

**GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: ESTUDO-PILOTO NUM
HOSPITAL PORTUGUÊS**

Sara Martins Gomes

**Projecto de Mestrado
em Gestão dos Serviços de Saúde**

Orientadora:

Professora Doutora Alexandra Fernandes, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa,
Departamento de Marketing, Estratégia e Operações

Novembro 2011

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, porque mesmo a montanha mais alta começa sempre no solo, por me lembrarem todos os dias que podemos escolher o que semear, mas somos obrigados a colher aquilo que plantamos.

Aos meus queridos avós, Avó Tita, Avó Jija e Avô Manel por me terem ensinado que a riqueza não representa o que temos mas o que somos.

Ao Bernardo por me fazer questionar os meus dogmas e tornar cada pedaço de dia mais feliz.

À Tia Mariazinha por estar sempre que é preciso;

Aos tios Lena e Miguel e primos Nuno e Pedro porque família é quem cuida e não um grau de parentesco;

Aos meus amigos de sangue pela prontidão: Filipinha, por ser um exemplo de força, Marco, pela racionalidade, Luís, pela capacidade única de ler a minha alma e Filipa Lobo pela sinceridade desmedida;

Aos Micros pelo companheirismo, pela paciência e pela diferença;

A todos os membros da equipa QUASER pela oportunidade, pela partilha, pela sabedoria, pelo apoio e por toda a generosidade;

À Professora Alexandra Fernandes pela mestria da sua orientação;

Ao Professor Francisco Nunes por me ajudar na construção científica do meu pensamento;

As últimas linhas só poderiam ser endereçadas ao meu elixir de vida, à minha fonte de motivação e à dona do meu coração, a ti Vanessa, mais que irmã, a alma-gémea

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| Resumo..... | XIII |
| Abstract..... | X |
| Introdução..... | 2 |
| 1.Qualidade em Saúde..... | 4 |
| 1.1.Programas de Melhoria da Qualidade em Saúde..... | 10 |
| 1.1.1.Os Indicadores..... | 14 |
| 1.2.Adopção de Programas de Qualidade..... | 18 |
| 1.2.1.Lógicas de Adopção..... | 20 |
| 1.3.Gestão da Qualidade: perspectiva portuguesa | 22 |
| 1.3.1.Perspectiva Histórica da Gestão da Qualidade..... | 24 |
| 2.1.Caracterização do Hospital α | 30 |
| 2.1.1.Missão, Objectivo e Valores | 30 |
| 2.2.Amostra..... | 31 |
| 2.3.Metodologias de Investigação..... | 32 |
| 2.3.1.Procedimento de Recolha de dados..... | 32 |
| 2.3.1.1.Entrevistas..... | 32 |
| 2.3.1.2.Recolha e Análise Documental..... | 33 |
| 2.4.Análise de Resultados..... | 33 |
| 2.4.1.Estrutura..... | 37 |
| 2.4.1.1.Estrutura Organizacional Explícita para a Qualidade | 37 |
| 2.4.1.2. Estratégia Organizacional Explícita para a Qualidade | 37 |
| 2.4.1.3. Sistema de Governação Explícito para a Qualidade | 39 |
| 2.4.1.4. Formalização de Procedimentos e Regras..... | 41 |

| | |
|---|----|
| 2.4.1.5. Estruturas de Ligação..... | 41 |
| 2.4.1.5. Liderança Explícita para a Qualidade..... | 42 |
| 2.4.2. Política..... | 42 |
| 2.4.2.1. Táticas de Influência de Gestores de Topo..... | 42 |
| 2.4.2.2. Táticas de Influência do Staff..... | 43 |
| 2.4.3. Cultural..... | 43 |
| 2.4.3.1. Cultura de Excelência Organizacional..... | 43 |
| 2.4.3.2. Cultura de Excelência do Grupo de Enfermagem..... | 43 |
| 2.4.3.3. Valores transmitidos pela liderança..... | 45 |
| 2.4.3.4. Cultura de abertura e inovação..... | 45 |
| 2.4.3.4. Cultura de aprendizagem..... | 46 |
| 2.4.3.5. Cultura de eficácia clínica..... | 46 |
| 2.4.4. Aprendizagem e Partilha de Conhecimento..... | 47 |
| 2.4.4.1. Formação em Qualidade..... | 47 |
| 2.4.5. Emocional..... | 48 |
| 2.4.5.1. Reconhecimento de Boas Práticas..... | 48 |
| 2.4.6. Ambiente Físico e Sistemas de Informação..... | 49 |
| 2.4.6.1. Uso de Informação e Tecnologias de Informação que suportem a Qualidade.. | 49 |
| 2.4.6.2. Tecnologias médicas e de informação disponíveis..... | 50 |
| 2.4.6.3. Tecnologias de enfermagem e de informação disponíveis..... | 50 |
| 2.4.6.4. Tecnologias de <i>patient safety</i> e de informação disponíveis..... | 50 |
| 2.4.7. Liderança..... | 52 |
| 2.4.7.1. Comprometimento das lideranças..... | 52 |
| 2.4.7.1. Estabilidade do C.A..... | 52 |

| | |
|--|-----|
| 2.4.8.Contextual..... | 53 |
| 2.4.8.1.Cultura Nacional..... | 53 |
| 2.4.8.2.Isomorfismo Normativo..... | 54 |
| 2.4.8.3.Isomorfismo Coercivo..... | 55 |
| 2.4.8.4.Lógicas de Decisão (Técnica e social) | 55 |
| 3.Discussão de Resultados..... | 57 |
| 4.Conclusão..... | 68 |
| 5.Bibliografia..... | 71 |
| | |
| ANEXOS..... | 83 |
| ANEXO 1- Programas de Qualidade | 84 |
| ANEXO 2- International Quality Indicator Program, IQIP | 120 |
| ANEXO 3 - Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido | 121 |
| ANEXO 4 - Guião de Entrevista | 123 |
| ANEXO 5 - Estratégia de Governação Clínica | 129 |
| ANEXO 6 - Estratégia da Qualidade | 141 |
| ANEXO 7 - Política da Qualidade | 144 |
| ANEXO 8 - Caracterização da Amostra | 148 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1- Diagrama ilustrativo da qualidade dos cuidados prestados | 06 |
| Figura 2 - Actividades de gestão da qualidade | 12 |
| Figura 3- Motivações de Adopção ao longo do tempo – Modelo Clássico de 2 estadios | 21 |
| Figura 4- Motivação para a adopção da inovação | 22 |
| Figura 5- Modelo Conceptual Explicativo da Qualidade em Portugal | 23 |

INDÍCE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – A distribuição, por ano, da utilização dos 10 programas de qualidade mais usuais | 11 |
|--|----|

INDÍCE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Comparação das vantagens e desvantagens da utilização de indicadores de resultados | 17 |
| Tabela 2 – Estrutura de Categorias Teóricas..... | 35 |
| Tabela 3 – Estrutura de Codificação..... | 37 |
| Tabela 4 – Codificação de Documentos Utilizados | 37 |
| Tabela 5 – Sistemas de Informação Utilizados pelo Hospital | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------------|--|
| ACES | Agrupamento de Centros de Saúde |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| AHM | Associação de Hospitais de Maryland |
| AML | Área Metropolitana de Lisboa |
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| ARSLVT | Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo |
| CA | Conselho de Administração |
| CS | Centro de Saúde |
| CQI | Continuos Quality Improvement |
| DFSS | Design For Six Sigma |
| DMAC | Define, Measure, Analyse, Control |
| DoH | Department of Health |
| DPMO | Partes defeituosas por milhão de oportunidades |
| DGS | Direção Geral de Saúde |
| EPE | Entidade Pública Empresarial |
| ESQH | European Society for Quality in Healthcare |
| HGO | Hospital Garcia de Orta |
| IGIF | Instituto de Gestão Financeira do Ministério da Saúde |
| IOM | Institute of Medicine |

| | |
|--------------|--|
| IQIP | International Quality Indicator Program |
| IQS | Instituto da Qualidade na Saúde |
| ISQua | International Society for Quality in Healthcare |
| KF | King's Found |
| MCSP | Missão para os Cuidados de Saúde Primários |
| MS | Ministério da Saúde |
| NHS | National Health Service |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OCDE | Organization for Economic Co-operation and Development |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNAS | Plano Nacional de Acreditação em Saúde |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| SA | Sociedade Anónima |
| SAC | Sistema Adaptativo Complexo |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SMP | Serviço Médico na Periferia |
| TIC | Tecnologias de Informação |
| TPS | Toyota Production System |
| TQM | Total Quality Management |
| USF | Unidade de Saúde Familiar |

WHO World Health Organization

RESUMO

A qualidade nas unidades de saúde assumiu-se, nos últimos anos, como um eixo estratégico neste sector. A alteração do paradigma da saúde e o próprio contexto nacional e internacional de crise exprimem-se na necessidade imperiosa de prestar cuidados de qualidade, eficazes e seguros. Como resposta a esta modificação tem sido estimulada a aplicação de ferramentas de qualidade, por entidades de renome internacional, verificando-se uma massificação da sua utilização.

Neste sentido, e uma vez que este movimento se estabeleceu em toda a Europa, revelou-se pertinente um estudo aprofundado sobre as melhores práticas de qualidade desenvolvidas nos seus diferentes países.

Este estudo insere-se, assim, no Projecto QUASER (Quality and Safety in European Union Hospitals: a research based guide for implementing best practice and a Framework for assessing performance), um projecto da União Europeia que tem como objectivo identificar boas práticas a nível hospitalar nas vertentes da eficácia clínica, segurança e satisfação do doente, através da comparação de sistemas de saúde de cinco diferentes países, a nível macro (sistemas nacionais), meso (culturas hospitalares) e micro (observação de serviços hospitalares).

Este relatório representa o estudo-piloto efectuado a uma das unidades de saúde seleccionadas para integrar o Projecto QUASER e pretende responder à questão: “De que modo é gerida a qualidade num Hospital Português”, pretendendo-se identificar, não só, práticas de qualidade desenvolvidas ao nível organizacional, como potenciais factores condicionantes.

A metodologia aplicada seguiu os padrões aplicados no QUASER, recorrendo a entrevistas semi-estruturadas a dez informantes-chave no processo da qualidade, ao nível da gestão de topo e intermédia, assim como análise de documentos essenciais para a gestão da qualidade.

As principais conclusões obtidas permitem descrever o desenvolvimento de práticas de qualidade como um processo de estruturação em resposta à grande instabilidade ao nível

da gestão de topo. O processo de acreditação é utilizado como fluxo organizador dos esforços de melhoria da qualidade tendo dado lugar a duas oportunidades: uma de carácter cultural-emocional, relacionada com ganhos de legitimidade e traduzida na obtenção de reconhecimento interno e externo da importância da melhoria contínua e outra de natureza estrutural-política, que se traduz na formalização de um conjunto de processos e estruturas que possibilitam o desenvolvimento, de forma integrada de um conjunto de actividades relacionadas com a qualidade

Key-words: Saúde, Qualidade, Programa de Qualidade, Melhoria da Qualidade

JEL Classification System: I10, I19

ABSTRACT

In the last years, quality in healthcare has been assumed as a strategic priority in this sector. The change in health paradigm and the national and international crisis are expressed in the imperative need to provide effective and safe care, with high levels of quality. In response to this change, internationally recognized entities has been stimulated the application of quality tools, ,verifying a mass use of them.

This movement is established across Europe and led to it was considered appropriate to put forth a depth study of the best quality practices developed in it different countries.

Therefore, the QUASER Project (Quality and Safety in the European Union Hospitals: a research based guide for Implementing Best Practices and Framework for Assessing the performance), is an EU project that aims to identify hospitals's best practices in the areas of clinical effectiveness, patient safety and patient experience by comparing health systems in five countries at the macro (national), meso (hospital cultures) and micro (observation of hospital services) level.

This report represents a pilot study conducted in one of the health units selected in the QUASER and aims to answer the question: "How is quality managed in a Portuguese Hospital", which seeks to identify not only to quality practices developed, but the organizational level factors as potential constraints.

The methodology followed the standards applied in the QUASER, using semi-structured interviews with ten key informants in the process of quality at the top and middle management, as well as analysis of key documents for quality management. The main conclusions obtained allow us to describe the development of quality practices as a process of structuring in response to instability at the level of top management. The accreditation process is used as flux organizer of quality improvement efforts and it have given rise to two opportunities: one related to cultural-emotional aspects, with concern to gains of legitimacy and translated to obtain internal and external recognition of the importance of continuous improvement and other related with structural-political aspects, which is reflected in the formalization of a set of

processes and structures that enable the development of an integrated set of activities related to quality

Key-words: *Health, Quality, Quality Program, Quality Improvement*

JEL Classification System: I10, I19

Introdução

A crescente preocupação com aspectos relacionados com a saúde, nos últimos anos, tem sido acompanhada por profundas alterações no sector, o que impulsionou a qualidade nas unidades de saúde a assumir-se como um eixo estratégico, acompanhado pelo o rápido desenvolvimento de metodologias relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Øvretveit , 1999).

.Esta alteração resultou da conjugação de um conjunto de factores. A prática da medicina tem-se revelado cada vez mais complexa e multidisciplinar; os consumidores dos cuidados de saúde e famílias encontram-se mais informados e possuem expectativas cada vez mais elevadas; a rápida produção de conhecimento nas áreas da qualidade, da gestão e da própria prática clínica; o rápido avanço tecnológico e o vasto leque de experiências nesta área, com resultados satisfatórios nas unidades de saúde, materializaram-se numa sensibilidade adicional a questões que se relacionam com a qualidade dos serviços de saúde prestados. (Campos e Vaz, 2010; Øvretveit , 1999).

A emergência destas novas necessidades debatem-se com a dualidade de, por um lado, existir a necessidade de um maior investimento em saúde e, por outro, denotar-se uma necessidade imperiosa em torná-la mais eficaz e custo-efectiva. Ou seja, a alteração do paradigma da saúde e o próprio contexto nacional e internacional de crise exprimem-se na necessidade imperiosa de prestar cuidados de qualidade, eficazes e seguros.

A qualidade em saúde tem-se revelado, assim, como uma resposta massificada ao novo paradigma, gerando-se um movimento regido pelo aparecimento de diferentes ferramentas – programas de qualidade - que têm como objectivo materializar a qualidade nas unidades de saúde.

Os programas de qualidade em saúde são entusiasticamente defendidos, globalmente, no entanto as políticas, a legislação, ou, mesmo o modo como são implementados varia de país para país. Na Europa, existe uma panóplia de organizações com enorme influência nesta temática, tanto ao nível nacional, como internacional. As organizações com maior relevância são o Institute of Medicine (IoM), a Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), assim como a International Society for Quality in Healthcare, a European Society for Quality in Healthcare, o Council of Europe e, por ultimo, World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe.

Neste sentido, perceber de que modo é gerida a qualidade e quais as boas práticas desenvolvidas pelos hospitais, ao nível da Europa, dissecando os factores condicionantes à própria gestão, revela-se como pertinente, na medida em que o conhecimento gerado pode funcionar como uma boa ferramenta de gestão e política, neste sector.

SECÇÃO 1

1. Qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade em saúde, embora não fosse reconhecida por este conceito, ou mesmo aplicada de modo consciente, não é uma questão recente. Esta preocupação é notada já nos primórdios da Medicina, em documentos datados de 2000 a.C, como o Código Hammurabi, na Antiga Babilónia, que regulava a qualidade dos cuidados de saúde prestados através do pagamento de coimas, em caso de verificação de maus resultados, estendendo-se na Medicina Moderna, com Hipócrates (500 a.C), renascendo com Florence Nightingale (séc XIX), ou, já no século XX, com Ernest Codeman. Apesar disto, apenas em 1986, com a Lei Geral da Saúde, fundamentada na Declaração da Organização Mundial de Saúde (WHO), a qualidade em saúde é normalizada e legalizada (Campos e Vaz, 2010; Blumenthal, 1996).

Com o crescimento exponencial do movimento da qualidade na área da saúde surge a necessidade de se encontrar uma definição universal da mesma. No entanto, a sua formulação revelou-se mais complexa, relativamente a outros sectores, sendo esta dificuldade explicada pelas especificidades inerentes às organizações de saúde e pelo tipo de serviço que estas prestam. Interessa, por isso, clarificar as características específicas do sector. O sector da saúde caracteriza-se pela intangibilidade, heterogeneidade e indissociabilidade dos actos de produção e consumo:

- A intangibilidade relaciona-se com o facto de a um serviço se associar um desempenho e não um produto, sendo este apreciado de forma subjectiva.
- A heterogeneidade tem a ver com a variação inerente à prestação de cuidados em saúde, ou seja, a performance da organização varia ao longo do tempo, de acordo com o prestador e com o próprio utente. Não só cada utente tem as suas prioridades e, conseqüentemente, as suas necessidades, pelo que a avaliação da qualidade do serviço prestado torna-se difícil de efectuar, como um mesmo prestador pode variar o seu desempenho ao longo do tempo.

- No que diz respeito à indissociabilidade, os serviços de saúde são actividades, ou séries de actividades, onde a produção e o consumo do serviço ocorrem no mesmo espaço temporal (Duarte, 2009).

Não é, por isso, possível assegurar a estabilidade da prestação do serviço por parte dos profissionais, conseqüentemente, a unidade de saúde pode perspectivar um determinado tipo de oferta que se verifica completamente diferente da efectivamente prestada, verificando-se uma diferença entre a concepção e a execução (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985).

Compreende-se, por isso, que o conceito de qualidade, assim como as suas metodologias associadas, tenham tido a sua origem na indústria, onde a definição de qualidade de um produto expressa uma noção da sua adequação às expectativas de quem o compra, sendo a avaliação da qualidade de produtos simplificada pela sua tangibilidade. Apenas mais tarde este conceito e as metodologias a si associadas são adaptadas à saúde por Avedis Donabedian (Campos e Vaz, 2010).

A definição de qualidade em saúde depende, então, da perspectiva e dos valores de quem a define. Apesar disto, torna-se relevante a escolha de uma definição que sirva de referência. Deste modo, de acordo com o IoM (2001)¹, qualidade em saúde é o “grau em que os Serviços de Saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente”. Já o Programa Ibérico afirma que é “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Saturno, Imperatori e Corbella, 1990: 17).

¹ Esta definição de qualidade pode ser consultada em: <http://iom.edu/Global>

Em 1997, o Department of Health, propõe uma outra definição que representa uma síntese das várias dimensões da qualidade: “doing the right things right, at the first time, to the right people, at the right time” (DoH, 1997: 2.12). De modo a torná-la mais correcta é frequentemente completada com: “in the right place, at the lowest cost”.

A WHO, por seu lado, propõe uma definição facilmente entendida pelo diagrama representado pela Figura 1, apresentado por Donabedian, em 2003, onde qualidade em saúde representa a probabilidade de um indivíduo obter o melhor ganho em saúde, de acordo com a sua condição clínica, económica, política, entre outros factores que influenciam a saúde, sendo estes cuidados prestados por uma organização. A ideia fundamental é a qualidade reflectir o “gap” entre que cuidados podem ser prestados e quais são prestados efectivamente. Assim, quanto menor for o “gap”, melhor a qualidade dos cuidados prestados (Vincent, 2010).

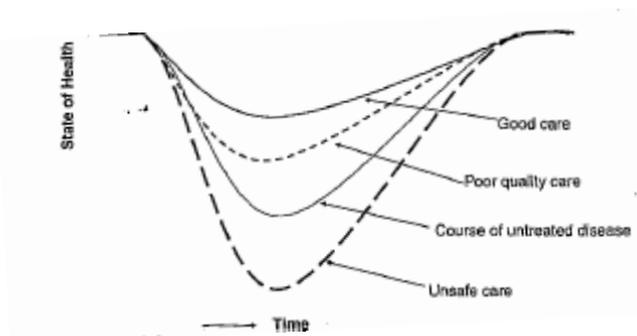


Figura 1 : Diagrama ilustrativo da qualidade dos cuidados prestados (adaptado de Donabedian, 2003)

Como se verificou anteriormente, o conceito de qualidade tem inerente a si mesmo alguma complexidade, que pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se se identificarem as principais dimensões englobadas, as variáveis dependentes e os níveis de responsabilidade implicados.

No que diz respeito às dimensões de qualidade, embora estas não sejam, mais uma vez, consensuais, a sua definição é crucial, já que, sendo o conceito de qualidade um conceito complexo e multidimensional, a sua identificação simplifica a implementação de medidas nas unidades de saúde. Apesar de tudo, as diferentes abordagens (Donabedian, 1980; Campos e Vaz, 2010) possuem áreas de sobreposição, verificando-

se a utilização simultânea de algumas dimensões. A proposta apresentada pelo IoM, em 2001, engloba oito dimensões de qualidade:

- Eficácia é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
- Eficiência é o grau em que os objectivos são atingidos através da minimização de recursos;
- Segurança tem a ver com a redução dos riscos de acidentes ou erros relacionados com os cuidados de saúde;
- Equidade relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes, de acordo com as suas necessidades, sem se discriminar o sexo, idade, nível económico, situação geográfica, etc;
- Oportunidade é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita, de acordo com o tempo clinicamente aceitável, para a sua condição;
- Cuidados centrados no doente é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;
- Continuidade é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente, entre diferentes níveis;
- Respeito é a forma como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade.

Relativamente às variáveis dependentes, a abordagem clássica foi introduzida por Donabedian, em 1980, e fazia depender a qualidade dos cuidados de saúde das estruturas, processos e resultados. Assim, o autor (1980) define estes conceitos como:

- Estrutura é o conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional.
- Processos dizem respeito ao modo como os cuidados são prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as actividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar um tratamento.
- Resultados são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do doente, mudanças salutareas de comportamento e a sua satisfação com os cuidados.

Por último, a cada nível de Qualidade, correspondem níveis de responsabilidade dentro do sistema de saúde. Os autores identificam quatro níveis de responsabilidade (Campos e Vaz, 2010):

- Indivíduo/equipa, que corresponde à prestação de cuidados ao nível mais individual.
- Unidade, ou seja, o modo como os diferentes prestadores e equipas de prestadores estão organizadas num serviço.
- Organização, que não é mais do que o modo como os diferentes serviços que a compõe se relacionam.
- Sistema, isto é, ao nível macro, as diferentes organizações encontram-se organizadas de modo a prestar cuidados de saúde a uma população.

Muito embora, como foi demonstrado, existam inúmeras definições de qualidade em saúde, que abrangem diferentes dimensões, a definição adoptada neste estudo é a utilizada pelo Projecto QUASER e que remete para um quadro teórico no qual a qualidade em saúde depende da segurança do doente, da eficácia clínica e da experiência do paciente.

- **Segurança do doente:** a medicina é uma actividade que possui um risco eminente, que se prende com o facto de o benefício que possa advir de um processo de tratamento possuir sempre uma possibilidade de ocorrência de dano para o paciente. Assim, a segurança do doente é definida como a negação,

prevenção e aperfeiçoamento de eventos adversos e lesões decorrentes do processo de prestação de cuidados. A segurança dos doentes é, usualmente, alocada aos domínios da “tarefa”, ou da “equipa”, do “situacional”, do “organizacional”, ou dos “factores institucionais” (Vincent, 2010, 2006). Este conceito encontra-se descrito, com maior exatidão, no Anexo 1.

- **Eficácia clínica:** é usualmente associada aos resultados clínicos e relaciona-se com a prestação de cuidados de saúde apresentar resultados consistentes com os conhecimentos profissionais mais actuais.
- **Experiência do doente:** a qualidade dos cuidados é expressa tendo em conta oito componentes:

1. Acesso rápido a aconselhamento em saúde de confiança;
2. Tratamento eficaz submetido por profissionais de confiança;
3. Informação clara e compreensível e apoio a cuidados submetidos pelo próprio doente;
4. Envolvimento do doente no processo de decisão e respeito pelas suas preferências;
5. Atenção às necessidades físicas e ambientais do doente;
6. Apoio emocional, empatia e respeito;
7. Envolvimento e apoio para familiares e cuidadores;
8. Continuidade dos cuidados e transições moderadas.

É importante não confundir qualidade em saúde com nenhum dos três conceitos individualmente, pois muito embora representem uma parte importante da qualidade, esta não se esgota nos mesmos.

Uma vez entendido este conceito torna-se relevante perceber de que modo a qualidade é operacionalizada, nas unidades de saúde.

1.1. Programas de Melhoria da Qualidade em Saúde

A crescente preocupação e popularidade dos aspectos relacionados com a qualidade em saúde despoletaram a necessidade de operacionalizá-la nas unidades de saúde, surgindo e desaparecendo, nas últimas duas décadas, uma multiplicidade de conceitos, ideias e métodos, associados a programas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com Øvretveit e Gustafson (2003), programa de qualidade é qualquer actividade planeada e levada a cabo por uma organização, ou sistema de saúde, com o intuito de provar, ou melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Os programas de qualidade diferem entre si na filosofia, actividades em que se baseiam e foco de actuação e podem ser utilizados ao nível macro (nacional/regional), ao nível meso (organizacional) e micro (ao nível dos serviços dentro de uma organização) (Øvretveit e Gustafson, 2003; Saturno, 2005; Walshe, 2009).

Ao nível macro podem ser tão abrangentes como programas estratégicos nacionais/regionais. Dentro de uma organização podem ser direccionados para toda a organização, como, são exemplo, os programas de gestão da qualidade total², podem relacionar-se com observadores externos à mesma, como é o caso da acreditação. Podem, ainda, incidir sobre equipas dos diferentes serviços, como os programas de colaboração (Øvretveit e Gustafson, 2003; Saturno, 2005; Walshe, 2009).

