CHO não realizou auditorias internas à metodologia de análise de incidentes nos anos em análise, contrastando com a execução das mesmas pelo HBA todos os anos.

O HBA é uma instituição acreditada e certificada 2017-2021, referindo no último plano de ação: “Manter a acreditação pela Joint Commission International. Durante ano de 2020, não se realizaram auditorias internas, em outubro realizou-se a auditoria externa de acompanhamento, via remota. Em 2021, realizou-se pela Direção de Acreditação e Certificação da Qualidade uma auditoria interna focalizada. A auditoria externa de reacreditação decorreu em outubro de 2019” e “manter a certificação pela Norma ISO 9001 nos Serviços Farmacêuticos, Departamento de Imagiologia, Central de Esterilização e Medicina Nuclear. Garantir a certificação ambiental da atividade pela Norma ISO 14001:2015”. O CHO não se trata de uma instituição acreditada, mas em 2021 refere ter obtido “acreditação ACSA: Serviço de Pneumologia, Serviço de Oftalmologia e Serviço de Pediatria”. Relativamente às certificações apenas em 2017 não obteve nenhuma, mas nos restantes anos obteve certificação ISSO 9001:2015 da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Torres Vedras e do Serviço de Medicina Transfusional do CHO (Torres Vedras e Caldas da Rainha) e em 2021 propõe a “manutenção da certificação ISO 9001:2015 da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Torres Vedras e do Serviço de Medicina

Transfusional do CHO (Caldas da Rainha e Torres Vedras). Preparação dos Serviços de Aprovisionamento e Logística e dos Serviços Hoteleiros para a certificação ISO 9001:2015”.

4. Discussão

O presente estudo foi configurado de modo a, com base na análise dos planos de ação de qualidade e segurança emanados pela DGS tal como reportados por dois hospitais, identificar em que medida: os mesmos estimulam a melhoria contínua; diferentes organizações customizam as orientações contidas nos mesmos de acordo com as suas características próprias.

No processo de busca pela excelência, é necessário estabelecer exigências, que formalizem os mecanismos que as instituições de saúde e os seus profissionais terão que utilizar para assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondem aos critérios da qualidade definidos pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), do Serviço Nacional de Saúde.

Neste estudo foram analisados os principais indicadores identificados como principais focos do Plano Nacional para a Segurança do Doente: a prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde, deste modo visa atingir nove objetivos estratégicos: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; Aumentar a segurança da comunicação; Aumentar a segurança cirúrgica; Aumentar a segurança na utilização da medicação; Assegurar a identificação inequívoca de doentes; Prevenir a ocorrência de quedas; Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; Prevenir e controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos.

Na generalidade, os resultados obtidos no presente estudo mostram que quando comparado com o CHO o HBA apresenta planos de ação mais estruturados. Mais especificamente, os seus planos de ação incluem propostas de melhoria mais elaboradas e mais adequadas à sua realidade e resultados que evidenciam melhoria contínua. Esta diferença pode dever-se ao facto de se tratar de uma instituição submetida, desde a sua abertura em 2012, a acreditação JCI. Esta entidade JCI através do seu manual e requisitos para acreditação de qualidade instaura a necessidade de uma equipa estruturada e a envolvimento de toda a instituição para alcançar objetivos, contribuindo para uma cultura de qualidade e segurança do doente consistente e transversal a todos os seus profissionais.

Os resultados obtidos revelam que as CQS destes dois hospitais não são organizadas de forma semelhante, evidenciando-se na cultura de realização de auditorias internas e notificação de incidentes, que estão intrinsecamente ligados à prática institucional. Uma vez que uma estrutura projetada para alinhar iniciativas de qualidade e segurança fornece a estrutura para alcançar mudanças sustentáveis. (Douma, 2015).

Importante salientar que o CHO revela não possuir os recursos humanos e logísticos necessários para o cumprimento do plano de ação. Porém no decorrer dos anos 2017-2021, esta necessidade não foi suprida. Já o HBA, que por se tratar de uma entidade acreditada pela JCI vê-se na obrigação de possuir uma equipa especializada na área da qualidade e segurança possui os recursos humanos e logísticos necessários para o cumprimento do plano de ação. Deste modo, os planos de ação deverão ser entendidos no contexto das estruturas e das iniciativas pré-existentes com vista a promover a qualidade e a segurança, as quais denotam a experiência anterior das organizações e a resposta a exigências de entidades externas às organizações que realmente praticam qualidade e segurança. As diferenças encontradas entre os dois hospitais em análise mostram como a mesma pressão externa induz respostas altamente diferenciadas.

Como sugerido por Wiig et al (2014) a qualidade é um conceito contestado, onde a conceptualização varia significativamente entre a política e as imagens organizacionais celebradas publicamente e a capacidade de traduzi-la em prática operacional. As organizações com alta maturidade de melhoria de qualidade têm conselhos que priorizam a melhoria de qualidade, estabelecendo prioridades a curto prazo para a criação de melhoria da qualidade a longo prazo, englobando funcionários e doentes empenhados na qualidade e incentivam a uma cultura de melhoria contínua. Assim, a importância dos líderes e conselhos hospitalares para a melhoria da qualidade será reconhecida de forma a integrar as estratégias de todo o hospital. Segundo Douma (2015) é necessária uma estrutura para apoiar a mudança e alinhar os esforços entre as organizações de forma a ser possível a criação de programas e iniciativas de qualidade e segurança para mudanças sustentáveis e os melhores resultados possíveis para os doentes e famílias. Os resultados encontrados suportam, no essencial, estas proposições, o que reforça a importância da liderança e da gestão de recursos humanos na promoção da qualidade e segurança.

De acordo com a DGS os processos de auditoria interna e externa são instrumentos que permitem alcançar patamares de maior exigência em relação à qualidade da decisão clínica. O que permite induzir mais eficiência, ao estabelecerem standards comparativos da qualidade das prestações, com otimização de recursos. Porém, a principal disparidade entre as instituições são o número de auditorias realizadas pelas mesmas, assim como, o número de notificações de incidentes em ambos os hospitais, podendo concluir-se que quanto mais auditorias realizadas, mais notificações de incidentes são realizadas, de forma a promover estratégias de melhoria. A literatura revela que o desenvolvimento da capacidade de melhoria de uma instituição passa pela auditoria clínica incorporada à prática quotidiana, contribuindo para uma cultura organizacional positiva de aprendizagem contínua (Li & Sweetman, 2017).

Nos planos de ação analisados as propostas apresentadas ao longo dos anos foram sendo adaptadas aos resultados obtidos previamente o que, à primeira vista denota melhoria, elemento essencial da promoção da qualidade. No entanto, quando os resultados se mantinham iguais, também as propostas se mantiveram iguais, não havendo uma representação de melhoria de ano para ano. Este efeito denota-se principalmente no CHO. De forma a atingir o objetivo de garantir a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, é exigida às organizações exigida uma gestão integrada a nível organizacional e em diferentes níveis de cuidados de saúde, assim como a apresentação de medidas e soluções eficazes e eficientes que resultem em ganhos para a saúde. Para tal é necessário a existência de equipas de gestão de qualidade e segurança profissionalizadas e que promovam o empenho efetivo na prestação de cuidados centrados e baseados na experiência do doente e da família, bem como na promoção da segurança dos profissionais e da sua satisfação no local de trabalho. Estas equipas devem integrar profissionais motivados, empenhados e preparados para a sua missão e para os desafios constantes na perspetiva de melhoria continua e apresentar competências como: conhecimento específico sobre qualidade em saúde e segurança do doente; uso eficaz de ferramentas para análise de dados e melhoria contínua; habilidades de análise e de interpretação de dados e de pesquisa; solução de problemas; interação efetiva com outros serviços/profissionais; liderança; capacidade de gerir várias prioridades; trabalho em equipa; competências de comunicação. Como fica patente no presente estudo, estas condições de base nem sempre estão reunidas, o que pode comprometer os esforços tendentes a melhorar a qualidade e a segurança.

Podemos concluir que as equipas responsáveis pela gestão de qualidade e segurança do doente necessitam de um propósito claro de forma a desenvolver objetivos específicos e que sejam incentivadas a ter autonomia e apropriação dos seus papéis para monitorizar o desempenho clínico em relação ao atendimento ao doente de forma a procurar a melhoria continua. Pelo que, a existência obrigatória de uma CQSD nas instituições levou à criação das mesmas como resposta a essa imposição, mas possivelmente sem a estruturação necessária para que a mesma executá-se o seu papel de forma ótima, o que se pode evidenciar através do presente estudo, em que os resultados anuais demonstram um empenho e envolvimento dos profissionais díspar.