Tendo em conta o número de diferentes programas de qualidade em saúde e a sua aplicabilidade, para a gestão da qualidade, revela-se premente analisar os diferentes programas de qualidade numa perspectiva de inovação e evolução.

Apesar da existência de inúmeros programas, segundo Walshe (2009) (Gráfico 1), actualmente, no domínio da qualidade, os tópicos que se relacionam com o pensamento

² Os Programas de Qualidade Total são, normalmente, designados em inglês, recorrendo à sigla TQM, Total Quality Management.

Lean, six sigma e patient safety, são os mais utilizados³. Segundo o mesmo autor, o programa relativo à acreditação parece ser imune ao ciclo modal, a que os programas estão sujeitos, apresentando um nível de interesse constante, ao longo dos tempos.

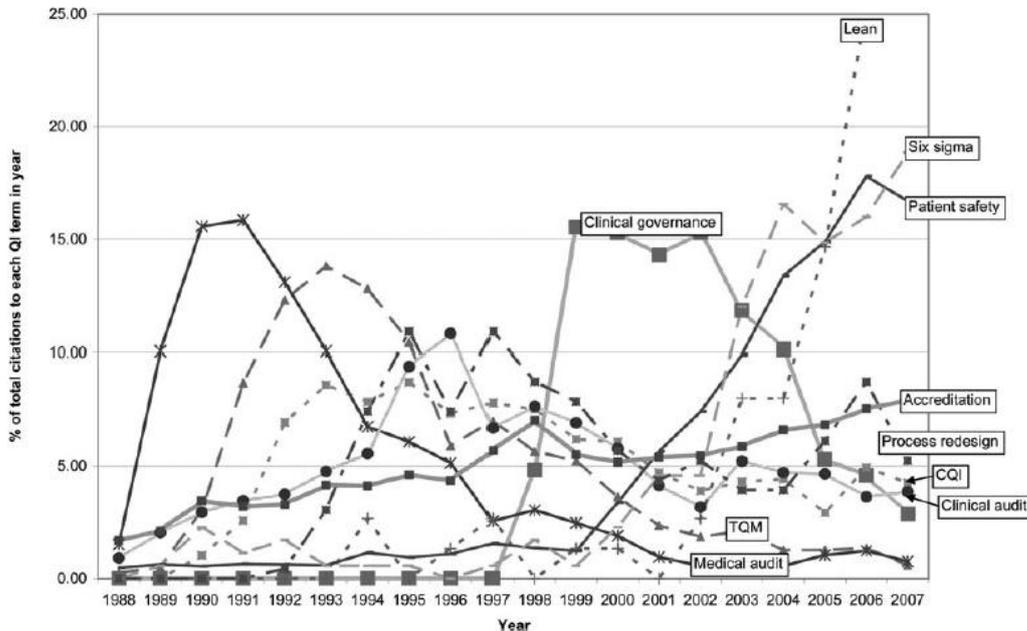


Gráfico 1: A distribuição, por ano, da utilização dos 10 programas de qualidade mais usuais (adaptado de Walshe, 2009)

A constatação da existência de tantos programas conduz-nos inevitavelmente a questionar que tipo de inovação está inerente ao aparecimento de um novo programa de qualidade. Na verdade, mais que um fenómeno de inovação, o aparecimento de novos programas baseia-se na reinvenção dos anteriormente existentes, podendo mesmo afirmar-se que existe “pseudoinovação”. As novas metodologias, apesar de diferirem superficialmente na linguagem ou terminologia aplicada, ou no modo como as ideologias são apresentadas partilham, essencialmente, quatro ideias:

- 1- Aplicação de um ciclo de melhoria da qualidade. As actividades no âmbito da qualidade podem dividir-se em ciclos de melhoria, desenho da qualidade e

³ A explicação exhaustiva de todos os Programas de Qualidade representados no Gráfico 1 encontra-se no ANEXO 1.

monitorização da qualidade (Figura 2). Os ciclos de melhoria, partem da identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria, em alguns aspectos dos serviços que se oferecem, com o objectivo de os solucionar ou melhorar. O desenho da qualidade, aplica-se à programação de um novo serviço a oferecer, de acordo com a identificação das necessidades e expectativas dos utentes e dos resultados a atingir. A monitorização da qualidade, inicia-se com a identificação de aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e da criação de indicadores sobre a sua qualidade, com o objectivo de identificar oportunidades de melhoria ou problemas de qualidade (Walshe, 2009; Campos & Vaz, 2010);

- 2- Utilização de técnicas e ferramentas de melhoria semelhantes em cada etapa do ciclo, como são exemplos os diagramas de causa-efeito, fluxogramas, elaboração de mapas, “brainstorming”, utilização de indicadores quantitativos, análise comparativa de dados qualitativos, entre outros;
- 3- Reconhecimento que a dimensão organizacional necessita de suporte por parte da liderança e da gestão de topo no compromisso organizacional para se atingirem os objectivos de qualidade;
- 4- Reconhecimento da importância do envolvimento da linha da frente, quer no desenvolvimento, quer no programa de qualidade em si mesmo.

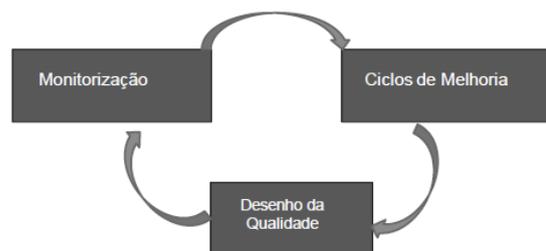


Fig. 2: Actividades de gestão da Qualidade. (adaptado de Saturno, 2000)

Conclui-se que as diferenças têm a ver sobretudo com a ideia enfatizada por cada programa e não com a metodologia em si (Walshe, 2009). Esta conclusão impõe um conjunto de interrogações.

Interessa, então, discutir, e uma vez que os diferentes programas não representam verdadeira inovação, quais as razões responsáveis pelo seu surgimento. As razões enunciadas são duas, o interesse económico-social dos responsáveis pelo desenvolvimento de programas de qualidade e a excessiva credibilidade dos utilizadores e consumidores destas “inovações” (Shortell, 1998).

As novas metodologias são usualmente promovidas com base no sucesso da sua aplicação, no entanto, a sua experimentação decorre, normalmente, num número restrito de organizações, seleccionadas de acordo com critérios específicos, com ausência ou baixa evidência quantitativa acerca dos custos e benefícios verificando-se que, raramente, os resultados obtidos na aplicação do programa são tão positivos como os que são promovidos (Øvretveit, & Gustafson, 2003; Walshe, 2009).

Para além disto, com frequência, é também levantada a questão do conflito de interesses, já que a investigação é feita pelas entidades responsáveis pelo aparecimento do novo programa. Por outro lado ainda, os critérios de sucesso de um programa são variados e difíceis de avaliar. Não só, por exemplo, os resultados obtidos podem variar de acordo com a duração dos programas, ou com a perspectiva dentro de uma organização, tornando-se extremamente difícil provar que uma alteração se deveu à aplicação do programa e não a uma alteração em qualquer outra dimensão organizacional, como cada programa envolve uma série de actividades com *timings* distintos e que não podem ser estandardizados (Øvretveit, & Gustafson, 2003; Walshe, 2009).

Deste modo, se forem tomadas em linha de conta tanto as especificidades do sector da saúde, assim como o crescimento das despesas no sector, o aumento da esperança de vida e envelhecimento da população, a mudança dos perfis de morbilidade e mortalidade, a incorporação de novas tecnologias e novas funções de produção no sector, controlo de custos pouco eficiente e, entre outros aspectos, os diversos factores sócio-económicos e culturais que interferem directamente nos sistemas de saúde chegamos ao ponto crucial, num contexto onde o aumento dos gastos acontece a um ritmo superior ao da riqueza criada em sociedade, existe alguma vantagem em fazer alterações nos programas de saúde? Segundo Walshe (2009) afirma é que como os

diferentes programas se baseiam nos mesmos pressupostos, alterá-los constitui uma desvantagem.

A reorganização, ou reestruturação, de uma organização origina uma quebra de performance, assim como se nota um consumo de recursos e atenção adicionais, que não são utilizados nos actos de produção de cuidados de saúde. Assim, alterações consecutivas induzem um processo denominado por reorganização, já que existe uma deterioração cumulativa na performance organizacional. Para além disto, o maior investimento nestes programas situa-se ao nível do capital social e intelectual, o que torna perceptível a diminuição de compromisso e envolvimento dos profissionais à medida que são introduzidos novos programas de qualidade (Øvretveit, & Gustafson, 2003; Walshe, 2009).

Concluindo, a qualidade em saúde é inevitável, no entanto, tendo em conta o contexto económico e percebendo que o ser humano possui uma tendência natural em seguir tendências e “modas”, não sendo as organizações de saúde uma excepção, é necessário aumentar o cepticismo quanto a novos métodos e perceber com clareza qual a mais-valia que o(s) programa(s) de qualidade constitue(m) para a organização, pesando custos e benefícios, com total transparência.

1.1.1. Os Indicadores

Como foi descrito anteriormente, em resposta à alteração do paradigma da saúde e ao aumento exponencial da preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, por parte de todos os “stakeholders” envolvidos (cidadãos, organizações, prestadores e pagadores) surgiram inúmeros programas de qualidade. No Reino Unido, por exemplo, pensa-se que entre 1999 e 2002 se tenham consumido onze diferentes tipos de programas de qualidade (Øvretveit e Gustafson, 2002).

Estima-se que a utilização destes programas de qualidade consumam mais recursos que qualquer tratamento utilizado na prestação de cuidados médicos, muito embora não exista evidência forte de que a sua utilização contribua directamente para a melhoria da performance das organizações. Num contexto de contenção de custos a avaliação e

monitorização deste tipo de programas revela-se essencial (Øvretveit e Gustafson, 2002).

O sucesso de qualquer organização depende da existência de um plano de monitorização e avaliação que contenha indicadores bem definidos e linhas de acção planeadas (Groene, Branda, 2006). Como tal, a performance das organizações de saúde tornou-se extremamente importante para os stakeholders, que pretendem obter indicadores que demonstrem a transparência da organização, o controlo de custos e as variações existentes na prática clínica (Hilarion, *et al*, 2009).

O conceito de indicadores de qualidade foi desenvolvido durante a década de 80 e tinha como filosofia a necessidade de se criarem processos bem definidos e mapeados, no sentido de se conseguir identificar qualquer entrave ao cumprimento dos seus objectivos (Kazandjian, *et al*, 2008).

Assim esta temática está, actualmente, disseminada globalmente. Na Europa existem organizações como a European Society for Quality in Healthcare (ESQH), uma rede de sociedades nacionais, com ligação à International Society for Quality in Healthcare (ISQua), ou mesmo programas de qualidade ao nível nacional que partilham um mesmo objectivo: melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Renz, 2011).

Deste modo, com frequência, as organizações de saúde denotam a necessidade de aceder, monitorizar e comparar performances, de maneira a melhorarem os cuidados que prestam. Para isso, utilizam indicadores de qualidade em saúde que medem performances ao nível de qualquer uma das dimensões da tríade donabediana (Renz, 2011; De Vos; 2009). Ou seja, para avaliar a qualidade da prestação é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados. (Donabedian, 1988). Apesar de, tradicionalmente, os indicadores medirem a qualidade ao nível da estrutura, hoje em dia o foco alterou-se, sendo os indicadores ao nível dos resultados os mais utilizados (Flottorp, *et al*, 2010).

Indicadores de qualidade no domínio da saúde são, também, unidades de medida que permitem detectar níveis sub-óptimos de prestação de cuidados, sendo utilizados como ferramentas na condução da melhoria dos mesmos (De Vos, 2009).

Os dados utilizados pelo sistema de indicadores podem variar no modo de recolha, uma vez que podem ser recolhidos com um propósito específico (ex: auditoria), ou podem ser gerados pela recolha rotineira (ex: dados administrativos). Os dados podem ainda variar no nível em que são apresentados, ou seja podem ser apresentados ao nível nacional, organizacional, de serviço, ou individual. Por último, podem ainda variar quanto ao grau de divulgação, ou seja, podem ter acesso aos dados qualquer pessoa interessada (ex: dados publicitados em revistas da área, no site da organização), como podem ter acesso restrito (ex: dados são publicitados a um conjunto específico de interessados). Em suma, os indicadores de qualidade em saúde podem ser construídos a partir de diferentes níveis de dados, descreverem diferentes resultados, e reportarem performances de diferentes níveis, para uma série de sistemas possíveis (Renz, 2011).

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) considera, assim, que comparar performances organizacionais é uma importante estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, a Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE) possui um projecto (OCDE's Health Care Quality Indicators Project – HCQI) responsável pela recolha de indicadores de qualidade nos países membros da União Europeia. A monitorização da qualidade em saúde torna o hospital mais transparente para outros hospitais, profissionais e pacientes (Renz, 2011; De Vos, 2009).

Como foi referido, apesar de os indicadores poderem incidir sobre estrutura, processo e resultados, a escolha mais usual recai sobre indicadores ao nível dos resultados, a razão prende-se pelo facto destes revelarem uma avaliação sobre o “endpoint” dos cuidados (Lilford, Brown e Nicholl, 2007). Uma vez que são estes os indicadores de saúde mais utilizados, interessa perceber as vantagens e desvantagens da sua utilização. A tabela seguinte (Tabela 1) sintetiza-as.

| Vantagens | Desvantagens |
|--|--|
| <p>Foco: o foco nos resultados direcciona a atenção para o paciente (em vez do serviço) e ajuda a desenvolver uma perspectiva de sistema em termos globais.</p> | <p>Definição da Medição: é extremamente difícil medir alguns resultados (exemplo: infecção da ferida).</p> |
| <p>Objectivos: tornar os resultados em saúde mais transparentes representa um dos objectivos em saúde.</p> | <p>Atribuição: os resultados podem ser influenciados por diversos factores que não são controláveis pela organização de saúde.</p> |
| <p>Significância: Os resultados tendem a ter maior significância para os potenciais usuários dos indicadores clínicos (pacientes, compradores).</p> | <p>Dimensão da amostra: o acesso a resultados requer uma amostra de grandes dimensões de forma a manifestarem-se efeitos estatisticamente significativos.</p> |
| <p>Inovação: o foco nos resultados leva a que compradores sejam encorajados a procurar novos modelos de cuidados e novas experiências de saúde.</p> | <p>Duração: os resultados necessitam de ser observados durante um período de tempo bastante extenso.</p> |
| <p>Far sighted: o foco nos resultados leva a que os compradores adoptem estratégias de saúde a longo prazo, que lhes trazem benefícios a longo prazo, como por exemplo práticas de promoção de saúde.</p> | <p>Interpretação: se o processo do qual decorre o resultado for muito complexo, ou ocorrer distanciado da produção do resultado, a interpretação do mesmo pode ser difícil.</p> |
| <p>Manipulação: existe uma menor capacidade de manipulação deste tipo de indicadores, que de indicadores ao nível dos processos e estrutura.</p> | <p>Ambiguidade: bons resultados podem derivar de processos de cuidados de saúde maus e vice-versa.</p> |

Tabela 1: Comparação das vantagens e desvantagens da utilização de indicadores de resultados (adaptado de Davies e The Scottish Research Network in Health Care Management, 2005)

Para a concepção de um bom indicador, este deve obedecer a algumas características, como sendo: validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objectividade, fiabilidade e baixo custo. Para além disso, os indicadores devem, ainda, ser formulados de acordo com a natureza das actividades e dos processos da organização, de forma a garantir a sua articulação e prioritização com os objectivos da própria organização (Pires, 2007).

A adaptação de indicadores a um modelo de cuidados ajuda a envolver os profissionais no processo de qualidade, responsabilizando-os pelo processo de melhoria (Hilarion, *et al*, 2009).

Em anexo 2 encontra-se a descrição de um sistema de avaliação que desenvolve indicadores de desempenho.

1.2. Adopção de programas de qualidade

As organizações encontram-se inseridas em ambientes cada vez mais complexos e dinâmicos. De acordo com a Teoria Institucional, o ambiente institucional em que uma organização se insere é da maior relevância na análise de fenómenos organizacionais, já que alterações no ambiente conduzem a mudanças organizacionais. Assim, as razões que levam as organizações a adoptar novas práticas, sejam elas práticas de qualidade, ou introdução de novos programas, tornou-se uma questão central na análise da gestão das organizações (Shortell, 1989; DiMaggio e Powell, 1983).

Muitos programas, políticas e tecnologias são adoptados pelas organizações devido a pressões contextuais, como manifestações de regras e significados, assentes em estruturas construídas e institucionalizadas na sociedade.

Surge assim, o conceito de isomorfismo institucional. Este conceito pressupõe que as pressões contextuais exercidas sobre uma organização levam a que esta responda de modo similar a outras organizações que estão, de alguma forma, ajustadas ao ambiente e que se modifiquem assemelhando-se a elas. A este conjunto de organizações denomina-se por “Campo Organizacional” (DiMaggio e Powell, 1983; Scott, 1983).

O isomorfismo é, deste modo, um mecanismo vantajoso para as organizações, na medida em que, o aumento da sua compatibilidade com as características ambientais, por um lado, aumenta a sua similaridade, facilitando as relações inter-organizacionais e, por outro, favorece o funcionamento interno das organizações através da incorporação de regras socialmente aceites, aumentando a sua legitimidade (DiMaggio e Powell, 1983; Scott, 1983).

De acordo com DiMaggio e Powell (1983), o processo de isomorfismo pode decorrer de acordo com três mecanismos:

- i) O isomorfismo coercivo resulta de pressões formais, ou informais, exercidas por uma organização sobre outra que se encontra em relação de dependência. São exemplo destas forças, as regulamentações governamentais, a influência política e as forças culturais.
- ii) O isomorfismo mimético fundamenta-se na tendência de as organizações, em condições de incerteza, adoptarem modelos estabelecidos por outras organizações legitimadas socialmente.
- iii) O isomorfismo normativo sugere que o grau de profissionalização é um factor determinante, na alteração organizacional, já que envolve a partilha de um conjunto de normas e rotinas que levam a uma forma comum de interpretação do ambiente. Como exemplo de organizações que exercem este tipo de pressões dá-se as Universidades, ou as Associações Profissionais.

Concebendo o desenho organizacional em resposta às pressões ambientais, tanto internas, quanto externas, com o decorrer do tempo, as organizações que actuam no mesmo campo organizacional tendem a homogeneizar-se (DiMaggio e Powell, 1983; Scott, 1983).

No caso específico de organizações como os hospitais públicos, que não operam em mercados competitivos, o isomorfismo é utilizado como uma prática que permite à

organização ganhar legitimidade para com os seus *stakeholders* e não dentro de uma lógica de eficiência e eficácia (DiMaggio e Powell, 1983).

Pode assim concluir-se que os padrões institucionalizados influenciam as opções de gestão, na medida em que estas se baseiam em crenças e valores socialmente construídos a partir das interações sociais.

1.2.1. Lógicas de adopção

Após perceber que a gestão da qualidade em saúde é condicionada pelo contexto em que se inserem as organizações, interessa clarificar, porque razão existem organizações que adoptam práticas primeiro que outras.

Tradicionalmente, esta questão era respondida através de um modelo composto por dois estádios (Figura 3) que relacionavam o momento de adopção, com as motivações para que esta ocorresse (Westphal, Gulati e Shortell, 1997).

A adopção de um programa de qualidade não ocorre em simultâneo, em todas as organizações, verificando-se a existência de dois grandes grupos, quanto ao momento de adopção: os “early adopters” e os “late adopters” (Kennedy e Fiss, 2009).

Assim, os “early adopters” são os primeiros a adoptar uma nova prática, considerando-se, tradicionalmente, que as suas motivações se situavam, sobretudo, ao nível da melhoria da eficácia, sendo o principal objectivo uma melhor performance económica. Por outro lado, os “late adopters”, como adoptavam a nova prática após esta ser implementada pelos “early adopters”, considerava-se que a sua principal motivação relacionava-se com a legitimidade para com os seus pares e “stakeholders”, ou seja, ao contrário dos “early adopters”, o seu objectivo era em termos sociais e não económicos (Kennedy e Fiss, 2009; Westphal, Gulati e Shortell, 1997).

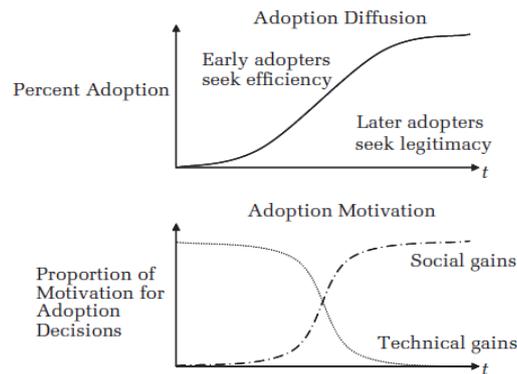


Figura 3: Motivações de Adopção, ao longo do tempo – Modelo Clássico de 2 estadios, (Kennedy e Fiss, 2009: 899).

No entanto, aquilo que Kennedy e Fiss (2009) afirmam é que as motivações apresentadas para a adopção não se excluem mutuamente por outro lado, são complementares (Figura 4). Ambos, “early adopters” e “late adopters” são afectados pelas lógicas económica e social.

Assim, quando uma organização é a primeira a adoptar uma boa prática, não só existe uma razão económica, como a sua adopção, usualmente, confere uma marca de prestígio à organização, que não é rejeitada, o que demonstra uma motivação social. Ao mesmo nível, apesar de os “late adopters” procurarem o prestígio que a adopção de um de boas práticas representa, o interesse em obter melhores resultados, não é, certamente descartado (Kennedy e Fiss, 2009)

Deste modo, para os mesmos autores (2009), percebe-se que o que difere entre os grupos, em termos de lógica de adopção, é esta advir de uma oportunidade, ou de uma resposta a uma ameaça. Os autores consideram, então, que mais que uma motivação social ou económica, as organizações que adoptam práticas em primeiro lugar são aquelas onde surge a oportunidade de isso ocorrer primeiro e que as últimas a adoptar o fazem por uma questão de competitividade.

Ou seja, a adopção segundo uma lógica de oportunidade realça o potencial para agir na alteração organizacional, já a lógica da resposta a ameaça sugere que a alteração seja

interpretada como uma resposta ao risco percebido de uma perda de controlo (Kennedy e Fiss, 2009).

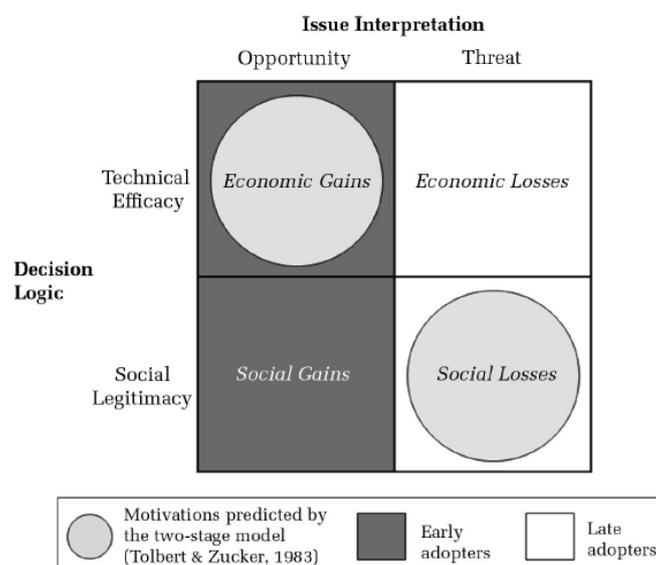


Figura 4 : Motivação para a Adopção da Inovação, (Kennedy e Fiss, 2009).

Conclui-se assim, que os benefícios técnicos e sociais actuam, muito mais, numa lógica paralela, do que de substituição, reforçando-se, que um boa performance, aumenta a legitimidade e vice-versa.

1.3.Gestão da Qualidade em Saúde: perspectiva portuguesa

A gestão da qualidade em saúde, como foi analisado anteriormente, pode ser aplicada em três níveis, um nível macro referente à qualidade dos cuidados ao nível nacional, um meso que se refere à qualidade dos cuidados de saúde ao nível organizacional e um micro no qual estão implicados os serviços dentro das organizações.

Muito embora, este estudo foque apenas a gestão da qualidade ao nível meso, revela-se pertinente perceber, de que modo os três níveis interagem, em Portugal.

Para isso, recorreu-se ao Modelo Conceptual Explicativo da Qualidade em Portugal (Figura 5), segundo o qual a qualidade depende das Políticas Públicas (nível macro) e das Organizações (nível meso), sendo os demais contributos transmitidos de forma indirecta (Saraiva, *et al.* 2010).

Segundo Saraiva *et al.* (2010), a qualidade organizacional, ocupa um lugar central, no ambiente da qualidade em Portugal, sendo que que, a qualidade dos serviços prestados nas organizações depende do entendimento deste conceito pelos profissionais e pela própria organização.

O significado de qualidade para a organização vai condicionar a sua estratégia e, conseqüentemente, a abordagem escolhida, ou seja, o modo como as organizações gerem a sua qualidade depende do seu próprio entendimento sobre o conceito. Por outro lado, o pilar de qualquer organização são os seus colaboradores. Neste sentido, é fulcral que a percepção de qualidade dos profissionais se encontre alinhada com a da organização a que pertencem, sendo a formação um instrumento primordial no desenvolvimento de um entendimento comum (Saraiva *et al.*, 2010).

Se na gestão organizacional da qualidade a abordagem escolhida condiciona a definição de qualidade, ao nível dos profissionais a entidade promotora seleccionada é a responsável pelo desenvolvimento do mesmo conceito (Saraiva *et al.*, 2010).

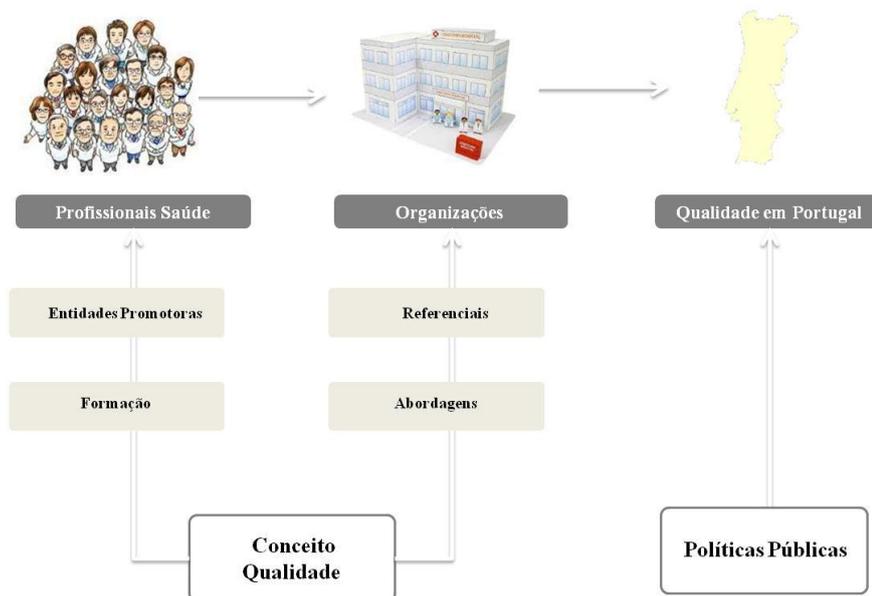


Fig 5: Modelo Conceptual Explicativo da Qualidade em Portugal (adaptado de Saraiva *et al.*, 2010).

1.3.1. Perspectiva histórica da gestão da qualidade

A preocupação crescente em promover cuidados de saúde com qualidade tornou-se uma questão fulcral nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e Portugal não é excepção (Health Cast 2020, 2006).

Uma vez que as organizações de saúde se encontram organizadas segundo um sistema nacional, a contextualização da evolução da qualidade neste sector, em Portugal, torna-se relevante para uma correcta percepção do contexto actual.

► Décadas de 70 e 80

Até à década de 70, o Sistema de Saúde Português caracterizava-se por apresentar “(...) indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis quando comparados com os de outros países da Europa Ocidental, por ter um conjunto fragmentado de serviços de saúde de natureza variada e baixo financiamento dos serviços públicos da saúde (...)” (Relatório Horizonte 2007- 2013:20).

Não obstante, o entendimento de uma nova realidade pela qual a prática da medicina se começava a reger levou a que, no final da década de 80, a promoção da saúde dos cidadãos começasse a ser desenvolvida, com o Estado a assumir um papel mais activo e interventivo (Relatório Final de Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007).

► Década de 90

O movimento da qualidade começa a ganhar expressão, durante os anos 90.

Em 1996 surge, pela primeira vez em Portugal, a noção de estratégia em saúde com a criação de um documento estratégico, baseado em metas de cinco a dez anos, denominado por “Estratégia em Saúde”. (Campos e Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

De modo a fazer cumprir a estratégia planeada, a par de outros países, foi implementado, em 1998, um sistema da qualidade na Saúde, que foi definido, pelo Ministério da Saúde, como um conjunto integrado de actividades planeadas, metas

explícitas e avaliação do desempenho organizacional, a todos os níveis de cuidados (Campos e Vaz, 2010).

Este sistema assentava num conjunto de estruturas que incluíam o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS), o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, uma Comissão Nacional de Acreditação, uma Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os Sub Sistemas do Medicamento e do Sangue. No entanto, este programa não teve continuidade, algumas das estruturas como a Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde não chegaram a ser criadas, e o que perdurou, foi a actividade desenvolvida pelo IQS, até à sua extinção em 2006 (Campos e Vaz, 2010).

De entre os diferentes projectos dos quais o IQS foi responsável, pode afirmar-se que Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, foi um dos mais importantes. A acreditação das instituições de saúde é, talvez, o único programa de qualidade transversalmente utilizado nas organizações de saúde portuguesas, até aos dias de hoje e teve o seu início no ano de 1999. Muito embora se saiba que a qualidade dos serviços prestados, ao nível organizacional, não se esgota na acreditação, esta permitiu que a qualidade começasse a ser encarada como um vértice estratégico, na saúde, em Portugal (Campos e Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

O programa de acreditação, que então se adoptou, baseou-se na metodologia King's Fund (KF) e teve na sua génese um acordo celebrado entre o IQS, o Health Quality Service (HQS) e um conjunto de sete hospitais portugueses. Este programa veio dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Campos e Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

A par da criação das estruturas anteriores, nas organizações de saúde, verificou-se a disseminação das comissões de qualidade, começando-se a evidenciar uma preocupação estratégica nesta área, também ao nível das unidades de saúde (Campos e Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

Não obstante, o documento da “Estratégia em Saúde” perdeu apoio político e deixou de ser utilizado quatro anos após a sua implementação.

Apesar dos avanços e recuos das políticas de qualidade, acabada a década de 90 inicia-se a década onde a qualidade dos cuidados de saúde se torna central.

► **A partir de 2000**

Os Relatórios de Primavera são desenvolvidos, desde 2001, pelo Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS) e têm como objectivo acompanhar, analisar e relatar, em cada ano, o desenvolvimento do sistema de saúde português e a evolução da qualidade da governação da saúde. Este relatório tem vindo a dar conta das políticas de saúde na última década e considera, desde então, que a qualidade em saúde deve ser vista como o elemento central na gestão organizacional e como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (OPSS, 2009).

Em 2003, esse mesmo relatório, assumia que, de ano para ano, os níveis de qualidade dos cuidados tinham vindo a aumentar consideravelmente.

No mesmo ano, com o acentuar do novo paradigma da saúde voltou a revelar-se essencial planear a saúde estrategicamente. Surge, assim, o Plano Nacional de Saúde (PNS), um instrumento orientador e coordenador com medidas a serem adoptadas num determinado horizonte temporal. Neste plano são definidas prioridades, identificando-se os responsáveis pela sua execução. É, por isso, considerado como um instrumento fundamental de gestão, já que possui orientações estratégicas destinadas a sustentar, política, técnica e financeiramente, o Sistema Nacional de Saúde (PNS 2004-2010). A qualidade foi assumida como prioridade nos planos de saúde nacionais e o último plano nacional de saúde (PNS 2011-2016) não é excepção.

No ano de 2005 dá-se, então, o *boom* na materialização da qualidade no sector da saúde com a introdução de: Acreditação pelo King's Fund, MoniQuor, QualiGest; Manuais da Qualidade na Administração e Encaminhamento de Utentes; Normas de Orientação Clínica; Indicadores de Desempenho e de Apoio à Decisão. Ainda neste ano, o Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009, determina objectivos de qualidade. Nos anos que se seguiram, até aos dias de hoje, a preocupação com a qualidade continuou a pautar o sector da saúde (OPSS, 2009).

Incitado pela extinção do IQS, foi criado, em 2009, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), no seio da Direcção Geral de Saúde e o Conselho para a Qualidade na Saúde, que tem a responsabilidade de pronunciar-se sobre questões inerentes à execução da missão do DQS.

O DQS foi responsável por definir uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que, de entre várias prioridades estratégicas de actuação, adoptou a criação de um modelo nacional e independente de acreditação e a sua implementação oficial, através de um programa nacional de acreditação em saúde. A escolha do modelo recaiu sobre o Modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), por ser considerado aquele que melhor se adaptava quer aos critérios apontados como fundamentais, quer por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos. Este modelo é denominado por Plano Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS).

O PNAS destina-se a instituições de saúde, na sua totalidade ou a serviços de saúde e abrange outras áreas de acreditação, nomeadamente, de competências profissionais, de formação contínua e de *websites* com conteúdos de informação sobre saúde.

Além da existência deste departamento existem comissões de qualidade e/ou de gestão do risco em grande parte dos hospitais que desenvolvem programas de qualidade. Não obstante, não existe um levantamento actual da distribuição e actividade destas estruturas. A mais forte ferramenta de responsabilização pela qualidade é a inclusão nos contratos programas com os ACES e hospitais de objectivos de qualidade que podem trazer incentivos ou penalizações para as instituições.

Assistiu-se, assim, a um desenvolvimento na área de qualidade em saúde, sendo que as alterações acentuadas no contexto demográfico, socioeconómico e do próprio sistema de saúde, contribuíram para a melhoria consistente da qualidade dos serviços prestados indiciando, desde já, uma compreensão da nova realidade. Estes ganhos são medidos e avaliados por um conjunto de indicadores que se têm aproximado dos melhores valores

registados nos países da União Europeia. (Relatório Final de Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007).

Ao nível das despesas totais de saúde, a crescente preocupação com as questões da saúde é evidenciada pelo seu aumento, já que as despesas cresceram de 2,8% do PIB, em 1979, para 9,9%, em 2007, ao nível do consumo dos cuidados, notou-se a quadruplicação do consumo dos cuidados médicos, entre 1980 e 2006 e, por último, a própria reformulação da rede de Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Integrados e Hospitalar, constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português, assim como são factores impulsionadores da melhoria dos cuidados (Gomes & Mendes, 2008; Relatório Final de Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007; Donabedian, 2003).

Contudo, o Ministério da Saúde, na identificação da actual situação revela que existe (Ministério da Saúde, 2011):

- Uma escassa cultura da qualidade;
- Um défice organizacional dos serviços de saúde;
- A falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;
- O insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão estratégica.

Conclui-se, assim, que apesar da franca melhoria da qualidade dos serviços prestados em Portugal, tendo em conta a alteração do paradigma da saúde, a actual crise económica e a massificação da utilização de programas de qualidade, a gestão da qualidade organizacional continua a constituir-se como uma área com grande potencial de melhoria, revelando-se o seu estudo como essencial.

SECÇÃO 2

Esta secção tem como finalidade descrever a estratégia utilizada na realização do estudo, assim como apresentar os seus resultados.

Este estudo é realizado no âmbito do Projecto QUASER (Quality and Safety in European Union Hospitals: a research based guide for implementing best practice and a Framework for assessing performance).

O projecto QUASER é um projecto da União Europeia que tem como objectivo identificar boas práticas a nível hospitalar nas vertentes da eficácia clínica, segurança e satisfação do doente. Em termos metodológicos o projecto QUASER visa comparar os sistemas de saúde de cinco diferentes países (Portugal, Reino Unido, Noruega, Holanda e Suécia) a nível macro (sistemas nacionais), meso (culturas hospitalares) e micro (observação longitudinal de serviços hospitalares específicos).

O estudo desenvolvido neste relatório encontra-se subordinado à dimensão meso, isto é, organizacional, pretendendo-se analisar de que modo é gerida a qualidade num hospital Português.

Foram seleccionadas duas unidades de saúde, em cada país. Este estudo incide apenas sobre uma dessas duas unidades e foi seleccionada aleatoriamente, funcionando como estudo-piloto para a dimensão meso.

Após ser concedida a autorização de realização do estudo, efectuou-se uma reunião com os gestores de topo do Hospital α com o intuito de se explicar os objectivos e metodologia a ser utilizada, criando-se um entendimento comum sobre a abordagem.

Este é um relatório confidencial, que não contém quaisquer dados que permitam identificar a unidade de saúde, nem os profissionais de saúde envolvidos, deste modo, a unidade seleccionada será denominada por “Hospital α ”.

2.1. Caracterização do Hospital α

O “Hospital α ” é um Hospital Central Distrital, que iniciou funções em 1991, abrangendo uma população de cerca de 380 500 habitantes (censos de 2011).

Este Hospital apresenta quarenta e cinco serviços clínicos, uma lotação de cerca de 585 camas e uma produção anual de cerca de 255 899 actos médicos. A sua estrutura é constituída por cerca de 467 médicos, 876 enfermeiros, 604 assistentes operacionais, 473 técnicos, 243 administrativos e 44 profissionais que desempenham outro tipo de funções.

2.1.1. Missão, Objectivo e Valores

A missão do “Hospital α ”, de acordo com a Política do Hospital (2008) consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados e com elevados padrões de qualidade, através da utilização eficiente de recursos, à sua população alvo.

O Hospital assume o desenvolvimento de actividades de investigação e formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde, assim como actividades de ensino em colaboração, assente em protocolos, com entidades públicas e privadas.

Os objectivos do Hospital, definidos no Relatório e Contas de 2009, foram a consolidação orçamental e controlo rigoroso da despesa; produção de cuidados de saúde de excelência com a maior eficiência; renovação das infra-estruturas físicas e tecnológicas; desenvolvimento dos sistemas de informação; promoção da qualidade; e reforço da articulação funcional com as outras unidades de saúde da região.

O Hospital tem, com o decorrer dos anos, interiorizado uma cultura de prestação de serviço público regida pelos seguintes valores:

- ▶ Colocação do doente/utente no centro do universo da prestação dos cuidados de saúde;
- ▶ Observância de padrões de ética no exercício da actividade hospitalar;
- ▶ Equidade no acesso e na prestação dos cuidados de saúde;
- ▶ Promoção da saúde e da qualidade;
- ▶ Conservação do património e protecção do meio ambiente;

- Eficiência na utilização dos recursos.

2.2.Amostra

A selecção da amostra teve como critério de inclusão membros que desempenhassem funções relevantes não só na gestão da qualidade, ao nível do Hospital em estudo, como também os responsáveis pelas três dimensões na qual assenta a definição de qualidade do projecto QUASER (eficácia clínica, segurança do doentes e experiência do paciente).

Com vista à prossecução desse objectivo foi, não só, analisado o organigrama do Hospital, como foram identificados, pelos gestores de topo presentes na reunião de apresentação, os “gestores-chave” na gestão da qualidade.

Uma vez que a gestão da qualidade depende das diferentes lideranças, ao longo da organização, interessa analisar as diferentes perspectivas que estes possuem acerca do fenómeno. Para tal, utilizou-se uma amostra de conveniência (n =10), constituída pelos três gestores de topo que constituem o Conselho de Administração (CA) do hospital, os três membros da direcção da Comissão de Qualidade, um membro da direcção da Comissão de Gestão do Risco Clínico, um membro da direcção da Comissão de Humanização e dois Directores de serviço.

A caracterização dos membros que constituem a amostra encontra-se em Anexo 8. Estes encontram-se identificados segundo um sistema de códigos, de modo a manter o anonimato.

Apesar de se considerar a amostra adequada, tendo em conta constrangimentos temporais relacionados com a disponibilidade dos entrevistados e inerentes à realização do próprio estudo, esta pode constituir-se como um viés. Muito embora a amostra seja constituída pelos gestores de topo e intermédios responsáveis pela gestão da qualidade hospitalar, a auscultação das experiências de indivíduos pertencentes à estrutura dinamizadora e disseminadora da Qualidade, assim como do centro operacional, poderia representar uma mais-valia para o estudo, na medida em que permitiria obter informação relativa à implementação dos processos.

2.3. Metodologia de investigação

A utilização de várias fontes de evidência é, segundo Yin (2009), importante, uma vez que permite complementar informação e, assim, diminuir potenciais erros de generalização e de validação dos constructos.

2.3.1. Procedimento de recolha de dados

Como procedimento de recolha de dados utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas (guião em Anexo 4) e a recolha e análise documental de documentos-chave para a gestão da qualidade, na organização.

Durante o processo de recolha de dados tentou-se verificar de que modo a qualidade é gerida, ao nível hospitalar.

2.3.1.1. Entrevistas

A utilização de entrevistas semi-estruturadas, enquanto procedimento de recolha de dados, resultou da necessidade de se obterem as diferentes perspectivas acerca do fenómeno que se pretendia estudar mas, ao mesmo tempo, orientar essa mesma recolha para os objectivos do estudo.

As entrevistas seguiram o guião estabelecido, elaborado de acordo com os objectivos do estudo e a revisão teórica, sendo que, para evitar redundâncias sempre que alguma pergunta foi previamente respondida, a questão correspondente foi eliminada. Para além disso, sempre que se considerou pertinente, foram introduzidas questões adicionais.

As entrevistas tiveram a duração média de 90 minutos.

Todos os participantes assinaram um documento (Anexo 3), segundo o qual consentiam a gravação e utilização das entrevistas concedidas, seguindo os parâmetros de ética e confidencialidade a que um estudo científico se encontra sujeito.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e foram corrigidas partes imprecisas e/ou menos compreensíveis. A transcrição integral corrigida permitiu desenvolver um estudo detalhado sobre o seu conteúdo.

A temática da codificação é central na análise de conteúdo, uma vez que são estes procedimentos que permitem encontrar uma teoria explicativa para os dados obtidos, fazendo depender de si validade do estudo.

Uma vez revisto o conteúdo das entrevistas é possível adquirir um grau de conhecimento e compreensão global das mesmas. Este nível permite ao investigador avançar para o processo de codificação que significa organizar de modo formal e sistemático os dados obtidos, através de uma estrutura de codificação, de modo a que a sua análise possibilite o estabelecimento de relações entre conceitos e experiências descritas nas entrevistas (Bradley *et al.*, 2007).

Um código funciona, então, como uma etiqueta, ou um rótulo que categoriza conceitos-chave e é atribuído ao longo de todo o documento (Bradley *et al.*, 2007).

2.3.1.2. Recolha e Análise Documental

A técnica de recolha e análise documental foi utilizada de modo a complementar os dados recolhidos durante as entrevistas.

Os documentos analisados são documentos internos que se relacionam com a Política e Estratégia de Qualidade e Estratégia de Governação Clínica (Anexos 7, 6 e 5, respectivamente), Relatório e Contas 2009 e Relatório de Actividade 2010. Estes foram cedidos pelo Hospital α , ou consultados a partir da Internet.

2.4. Análise de Resultados

Da Análise de Resultados resultou uma estrutura de codificação, na qual se encontram articuladas as diferentes perspectiva dos entrevistados, de modo a facilitar a compreensão do fenómeno em estudo.

O desenvolvimento da estrutura de codificação baseou-se na estrutura apresentada por Bate, Mendel and Robert (2008). Esta estrutura integra oito códigos, que são interpretados como determinantes na gestão da qualidade organizacional (ver tabela 2).

Da análise dos resultados a partir das oito categorias teóricas emergiu uma estrutura de códigos de primeira ordem (ver Tabela 3). A análise integrada dos resultados permitiu retirar conclusões que serão descritas posteriormente.

| | Descrição: De que modo ... | Código | Fonte |
|--|--|---------------|------------------------------------|
| Estrutura | A organização planeia e coordena a qualidade | EST | Entrevistas Documentos Oficiais |
| Política | A organização garante a implementação e manutenção da melhoria da qualidade | POL | Entrevistas Documentos Oficiais |
| Cultura | A organização constrói um sentimento de compreensão partilhada e de comprometimento entre os profissionais | CUL | Entrevistas |
| Aprendizagem e partilha de Conhecimento | A organização garante a continuidade do processo de melhoria da qualidade | A&C | Entrevistas Documentos Oficiais |
| Emocional | A organização mobiliza e inspira os profissionais e <i>stakeholders</i> no movimento da qualidade | EM | Entrevistas |
| Físico e Sistemas de Informação | O ambiente físico e as estruturas associadas aos sistemas de informação melhoram a qualidade e a experiência associada à prestação de cuidados | F&SI | Entrevistas Documentos Oficiais |
| Liderança | Se encontra organizada a estrutura de | LID | Entrevistas |

| | | | |
|-------------------|--|-----|------------------------------------|
| | liderança, na organização | | |
| Contextual | O Contexto político e regulatório influencia a organização | CON | Entrevistas Documentos Oficiais |

Nota: A informação proveniente de entrevistas encontra-se codificada com um “E.”, enquanto que a que tem como fonte documentos oficiais é codificada por “D.”.

Tabela 2 : Estrutura de categorias teóricas

| Código | Códigos de Primeira ordem | Designação |
|---------------|----------------------------------|--|
| | EST.1 | Estrutura organizacional explícita para a Qualidade |
| | EST.2 | Estratégia organizacional explícita para a Qualidade |
| | EST.3 | Sistema de Governança explícito para a Qualidade |
| EST | EST.4 | Formalização de procedimentos e regras |
| | EST.5 | Estruturas de ligação |
| | EST.6 | Liderança explícita para a Qualidade |
| | ESR.7 | Programas formais de QI |
| POL | POL.1 | Táticas de influência de gestores de topo |
| | POL.2 | Táticas de influência do <i>staff</i> |

| | | |
|------|--------|--|
| CUL | CUL.3 | Cultura de excelência organizacional |
| | CUL.4 | Cultura de excelência do grupo de enfermagem |
| | CUL.5 | Valores transmitidos pela liderança |
| | CUL.6 | Cultura de abertura e inovação |
| | CUL.7 | Cultura de aprendizagem |
| | CUL.8 | Cultura de eficácia clínica |
| A&C | A&C.1 | Formação em Qualidade |
| EM | EM.1 | Reconhecimento de boas práticas |
| F&SI | F&SI.1 | Uso de informação e tecnologias de informação que suportem a Qualidade |
| | F&SI.2 | Tecnologias médicas e de informação disponíveis |
| | F&SI.3 | Tecnologias de enfermagem e de informação disponíveis |
| | F&SI.4 | Tecnologias de patient safety e de informação disponíveis |
| LID | LID.1 | Comprometimento das lideranças |
| | LID.2 | Estabilidade do C.A. |
| CON | CON.1 | Cultura Nacional |

| | | |
|--|-------|---------------------------------------|
| | CON.2 | Isomorfismo normativo |
| | CON.3 | Isomorfismo coercivo |
| | CON.4 | Lógicas de decisão (técnica e social) |

Tabela 3 : Estrutura de codificação

| Código | Documento |
|--------|----------------------------------|
| EGC | Estratégia de Governação Clínica |
| PQ | Política de Qualidade |
| EQ | Estratégia da Qualidade |
| RC | Relatório e Contas 2009 |
| PA | Plano de Actividades 2010 |

Tabela 4 : Codificação dos Documentos Utilizados

2.4.1. Estrutura

De que modo a organização planeia e coordena a qualidade

2.4.1.1. Estrutura organizacional explícita para a Qualidade

Esta dimensão relaciona-se com a existência de uma estrutura organizacional explícita para a Qualidade.

“A qualidade é um dos cinco vectores estratégicos do hospital e esse vector estratégico implica que o hospital tenha um conjunto de projectos e subprojectos e também um grande sistema de qualidade e pequenos sistemas de qualidade. No fundo a minha preocupação é que isso exista e que responda em cabimento com as necessidades da instituição e que funcione.” (E.GT1)

“ (...) a instituição tem associada a si um gestor de projecto que nos orienta, no desenvolvimento do trabalho que é feito cá dentro (...) é um membro do Conselho de Administração com responsabilidade na qualidade. (...) A Estrutura Central (da Comissão de Qualidade) é constituída por três pessoas, uma médica, uma técnica e uma enfermeira. Os restantes cinco elementos são elementos dinamizadores e são eles que transmitem aos serviços o que têm que fazer e qual o padrão que têm que atingir” (E.GQ1)

“Nós temos várias comissões dentro da instituição (...) o que a comissão da qualidade tem de fazer é articular-se com as diferentes comissões e depois disto tem que verificar se elas efectivamente estão a cumprir o que faz parte dos seus regulamentos. Temos a Comissão de Risco Clínico e Não Clínico, a Saúde Ocupacional, os Cuidados Continuados, o Serviço Social, o Controlo de Infecção, a Ética, o Gabinete do Utente ...” (E.GQ1)

2.4.1.2.Estratégia organizacional explícita para a Qualidade

Esta dimensão prende-se com a existência de uma estratégia formal para a qualidade.

“A qualidade é um dos cinco vectores estratégicos do hospital (...)” (E.GT1)

“Durante estes 10 anos (desde que o Hospital integrou o projecto-piloto em 2000), nunca deixámos de estar ligados à área da qualidade, não pensem que descurámos o processo da qualidade, o que nós não conseguimos foi concretizá-lo. Isto é, nós fomos sujeitos a auditorias externas em 2003, 2005 e 2008, mas só conseguimos obter acreditação, pela CHKS, na auditoria externa de 2008, agora em 2010. Isto é, nós fizemos a auditoria principal no final de 2008/princípio de 2009. Em Março de 2010 tivemos que fazer uma auditoria focalizada para ver se conseguíamos atingir o padrão.