Para que haja uma mudança bem-sucedida para a melhoria do desempenho da organização e da melhoria da qualidade, é necessário que seja transmitida às equipas a sua necessidade e propósito, assim como os benefícios associados a essa mudança. Esta etapa é fundamental para envolver todos os profissionais de saúde e equipas de gestão para que haja uma compreensão compartilhada das necessidades, metas e objetivos da organização. A presente investigação

ecoa os resultados do estudo QUASER, na medida em que podemos afirmar que os fatores organizacional e cultural são fundamentais para que ocorra uma melhoria da qualidade e segurança continua nas instituições, uma vez que há a necessidade de planear e coordenar esforços de qualidade que, posteriormente possam ser evidenciados nestes planos de ação anuais. Tal como o estudo QUASER concluiu que a conceptualização de qualidade difere entre os diferentes níveis- macro, meso e micro- também o presente estudo sugere uma diferente conceptualização de qualidade e segurança entre aquilo que foi o objetivo major dos órgãos nacionais (Ministério da Saúde e DGS) com a criação das equipas CQSD, com aquilo que foi operacionalizado para estas equipas a nível meso (gestão hospitalar) e consequentemente, influenciando a nível micro (profissionais de saúde) a sua interpretação do conceito de qualidade e segurança em saúde.

Também o modelo FAQLH afirma que a realização organizacional começa com o compromisso com a qualidade do conselho de administração e é sustentada pela visão, cultura e alocação de recursos necessários para cumprir os objetivos de melhoria continua. Este compromisso da liderança hospitalar com a qualidade é demonstrado através de relatórios públicos – por exemplo, os planos de ação analisados. Estes relatórios são cruciais para a criação de uma cultura organizacional de procura pelo conhecimento, colaboração entre funções, comunicação efetiva, e consequentemente para a criação de uma visão através do estabelecimento de metas de qualidade. Deste modo, seria possível à instituição criar uma estrutura de monitorização e avaliação dos parâmetros de qualidade e segurança, e assim promover junto de todos os seus profissionais a necessidade de mudança e procura pela melhoria continua. As duas instituições analisadas no presente estudo apresentam anualmente o seu plano de ação por imposição da DGS. No entanto, as diferenças dos planos de ação destes dois hospitais são evidentes, não só através da identificação do CHO de não possuir os recursos humanos necessários para cumprir com os seus objetivos, mas também da falta de uma estrutura de monitorização e avaliação dos parâmetros de qualidade- auditorias.

Estes planos de ação são de extrema importância também para a partilha de resultados e possibilidade de melhoria transversal a todas as instituições de saúde, uma vez que as mesmas podem consultar todos os planos de ação realizados no site da DGS e, desta forma, potenciarem as oportunidades de aprendizagem organizacional. Estes planos de ação apesar de seguirem um modelo fornecido pelo DQS acabam por ser encarados de forma diferente.

O presente estudo comporta várias limitações. Ficam por iluminar aspetos importantes da estrutura e o funcionamento das CQS, e como estas influenciam e são influenciadas pelo contexto organizacional mais vasto no qual se inserem na produção de impacto na qualidade e

segurança a nível organizacional, determinando se as mesmas oferecem propostas adequadas à sua realidade, que poderia ser levado a cabo através de entrevistas a atores chave pertencentes às equipas responsáveis pela qualidade e segurança em ambos os hospitais. Por outro lado, apesar de os planos de ação fornecerem informação fundamental para entender as práticas de qualidade registadas nas organizações o modelo standard fornecido às instituições implica a anexação de ficheiros, que depois, quando são exportados para o documento apresentado online acabam por não serem acessíveis, limitando o acesso a resultados e consequentemente a interpretação dos mesmos, seja por investigadores, seja por outras instituições.

Numa perspetiva de investigação futura seria pertinente alargar a análise a outros casos, de modo a enriquecer a identificação dos fatores explicativos da eventual melhoria registada em termos de qualidade e segurança, e ainda, se a dinâmica interna influencia os resultados, assim como da contribuição da acreditação para obtenção de resultados ao longo do tempo. Assim como seria interessante determinar quais os resultados obtidos pela DGS destes planos de ação e como seria possível tirar partido dos mesmos como promotores de aprendizagem organizacional com vista à melhoria da qualidade e segurança.

Em suma, estamos perante duas instituições com planos de ação anuais díspares entre si no concerne à melhoria continua, evidenciando-se um empenho no seu preenchimento mais cuidado por parte do HBA, assim como no alcance das propostas realizadas de ano para ano, com auditorias internas realizadas em larga escala comparativamente com CHO. Uma equipa empenhada no alcance de metas e objetivos é crucial para o bom desempenho da instituição, pelo que, a criação de uma estrutura e dinâmica de equipa de CQS, através do exemplo das que apresentam resultados, poderia ser pertinente para alcançar uma melhoria continua nas instituições de saúde. Adicionalmente, será relevante sublinhar o envolvimento das entidades governamentais que regulam a qualidade e segurança em saúde visto a melhoria da qualidade na saúde tanto servir o cidadão, considerado individualmente, como servir o profissional de saúde.