Não conseguimos atingir o padrão e a organização deu-nos mais um período de 6 meses (até Dezembro) para fazermos nova auditoria focalizada àquilo que ainda não estava bem e foi finalmente em Dezembro de 2010 que nós conseguimos a acreditação de 2008 e isto fez com que nós só consigamos estender a nossa acreditação até Novembro de 2011. O que quer dizer que de Fevereiro a Dezembro de 2011 são 10 meses em que nós podemos “gozar a nossa acreditação”. Nunca é de braços cruzados, porque obriga a um processo de monitorização. Os serviços foram todos auditados, e nós logo a seguir o que fizemos foi monitorizar os processos auditados pela auditoria e temos acções a cumprir ao longo do ano todo e que têm de ser monitorizadas por nós junto dos serviços para saber se efectivamente eles estão ou não a fazer as coisas.”
(E.GQ1)

“ O Plano Estratégico é top-down e reflecte a preocupação do CA nas áreas da qualidade, da melhoria da prestação de cuidados aos utentes, das condições de trabalho para os profissionais, de maior sustentabilidade financeira para a instituição.” (E.GQ1)

“ Cada Comissão tem regulamentos e planos de acção a atingir.” (E.GQ1)

“ Temos uma estratégia e uma política da qualidade, dentro da organização e um regulamento que nos diz como funciona a Comissão e o seu plano de acção.” (E.GQ1)

“(…) É tentar que a estratégia e a política da comissão da qualidade dêem resposta àquilo que a governação clínica delineou como estratégia no hospital.” (E.GT3)

“ O Hospital integra na sua missão o desenvolvimento de actividades de melhoria contínua da qualidade, bem como o reconhecimento externo, através da acreditação.”
(D.PQ:1)

2.4.1.3.Sistema de Governação explícita para a Qualidade

Existência de infra-estruturas, ao nível organizacional, responsáveis pelo processo de melhoria da qualidade.

“Temos não só a estratégia da qualidade, mais concretamente a política da qualidade, mas também a estratégia da governação clínica que no fundo emerge de toda a actividade clínica e que visa a eficiência e eficácia dos cuidados e a segurança dos mesmos.” (E.GQ2)

“Isto é um projecto estruturante, abarca todos os colaboradores da instituição e responsabilidades a diferentes níveis.” (E.GT2)

“Esta estrutura da Governação Clínica agrega ainda um conjunto de apoios técnicos, Comissões Técnicas, Serviços, destinados a assessorar nas áreas das suas competências.” (D.EGC:11)

“Cria uma rede organizacional que se responsabiliza pela melhoria contínua da qualidade dos serviços e pela salvaguarda dos padrões de qualidade dos cuidados, espelhada no seu organigrama” (D.EQ:1)

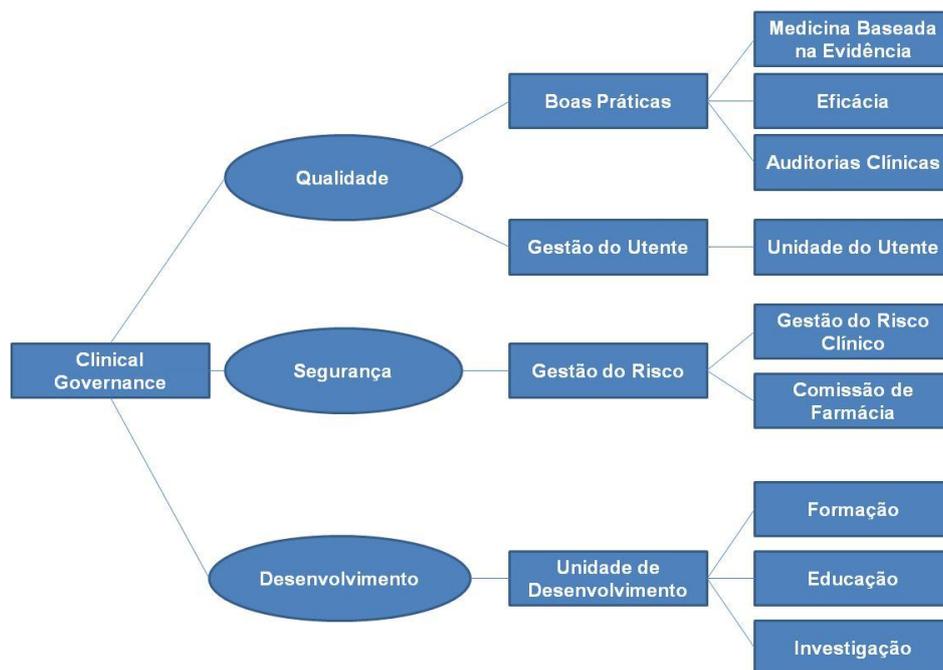


Figura 6: Estratégia de Governação clínica (adaptado de *Documento da Estratégia de Governação Clínica*, 2010:2)

2.4.1.4. Formalização de Procedimentos e Regras

Desenvolvimento de documentos oficiais e estruturas formais como procedimento de suporte da melhoria da qualidade.

“ (...) o C.A. emana uma série de estratégias e políticas organizacionais (...) obrigam a que estes indivíduos encontrem procedimentos para dar prossecução a estas políticas e estratégias (...)” (E.GQ1)

“Emergentes deste projecto da qualidade e do padrão da qualidade, surgem as comissões nomeadamente a comissão da gestão de risco, comissão de auditoria clínica, etc. (...) Estes grupos emergem da exigência das normas destes padrões da qualidade dado que estes processos são fundamentais na melhoria destes processos e é preciso implementar aqui um sistema de auditorias internas para ver como as diferentes normas no âmbito deste padrão da qualidade estão a ser implementadas aos diferentes níveis da organização.” (E.GT3)

“Eu vejo a estratégia de qualidade no sentido de garantir um conjunto de princípios e orientações para que exista um sistema que funcione e que tenha uso. Se estes aspectos se verificarem, podemos dizer que temos uma estratégia que está traduzida em sistemas e processos.” (E.GT1)

“Esta Política (de Qualidade) está baseada numa estrutura que suporta e dá continuidade às actividades, planeamento, liderança e envolvimento dos profissionais na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes e assume um Sistema de Gestão da Qualidade Global assente num processo de avaliar sistematicamente estruturas, processos e resultados para assegurar a excelência dos cuidados de saúde. Para tal proceder-se-á à implementação de sistemas e metodologias de garantia da qualidade a todos os níveis da actividade.” (D.PQ:2)

2.4.1.5. Estruturas de ligação

Existência de estruturas/profissionais que funcionem como pontes de comunicação e de recursos entre diferentes grupos.

“Face às necessidades que as organizações de saúde têm, o CA precisa de pessoas que façam “pontes” que lhes digam: “você têm de desenvolver mais esta área e têm de desenvolver mais este compromisso”. Nós (Comissão da Qualidade) somos um bocadinho o apoio deles, temos de chamar à atenção de uma forma positiva. Funcionar como um elo de ligação e uma ponte entre o CA e a organização. (...)“O contacto que nós (Estrutura Coordenadora) temos, enquanto comissão da qualidade, é sobretudo com chefias. São as chefias que são envolvidas e depois são elas que controlam os seus pares e encontram colaboradores que trabalham mano/mano ou a quem delegam essa responsabilidade dentro dos seus próprios serviços para depois transmitirem e encontrarem formas de desenvolvimento do serviço para as áreas da qualidade.” (E.GQ1)

“Cada serviço tem o seu champion. (...) ou mais, que reporta à tal comissão (da Qualidade) e é o veículo do seu serviço nessa comissão e vice-versa.” (E.GT2)

“As equipas gestoras dos projectos são essenciais e funcionam como elo de ligação com o CA, são o elo mais directo.” (E.GT3)

2.4.1.6.Liderança explícita para a Qualidade

Existência de um gestor de topo com responsabilidades formais ao nível da qualidade.

“ Nós temos um membro do CA com responsabilidades na qualidade.” (E.GQ1)

2.4.2. Política

Esta dimensão relaciona-se com o modo como a organização implementa e sustenta o processo de melhoria da qualidade.

2.4.2.1. Tácticas de influência de gestores de topo

Processo de socialização dos gestores de topo na temática da qualidade organizacional.

“ Temos (estrutura central da Comissão da Qualidade) que sensibilizar o CA e as pessoas e envolvê-los, pois tem uma grande influência mostrar que todos dentro da organização são importantes e que pertencem à parte corporativa, para que percebam

quais são as áreas que são mais sensíveis e que precisam de mudança para que nós as possamos desenvolver.” (E.GQ1)

“Eles (C.A.) têm de ter comprometimento. (...). Imagine que a sustentabilidade deles (CA) é uma sustentabilidade muito mais financeira... Não nos podemos esquecer que este hospital é um hospital com uma média de 20 milhões de euros de défice anual. Nós (enquanto Comissão da Qualidade) temos que lembrar-lhes que é preciso intrevir nesta área, que é preciso mais este compromisso” (E.GQ1)

2.4.2.2. Táticas de influência do staff

Processo de socialização dos profissionais na temática da qualidade organizacional.

“ Este Conselho está a dar um valor e uma visibilidade a esta área (qualidade) e a colocar na cabeça dos operacionais a importância da qualidade que muitas vezes é banalizada e finalmente as pessoas começam a entendê-la.” (E.GQ2)

“ A prática do acolhimento esta disseminada e enraizada, em muitos serviços, ao nível das direcções e dos seus colaboradores é um exemplo muito simples de partilha muito directa ao nível do conhecimento e humanização ” (E.GT3)

2.4.3. Cultural

Esta dimensão relaciona-se com o modo como a organização tenta construir um sentimento de compreensão e comprometimento partilhado por todos os profissionais em questões de qualidade.

2.4.3.1. Cultura de Excelência Organizacional

Cultura Premium na prestação de cuidados seguindo padrões de qualidade elevados.

“O hospital tem tido sempre uma visão de liderança no processo existencial. A liderança é uma área de excelência e diferenciação, quer seja a liderança no portfolio de serviços oferecidos, quer a liderança nos resultados alcançados. Ou seja, sempre foi um hospital ambicioso com pessoas muito ambiciosas e exigentes. O sistema de qualidade vem potenciar esta ambição. É assim um excelente instrumento para

enquadrar toda esta ambição, no sentido de garantir de uma forma organizada, sistemática e global um conjunto de práticas (que não são só práticas existenciais, mas práticas em todo o processo visando o resultado final). É por isso um sistema que potencia o resultado do hospital e que dá um enquadramento de suporte que sem ele seria muito mais difícil, menos sistemático e mais assimétrico do que outros fazem. O sistema de qualidade dá alguma base de sustentação e algum equilíbrio a toda a ambição do hospital na questão de liderar processos de excelência, de um bom portfolio de serviços e liderança de resultados.” (E.GT1)

“Quando a instituição abriu houve uma aposta muito grande em profissionais jovens, que estavam no auge das suas carreiras cuja prioridade para as pessoas era efectivamente através da sua profissão melhorar a qualidade. Nós fizemos do nosso principal objectivo a instituição e os processos que garantissem a qualidade. Na altura possivelmente não saberíamos como é que isto tudo se chamava, não é? Nós desenvolvemos os processos sem lhes chamarmos nomes. Começámos a elaborar protocolos e procedimentos sem perceber efectivamente que isto tudo fazia parte de um grande projecto que era a qualidade. Só mais tarde é que essa palavra começou a aparecer em termos das instituições hospitalares. Porque isso já acontecia no meio empresarial, mas não tínhamos essa forma de pensar em termos de saúde. De certa forma já se fazia muita coisa de forma preventiva, escrevia-se por exemplo, o que se devia fazer para não fazer mal. Havia também uma série de procedimentos como a escrita de ocorrências que tinham corrido menos bem para tirar partido delas e melhorar a mesma situação num contexto diferente. Havia uma série de procedimentos que se tornaram rotina e que as pessoas pautaram por manter, embora não se falasse em qualidade.” (E.GRC)

“ O Hospital a tem um riquíssimo grupo de recursos humanos (...) muito competente e que dá a camisola (...) e isso (acreditação) era dar uma visibilidade do que éramos na altura, as nossas competências, ganhos, a qualidade do serviço que prestávamos (...)” (GQ2)

2.4.3.2. Cultura de excelência do grupo de enfermagem

Cultura Premium do grupo de enfermagem na prestação de cuidados seguindo padrões de qualidade.

“Os que têm mais enraizado a cultura da avaliação de desempenho e da qualidade são os enfermeiros. São eles que têm sido o grande motor.” (E.GQ1)

2.4.3.3. Valores transmitidos pela liderança

Comprometimento das lideranças em desenvolver uma cultura centrada na qualidade, demonstrada através de acções e comportamentos.

“ Sempre que o CA faz apresentações à instituição hospitalar é feita a alusão à necessidade de nos envolvermos e progredirmos relativamente às áreas da qualidade.” (E.GQ1)

2.4.3.4. Cultura de abertura e inovação

A organização pauta-se por princípios colectivos e individuais de procura constante de criação de valor para a organização, ao nível da qualidade.

“ Na altura (quando o hospital se constitui como hospital-piloto, em 2000) tínhamos um público de profissionais novos e jovens, das várias áreas de especialidade e isso tornava este hospital muito vigorante nas iniciativas, muito dinâmico em abraçar projectos. O C.A. também estava desperto para o interesse nestas metodologias e aberto a novos projectos. (...) Só se entra como hospital-piloto em projectos se houver equipas motivadas, que querem e estão disponíveis e, efectivamente este hospital mostrou isso.” (E.GT3)

“Era um projecto inovador. Nessa altura, até há dez anos atrás, o hospital nasceu de uma raiz muito basal e os profissionais tinham uma visão mais global, tinham a perspectiva de desenvolvimento (...) houve a necessidade de aderir a projectos novos. A acreditação era um dos objectivos, pois ter um hospital acreditado era equivalente a ter reconhecimento de um novo hospital e de uma credibilidade que por si só não era o somatório das partes, mas era o conjunto de credibilização do hospital (...)” (E.GT1)

2.4.3.5. Cultura de aprendizagem

Desenvolvimento de actividades formais, ou informais, que busquem o desenvolvimento da qualidade.

“O hospital até é muito dinâmico na realização de eventos, há serviços com dois e três eventos científicos desses por ano. É um excelente indicador a um nível geral a quantidade de eventos técnico-científicos que os serviços fazem (é muito elevado).” (E.GT1)

“Aquilo que sinto neste momento é que há um grande investimento na área da formação (...)” (E.GQ2)

“A cultura distingue as melhores organizações de saúde, sustentada num ambiente aberto e participativo em que as ideias e boas práticas são partilhadas, a formação e a investigação são valorizadas e a culpabilização é evitada.” (D.EGC:1)

“ o exercício da auto-regulação profissional que garanta um elevado nível de formação e desenvolvimento do pessoal clínico é igualmente um elemento básico, porque o desenvolvimento profissional é indissociável da boa prática.” (D.EGC:8)

2.4.3.6. Cultura de eficácia clínica

Partilha de valores entre os profissionais baseados numa lógica de eficácia clínica.

“ (...) os nossos profissionais estão pouco preparados para gerir as expectativas dos doentes. Estão preocupados sobretudo com a eficácia clínica e pouco com o resto. Quando na realidade a prestação dos doentes é mais que isso, e esse aspecto normalmente não é trabalhado. Muitas vezes as pessoas não têm muita preparação para lidar com isso e daí que hoje a frustração de expectativas resulta da dificuldade/incapacidade da nossa parte em gerir.” (E.GT1)

“ Eu acho que as pessoas pensam que para a administração é muito importante os aspectos mais globais. O que me preocupa mais não é isso, mas sim a fraca cultura e a falta de suporte. Temos uma fraca sensibilização de muitos profissionais sobre o que se exige num processo de qualidade. Considero que as pessoas valorizam muito pouco o

processo e centram mais a sua atenção naquilo que fazem aos utentes (os procedimentos) e na minha opinião os profissionais têm de estar preparados para que o que se faz nos utentes não seja só visto numa perspectiva técnica (embora nesse aspecto acho que temos pessoas com excelentes formações e competências), mas todo o contexto de prestação é muito mais importante do que pensam. Mais que a norma e a política, é gerir o contacto com as pessoas junto com a técnica de gestão dos momentos da verdade. Isto quer dizer que tenho de aproveitar cada momento passado com o doente para gerir as suas expectativas e não só preocupar-me se fiz bem o diagnóstico e se o medicamento receitado é o correcto, mas que o doente no fundo saia satisfeito. É muito importante também procurar perceber as razões que contribuem para a sua satisfação.” (E.GT1)

2.4.4. Aprendizagem e Partilha de conhecimento

Desenvolvimento de actividades que se relacionam com a formação em qualidade e a partilha de conhecimento

2.4.4.1. Formação em Qualidade

Desenvolvimento de actividades formativa que se relacionam com a temática da qualidade.

“temos (a estrutura central da Comissão da Qualidade) a função da formação do processo de acreditação a todos os profissionais.” (E.GQ1)

“ Desenvolvemos algumas iniciativas para a melhoria da qualidade: conferências no hospital sobre áreas críticas, consentimento informado, biossegurança hospitalar, nomeadamente formações em Epi’s, infecção cruzada, MRSA, antibioterapia, programas de higienização das mãos, investigação clínica... são algumas das iniciativas em termos de formação, divulgação e partilha de conhecimento com os profissionais.” (E.GQ1)

“ (...) o serviço de formação é um serviço (...) de grande dinamismo. (...) Os profissionais conseguem ter formação nas várias áreas. Há aquelas que consideramos obrigatórias, que dão resposta à missão e ao programa de acreditação.” (E.GQ2)

2.4.5. Emocional

Relaciona-se com a mobilização e capacidade de inspirar e motivar os stakeholders no movimento da qualidade.

2.4.5.1.Reconhecimento de boas práticas

Reconhecimento das boas práticas através da sua disseminação em fóruns próprios.

“ todos os colaboradores que trabalharam neste processo (de acreditação) viram reconhecido o seu trabalho publicamente, através de uma apresentação pública que envolveu a comunidade, outros hospitais e centros de saúde próximos, da área de influência do hospital. Isto para toda a equipa, aplica-se aos profissionais que iniciaram o projecto, em 2000 e os profissionais de agora foi um reconhecimento externo do seu trabalho e foi muito importante.” (E.GT3)

“ É importante reconhecer o esforço e os resultados alcançados e tentar que eles passem a mensagem para os níveis mais baixos. Depois temos algum benchmarking interno. Em termos públicos temos a preocupação de apresentar os casos de serviços pelo nível de resultados que se pretende alcançar. Geralmente temos reuniões regulares (fazemos oito a nove reuniões por ano), de forma a fazer um ponto de situação. Agora vamos fazer uma próxima reunião em que procuro sempre perceber quais as situações de reconhecimento que devíamos fazer. Também em termos públicos a newsletter procura chegar a todos os colaboradores.” (E.GT1)

“Somos um país pequeno, e quando os nossos profissionais vão a congressos internacionais ficam fascinados, pois aprendem imenso. Acho que fazemos eventos destes a nível nacional numa perspectiva sobretudo motivacional e talvez menos na perspectiva do progresso técnico-científico, enquanto nos eventos internacionais é ao contrário.” (E.GT1)

2.4.6. Ambiente Físico e Sistemas de Informação

Relaciona-se com a existência de um ambiente físico que permita a prestação de cuidados de saúde de qualidade, assim como a existência de sistemas de informação que a suportem.

2.4.6.1. Uso de informação e tecnologias de informação que suportem a Qualidade

Utilização de informação e sistemas de informação (SI) como suporte para a melhoria da qualidade.

“ Temos uma série de recursos para medir a nossa qualidade e o desempenho da organização.” (E.GQ1)

| Sistema de Informação | Descrição |
|-----------------------|---|
| SONHO | SI dos hospitais |
| SAM | Sistema de Apoio ao Médico |
| SAPE | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem |
| SICTH | SI da Consulta a Tempo e Horas |
| SIGIC | SI de Gestão de Inscritos para Cirurgia |
| SICA | SI para a Contratualização e Acompanhamento |
| WEBGDH | |
| ALERT EDIS | SI em uso no Serviço de Urgência |

| | |
|--------------|---|
| PACS/RIS | SI de Arquivo e distribuição de imagem radiológica |
| ASIS | Gestão da área de Imunoterapia |
| OMEGA | SI de gestão da área de Patologia Clínica |
| SISPAT | SI de gestão da área de Anatomia Patológica |
| ASTRAIA | SI de gestão da vertente de técnicas da área de Obstetrícia |
| CARDIOREPORT | SI de gestão da área da Cardiologia |
| HS-GISS | SI de gestão da área de Apoio Social |
| HS-SGICM | SI de gestão do circuito do medicamento |

Tabela 5: Sistemas de Informação utilizados pelo Hospital (adaptado de Relatório de Actividades 2010)

2.4.6.2. Tecnologias médicas e de informação disponíveis

Utilização de informação e sistemas de informação como suporte para a melhoria da qualidade dos cuidados médicos.

“ (...) temos (Hospital) estruturas que fazem apoio à nossa actividade com os indicadores clínicos, aliás temos um protocolo com o IASIST que mede indicadores clínicos. Temos ainda auditorias a processos clínicos, codificação de processos clínicos, auditorias de risco aos serviços e respectivas avaliações de risco, avaliações ergonómicas...” (E.GQ1)

2.4.6.3. Tecnologias de enfermagem e de informação disponíveis

Utilização de informação e sistemas de informação como suporte para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Temos indicadores que são avaliados transversalmente pelas certificações. Depois temos indicadores apenas específicos para a área de enfermagem e que são desenvolvidos apenas pelo grupo profissional dos enfermeiros.” (E.GQ2)

“ Nós temos um aplicativo que é o Sistema de Aplicação à Prática de Enfermagem que é o SAPE. Nos médicos é o SAM (Sistema de Apoio Médico).” (E.GQ2)

2.4.6.4. Tecnologias de patient safety e de informação disponíveis

Utilização de informação e sistemas de informação como suporte para a segurança do doente.

“Nós implementámos uma metodologia de avaliação de riscos. Temos um impresso que pode ser acedido informaticamente ou em suporte de papel, dando liberdade ao profissional para gerir se utiliza a aplicação informática ou não. Em termos da instituição é feito o relatório anual da gestão de risco que faz a análise dos eventos notificados e em que se faz a proposta em termos de melhoria.” (E.GRC)

“Esses erros são notificações escritas, nós temos uma folha de notificação que é elaborada pelo responsável do serviço (pode ser o enfermeiro chefe ou o director), onde acontece o incidente ou acidente adverso. Existe assim uma plataforma de registo da ocorrência, identificando o tipo de ocorrência e até propondo logo a esse responsável que sugira que alterações devam ser feitas para não voltar a acontecer. Esse registo é depois enviado à nossa comissão de risco, é analisado com os responsáveis desses serviços, é analisado depois na equipa de risco e são propostas as melhorias de melhoria.” (E.GT2)

“Uma das coisas que foi consignada e faz parte da certificação do hospital é a verificação de alergias no doente. (...) e isso funciona como um alerta do sistema electrónico. O próprio sistema electrónico de registo clínico é fundamental para nós pensarmos o seguimento do doente desde que veio ao hospital. (E.GT1)

“Estamos a utilizar (uma check-list) neste momento, por exemplo no bloco operatório, porque as maiores dificuldades surgiam principalmente no bloco operatório. A automatização das nossas práticas em níveis de stress elevados pode contribuir para

que sejam modificadas por esses níveis. Pode haver uma segunda pessoa, uma enfermeira, ou uma técnica, que certifique se foram dados os passos todos. Isto é uma base de segurança para o doente.” (E.GT1)

2.4.7. Liderança

De que modo a liderança actua como suporte para a melhoria da qualidade na organização.

2.4.7.1. Comprometimento das lideranças

A liderança encontra-se comprometida com a temática da qualidade.

“ (...) é importante o conhecimento e envolvimento do C.A. (...) Uma equipa gestora do projecto tem de estar motivada, formada, sensível, conhecedora destes projectos e envolvida (...) A principal preocupação do C.A. é passar para a linha da frente a necessidade de comprometimento de todos os colaboradores, na melhoria da qualidade e da segurança, a todos os níveis. Penso que é o que temos conseguido transmitir aos colaboradores.” (GT3)

“ Este Conselho está a dar um valor e uma visibilidade a esta área (qualidade) e a colocar na cabeça dos operacionais a importância da qualidade que muitas vezes é banalizada e finalmente as pessoas começam a entendê-la.” (GQ2)

2.4.7.2. Estabilidade do C.A.

Importância da estabilidade da liderança no processo de melhoria da qualidade.

“ Uma organização só olha para a qualidade quando é, efectivamente, uma organização estável, que não está em constante mudança. Uma organização em constante mudança descuida de alguns aspectos, nomeadamente da qualidade.” (E.GQ1)

“ (...) estas mudanças de entrar e sair (os C.A) dão uma destabilização enorme (...) nós somos também um pouco vítimas destas mudanças muito frequentes do C.A.” (E.GQ3)

“ (...) estes projectos requerem alguma maturidade (...) foi um período controverso, um período de mudança na gestão dos hospitais (...) e que obviamente reflectia-se em termos de instituição e dos seus colaboradores. Foi um período controverso de grande instabilidade face a muitas medidas definidas e tomadas na altura, para os hospitais.”
(E.GQ3)

2.4.8. Contextual

De que modo o ambiente contextual condiciona a melhoria da qualidade em termos hospitalares.

“ (...) isto (qualidade) começa em 2000 (...) Eu acho que não se falava de qualidade antes, não é? Isto começou-se a falar naquela altura. (...) eu nunca dei por nada antes de 2000. É quase um vazio antes de 2000” (GQ3)

“ A noção de qualidade era uma noção empírica, era uma tradição (...) uma versão paroquial e esta versão paroquial espelha-se numa escola antiga de exemplos. Ou seja, os mais velhos tinham uma determinada conduta que era preciso, de certa maneira, imitar e a qualidade era espelhada num conceito de seguimento de boas práticas designadas por alguém reconhecido e conceituado. (...) não era organizacional. Cada líder tinha o seu pelouro desenvolvido (...)” (GT2)

2.4.8.1.Cultura Nacional

A cultura Nacional como factor de influência na melhoria da qualidade.

“O nosso país tem uma cultura muito formatada para resolver problemas imediatos sem grandes enquadramentos e regulamentos, mas por outro lado temos uma cultura política, organizativa e muito administrativa (muito francesa). Tem muitas normas e protocolos, mas existe um fraco nível de implementação dessas normas. Temos as coisas pouco alinhadas, uniformizadas e pouco conformes. E um sistema de qualidade para funcionar bem implica normas e procedimentos. E realmente a cultura do nosso país e a cultura nestas instituições não é diferente, reage muito a isso. As pessoas consideram que é um sistema muito limitador em termos de autonomia. As pessoas gostam, mas depois na prática existem dificuldades a este nível. Para as pessoas

orientarem as suas acções com políticas, normas e procedimentos não é fácil, mas não é uma questão institucional. A razão da dificuldade é a cultura, a resistência das pessoas.” (E.GT1)

2.4.8.2. Isomorfismo coercivo

Pressões formais, ou informais, no sentido da melhoria da qualidade, exercidas por uma organização da qual o Hospital é dependente.

“Nós temos de olhar para este Hospital e perceber qual foi o seu contexto político. É um hospital muito político, sempre teve muitas pessoas ligadas à área governamental e sempre que havia mudanças e alterações políticas... o conselho de administração caía. Nós devemos ter tido uns nove/dez Conselhos de Administração desde 1991, até agora, o que quer dizer que em média e em alguns períodos não tivemos um Conselho de Administração que durasse mais de dois anos.” GQ1

" Eles (Board managers) têm de ter comprometimento. (...) nós (enquanto Comissão da Qualidade) temos que lembrar-lhes que é preciso entrevir nesta área (qualidade), que é preciso mais este compromisso." GQ1

" (...) a qualidade não aparece per si (...) foram as documentações do CRES, da auditoria de contas do Serviço Nacional de Saúde, em 1999, o relatório da OCDE, o programa Operacional de Saúde 21, Portugal- uma estratégia para o virar do século que é explícita a necessidade de desenvolver um sistema de qualidade em saúde. (...) O Ministério da Saúde diz que todos os hospitais têm que elaborar a Carta da Qualidade e neste tem que ser definido um política e um sistema de melhoria da qualidade, um mecanismos de avaliação interna e externa e começa-se a desenhar aí. (...) aí é que são as nossas raízes da qualidade. " (GQ1)

“ (...) este hospital tinha feito um protocolo, em 2000, com o King’s Fund. Integrado numa estratégia de qualidade do Ministério da Saúde e do hospital, este foi um dos hospitais-piloto destes programas de melhoria da qualidade e acreditação.” (GT3)

“ O C.A. estava aberto a estes novos projectos integrados numa resposta a várias estratégias, não só ao nível da tutela (estratégias nacionais), mas também internacionais.” (GT3)

“ Também a estratégia da qualidade emana das normas ou do padrão do CHKS e também das orientações da estratégia da qualidade a nível nacional que neste momento está vinculado ao organismo da Direcção Geral de Saúde que tem o grupo da qualidade.” (GQ2)

2.4.8.3. Isomorfismo normativo

Alteração organizacional, no sentido da melhoria da qualidade, tendo como factor determinante o grau de profissionalização.

“As recomendações são emanadas pela Ordem para o Ministério e do Ministério para os hospitais (...)” (GQ2)

“Nós temos sociedades científicas que emitem recomendações em cada área específica, por outro lado, a Ordem dos Médicos já tem alguma coisa nessa área. Algumas áreas científicas reportam determinadas recomendações e têm um contexto internacional. Há recomendações internacionais para a prática nacional.” (GT1)

“ Modificou-se nos últimos anos esta atitude e começou a verificar-se que, com as recomendações, com os guidelines e os alertas das várias comunidades internacionais, fazer bem não era só em relação a determinado doente, mas sim também dentro de uma organização. (...) esta atitude individual não coligia resultados com análise, mas agora as actuações e a modificação do carácter das pessoas, começa a desenhar-se no sentido de implementar melhorarias. Todo o trajecto de modificar uma actividade irá acarretar uma melhoria dos processos e conseqüentemente uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes. ” (GT2)

2.4.8.4. Lógicas de decisão (técnica e social)

Existência de motivação social e económica na adopção de práticas de qualidade.

“ (...) O desenvolvimento destes conceitos (de qualidade) e a necessidade e a motivação do ponto de vista económico fez tudo isto (qualidade organizacional) evoluir. (...) A necessidade económica e a reorganização da estrutura política obrigou a que se criasse uma visão completamente diferente.” (GT2)

“Era um projecto inovador (a acreditação hospitalar). Nessa altura, até há dez anos atrás, o hospital nasceu de uma raiz muito basal e os profissionais tinham uma visão mais global, tinham a perspectiva de desenvolvimento (...) houve a necessidade de aderir a projectos novos. A acreditação era um dos objectivos, pois ter um hospital acreditado era equivalente a ter reconhecimento de um novo hospital e de uma credibilidade que por si só não era o somatório das partes, mas era o conjunto de credibilização do hospital (...)” (E.GT1)

“ (...) os profissionais mereciam e deveriam ter o reflexo deste trabalho ao longo destes 10 anos. Muitos profissionais ambicionavam que este hospital fosse reconhecido pelas suas boas práticas e envolveram-se nesse sentido. (...) Havia muito trabalho feito nas diversas áreas, não só nas corporate, mas também nas áreas intrínsecas dos vários serviços.” (E.GT2)

“ (...) tiveram (o C.A.) o cuidado de fazer reflectir a preocupação deles com áreas da qualidade, com a melhoria da prestação de cuidados dos utentes, das condições de trabalho para os profissionais, de melhor sustentabilidade para a instituição e isso está tudo escrito no Plano Estratégico da instituição. Logo, há um compromisso escrito.” (GQ1)

3. Discussão de Resultados

Na primeira década do Hospital α a Qualidade era um conceito empírico que variava de acordo com a perspectiva de cada líder de serviço, não existindo uma consciencialização da sua aplicação em termos práticos. Assim, uma prática clínica de qualidade dependia dos padrões utilizados pelo mentor, normalmente um clínico com mais anos de serviço, de reputação e conhecimento reconhecidos, que devia ser mimetizada pelos outros profissionais.

No entanto, nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, a qualidade vinha sendo, cada vez mais, assumida como a resposta ao novo paradigma da saúde. A grande massificação e popularidade dos instrumentos a si associados conduziram a uma alteração no campo organizacional e a qualidade revela-se, em Portugal, como um instrumento primordial para a competitividade e legitimidade das unidades de saúde.

Deste modo, a partir do final da década de 90 nota-se uma alteração na moldura dos cuidados de saúde e a qualidade começa a figurar nas estratégias nacionais de saúde (isomorfismo mimético), tal como foi referido na revisão teórica, exercendo o Estado pressões no sentido das organizações de saúde desenvolverem práticas de qualidade, estabelecidas formalmente.

Estes esforços de qualidade apoiaram-se no Programa Nacional de Acreditação da Qualidade Organizacional Hospitalar, revelando, como era espectável, os efeitos do isomorfismo coercivo, inerentes a um Ministério da Saúde com preocupações de centralização.

A implementação deste programa foi voluntária e consistiu num protocolo assinado entre o Instituto da Qualidade em Saúde, o King's Fund Health Quality Service (IQS/KFHQS) e sete hospitais portugueses, entre os quais o Hospital α .

Pode afirmar-se, então, que a cultura do hospital, demonstrada, por exemplo, pela ambição e vontade dos seus profissionais em abraçar projectos que buscam a excelência, permitiu que este hospital se constituísse como um território propício ao desenvolvimento do movimento da Qualidade.

A implementação de um Programa de Acreditação, ao nível organizacional, foi o principal motor no desenvolvimento da qualidade neste hospital, conduzindo ao início de esforços no sentido de responder aos critérios necessários à concretização do padrão da entidade acreditadora, assumindo-se esta oportunidade como um marco relevante, na medida em que a gestão da qualidade hospitalar começa a ser desenvolvida a partir desse momento.

O Hospital α , de acordo com o “Modelo de Lógicas de Adopção”, de Kennedy e Fiss (2009), constitui-se como um “early adopter”, no que diz respeito ao momento de adopção, na medida em que integrou este grupo inicial e restrito de sete hospitais. Importa, por isso, analisar se o modelo teórico se verifica, no que diz respeito às motivações subjacentes à adopção, dentro deste grupo.

As motivações apontadas para a adopção/implementação do programa de qualidade encontram-se, uma vez mais, em consonância com o modelo teórico de Kenedy e Fiss (2009), ou seja, a adopção provém de uma oportunidade que realça o potencial para agir na alteração organizacional e que é evidenciado pelo facto deste hospital, por um lado, apresentar uma gestão organizacional que se pautava pelo dinamismo e inovação e, por outro, por ser constituído por um grupo de profissionais jovens, com expectativas e ambições elevadas. As diferentes aceções permitem concluir, ainda, que os benefícios económicos (também denominados por técnicos) e sociais (que se relacionam com o prestígio e reconhecimento) actuaram numa lógica de complementaridade e não de substituição.

O período seguinte, entre 2000 e 2010, foi bastante conturbado no que diz respeito às Políticas Públicas, repercutindo-se na liderança da organização. Esta instabilidade governativa do país fez com que, no espaço de dez anos tomassem posse seis diferentes Conselhos de Administração (CA). As alterações constantes ao nível da gestão de topo da organização tiveram como principal consequência a não concretização do processo de acreditação e a acreditação do hospital ocorre apenas em Fevereiro de 2011.

Tendo em conta o supra citado, é possível retirarem-se elações. O comprometimento e estabilidade das lideranças são essenciais ao desenvolvimento de projectos deste tipo,

reconhecendo-se que estas desempenham um papel fundamental na criação, difusão e manutenção de uma cultura de qualidade, servindo como modelo e inspiração para a restante organização. Verifica-se, ainda, a teoria apresentada no Modelo Teórico de Saraiva *et al.* (2009), segundo a qual as Políticas Públicas são um factor determinante para a qualidade, já que alterações nas políticas públicas determinam a estabilidade vivenciada nas organizações, neste país, condicionando a qualidade nos hospitais.

A instabilidade ao nível das lideranças e das suas próprias sensibilidades para a temática da qualidade condicionaram o modo como esta foi gerida, ao nível do hospital, verificando-se uma predominância nos esforços de estruturação e formalização dos processos de qualidade.

Uma das possíveis razões apontadas para a continuidade do projecto, tendo em conta a instabilidade vivenciada, prende-se com o facto de o Hospital α ser caracterizado por um conjunto de profissionais (maioritariamente enfermeiros) com interesse no desenvolvimento da organização, que se tornaram responsáveis, embora inconscientemente, por gerar um consenso em torno desta temática e estimular o desenvolvimento deste projecto, através da comunicação bidireccional, isto é, topo e centro operacional, ao longo do tempo.

Ou seja, a estruturação e formalização parecem ser utilizadas como estratégia de resposta aos desafios de qualidade que se vão figurando à medida que a organização melhora a sua qualidade assistencial.

Em 2010, com a nomeação do novo CA, a gestão da qualidade organizacional constituiu-se, pela primeira vez, como um sistema integrado e formalizado, encontrando-se o hospital a desenvolver a formalização de uma estrutura e de um conjunto de procedimentos que suportem os esforços de melhoria da qualidade. Como tal desenvolveu três documentos, a Estratégia de Governação Clínica (Anexo 5) e a Política e a Estratégia da Qualidade (Anexo 6 e Anexo 7, respectivamente), nos quais assenta o processo de gestão da qualidade organizacional.

Esta preocupação com a formalização e integração é bem evidenciada pelo desenvolvimento de um sistema integrado de governação, abrangendo onze documentos formais e vinte e uma comissões, ou unidades especializadas, que, como é facilmente perceptível não representam uma estrutura estática, mas um esforço contínuo de estruturação no sentido de responder aos desafios de qualidade.

A forma como a qualidade se encontra organizada, no Hospital α , é considerada, deste modo, como preponderante na sua gestão, já que a concretização da estratégia depende das diferentes estruturas e do modo como estas se articulam entre si.

O Conselho de Administração é o responsável máximo pelo Sistema de Gestão da Qualidade e pela definição da Política de Qualidade. Como descrito anteriormente, em resposta ao processo de acreditação, o esforço de estruturação e formalização levaram a que, com o intuito de dinamizar, suportar e coordenar o processo e actividades de melhoria contínua da qualidade, fosse nomeada uma Comissão da Qualidade.

A Estrutura Central de Coordenação desta Comissão trabalha em articulação com o gestor de projecto (membro do CA) constituindo a equipa de gestão de projecto. Esta equipa possui *know-how* nesta área e nos projectos desenvolvidos, o que permite a operacionalização da qualidade.

Em coordenação com a equipa de gestão de projecto trabalha, junto dos profissionais de saúde, uma equipa disseminadora, organizada e formalizada. Esta estrutura acompanha cada serviço, através de visitas e análise/discussão conjunta das normas/padrão específicos para cada serviço, elaborando o seu próprio plano de acção.

Pode, assim, afirmar-se que a Comissão da Qualidade garante a harmonização das diferentes vertentes operacionais da melhoria da qualidade, designadamente no que respeita aos processos de acreditação e certificação, gestão do risco, boas práticas clínicas, auditorias clínicas e informação de gestão clínica, articulando-se com estas estruturas, no sentido da maior complementaridade nas acções a desenvolver, tendo em vista o fim comum de melhorar as práticas e resultados assistenciais.

A Comissão da Qualidade é, então, constituída por :

- **Gestor de Projecto**, para além das suas funções ao nível do CA, enquanto Enfermeira Directora, é da sua responsabilidade a articulação entre o CA e a Estrutura Central de Coordenação. Assim, a equipa de gestão de projecto é constituída por quatro pessoas o gestor de projecto e os três representantes da Estrutura Central de Coordenação. À gestão de projecto cabe a definição geral de políticas de qualidade que permitam desenvolver planos de acção relacionados com a qualidade organizacional.
- **Estrutura Central de Coordenação**, composta por três elementos. É da sua responsabilidade a articulação inter-institucional, a qualificação dos profissionais e a sua adesão aos requisitos de qualidade, a monitorização contínua e sistemática de critérios de qualidade, a implementação de medidas correctivas e, ainda, a gestão documental. Esta estrutura reporta ao seu Gestor de Projecto.
- **Estrutura Dinamizadora**, que integra cinco profissionais (2 médicos, 2 enfermeiros e 1 técnico de MCDT) e que actua como interface entre a Comissão e os diferentes serviços. Cada dinamizador é responsável por monitorizar todas as normas e critérios de um cluster de serviços e dar feedback à estrutura central;
- **Estrutura Disseminadora**, dos quais fazem parte integrante profissionais do centro operacional de cada serviço do hospital e que tem como objectivo garantir a aplicação prática de todas as normas e critérios. Esta estrutura articula-se com a Estrutura Dinamizadora.

Estrutura Formal da Qualidade



Figura 7 : Estrutura Formal da Qualidade

Esta estrutura define uma rede organizacional de responsabilização da qualidade do tipo “*top-down*”, na qual as estruturas de ligação desempenham um papel fulcral.

Da análise das diferentes perspectivas infere-se, ainda, que a adopção da Acreditação desencadeou a implementação de outros programas de qualidade, de modo a responder aos critérios exigidos pela entidade acreditadora.

Assim, de modo a responder a esta abordagem sistémica da qualidade, são utilizados diversos programas de qualidade em simultâneo. Os programas identificados nos diferentes documentos e nas diversas aceções são: a Auditoria, a Acreditação e a Governação Clínica, a Gestão da Qualidade Total (TQM) e a Segurança do Doente. Ou seja, de todos os programas identificados no modelo teórico de Walshe, apenas os dois programas mais recentes (Six-Sigma e Pensamento Lean) e o Process Re-design não são aplicados.

Salienta-se que os programas não são reconhecidos, pelos entrevistados, como programas individuais, mas sim como complementos ao programa de Governação Clínica.

Também a estratégia de qualidade assente na Governação Clínica alavancou a implementação de outros programas de qualidade. Assim, foram adoptados programas

de TQM e Segurança do Doente, de modo a responder aos próprios objectivos do programa de Governação Clínica.

A segurança dos doentes, por seu lado, é encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, constando no documento da Estratégia de Governação Clínica da organização.

Com vista a atingir os padrões de segurança do doente, uma vez mais, a técnica de gestão utilizada foi a estruturação e formalização, sendo criada uma Comissão de Gestão de Risco. Esta Comissão promove a abordagem sistemática para a redução dos riscos no sentido de uma cultura de segurança, baseando-se na identificação, análise e tratamento de factores de risco clínico, através de:

- Políticas e procedimentos específicos, como, por exemplo a existência de check-lists que visam a normalização de procedimentos, diminuindo a variação na prática e a probabilidade de ocorrência de falhas;
- Um sistema de relato de incidentes que permita estudar eventos clínicos, inesperados e evitáveis;
- Um sistema de indicadores de qualidade clínica e segurança dos cuidados, que permita identificar áreas de risco;
- Um sistema de alertas informáticos relacionados com o registo clínico informatizado, verificando-se que a organização encontra-se em tentativa de estabelecimento de um protocolo com os Centros de Saúde, da sua área abrangente, de modo a aceder-se ao histórico do doente desde o seu atendimento nos cuidados primários.

Conclui-se, assim, que a gestão da qualidade recorre a diferentes programas de qualidade, adoptados de modo sequencial, de modo a responder ao padrão exigido pela entidade acreditadora.

Apesar de não se conseguir concluir, através desta análise, se os programas constituem verdadeira inovação, como os diferentes programas são utilizados numa lógica de

complementaridade parecem existir indícios que possam possuir características inovadoras.

Não obstante, a implementação de medidas de qualidade é considerada, por si só, como redutora, considerando-se essencial que se consiga medir e monitorizar de que forma essas medidas se concretizam numa melhor prestação de cuidados de saúde.

Como tal, a formalização é notada, nesta vertente, pela criação de um Grupo de Auditoria Clínica que é o responsável pelo desenvolvimento do programa de Auditorias Clínicas no Hospital.

Os Serviços do Hospital desenvolvem, ainda, programas locais de auditoria, que constam no plano de acção dos Serviços (formalização de procedimentos). A análise e discussão dos resultados ocorre em reuniões de trabalho com os directores/responsáveis dos vários serviços, conduzindo à implementação das respectivas medidas de melhoria, servindo de base para a elaboração de um relatório anual de iniciativas de qualidade clínica.

Como tal são recolhidos vários tipos de indicadores:

- Indicadores globais de gestão (Taxas de internamento, nº de casos clínicos, demora média, entre outros);
- Indicadores transversais a toda a organização (definidos pela entidade auditora)
- Indicadores de qualidade (exemplo: taxa de readmissões, mortalidades);
- Indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (exemplo: taxa de úlceras de pressão, nº de quedas)

De forma a assegurar o tratamento necessário da informação gerada são utilizados diversos sistemas e tecnologias de informação:

- o sistema SAM (Sistema de Apoio Médico);
- o sistema SAP(Sistema de Aplicação à Prática da Enfermagem);

- o sistema Sim-Cidadão (Sistema de Reclamações dos Utentes);
- IASIST (Sistema de apoio à decisão que permite, também, efectuarem-se benchmarkings).

Os sistemas específicos de cada classe profissional permitem a cada profissional, individualmente, aceder aos seus dados e a dados gerais do serviço a que pertencem e, assim, perceber a evolução da qualidade do seu trabalho e do próprio serviço.

O sistema SIM-Cidadão permite a recolha, registo, análise e tratamento de todas as exposições apresentadas por intermédio do Livro Amarelo, ou no próprio Gabinete do Cidadão. Deste modo, torna-se possível identificar índices de satisfação dos utentes e fazer a gestão da reclamação, elaborando medidas correctivas nos serviços. Elaboram-se ainda questionários de satisfação aos utentes nas áreas do ambulatório, internamento e urgência.

Relativamente ao IASIST, esta ferramenta permite não só analisarem-se dados gerais do hospital, percebendo a qualidade dos cuidados prestados a um nível geral, como permite comparar resultados com os de hospitais semelhantes (população que serve, média de camas, *case mix* e complexidade semelhantes), na Península Ibérica. Deste modo, pela comparação com o padrão médio é possível perceber-se qual o posicionamento do Hospital, em aspectos de qualidade.

Os indicadores de qualidade que permitem às diferentes Comissões a monitorização são emanados, por um lado pelo Manual de Acreditação do CHKS e, por outro, por diferentes órgãos nacionais (como por exemplo, a Ordem dos Enfermeiros e a Ordem dos Médicos, Colégios das diferentes Especialidades, DGS, MS) e internacionais (como por exemplo a OMS, ou a UNICEF), evidenciando a presença de isomorfismo normativo.

Todos os dados recolhidos são analisados em reuniões que podem ser de vários tipos:

- Entre os profissionais do serviço;
- Entre Director do Serviço e Comissões;

- Entre Director do Serviço e CA;
- Entre Director do Serviço, Comissões e CA.

A análise e discussão dos resultados conduzem à formulação de hipóteses explicativas para os resultados obtidos, assim com estratégias de melhoria/práticas correctivas. Estes relatórios são debatidos trimestral e semestralmente.

Conclui-se que este hospital desenvolveu um esforço notório na procura de melhoria da sua performance, baseando-se em sistemas de informação que se encontram alinhados com os principais vectores de desenvolvimento de saúde. Apesar disso, é reconhecido que a utilização de múltiplos sistemas de informação coloca sérios desafios à integração da informação contida nos mesmos.

Não obstante, as preocupações com a eficácia clínica remetem para o período anterior à acreditação, com o desenvolvimento de sistemas de indicadores de performance e benchmarking pelos serviços, individualmente, de modo a monitorizar a sua performance, evidenciando uma clara cultura de eficácia clínica, no Hospital.

No que concerne ao desenvolvimento profissional este é assinalado como um elemento básico indissociável da boa prática, existindo a prática generalizada de formação em vários domínios, incluindo a melhoria da qualidade. Esta formação é gerida por uma unidade formal que, de forma sistemática, recolhe necessidades de formação.

O Hospital promove, ainda, programas de socialização específicos de acolhimento a novos colaboradores, estando presentes as preocupações com as diversas facetas da melhoria da qualidade.

Esta cultura de aprendizagem é, também, evidenciada, pela prática generalizada de obtenção de informação de fontes externas.

Outro factor apontado pelos informantes como importante para a concretização destes esforços de qualidade são os aspectos emocionais, uma vez que o reconhecimento expresso funciona como factor de motivação e adesão aos programas de qualidade.

Neste momento, de modo a dar prossecução ao movimento de melhoria contínua da qualidade iniciado, o Hospital encontra-se a preparar a implementação da acreditação de acordo com um padrão mais recente e mais exigente, revelando a maturidade da organização nesta temática.

Por último, infere-se que, apesar de se notarem preocupações ao nível da segurança do doente e experiência do paciente, a eficácia clínica é a dimensão mais desenvolvida no Hospital α . É de referir que, muito embora as práticas de qualidade associadas à experiência do doente pareçam estar pouco desenvolvidas, existem fortes indícios que um estudo de nível micro permita evidenciar que estas são desenvolvidas individualmente pelos serviços e não a um nível sistémico.

4. Conclusão

Após o desenvolvimento do estudo-piloto, numa organização de saúde portuguesa, pode afirmar-se que, com maior ou menor intensidade, encontrou-se evidência para todas as categorias propostas, sendo possível aceder à resposta da questão de estudo a que me propus: “De que modo é gerida a qualidade num Hospital Português”, identificando-se, não só, as práticas de qualidade desenvolvidas ao nível organizacional, como potenciais factores condicionantes.

Conclui-se que o papel das Políticas públicas enquanto mecanismo de isomorfismo normativo foi responsável pelo desenvolvimento da gestão da qualidade hospitalar, com a entrada do Hospital α no Plano Nacional de Acreditação em Saúde, em 2000, assumindo-se esta oportunidade como um marco relevante no desenvolvimento da gestão da qualidade, numa perspectiva formal e sistémica.

As políticas públicas, deste modo, influenciam directamente a qualidade, já que se analisarmos a evolução da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, percebemos que a inconsistência das políticas foi um factor limitador do seu desenvolvimento.

O processo de acreditação parece, assim, ter sido motor de arranque para a unificação dos diferentes esforços de melhoria de qualidade, muitos deles situados no nível dos serviços.

A par deste mecanismo adaptativo, a própria cultura de abertura, inovação e excelência revelou-se como um factor primordial para a adopção e desenvolvimento de boas práticas.

A participação no projecto-piloto foi encarada, assim, pela organização como uma oportunidade, sendo as motivações inerentes à adopção do Projecto de Acreditação económicas e sociais. As lógicas de adopção actuaram numa lógica de complementaridade, verificando-se o Modelo teórico de Kennedy e Fiss (2009).

Não obstante, pode concluir-se que, para a gestão da qualidade organizacional, a instabilidade das lideranças actuou como factor condicionante de todo o

desenvolvimento deste movimento. Ou seja, o modo como se desenvolveu a gestão da qualidade foi uma resposta às alterações constantes na gestão de topo.