Referências

Ander-Egg, E. (1978). *Introducción a las técnicas de investigación social: para trabajadores sociales*. 7^o. Buenos Aires: Humanitas.

Anderson, J. E., Robert, G., Nunes, F., Bal, R., Burnett, S., Karlton, A., Sanne, J., Aase, K., Wiig, S., & Fulop, N. J. (2019). Translating research on quality improvement in five European countries into a reflective guide for hospital leaders: The “QUASER Hospital Guide.” *International Journal for Quality in Health Care*, 31(8), G87–G96. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz055>

Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. In *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 32, Issue 8, pp. 531–544). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>

Barroso, F., Ramos, S., & Sales, L. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Bate, S., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organising for Quality, The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States* Oxford. Radcliffe Publishing.

Brown, A., Dickinson, H., & Kelaher, M. (2018). Governing the quality and safety of healthcare: A conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 202, 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.020>

Decreto Regulamentar nº14/2012 de 26 de janeiro. *Diário da República nº19/2012, Série I*. Aprova a orgânica da Direção-Geral da Saúde (pp.480-482).

Despacho nº 3635/2013 de 7 de março. *Diário da República nº47/2013, Série II*. Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (pp. 8528-8529).

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República nº102/2015, Série II*. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (pp. 13550-13553).

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº28/2015, 1^o Suplemento, Série II*. Aprova o Plano Nacional de Saúde para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. *Diário da República n.º 120/2009, Série II*. (pp.24667-24669).

Despacho nº 9390/2021 de 24 setembro. *Diário da República n.º 187/2021, Série II*. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), pp. 96 – 103.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx> [acedido a 31/12/2021].

Douma, C. (2015). Designing a Quality and Safety Organizational Structure. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(2), 53–56. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.04.003>

Figuroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. In *BMC Health Services Research* (Vol. 19, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>

Gama, Z., Saturno-Hernández, P., Ribeiro, D., Freitas, M., Medeiros, P., Batista, A., Neto, V. (2016). *Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP- Brasil* (Vol. 32). Cadernos Saúde Pública.

Gouvêa, C. (2014). Indicadores de segurança do paciente. In P. Sousa (Org). *Segurança do paciente: Criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP.

Institute of Medicine (IoM), C. o. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Instituto Português da Qualidade (IPQ) (2015). *NP EN ISO 9001:2015 Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos*. 4ª edição. Caparica: IPQ.

Jorgenson, & Claudia. (2017). *Survey Process Guide for Hospitals Including Academic Medical Center Hospitals*. www.jointcommissioninternational.org

Li, Q. C., & Sweetman, G. (2017). A healthcare quality management system underpinning the 3-E model and its application in a new tertiary hospital in Australia. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 112–116. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2017.02.003>

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530.

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Nunes, F. G., Robert, G., Weggelaar-Jansen, A. M., Wiig, S., Aase, K., Karlun, A., & Fulop, N. J. (2020). Enacting quality improvement in ten European hospitals: a dualities approach. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05488-9>

Quality and Patient Safety Directorate. (03 de Janeiro de 2013). *A Practical Guide to Clinical Audit*. Obtido de <https://www.phecit.ie/Images/PHECC/Clinical%20Practice%20Guidelines/CPG%20Approved%20Orgs/STN019%20Practical%20Guide%20to%20Clinical%20Audit.pdf>

Robert, G. B., Anderson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A. M., Vincent, C. A., & Fulop, N. J. (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: The QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, *11*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-285>

Vaughn, T., Koepke, M., Levey, S., Kroch, E., Hatcher, C., Tompkins, C., & Baloh, J. (2014). Governing board, C-suite, and clinical management perceptions of quality and safety structures, processes, and priorities in U.S. Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, *59*(2), 111–128. <https://doi.org/10.1097/00115514-201403000-00006>

Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A. M., Anderson-Gare, B., Calltorp, J., Fulop, N., Robert, G., Anderson, J., Vincent, C., Charles, K., Edwards, S., Hoeg-Jensen, L., Poestges, H., Renz, A., van de Bovenkamp, H., Quartz, J., ... Fernandes, A. (2014). Talking about quality: Exploring how “quality” is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Services Research*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-478>