Assim, é possível afirmar-se que o principal mecanismo de gestão é de cariz político-estrutural e relaciona-se com a grande preocupação com a formalização e estruturação de processos e estruturas, evidenciada pela criação de vinte e uma comissões e unidades especializadas e onze documentos formais. Como é expectável, está ainda por determinar em que medida a formalização de inúmeras estruturas encontra paralelo num dispositivo de integração eficiente.

Para além deste esforço de estruturação, a instabilidade deu lugar a um movimento político intenso, no qual se destaca o acompanhamento deste movimento por um grupo de profissionais comprometidos para com a qualidade, demonstrando-se uma necessidade em influenciar os diferentes membros da gestão de topo, devido às sensibilidades muito variadas face à centralidade deste projecto, assim como os profissionais do centro operacional.

A implementação da qualidade é, então, garantida por uma estrutura formal e organizada (Comissão da Qualidade) que se articula com a gestão de topo e os profissionais do centro operacional, de modo a operacionalizar a qualidade.

O Hospital α faz a monitorização da qualidade através de auditorias que permitem estabelecer a conformidade com as normas/padrão da entidade acreditadora, utilizando, também indicadores de vários tipos (gestão, qualidade da prática de enfermagem, desempenho, entre outros). É feita uma análise dos resultados obtidos e são elaborados planos de acção que permitem o estabelecimento da melhoria contínua da qualidade.

As práticas de monitorização são fortemente influenciadas pelos mecanismos de isomorfismo coercivo, uma vez que o desenvolvimento de indicadores e check lists encontra-se associado a organizações profissionais.

Para além da monitorização identificam-se prática de suporte e a disponibilização de recursos que permitem o desenvolvimento deste projecto. A preocupação formal com a formação e a existência de uma cultura de aprendizagem parece ter constituído uma

base fundamental para a geração, difusão e consolidação dos esforços de melhoria da qualidade.

A gestão da qualidade recorre a diferentes programas de qualidade, adoptados de modo sequencial, de modo a responder ao padrão exigido pela entidade acreditadora, pelo que parecem existir indícios que estes possam possuir características inovadoras. Apesar disto, a implementação sequencial dos programas, de acordo com a análise feita, pode relacionar-se com a perspectiva modal enfatizada pelo modelo de Walshe (2009).

Após a análise exaustiva das principais práticas de qualidade desenvolvidas parece existir evidência que das três dimensões associadas à qualidade (eficácia, segurança do doente e experiência do paciente), a que parece merecer maior atenção por parte dos profissionais é a eficácia clínica, com o desenvolvimento das práticas de monitorização e participação dos serviços, em termos individuais, em programas de desenvolvimento da sua performance. Das três dimensões a que possuiu menor evidência de desenvolvimento é a experiência do paciente, no entanto isto pode dever-se ao facto de não ter sido analisada a componente micro e as práticas serem desenvolvidas a este nível.

Em suma, as principais conclusões obtidas permitem descrever o desenvolvimento de práticas de qualidade como um processo de estruturação em resposta à grande instabilidade ao nível da gestão de topo, vivenciada neste hospital. O processo de acreditação é utilizado como fluxo organizador dos restantes esforços de melhoria da qualidade tendo dado lugar a duas oportunidades: uma de carácter cultural-emocional, relacionada com ganhos de legitimidade e traduzida na obtenção de reconhecimento interno e externo da importância da melhoria contínua e outra de natureza estrutural-política, que se traduz na formalização de um conjunto de processos e estruturas que possibilitam o desenvolvimento, de forma integrada de um conjunto de actividades relacionadas com a qualidade

A limitação apontada ao estudo prende-se com a constituição da amostra, que poderia ser enriquecida por experiências de profissionais de níveis de gestão inferiores e do

próprio centro operacional, o que justifica a impossibilidade de se retirarem conclusões mais sólidas do estudo.

Apesar disto este estudo constitui-se como uma base para novas questões e reflexões futuras, considerando-se pertinente a sua repetição já que a actual situação económica do país vem acentuar a já existente preocupação de redução de custos, levando à implementação de novas alterações ao nível das políticas públicas, criando desafios às práticas de aprendizagem existentes, uma vez que as mesmas práticas necessitam de alavancagem nos recursos organizacionais.

Para além disso, tendo ainda em conta o ambiente contextual de crise, perceber de que modo é gerida a qualidade, em termos hospitalares, pode assumir-se como uma ferramenta de bastante interesse no desenvolvimento de boas práticas ao nível nacional, assim como, de políticas de financiamento, no sector.

Bibliografia

Afonso, G. (2002), Um percurso gradual para a Qualidade. *Revista Associação portuguesa para a Qualidade* 1, 14-17.

Alto Comissariado da Saúde (2011), Capítulo da Qualidade do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>

American Society for Quality (2011) www.asq.com

Arndt, M. e Bigelow, B. (1995), The implementation of total quality management in hospitals: How good is the fit?, *Health Care Manage Review*, 20(4), 7-14.

Bandyopadhyay, J.K. e Coppens, K. (2005), Six sigma approach to healthcare and productivity management, *International Journal of Quality & Productivity Management*, 5(1), V-1-V-12.

Berwick DM, James B e Coye MJ.(2003), Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41(1), I-30–I-38.

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

Bircher J. (2005), Towards a dynamic definition of health and disease. *Medical Health Care Philos*. 8, 335-41.

Blumenthal, D. (1996), Quality of care — what is it?, *New England Journal of Medicine*, 335, 891–894.

Boavista, A., Ribeiro, L, França, M. (2000), A experiência portuguesa de acreditação de hospitais, *Qualidade em Saúde*, 0, 28-32.

Boto, C., Costa, C. e Lopes, S.(2008), Acreditação, Benchmarking e Mortalidade, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 103-104.

Bradley, E.H, Curry, L.A., Devers, K.J. (2007), Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory, *Health Research and Educational Trust*, 1758- 1772.

Bradley, E.H., *et al.* (2005), From adversary to partner: have quality improvement organizations made the transition?, *Health Services Research*, 40(2), 459- 476.

Campbell, SM., Roland, M.O., Buetow, S.A. (2000), Defining quality of care, *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.

Campos, L. e Vaz, A. (2010), Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade no PNS 2011-2016, *Alto Comissariado da Saúde, CEMBE, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*.

Campos, L. e Vaz, A. (2010), Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade no PNS 2011-2016 (Anexos). *Alto Comissariado da Saúde, CEMBE, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*.

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2007), Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

Correia, L. (2005), Indicadores de desempenho económico na saúde, *Qualidade em Saúde*, 13, 16-20.

De Vos, M., *et al.* (2009). Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 21(2), 119-129.

Deming, W.E. (1986) *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.

Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., (2005), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Third Edition, Sage, Thousand Oaks.

DiMaggio, P.J e Powell, W.W. (1983), The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociology Review*, 48, 147-160.

Direcção Geral da Saúde (2010), http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html

Direcção Geral de Saúde e Ministério da Saúde (1998), *O hospital português*. Direcção Geral de Saúde.

Donabedian, A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor. MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1992), Quality assurance in health care: consumers' role, *Quality in Health Care*, 1, 247-251.

Donabedian, A. (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Healthcare*. Oxford University Press, Oxford.

Dossey, B. (2000), *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer*, Hardcover.

Duarte, C. (2009), Valores Pessoais e a Qualidade dos Serviços: um estudo com utentes do serviço de urgência hospitalar, *FEUC*.

Fernandes, A. (2007), *Tipologia da aprendizagem organizacional: teorias e estudos*, Livros Horizonte, Lisboa

Flottorp, S.A., Jamtvedt, B.G., Mckee, M. (2010) Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of healthcare. *European Observatory on Health System and Policies*, WHO.

Fragata, J. e Martins, L. (2005), O erro em Medicina – Perspectivas do individuo, da organização e da sociedade, Almedina, Coimbra.

Fujimoto T. (1999), *The Evolution of a Manufacturing System at Toyota*. New York; Oxford: Oxford University Press.

Glickman, S.W., Baggett, K.A., Krubert, C.G., Peterson, E.D., Shulman, K.A. (2007), Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(6), 341-348.

Greenfield, D., Braithwait, J. (2008), Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 20(3), 172-183.

Greenfield, D., Pawsey, M. e Braithwait, J. (2010), What motivates professionals to engage in the accreditation of health organizations. *International Journal for Quality in Health Care*. 23(1), 8-14.

Griffith, J. R., Knutzen, S. R. e Alexander, J. A. (2002), Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Quality Management in Health Care*. 10 (2), 29-38.

Groene, O., Branda, L.A. (2006), Improving the Performance of the Health Service Delivery System? Lessons from the Towards Unity for Health Projects, *Education for Health*. 19(3), 298-307.

Hilarion, P. *et al.* (2009), Making performance indicators work: The experience of using consensus indicators for external assessment of health and social services at regional level in Spain, *Health Policy*. 90, 94-103.

IoM. *The Chasm of Quality*. (2001), Washington: National Academy Press.

IoM. *To Err is Human*. (2000), Washington: National Academy Press.

Ishikawa, K. (1976) *Guide to Quality Control* Asian Productivity Organisation , Tokyo

Juran, J.M. (1988) *Juran on Planning for Quality*. New York: The Free Press.

Kahan, B., Goodstadt, M. (1999), Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes?, *Health Promotion International*, 14(1), 83-91.

Kazandjian, V.A. *et al.* (2008), Safety is part of quality; a proposal for a continuum in performance measurement, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 354-359.

Kennedy, M.T. e Fiss, P.C. (2009), Institutionalization, framing, and diffusion: the logic of TQM adoption and implementation decisions among U.S. hospitals, *Academy of Management Journal*, 2009, 52(5), 897- 918.

Kennedy, M.T., Fiss, P.C. (2009), Institutionalization, framing and diffusion: the logic of TQM adoption and implementation decisions among U.S. hospitals. *Academy of Management Journal*, 52 (5): 897-918.

Lean Thinking Community (2011), <http://www.Leanthinkingcommunity.org/>

Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H., Johan T. (2010), Lean thinking in healthcare: a realistic review of the literature. *British Medical Journal Quality and Safety Health Care*. 19, 376-382.

Mc Laughlin, C., Kaluzny, A.D. (1990), Total quality management in health: making it work, *Health Care Manage Rev*, 15(3), 7-14.

McGrath, K.M., *et al.* (2008) Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign, *MJA*, 188(6), 32-35.

Ministério da Saúde (2010), <http://www.portaldasaude.pt/portal>

Ministério da Saúde (2011), <http://www.acss.min-saude.pt>

Ministério da Saúde e DGS (2004), Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde

Minkman, M., Ahaus, K. e Huijsman, R. (2007), Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(2), 90-104.

Mintzberg, H. (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Publicações Dom Quixote.

Nakai, B. e Neves, J. (2009), The challenges of six-sigma in improving service quality, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 26(7), 663-684

Observatório português dos sistemas de saúde BSE (2009). Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS.

Observatório português dos sistemas de saúde BSE (2010). Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS.

OCDE (2010), http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html

OCDE (2010), http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/chapter/health_glance-2009-25-en;jsessionid=74v9hpspb8tpu.delta

OECD. *Health at a glance 2009* (2010), http://www.oecdilibrary.org/oecd/content/chapter/health_glance-2009-25en;jsessionid=74v9hpspb8tpu.delta

Øvretveit, J. (1999), Total quality management in European healthcare, *Int. J. of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74-79.

Øvretveit, J., Gustafson, D. (2002), Evaluation of quality improvement programmes, *Quality Safety Health Care*, 11, 270-275

Øvretveit, J., Gustafson, D. (2003), Improving the quality of healthcare: using research to inform quality programmes. *British Medical Journal*, 326, 759-761.

Paget, D., Sakellarides, C., Keskimäki, I. (2008), EUPHA CONFERENCE, 16, Lisbon 6-8 November 2008 - I-health : Health and innovation in Europe. *European Journal of Public Health*, 18(1), 232.

para todos.

Perrow C: (1999) *Normal accidents: living with high-risk technologies*, 2nd ed. New York: basic Books.

- Pires, A.R. (2007) *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*, Edições Sílabo, 3ª Edição.
- Pisco, L. (2007). Reforma dos cuidados de saúde primários: Os primeiros 18 meses. *Revista Missão Saúde para os Cuidados Primários*, 0, 4-5.
- Plsek, P.E. (1997), Systematic design of healthcare process, *Quality in Health Care*, 6, 40-48.
- Pomey, MP, et al (2004), Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?. *International Journal of Health Care Quality Assurance Inc Leadersh Health Service*.17, 2-3:113-2.
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W e Kaufmann, J.B. (2006), Constructing Professional identity: the role of work and identity among medical residents, *Academy of Management Journal*, 2, 235-262.
- PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute (2006), *Healthcast 2020*.
- Reason J. (1990), *Human error*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Reason J. (1997), *Managing the risk of organizational accidents*. Ashgate Publishing Limited.
- Reason J. (2000), Human error: models and management. *British Medical Journal*., 320:768.
- Renz, Anna (2011), Work Package 2: The validity and reliability of hospital quality and safety indicators - a scoping review (Paper A), QUASER Project.
- Ruef, M. e Scott, W.R. (1998), A multidimensional model of Organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments.
- Sakellarides, C, Pedro, AR e Mendes, MS. (2009), Knowledge-centered health innovation: the case for citizen health information systems, *Kickbush, Ilona., – Policy Innovation for Health*., 165-201.

Sakellarides, C. (2000) Direcção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 18 (1), 27-34.

Sakellarides, C. (2008). A Lisbon agenda on health innovation. *European Journal of Public Health*. 102-103.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. e Barbosa, P. (2005), O Futuro do Sistema de Saúde Português- Saúde 2015. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Saraiva, P., et al, (2010), *O futuro da qualidade em Portugal*. APQ

Saturno, P.J., Imperatori, E., Corbella, A. (1990) Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseños de proyectos. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, Madrid.

Scott, W.R. Mayer, J. (1983) *The organization of environments: rituals and rationality*. Sage. 2 Ed. 45-70.

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

Shortell, S.M., Bennett, C.L., Byck, G.R. (1998), Assessing The impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress, *The Milbank Quarterly*, 76 (4), 593- 624.

Silva, J.C. (2007), A aposta na Qualidade é um processo irreversível. *Revista Associação Portuguesa para a Qualidade* 3, 6-8.

Six Sigma Scotland (2011), Six Sigma in Healthcare Industry Some Common Barriers, Challenges and Critical Success Factors, <http://www.sixsigmascotland.co.uk>

Sofaer, S. e Firminger, K. (2005), Patients Perceptions of the Quality of Health Services. *Annual Review of Public Health*. 26, 513–59.

Strauss, A., Corbin, J., (1990), *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications, Newbury Park, CA.

Suñol, R., et al. (2009), Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(1), 27-28.

Tavares, P. (2009), Qualidade ao serviço da inovação. *Revista Associação Portuguesa para a Qualidade* 2, 32-36.

Villaverde Cabral M, Alcântara da Silva P. (2009) *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/ Ministério da Saúde.

Vincent, C. (2010), *Patient Safety*. BMJIBooks, 2ª Edição.

Walshe, K. (2009), Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*. 21 (3), 153-159.

Wang, H. (2008), A review of six sigma approach: methodology, implementation and future research, *IEE*, 1-4

Wardhani, V., Utarini, A., Dijk, J.P., Post, D. (2009), Determinant of quality management systems implementation, *Elsevier, Health Policy*, 239-251.

WHO (2010), Portugal health system: Performance assessment.

WHO (2010), <http://www.who.int/en/>

WHO , Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946, (2011), <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. *Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.

Womack JP, Jones DT (1996), *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon & Schuster.

Womack JP, Jones DT e Roos D. (1990), *The Machine That Changed the World: Based on the Massachusetts Institute of Technology 5-Million Dollar 5-Year Study on the Future of the Automobile*. New York: Rawson Associates.

Yin, R.K. (1999), Enhancing the quality of case studies in health services research, *Health Services Research*, 35(5), 1209-1224.

Yin, R.K. (2002), *Case study research: design and methods*, SAGE Publications, 3ª Ed., Thousand Oaks.

Yin, R.K. (2004), *Complementary Methods for Research in Education*, American Educational Research Association, 3ªEd., Wasington DC.

Zabada, C., Rivers, A. e Munchus, G. (1998), Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations, *Total Quality Management*, 9(1), 57-66.

ANEXOS

ANEXO 1: Programas de Qualidade

1. Auditoria

Durante a Guerra da Crimeia, no século XIX, Florence Nightingale percebeu que a qualidade dos cuidados de saúde prestados determinava o número de mortes, entre os soldados, iniciando, embora que de forma muito incipiente, o primeiro programa de auditoria em saúde (Dossey, 2000)

No entanto, o procedimento de avaliação da qualidade não teve sucesso e só no século seguinte, com a alteração do paradigma na saúde, ganhou expressão, sendo utilizado até aos dias de hoje (Dossey, 2000)

A alteração do paradigma da saúde conduz, inevitavelmente, a uma preocupação por parte dos prestadores em garantirem que a sua prática é desenvolvida de acordo com os padrões mais elevados e por parte dos pacientes em receberem os cuidados mais seguros e eficazes. Sabe-se, no entanto, que existe um “gap” entre os cuidados que os pacientes recebem e a prática recomendada (Flottorp *et al*, 2010).

Segundo Flottorp *et al*. (2010), existem algumas razões que podem explicar este “gap”. Em primeiro lugar, ocorreu um aumento exponencial no volume de informação médica gerada, nas últimas quatro décadas, revelando-se inconcebível que um profissional consiga manter o seu conhecimento constantemente actualizado. Para além disto, existe uma enorme diferença entre o que se sabe que é uma prática com bons resultados e o que realmente é passível de ser praticado. Em último lugar, os profissionais de saúde nem sempre percebem correctamente a própria “performance”, sendo necessário um agente externo.

Neste mesmo sentido, Russel (2004) considera a auditoria como uma ferramenta primária na recolha de informação sobre qualquer organização, auxiliando os profissionais na aquisição e manutenção da melhoria contínua dos seus produtos e serviços, contribuindo, deste modo, para a “performance” da organização.

Auditoria é, então, definida como um processo independente, sistemático e documentado que permite obter evidências e avaliar, de forma objectiva, em que medida os critérios submetidos a apreciação estão a ser satisfeitos (Pires, 2007).

Historicamente era aceite que quem desenvolvia os cuidados era o responsável pela avaliação da sua prática individual, baseando-se na própria intuição e no “know-how” adquirido na sua formação. Contudo, actualmente, esta visão não é mais aceitável e está amplamente disseminada a aplicação da revisão da prática médica pelos pares, com vista ao desenvolvimento das melhores práticas (Flottorp *et. al*, 2010).

A intuição do auditor não constitui, por si só, um instrumento suficiente para uma auditoria adequada, a qual deve ser realizada de forma objectiva, baseada em evidências demonstráveis. Assim, para uma auditoria adequada, é necessário um conhecimento mais profundo dos standards da auditoria, estabelecimento de objectivos, procedimentos de auditoria bem planeados, controlo das várias etapas e adesão aos métodos da auditoria (Foster, 2007).

Segundo Foster (2007), são descritos três elementos essenciais à realização de uma auditoria da qualidade:

- O princípio da auditoria consiste na verdade fundamental, lei ou doutrina que deve ser considerada como regra, sendo o guia orientador do auditor.
- O padrão da auditoria constitui a base para a aplicação dos procedimentos de forma racional, no sentido de cumprir os objectivos da auditoria. É uma medida de performance, ou um critério que confere autoridade profissional e consentimento.
- O procedimento da auditoria estabelece o plano de acção disponível ao auditor para avaliar a adesão às normas e à validade da aplicação dos princípios.

Sendo assim, segundo Flottorp *et. al* (2010), a auditoria enquanto sistema de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pode ser aplicada de diferentes formas (ver Figura 2), podendo diferir ao nível da:

- Motivação da implementação: a auditoria pode ser realizada voluntariamente, ou de modo obrigatório.
- Envolvimento e responsabilidade dos actores: pode ser aplicada ao nível individual, de unidade, ou organizacional.
- Mandatário: a decisão de implementação pode ter diferentes responsáveis como os governos, as administrações hospitalares, os grupos de qualidade, entre outros.
- Tipo de dados utilizados: o método utilizado pode basear-se em diferentes aspectos da performance, dependendo do objectivo e da informação disponível e pode basear-se em diferentes tipos de dados como os registos processuais, ou dados recolhidos com objectivo da realização de auditoria.
- Mecanismos de auditoria: podem ser utilizados de forma isolada, ou em ligação com outros programas de qualidade, numa perspectiva multifacetada.

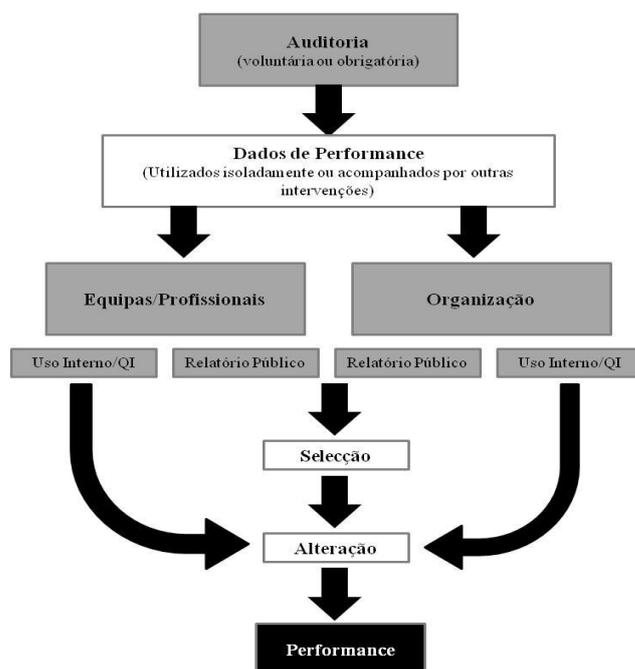


Figura 1 : Modelo de auditoria (adaptado de Berwick, James e Coye, 2003)

5. Melhoria Contínua da Qualidade/ Gestão da Qualidade Total

O programa de Melhoria Contínua da Qualidade (Continuous Quality Improvement, CQI) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, por Juran e Deming, e popularizado no Japão, após a II Guerra Mundial, na indústria da manufactura (Kahan e Goodstadt, 1999; McLaughlin e Kaluzny, 1990).

Enquanto programa de qualidade é, não só, uma filosofia, como uma metodologia de gestão da qualidade.

Enquanto filosofia, esta abordagem assenta na ideia de melhoria contínua da qualidade, de modo a que a prestação de cuidados exceda as expectativas dos utentes. Este modo de pensar é encarado como o modo correcto de actuar, enquanto a organização exercer funções (Kahan e Goodstadt, 1999; McLaughlin e Kaluzny, 1990).

O desempenho, de acordo com a filosofia CQI, é acompanhado pelo compromisso e envolvimento de todos os actores, sendo estes capacitados, de forma a tomar decisões informadas, através da formação, das técnicas e ferramentas do programa (Øvretveit, 2000; Zabada *et al.*, 1998).

Por último, a adopção desta filosofia implica, ainda, a alteração da cultura organizacional, invocando-se o conceito de sistema, em termos holísticos. Percebe-se, por isso, que enquanto metodologia, a CQI se focalize na organização e não nos indivíduos e na melhoria contínua, em vez da inspecção (Øvretveit, 2000; Kahan e Goodstadt, 1999; Zabada *et al.*, 1998; McLaughlin e Kaluzny, 1990).

Percebendo-se a necessidade de tornar as unidades de saúde mais eficazes e inovadoras, e tendo em conta o sucesso que este programa de qualidade havia alcançado na indústria, a CQI é re-lançada na saúde, em 1989, por Berwick, sendo também denominada, neste sector, por Gestão da Qualidade Total (Total Quality Management, TQM) (Kahan e Goodstadt, 1999; McLaughlin e Kaluzny, 1990).

Existia, então, o sentimento de urgência em trazer para o sector da saúde um método que tivesse como foco vários aspectos do sistema, ou seja, que fosse multidimensional,

em vez de se focar apenas nos resultados. Esta forma inovadora de encarar a gestão, enfatizando o compromisso de toda a organização, incluindo utentes, para a melhoria contínua, recorrendo a dados concretos e técnicas de resolução de problemas, baseadas no “empowerment” dos profissionais, foi encarada como uma promessa na área da qualidade em saúde (Shortell, Bennett e Byck, 1999; Westphal, Gulati e Shortell, 1997).

A CQI/TQM baseia-se em três componentes principais: satisfação dos “clientes”, abordagem científica e abordagem de grupo (Kahan e Goodstadt, 1999; Shortell, Bennett e Byck, 1998):

- No que diz respeito à satisfação dos “clientes” é necessário ter em atenção vários aspectos:
 - i. Os “clientes” podem ser externos (utentes), ou internos (profissionais de saúde/órgãos governamentais), ou ainda abstractos (possíveis utentes) o que, muitas vezes, representa uma dificuldade na identificação dos “clientes”, assim como no alinhamento das suas necessidades e expectativas.
 - ii. Em segundo lugar, a expressão da insatisfação por parte dos “clientes” pode ser condicionada por vários factores, entre eles o medo de sofrerem consequências penosas, a incapacidade de expressão, ou, ainda, o facto de diferentes indivíduos perspectivarem diferentes serviços.
- Relativamente à abordagem científica, esta inclui a análise de dados, o pensamento sistémico, o benchmarking e a variação (Kahan e Goodstadt, 1999; Shortell, Bennett e Byck, 1998):
 - i. A importância da análise de dados situa-se na sua capacidade em sustentar decisões.
 - ii. O pensamento sistémico significa que mesmo quando são analisadas, separadamente, partes de um processo, nunca são esquecidas as relações existentes, assim como, as interacções entre os diferentes actores que os constituem, implicando que os processos são encarados como a principal fonte de problemas, em vez de serem os profissionais.

- iii. O benchmarking é relevante, na medida em que, possibilita a identificação das melhores práticas e da sua integração nos processos.
- iv. Por último, e apesar de se desejar a eliminação total da variação e, de se trabalhar para uma standardização, é impossível, no contexto do sector da saúde, onde, como foi referido anteriormente, existe uma variação inerente à prática médica, que esta seja eliminada totalmente.
- Em termos de abordagem de grupo, a CQI/TQM, tem como premissa que grupos de indivíduos tem maior capacidade de análise, do que quando esta é feita individualmente (Kahan e Goodstadt, 1999; Shortell, Bennett e Byck, 1998).

Os processos de CQI/TQM podem basear-se em diferentes planos, seguidamente serão explicitadas as abordagens de Deming e Baker, uma vez que são as mais utilizadas.

Os ciclos Deming também denominados por PDSA (Plan- Do- Study- Act), baseiam-se em quatro etapas. A primeira etapa consiste em planear a mudança, segue-se a sua implementação, de seguida observam-se os resultados e, por último, adopta-se, abole-se, ou inicia-se um novo ciclo (Kahan e Goodstadt, 1999).

Baker, por seu lado, desenvolveu uma série de etapas de promoção da qualidade em organizações de saúde, mais concretas que as anteriormente descritas. Assim, após a identificação do resultado que se deseja melhorar, deve identificar-se o foco, ou população de interesse, seguindo-se a especificação do modo como se deve reconhecer uma alteração como uma melhoria, através do desenvolvimento de indicadores e, por último, deve identificar-se o que se fez de diferente, ou seja que alterações se efectuou com o intuito de promover melhoria e, finalmente, verificar-se se houve, ou não melhoria (Kahan e Goodstadt, 1999).

Como é perceptível, a implementação deste programa implica alterações em contextos complexos, ao nível técnico e político, que se relacionam directamente com a cultura organizacional, tornando-se necessária a coordenação das diferentes actividades especializadas, através da conceptualização e análise do seu processo inerente, por equipas multidisciplinares (Øvretveit, 2000).

A cultura organizacional é, deste modo, definida como a partilha de valores, crenças, normas e comportamentos por todos os membros de uma organização. Sabe-se, por isso, que a implementação de um sistema de qualidade implica mudanças culturais (Wardhani *et al.*, 2009; Øvretveit, 2000; Zabada *et al.*, 1998).

De acordo com o supra referido, é fácil perceber que uma organização do sector da saúde seja constituída por várias sub-culturas e que as suas peculiaridades dificultem a implementação desta abordagem.

Segundo Shortell *et al.* (1999), existem quatro dimensões críticas ao sucesso da implementação deste programa, são elas as dimensões estratégica, cultural, técnica e estrutural.

A dimensão estratégica relaciona-se com a priorização dos processos que, estrategicamente, são mais importantes para a organização e que, ao mesmo tempo, representam uma maior oportunidade de melhoria, requerendo um forte envolvimento da gestão de topo. São estes que têm a responsabilidade de inculcar, nos profissionais que constituem a organização, o um objectivo partilhado de compromisso para com o programa e, ao mesmo tempo, de criação de valor para o utente (Shortell *et al.*, 1999 ; Arndt e Bigelow, 1995).

A dimensão cultural tem a ver com os valores, crenças e normas partilhados na organizações puderem inibir, ou estimular, a implementação desta abordagem, no sentido em que podem não estimular a abertura, colaboração, trabalho em equipa e aprendizagem (Shortell *et al.*, 1999).

A dimensão técnica refere-se à formação e sistema de partilha de informação existente na organização, já que se os diferentes actores não possuírem o conhecimento necessário, não é possível que o programa seja implementado (Shortell, Bennett e Byck, 1998).

Por último, a dimensão estrutural tem a ver com a presença, ou ausência, de mecanismos que facilitam a aprendizagem e disseminação das melhores práticas, na

organização. São exemplo de possíveis mecanismos os grupos de trabalho, ou os comités (Shortell, Bennett e Byck, 1998).

Deste modo, a ausência de alguma das dimensões críticas ao sucesso da implementação terá impacto ao nível dos resultados obtidos. Os resultados são esquematizado na Tabela 1.

Assim, pode afirmar-se que a concretização da implementação deste programa depende da correcta aplicação de alguns princípios, entre eles: liderança forte da gestão de topo, criação de enquadramento organizacional para a qualidade, alteração da cultura organizacional, foco no paciente, colaboração dos profissionais no processo, assim como formação e treino nesta área, utilização de benchmarking, monitorização de resultados e integração do processo nas práticas quotidianas (Zabada *et al.*, 1998).

Após a análise das dimensões críticas de sucesso da implementação do programa, de acordo com Zabada *et al.* (1998), importa assinalar os principais obstáculos apontados à implementação do mesmo:

- O foco das organizações de saúde encontra-se, muitas vezes, ao nível das necessidades dos prestadores e não dos pacientes;
- O paciente não é visto como um produto e um processo, no sentido em que, não só, o resultado da prática médica é o seu próprio estado de saúde, como estes fazem parte integrante do processo de prestação de cuidados, uma vez que a informação que dispõe e disponibilizam, condiciona o resultado obtido;
- O excesso de poder pericial, característico da prática médica, associado aos aspectos hierárquicos típicos de uma burocracia profissional, dificultam o “empowerment” dos profissionais, na área da qualidade;
- A classe médica sente que a metodologia não é aplicável ao desenvolvimento da sua prática;
- A classe médica tem dificuldade em assumir falhas na sua prática;
- Falha de compromisso dos “senior managers” para com a CQI/TQM;
- O estilo de liderança baseia-se no controlo e comando, sendo que a liderança não é vivenciada no sentido de desenvolvimento e evolução.

| Dimensões críticas ao sucesso da implementação CQI/TQM | | | | |
|--|----------|---------|------------|--|
| Estratégica | Cultural | Técnica | Estrutural | Resultado |
| ✘ | ✔ | ✔ | ✔ | Resultados insignificantes / Resultados em áreas que não são importantes |
| ✔ | ✘ | ✔ | ✔ | Efeitos pequenos e temporários |
| ✔ | ✔ | ✘ | ✔ | Frustração |
| ✔ | ✔ | ✔ | ✘ | Incapacidade em aprender e disseminar |
| ✔ | ✔ | ✔ | ✔ | Resultado óptimo com disseminação |

✘ = ausência ; ✔ = presença

Tabela 1: Dimensões críticas ao sucesso da implementação da CQI/TQM (adaptado de Shortell, Bennett e Byck, 1998).

Pode, deste modo, concluir-se, que, como todas as abordagens, a CQI/TQM possui pontos fortes e fracos, enquanto programa de qualidade em saúde. Dentro dos pontos fracos verificam-se a exigência que a implementação deste tipo de processos representa para profissionais e organizações, aos níveis cognitivos, físicos e emocionais, por outro lado, e os requisitos organizacionais em termos de receptividade, liderança, formação e suporte dos profissionais, a existência de sistemas de medição de resultados e controlo. No que diz respeito aos pontos fortes, identificam-se as necessidades e expectativas dos “consumidores”, a abordagem holística, a utilização de metodologia científica e o “empowerment” dos profissionais.

Assim, e como para a evolução do sistema de saúde contribuem um grande número de actores, com culturas, percepções, interesses e expectativas diversas, uma mudança do sistema no sentido da implementação Qualidade não é mais que um processo de transformação cultural, não podendo, por isso, ser encarado de modo simplista como uma operação técnico-normativa. O processo de qualidade requer que os actores de saúde se assumam simultaneamente, como objectos e sujeitos do projecto, não podendo ser concebido como uma mera operação de comando hierárquico. (Sakellarides, 2000).

6. Process re-design

Os esforços no sentido da incrementação da qualidade levaram as organizações de saúde a adoptar modelos típicos da indústria da manufaturação. A maioria destes programas têm como foco de interesse a melhoria dos processos existentes, ou o controlo através da medição de indicadores, que são comparados com modelos standard de qualidade. No entanto, o processo de “re-design” não é uma alteração pontual nos processos anteriormente implementados, mas sim, uma alteração no modo como o sistema de prestação de cuidados é desenvolvido (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

Num projecto de “re-design” o objectivo é desenvolver um novo processo, ou reestruturar, meticulosamente, um processo já existente, o que se distingue das abordagens típicas, como por exemplo a auditoria, ou CQI/TQM, uma vez que estas tem como objectivo identificar falhas de performance e efectuar alterações focalizadas no processo já existente (Plsek, 1997).

A revisão dos processos implica considerar todos os detalhes inerentes à prestação de cuidados e identificar potenciais problemas **antes** de o design ser implementado, ou seja, nesta abordagem os recursos são despendidos à priori, evitando desperdícios desnecessários (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

Uma vez que o processo de prestação de cuidados é complexo e implica a intervenção de diferentes profissionais, estes devem constituir a equipa multidisciplinar responsável pelo desenvolvimento do programa de re-design, o que é facilmente perceptível, já que são os que possuem o conhecimento real da actividade (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

A metodologia deste programa pode basear-se em diferentes modelos, como a utilização, por exemplo de mapas de gestão, de diagramas em espinha de peixe, ou de fluxogramas. No entanto, apesar de diferirem nos seus detalhes, as suas etapas são comuns (Plsek, 1997).

A primeira etapa consiste em definir o âmbito e o objectivo do novo processo, de modo a reflectir as necessidades dos diferentes consumidores (externos e internos). Nesta

etapa, a equipa multidisciplinar deve construir um fluxograma de como seria o processo ideal, de maneira a responder às necessidades dos consumidores e diminuir os “handoffs” entre os indivíduos e os departamentos, já que estes são a maior causa de falhas nos processos. De seguida, deve efectuar-se a revisão de cada etapa representada no processo ideal e formular planos de prevenção, ou reacção, a eventuais problemas que possam surgir (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

Embora existam pontos comuns entre este programa e os tradicionais, anteriormente descritos, como o foco no processo e nas necessidades dos consumidores, abordagem de grupo, metodologia sistemática e científica, múltiplas fontes de problemas e monitorização contínua, estas diferem ao nível da abordagem. O programa de re-design baseia-se no desenho de processos, enquanto que, os tradicionais se baseiam na melhoria e, ao nível do método utilizado, este utiliza o design em termos conceptuais e a prevenção de problemas, enquanto que os outros se preocupam com o diagnóstico e alteração (Plsek, 1997).

Ou seja, não importa que metodologia ou modelo de gestão da qualidade se utiliza, o “re-design” pode ser utilizado como uma extensão de um programa de melhoria da qualidade, acrescentando-lhe valor. Tomando como exemplo ilustrativo a auditoria, após serem identificadas falhas, o re-design pode ser utilizado como uma ferramenta para a implementação de melhoria nas áreas identificadas.

Apesar disto, não existem garantias que o desenho, ou a reestruturação de processos, tenham como resultado uma melhor performance. Utilizam-se, por isso, ferramentas que permitem diminuir a probabilidade de fracasso do programa, como o “benchmarking”, “brainstorming” e a revisão (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

O “benchmarking” é a comparação das performances de diferentes organizações, permitindo, assim, identificar as boas práticas desenvolvidas, podendo estas ser adoptadas no decorrer do programa. O “brainstorming” consiste em pedir à equipa multidisciplinar que formule propostas a partir de uma ideia chave. Do seu debate podem surgir propostas de interesse. Por fim, a revisão orientada para determinados

pontos-chave que podem ser essenciais na identificação de eventuais problemas (McGrath *et al.*, 2008; Plsek, 1997).

No ambiente complexo que caracteriza a prestação de cuidados torna-se necessário ter em conta que a aplicação deste programa deve ser rigoroso e iniciar-se por processos simples, de modo a que os bons resultados possam estimular a organização ao compromisso para com a qualidade (McGrath *et al.*, 2008).

7. Clinical Governance

Como foi descrito anteriormente, na década de 80 e 90 denotava-se uma crescente preocupação e investimento em aspectos de qualidade no sector da saúde. No entanto, tal não impediu uma sucessão de escândalos que trouxeram a público a discussão sobre o erro médico e, conseqüentemente, a segurança dos doentes – “patient safety” (Campos e Vaz, 2010; IoM, 2000).

É com o NHS (National Health Service), o equivalente ao SNS português, no Reino Unido, que surge pela primeira vez o conceito de “clinical governance”, traduzido para português como governação clínica. Este facto não foi fruto do mero acaso, mas derivou directamente da percepção da incapacidade do sistema em monitorizar e garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos cidadãos, já que os escândalos mais publicitados eram originários desta região. Assim, a partir 1997, “clinical governance” é definida como um quadro através do qual as organizações prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimulem a excelência dos cuidados clínicos (Fragata e Martins, 2004; IoM, 2001; IoM, 2000).

Os principais componentes da governação clínica eram: uma cultura aberta e de participação, em que a educação, pesquisa e a partilha das boas práticas são realçadas e valorizadas; uma definição clara de linhas de responsabilidade pelos cuidados clínicos; a existência de um programa compreensivo de actividades para a melhoria da qualidade; o desenvolvimento da capacidade de liderança ao nível clínico; a disseminação sistemática da prática baseada na evidência das inovações; a implementação de bons programas de gestão do risco clínico e o trabalho em equipa multidisciplinar em todos os níveis da organização (Campos e Vaz, 2010).

No entanto, os componentes da governação clínica poderão ser entendidos como redutores, já que a qualidade dos cuidados não está apenas dependente da prática médica. Daí que, de acordo com Chandra (2004), alguns autores tenham proposto uma definição mais abrangente e definam a governação clínica como um sistema através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de

gestão dos inputs, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica.

O reconhecimento de que os objectivos pretendidos pela governação clínica estão dependentes de múltiplos determinantes, levou o Departamento de Saúde do NHS a afirmar no seu “Integrated Governance Handbook” (DoH, 2006) que “estas discussões confirmaram que mudar de uma governação em silos (ex: governação clínica, governação da informação) para uma agenda integrada é, não só, essencial, como uma forma prática das administrações assumirem as suas responsabilidades” e definiram o conceito de governação integrada como “um conjunto de sistemas, processos e comportamentos pelos quais os *trusts* devem liderar, dirigir e controlar as suas funções, de forma a atingirem os objectivos organizacionais, a segurança e qualidade dos serviços e com os quais se relacionam com os doentes, cuidadores, a comunidade e as organizações com que têm parcerias”.

8. Patient safety

A medicina é uma actividade que possui um risco eminente, que se prende com o facto de o benefício que possa advir de um processo de cura possuir sempre uma possibilidade de ocorrência de dano para o paciente.

No entanto, apesar de a principal prioridade de um sistema de saúde ser a prestação de cuidados, é usual afirmar-se que é a segurança dos pacientes. Ou seja, conclui-se que, quando em conflito com outros objectivos, a segurança dos pacientes deve ser prioritizada. Tomando como exemplo a frase de um executivo de topo da indústria petrolífera “ A segurança não é a nossa principal prioridade. A nossa principal prioridade é tirar o petróleo do chão. No entanto, quando a segurança e a produtividade entram em conflito, aí a segurança é a prioridade” (Vincent, 2010).

“Patient safety” é definida como a negação, prevenção e aperfeiçoamento de eventos adversos e lesões decorrentes do processo de prestação de cuidados (Vincent, 2010) e de acordo com a National Patient Safety Foundation (2000) surge da interacção dos diferentes componentes do sistema, não residindo numa pessoa, num instrumento, ou num serviço. A mesma Fundação (2000), alerta que melhorar a segurança depende da aprendizagem sobre a forma como os diversos componentes do sistema interagem.

É importante não confundir qualidade em saúde e “patient safety”, pois embora a segurança seja uma parte importante da qualidade, esta não se esgota no primeiro conceito e o claro entendimento desta condição permite elaborar programas de qualidade, que embora se preocupem com este, abranja, também, outras dimensões (Vincent, 2010; National Patient Safety Foundation, 2000).

O “patient safety” é, muitas vezes, e de forma redutora, entendido como um modo de prevenir o erro. É certo que a compreensão do erro é fundamental para a segurança dos pacientes, apesar disso, o objectivo do “patient safety” é muito mais abrangente (Vincent, 2010; IoM, 2000).

Importa, agora, definir erro. De acordo com o Reason (1990) erro é uma falha numa acção planeada para ser completada como previamente prevista (erro de execução) ou o

uso de um plano errado para atingir um determinado objectivo (erro de planeamento). A Joint Commission dá preferência ao uso do termo falha, em vez de erro, pois muitos dos eventos adversos ou das condições latentes, não têm, necessariamente, origem directa em faltas individuais, ou erros humanos, mas antes em processos defeituosamente desenhados.

Identificam-se, assim, dois tipos de falhas: activas e latentes. **Falhas activas** são os erros e as violações cometidas pelos profissionais que se encontram em contacto directo com a interface homem-sistema, sendo, por isso, as suas consequências visíveis de imediato (ou quase no imediato). As **falhas latentes** são acções tomadas nos escalões mais a montante nas organizações e das quais não resultam um efeito imediato ou visível. Por outro lado, estas falhas só se tornam visíveis quando são combinadas com falhas activas e podem, logo que reconhecidas, ser diagnosticadas e remediadas, de modo a que o erro não aconteça. A sua grande importância deriva de, ao contrário do que acontece com as falhas activas, estas possuem um carácter previsível e estarem presentes, permanentemente, nas organizações (Fragata e Martins, 2004).

A discussão pública do erro médico e dos danos que derivam dos cuidados prestados é relativamente recente e levantou algumas questões. Enquanto que, para alguns, o foco deve estar no erro médico, outros consideram que deve situar-se ao nível do dano.

Tradicionalmente, perante a ocorrência de um erro, tem-se como primeira tendência encontrar um culpado. O que se verifica, na verdade, é que, habitualmente, este não tem por base pessoas incompetentes ou negligentes, mas, sim, resulta de sistemas insuficientemente seguros. Face a um erro em medicina, a atitude habitual, das organizações de saúde, seria a de tomar acções punitivas, intensificar a formação e aconselhamento, no entanto, este tipo de atitude demonstrou-se ineficiente, sendo que, presentemente, julga-se que implementar modificações na cultura organizacional, melhorar os sistemas técnicos e redesenhar os processos são as atitudes mais correctas a tomar (Vincent, 2010; Fragata e Martins, 2004; IoM, 2000).

Se a ocorrência de erros for exclusivamente atribuída aos profissionais, a resposta “natural” das organizações traduz-se numa postura mais normativa, com o aumento de

regras e rigidez, o que, falaciosamente se confunde com o aumento do controlo. Na realidade, o que se verifica é que, pelo carácter descontínuo da ocorrência de erros, após a sua ocorrência existe um período calmo, o que pode ser confundido com a eficácia das medidas normativas aplicadas e quando uma nova falha acontece, esta não é relacionada com as falhas anteriores, repetindo-se o ciclo de aumento de rigidez. Não obstante, enquanto estas falhas não forem encaradas numa perspectiva organizacional, aumenta, não só, a probabilidade das falhas latentes continuarem a ocorrer, como também a sua contribuição para a ocorrência de mais erros (Fragata e Martins, 2004).

Quando o erro é abordado segundo uma perspectiva sistémica, os erros e acidentes são encarados como o alinhamento de falhas latentes e activas ao longo de uma cadeia causal, provocando dano nos pacientes. Se acreditarmos que não conseguimos alterar a condição humana de falibilidade, resta-nos alterar as condições em que as mesmas desenvolvem a sua actividade profissional, activando barreiras de segurança que diminuam a probabilidade de ocorrência de erro (IoM, 2000).

Perrow (1999) e Reason (1990, 2000) estudaram a ocorrência de erros e a contribuição dos sistemas e dos profissionais na sua ocorrência.

Perrow (1999) representa as organizações de uma forma matricial, dividindo-as em fraca e fortemente conectadas, e em lineares e complexas. A prestação de cuidados é constituída por uma série de diferentes processos que se relacionam entre si. A relação entre os diferentes processos que constituem um único acto de prestação de cuidados pode ser complexa ou linear, de acordo com os actores, tecnologias e a própria condição do paciente envolvidos, sendo que os diferentes processos podem relacionar-se fortemente, isto é, se dependerem necessariamente uns dos outros, ou fracamente, se tal não acontecer.

Ou seja, para Dorner (1996), complexidade é a designação que damos perante a existência de múltiplas variáveis interdependentes, assim quanto maior o número de variáveis, maior a sua interdependência e a complexidade do sistema. As ligações entre variáveis obrigam-nos a dispersar a atenção em muita informação e em ter dificuldade em interpretar uma variável isolada dentro do sistema.

Na óptica de Perrow (1999), quanto maior for a conexão e mais complexas forem as interacções, maior será a probabilidade de ocorrerem acidentes. Processos fortemente conectados, que ocorrem muito rapidamente e que não podem ser desligados, conduzem a erros que o autor refere como “acidentes normais”.

Reason (1990) considera, por seu lado, que o erro tem subjacente uma intenção, pois ou a acção não ocorre como intencionado, ou a acção intencionada não foi a correcta. Logo, uma cultura baseada na segurança assenta na compreensão de processos complexos e em como o seu redesenho pode conduzir a melhorias.

Reason (1997, 2000) desenvolveu a teoria do “Queijo Suíço” (ver figura 3) numa abordagem que pressupõe que os erros são o resultado de uma longa cadeia de falhas, que na sua trajetória se alinham, como se fossem um “queijo suíço”, ultrapassando todas as barreiras de segurança e conduzindo ao acidente. Este modelo, ilustra como falhas latentes. Isto é, os “buracos” presentes nas fatias do queijo podem-se alinhar criando condições para a ocorrência de acidentes. As falhas activas são novos “buracos” que podem criar nas fatias do queijo e que resultam de actos não seguros.

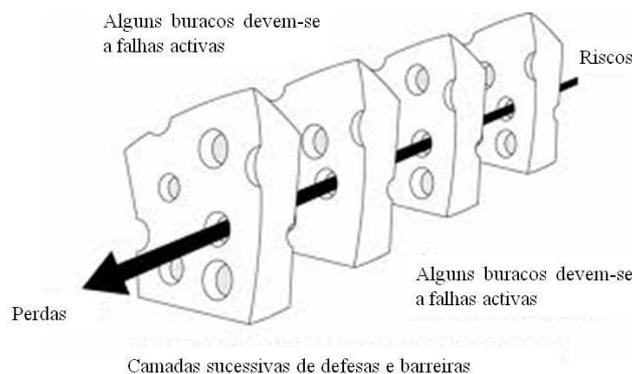


Figura 2: Esquema representativo da teoria do “Queijo Suíço” (adaptado de Reason, 1997).

Após clarificar o conceito de erro médico, importa retomar a questão colocada anteriormente, quanto à incidência que a segurança do doente deve pôr no erro médico, ou no dano para o paciente. Neste momento, é fácil perceber que se o objectivo se formular em termos de redução de falhas na prática clínica, então tem sentido que o foco se localize ao nível do erro médico, não obstante, se considerarmos o objectivo

primordial do “patient safety”, os danos causados são colocados em primeiro lugar (Vincent, 2010).

De acordo com Vincent (2010), existem essencialmente três razões que explicam o foco nos danos causados pela prática médica.

Em primeiro lugar, a maior preocupação do doente prende-se com a possibilidade de ocorrer dano para a sua saúde, ora veja-se, mesmo que tenham ocorrido erros durante o processo de prestação de cuidados, se daí não resultarem danos, isso não se traduz numa preocupação para o paciente (Vincent, 2010).

Em segundo, num processo de prestação de cuidados podem advir uma miríade de danos, como por exemplo, complicações cirúrgicas, reacções alérgicas a drogas, entre outras, que, como se percebe, não resultam, obrigatoriamente, de erro médico. Ou seja, se for assumido um foco no erro, corre-se o risco de não se analisarem dados importantes na segurança dos pacientes (Vincent, 2010).

Por último, do mesmo modo que um dano não resulta obrigatoriamente de um erro, um erro não leva, necessariamente a um dano, no entanto a sua análise é imprescindível à prevenção de danos (Vincent, 2010).

9. Six-Sigma

As organizações de saúde têm demonstrado grandes preocupações no controlo de custos e, ao mesmo tempo, em exceder as expectativas dos seus consumidores, no que diz respeito aos aspectos de qualidade. Num ambiente cada vez mais competitivo tornou-se preponderante fornecer os melhores cuidados, ao menor custo possível. Assim, nos últimos cinco anos, o programa Six-Sigma, desenvolvido nos anos 80 pela Motorola, para o sector industrial, tem-se assumido, cada vez mais, como uma opção (Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

O six-sigma baseia-se numa filosofia de eliminação de defeitos, assim como das suas causas, e redução da variação, de modo a criar o maior valor possível para o consumidor. Os defeitos são descritos como qualquer serviço que não esteja em conformidade com as expectativas do consumidor (ASQ, 2011).

Sigma é uma letra grega (σ) utilizada para descrever o processo de variação, ou, em termos matemáticos, o desvio-padrão de uma variável aleatória. Ou seja, o intervalo entre a média dos resultados obtidos, pela medição dos indicadores de qualidade, e os valores extremos (maior e menor valor encontrado) é de pelo menos 6 desvios-padrão, relativamente ao processo que se está a analisar (Figura 4). Assim, a variação será menos de 3,4 partes defeituosas por milhão de oportunidades (DPMO), o que representa uma taxa de sucesso de 99,9997%. (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

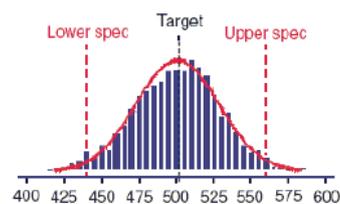


Figure 1. Illustration of centered 3 Sigma

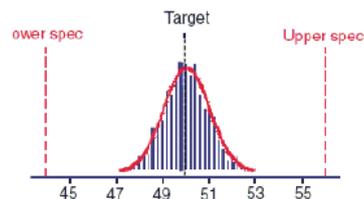


Figura 3: Ilustração do processo six-sigma (adaptado de Wang, 2008)

O 6σ é, deste modo, a unidade de medida utilizada, representando o sigma a capacidade de um processo se desenvolver sem defeitos.

O programa 6σ baseia-se, então, em dois tipos de modelos que se diferenciam de acordo com a existência, ou ausência, de projectos implementados. Assim, a melhoria da qualidade de processos utiliza o modelo DMAIC (Define, Measure, Analyse, Control), enquanto que, o desenvolvimento de novos processos segue o modelo DFSS (Design For Six Sigma) (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

O modelo DMAIC consiste, então em cinco etapas:

- A primeira etapa, consta em definir quem são os consumidores e quais as suas necessidades, assim como, definir os objectivos do projecto.
- Na segunda etapa determinam-se as unidades de medida das características de qualidade que se pretendem melhorar.
- Na terceira etapa, analisam-se os dados recolhidos, através da utilização de ferramentas analíticas, como os diagramas em espinha de peixe, ou os diagramas de fluxo de processo.
- Na quarta etapa são alocados os recursos necessários à implementação do projecto.
- Por último, na quinta etapa, após implementado, o projecto deve ser monitorizado, de modo a garantir que a melhoria é mantida (Wang, 2008).

O modelo DFSS é um modelo sistemático utilizado no desenho de processos que não existam, de modo a que a organização tenha um desempenho de acordo com as expectativas dos utentes e com elevados padrões de qualidade. Apesar da aplicação deste modelo apresentar melhores resultados, relativamente ao DMAIC, implica que o processo se encontre num estado de desenvolvimento inicial (Wang, 2008).

Pode, então, afirmar-se que este programa enfatiza metodologia orientada por dados, as necessidades dos consumidores e a eliminação de defeitos e variação.

A implementação deste programa é realizada “top-down”, o que implica a formação intensiva da equipa de liderança. De acordo com a ASQ (2011), o six-sigma

desenvolveu quatro níveis de treino, a que se associam quatro diferentes “cinturões”: “green”, “black”, “master black” e “champion” (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

O cinturão “green” é o nível mais inferior e associa-se à gestão de projecto e controlo da qualidade, ou seja, é da sua responsabilidade a implementação prática e acompanhamento do projecto. Por seu lado, o cinturão “black” apoia os líderes associados ao cinturão “green”, sendo responsáveis pela priorização de projectos e pela disseminação da filosofia e metodologias do programa. Os líderes com cinturão “master black” encontram-se no patamar superior, ao nível técnico e organizacional e, para além de conhecerem os métodos e a filosofia inerentes ao projecto, encontram-se capacitados para perceberem a teoria matemática e estatística, em que o programa se baseia. Por último, os “champions” são os indivíduos que, mais que conhecerem o programa, em profundidade, encontrando-se totalmente comprometidos com ele. Na organização, desempenha, normalmente funções de presidência (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

As organizações de saúde operam num sistema 3σ , o que significam 67 DPMO (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

Importa, então, debater os factores críticos de sucesso do six-sigma em unidades de saúde. Em primeiro lugar e, pelo que foi anteriormente descrito, é necessário o total compromisso e suporte dos gestores de topo e da liderança, assim como a existência de uma infra-estrutura de formação apropriada (Wang, 2008; Bandyopadhyay e Coppens, 2005).

Apesar de tudo, é necessário, também, ter em conta que, as peculiaridades das organizações de saúde, impõe barreiras à implementação deste programa. Ora veja-se, como já foi debatido anteriormente, a prática médica encontra-se sujeita a inúmeros factores que impedem a sua homogeneidade, como, por exemplo, as diferenças ao nível de saúde dos utentes e dos próprios prestadores de cuidados. Como um dos principais objectivos é eliminar a variação, torna-se necessário encontrar uma forma de medição que se relacione com estas especificidades. Para além disto, a implementação deste

programa implica um enorme investimento inicial no sistema de cinturões. Por último, e uma vez que o programa assenta na análise de dados, é imprescindível referir a ausência, ou dificuldade em obterem-se dados, nas organizações de saúde, assim como, a dificuldade em encontrar dados mensuráveis, nos processos avaliados.

Apesar de muito em voga, esta é, talvez, a metodologia mais complexa de aplicar ao sector da saúde, não existindo muitos estudos aplicados a este sector.

10. Pensamento Lean

O conceito de “pensamento Lean” ou “gestão Lean” é, também, associado à indústria Japonesa e, particularmente, ao Sistema de Produção da Toyota (Womack, 2005).

Nos anos de reconstrução que se seguiram à II Grande Guerra, havia escassez de recursos para investir na tradicional linha de produção em massa da Toyota, o que os gestores consideravam ser a chave da salvação da marca. No entanto, Taiichi Ohno, em 1988, criou um método denominado por “Sistema de Produção da Toyota” (TPS) que redefiniu efectivamente a produção. Este método consistia em produzir apenas o estritamente necessário, eliminando tudo o que não representava valor e suprimindo tudo o que não era bem produzido. Estavam, assim, criados os princípios do que viria a ser o “pensamento Lean” (Womack, 2005; Fujimoto, 1999).

Os princípios do TPS baseiam-se, na sua maioria, no trabalho de Deming, o guru da qualidade, que assumia, entre outras coisas, que os gestores deviam parar de depender das inspecções em massa, para aceder à qualidade e focalizarem-se na melhoria do processo de produção e em produzir produtos de qualidade (Womack, 2005).

Desde o seu desenvolvimento, em 1988, que os princípios Lean têm conduzido ao aperfeiçoamento nos processos de produção e, mais recentemente, nos serviços. Lean é um programa e uma metodologia de progresso, não apenas na indústria automóvel, onde foi iniciada, mas também, em operações mais abrangentes e noutros sectores tão diversos como a saúde (Womack, 1990).

Enquanto conceito de liderança e gestão empresarial, a designação “pensamento Lean” foi pela primeira vez utilizada, em 1996, por James Womack e Daniel Jones. Desde então, o conceito é, mundialmente, aplicado para se referir à filosofia que tem por objectivo a sistemática eliminação do desperdício e a criação de valor. Sumarizando, o “pensamento Lean” não é mais que fazer mais, com menos (Womack, 2005, 1996).

Este programa não é um programa de redução de custos, ao contrário do Six-sigma, ou uma tática aplicável à indústria, é uma estratégia de gestão que pode ser utilizada em todas as organizações. Qualquer organização é constituída por uma série de processos e

um conjunto determinado de acções que têm como objectivo criar valor para quem as usa, ou depende delas (clientes/pacientes). Assim, e apesar de, tipicamente, não se aplicar este tipo de programas ao sector da saúde, onde o desperdício de tempo, recursos e dinheiro são uma realidade bastante comum, os princípios Lean podem e devem ser utilizados (Womack, 2005).

A concepção Lean, para a maioria das organizações, é uma ferramenta de eliminação de despesas, com ênfase nas operações, não obstante, esta metodologia realça um diferencial de desempenho em três áreas cruciais: o desenvolvimento do produto, a cadeia de fornecimento e as relações com o cliente.

As organizações existem para criar valor a todos os que, directa, ou indirectamente, usufruem dos seus produtos e serviços, denominados, também, por “stakeholders”. É, por isso, preponderante identificar todos os “stakeholders” envolvidos, assim como as suas necessidades e expectativas. Se uma actividade não é classificada como necessária, ou não corresponde às expectativas dos mesmos, então será classificada como “desperdício”, designado pelos japoneses como “muda” (Womack, 1996).

O desperdício manifesta-se através de todas as acções, materiais e processos que não sejam, ou valorizados, ou reconhecidos como úteis. Mais de 95% do tempo de uma organização é despendido na realização de actividades que não criam valor, como por exemplo a burocracia excessiva, tempo despendido desnecessariamente ao telefone, ou na Internet, pausas excessivas para o “café” e “cigarro”, entre muitos outros. Assim, o desperdício, manifestando-se das mais diversas formas, conduzindo sempre a mais tempo e mais custos, sem benefícios (Womack, 1996).

Importa, por isso, distinguir as diferentes formas de desperdício:

- O puro desperdício – Actividades totalmente dispensáveis, como são exemplo paragens e avarias. As organizações devem eliminar totalmente este tipo de muda, que pode representar a 65% do desperdício nas organizações;

- O desperdício necessário – Embora não acrescentando valor, estas actividades têm de ser realizadas, é exemplo disso, o serviço de contabilidade numa unidade de prestação de serviços de saúde.

O desperdício pode ainda ser classificado como visível e invisível, sendo o último mais representativo nas organizações e, como é compreensível, o mais difícil de combater (Womack 1990, 1996).

De modo a maximizar o valor e eliminar o desperdício, os líderes das unidades de saúde, devem avaliar rigorosamente os processos que geram valor desejado pelos pacientes e identificar, seguidamente, todas as etapas que levam à sua produção. Esta etapa é designada por “value steam” e permite identificar as etapas que conduzem a desperdícios, possibilitando a sua eliminação. Deste modo, pode-se garantir que todas as etapas, do início ao fim do processo, são etapas que criam valor de acordo com as necessidades/expectativas do paciente (Womack, 2005).

Importa, agora, esclarecer o que é um processo. Um processo é um conjunto de acções, ou etapas, com uma sequência lógica, num tempo preciso, de modo a gerar valor para o cliente/paciente. Os processos primários são os que servem os clientes externos, que no sector da saúde, são os pacientes e as suas famílias. Os processos internos suportam os primeiros e servem os profissionais. Estes devem gerar valor nos processos primários. Uma das dificuldades imputadas ao sector da saúde é a dificuldade, comparativamente com outros sectores, em identificar os consumidores internos (médicos, hospitais, pagadores, governos) (Womack, 2005).

Para produzir um processo perfeito deve começar-se por identificar os processos chave (primários e internos) na organização - “value steam” - uma vez que são estes que suportam os produtos “core”, que em saúde pode ser a oferta de cuidados de emergência, por exemplo. Num processo perfeito, todas as etapas são valorizáveis, isto é, criam valor para o cliente. Estas para além de produzirem sempre um bom resultado são avaliáveis, adequadas, flexíveis e ligadas por um fluxo contínuo (Womack, 2005).

Tradicionalmente, e de acordo com Womack e Jones (1996), o pensamento Lean baseava-se em cinco princípios: criação de valor, definição da cadeia de valor, optimização do fluxo, utilização de um sistema “pull” e perfeição.

No entanto, a Comunidade “Lean Thinking” (2008), considera que estes princípios apresentavam algumas lacunas. Tradicionalmente, a cadeia de valor tinha em conta um único cliente, de facto, numa organização, não há uma, mas várias cadeias de valor, sendo uma para cada “stakeholder”, pelo que o desafio não está na criação de valor, mas sim na criação de valores. Uma outra limitação apontada é que os princípios assinalados tendem a levar as organizações a ciclos infundáveis de redução de desperdícios, ignorando a sua actividade crucial que é a de criar valor, através da inovação de produtos, serviços e processos.

Foi, então, proposta, pela mesma (2008) a revisão dos princípios, sugerindo-se a adopção de mais dois (Figura 5).

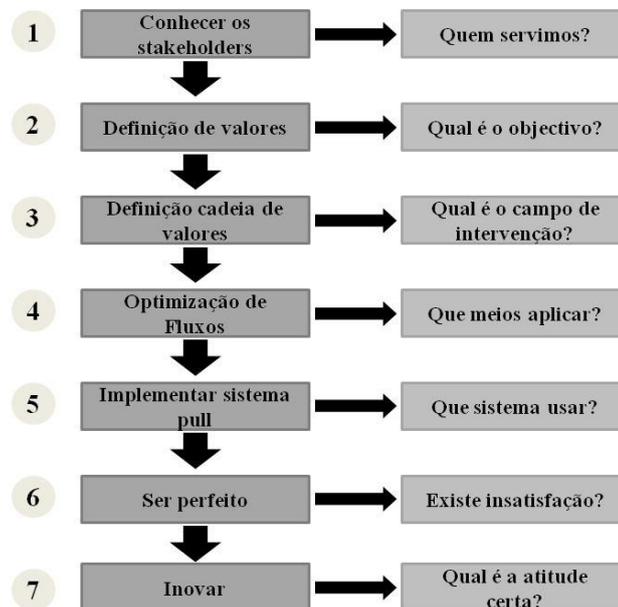


Figura 4: Os sete princípios Lean thinking (CLT, 2008).

Assim, os novos princípios “Lean Thinking” são os seguintes:

1. Conhecer quem servimos, isto é, conhecer com detalhe todos os “stakeholders” envolvidos;
2. Definir os valores da organização, tendo em conta todas as partes interessadas. Com esta nova abordagem, muitas das actividades que antes eram classificadas como desperdício necessário são agora classificadas como valor-acrescentado, uma vez que criam valor para outras partes que não o cliente. Exemplos disso são as formação e as actividades desenvolvidas no âmbito da responsabilidade social;
3. Definir as cadeias de valor para cada stakeholder. De notar que nenhuma destas se deverá sobrepor às demais e a organização deverá, sempre que possível, procurar o equilíbrio de interesses;
4. Optimizar o fluxo de materiais, pessoas, informação e capital, procurando sincronizar os meios envolvidos na criação de valor para todas as partes;
5. Implementar o sistema “pull” nas cadeias de valor. A lógica pull procura deixar o cliente (e outros “stakeholders”) liderar os processos, competindo-lhes, apenas, a eles desencadear os pedidos;
6. Procurar a perfeição sabendo que os interesses, as necessidades e as expectativas, das diferentes partes, interessadas estão em constante evolução;
7. Inovar para criar valor.

O Institute for Healthcare Improvement acredita que, a aplicação destes princípios podem incrementar melhoria nos processos e resultados, reduzir custos e aumentar a satisfação de pacientes, pagadores e staff.

Apesar de todas as ferramentas e técnicas, a Lean Enterprise Academy propõe que a “forma de pensar” é o mais importante. Dentro desta “forma de pensar” existem dois temas absolutamente críticos. O primeiro é que qualquer transformação organizacional deve começar pela percepção das necessidades dos pacientes e o segundo é a maximização do potencial cognitivo das pessoas que se encontram na linha da frente, já que são estas que contactam directamente com os clientes, conseguindo aceder às suas percepções e necessidades.

A Comunidade Lean Thinking (2008), refere um aspecto bastante relevante, que se prende com o facto de terem sido gastos, nas últimas décadas, milhões de euros na tentativa de retirar pessoas das organizações, esquecendo-se que estas são o pilar de qualquer uma. As organizações Lean, através da utilização da capacidade mental e da vontade dos seus colaboradores, tem premiado a construção de “pessoas pensantes”, promovendo o seu poder (“empowerment”) e uma cultura de confiança e respeito mútuo, reportando ganhos significativos de eficiência e desempenho financeiro.

Ou seja, a aplicação das ferramentas e métodos, tem por base uma “cultura Lean” que se distingue significativamente da cultura tradicional de gestão (Tabela 2).

A cultura da organização é, como já foi referido, o conjunto de valores e crenças partilhadas por todos os que a constituem e que os levam a comportar-se de determinado modo. A alteração cultural implica, por isso, a intervenção e o envolvimento dos líderes, de modo a inculcar o desejo de experimentar melhores resultados. Quando este processo é repetido e aqueles são alcançados, ocorre uma alteração de valores e crenças. Ou seja, cria-se uma nova cultura (Womack, 2005).

| | Cultura Tradicional | Cultura Lean |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Funcionamento | Silos | Equipas multidisciplinares |
| Gestão | Directa | Permissiva/de aprendizagem |
| Sistema de Recompensas | Individual | Partilhada pela equipa |
| Fornecedor | Inimigo | Aliado |
| Informação | Não partilhada | Partilhada |
| Redução de custos | Volume | Eliminação do desperdício |
| Foco | Interno | Cliente |
| Orientação | Perito | Processual |

Tabela 2: Tabela comparativa da gestão tradicional e da gestão “Lean”, adaptada de Womack, 2005.

Um outro desafio à implementação, e em especial no sector da saúde, prende-se com o facto de a identificação do desperdício ser efectuada pelos profissionais de saúde, no seu trabalho. Qualquer profissional sente a necessidade de valorização do seu trabalho, e em especial este tipo de profissionais. O reconhecimento de que muitas das tarefas quotidianas são desperdícios, ou seja, que não adicionam valor, não é uma constatação

fácil de aceitar. Ora veja-se, por exemplo, uma enfermeira que procura medicação, para atender às necessidades do paciente, não considera que esta actividade seja um desperdício. No entanto, se a mesma estivesse no local apropriado, o tempo dispendido na sua procura poderia ser gasto aumentando valor no processo de prestação de cuidados. (Womack, 2005).

A Lean Enterprise Academy adverte, ainda, que embora estes temas sejam da maior importância, não basta pôr em prática processos para criar valor, ou ainda, ser-se constituído pelas melhores pessoas, é fundamental possuir um verdadeiro objectivo a longo-prazo, que deve ser definido pelo cliente/paciente e ser individual a cada organização.

Estabelecer objectivos a longo prazo é, talvez, o aspecto mais difícil de se alcançar, já que, normalmente, é da natureza humana, ambicionar alcançar objectivos e obter resultados imediatos. Esta é, na maioria das vezes, a força que faz mover quem trabalha, sendo difícil perceber propósitos que se localizem numa linha de processo contínuo de longo prazo.

Com se pode perceber, a introdução do “pensamento Lean” não é fácil e implica grandes alterações, pelo que, não pode ser feita por partes, tem que integrar toda a organização e todos os que a constituem, desde a gestão de topo, ao “staff” da linha da frente (Womack, 2005).

Em suma, interessa clarificar a razão porque este programa pode constituir-se como vantajoso no sector da saúde. Em primeiro lugar, num contexto onde existe variação e ambiguidade dos processos de trabalho, este programa permite conceptualizar o trabalho clínico como um processo de criação de valor para os pacientes, desenvolvendo uma compreensão partilhada sobre o que é desperdício e o que cria valor de modo holístico. Em segundo lugar, permite organizar e re-desenhar o fluxo de trabalho de forma a aumentar a eficácia e eficiência já que faculta dados que permitem, por exemplo, identificar necessidades comuns. Em terceiro lugar, a aplicação dos princípios “Lean” aumentam a detecção do erro, uma vez, que tornam os processos mais explícitos e os trabalhadores mais atentos ao modo correcto de efectua-los. Por último, a

“metodologia Lean” assenta numa cultura de aprendizagem e melhoria contínua, incentivando o report dos erros e a compreensão partilhada do modo como os problemas devem ser resolvidos (Mazzocato *et al.*, 2010).

11. A Acreditação

A acreditação em saúde teve a sua origem em 1917, nos Estados Unidos da América, com a iniciativa de Ernest Codeman e o Colégio Americano de Cirurgiões. Este colégio foi responsável pelo desenvolvimento do primeiro programa multidisciplinar de standardização, o Programa de Standardização Hospitalar, definindo padrões na prática cirúrgica e, em 1919, são introduzidos os conceitos de medição e melhoria na prestação de cuidados hospitalares e é publicado o Programa de Padrões Mínimos (Suñol *et al.*, 2008; Boavista, Ribeiro e França, 2000).

Em 1951, surge a Joint Commission on Hospital Accreditation⁴ e com ela o primeiro programa formal de acreditação em saúde, afirmando-se como um programa de excelência na monitorização da melhoria contínua da qualidade (Suñol *et al.*, 2008; Boavista, Ribeiro e França, 2000).

A acreditação é, então, definida como um processo voluntário, onde uma entidade independente (normalmente não-governamental) avalia os serviços prestados pela organização de saúde. Esta avaliação é feita de forma a determinar se a organização corresponde às exigências de um conjunto de normas destinadas a melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde, em termos de estruturas, processos e resultados. Este processo tem como objectivo orientar a gestão para uma acção focada no utente, não apenas nos seus cuidados, mas em todos os aspectos que envolvem a prestação de cuidados na organização (Pomey, 2004).

Este programa de qualidade é aceite como um elemento intrínseco à melhoria dos cuidados de saúde, tendo-se verificado um aumento generalizado de aplicação da acreditação em saúde, a partir dos anos 80. Na Europa o crescimento ocorreu a partir da década seguinte (Pomey, 2004; Boavista, Ribeiro e França, 2000).

⁴ Actualmente é designada por Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO),

Os primeiros programas adoptados baseavam-se nos modelos Norte Americano, da Joint Commission on Hospital Accreditation, e Canadano, do Canadian Council on Hospital Accreditation⁵. Actualmente, este tipo de entidades encontram-se disseminadas por todo o mundo, sendo as mais reconhecidas, para além das duas mencionadas, The Australian Council on Healthcare Standards, na Austrália e o King's Fund Health Quality Service, no Reino Unido (Pomey, 2004; Boavista, Ribeiro e França, 2000).

Generalizou-se, assim, a ideia de que a acreditação existe para promover o desenvolvimento dos serviços e regulamentar a prática profissional, através de uma entidade reconhecida internacionalmente (Boavista, Ribeiro e França, 2000).

Não obstante, não existe evidência suficiente que permita afirmar que o facto de uma organização ser acreditada se traduza, obrigatoriamente, numa melhor performance. Uma das razões apontadas para a eventual falta de evidência prende-se com o facto de a avaliação deste tipo de programas ser morosa, ou seja, apesar do objectivo dos processos de acreditação ser o de melhorar os resultados obtidos, estes não são avaliáveis de forma imediata (Greenfield e Braithwaite, 2008; Suñol *et al.*, 2009; Greenfiel *et al.*, 2010; Shaw *et al.*, 2010).

Ainda de acordo com Donabedian (2003), apesar de a utilização de uma boa estrutura e de bons processos contribuem para a obtenção de bons resultados, a relação entre os três aspectos não é linear. Os resultados em saúde dependem de algumas características específicas do sector, como por exemplo, pelo que foi referido anteriormente, características específicas do paciente, como a severidade das patologias que apresenta, o que pode justificar resultados que contrariam a performance expectável.

Mesmo assim, a aplicação de programas de acreditação permite estabelecerem-se políticas, procedimentos e indicadores uniformes, que possibilitam à organização de saúde garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade (Suñol *et al.*, 2008).

⁵ Canadian Council on Hospital Accreditation é denominado, actualmente, por Accreditation Canada

Deste modo, são identificados benefícios na implementação de programas de acreditação, destacando-se:

- Introdução da qualidade na agenda das organizações, de forma permanente;
- Promoção da mudança da cultura e das práticas no sentido da qualidade dos cuidados prestados (Boavista, Ribeiro e França, 2000).

Para além dos benefícios apontados, verifica-se que ser-se acreditado constituiu uma marca de prestígio para as organizações. Assim, em 2000, a WHO identificou 36 diferentes programas nacionais de acreditação, em todo o mundo. Sentiu-se, por isso, a necessidade de criação de uma entidade que compatibilizasse os diferentes programas, surgindo a International Society for Quality in Health Care (ISQua). Esta sociedade estabelece padrões internacionais que devem constar nos diferentes programas de modo a que estes possam ser aplicados em diferentes tipos de organizações de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios), nos sectores público e privado (Suñol *et al.*, 2008).

Conclui-se que, mesmo que a implementação do programa implique custos elevados, todas as iniciativas dirigidas ao envolvimento das organizações na melhoria dos cuidados que prestam são louváveis.

ANEXO 2 : International Quality Indicator Program, IQIP⁶

O International Quality Indicator Project® (IQIP) é um sistema de avaliação que surgiu em 1985, pela Associação dos Hospitais do Estado Norte Americano do Maryland (AHM), e que funciona como uma ferramenta de apoio às organizações de saúde, na identificação de oportunidades para melhoria dos cuidados prestados aos pacientes (IQIP, 2011).

O IQIP desenvolve indicadores de desempenho que são recolhidos e monitorizados, permitindo a avaliação da performance dos serviços, a partir da recolha contínua e sistemática de dados relativos à sua actividade. Este processo é aplicado numa óptica de implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade (IQIP, 2011).

O objectivo deste projecto é o desenvolvimento de actividades de aprendizagem organizacional. Por essa razão, os participantes recebem relatórios trimestrais de dados, que incluem uma tendência e comparação longitudinal de taxas globais a nível nacional, regional e internacional. Podem ainda ser disponibilizados relatórios com grupos paralelos, definidos pelo utilizador (IQIP, 2011).

Como projecto de âmbito internacional, sendo adoptado por mais de 400 entidades prestadoras de cuidados de saúde, distribuídas por dezoito países, o IQIP permite que a informação estatística relativa a cada instituição seja partilhada, sem prejuízo do respeito pelo princípio da confidencialidade dos dados (IQIP, 2011).

⁶ Pode ser consultado em: <http://www.internationalqip.com/>

ANEXO 3 : Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Lisboa, ____ de _____ de 2011

O Projecto “Quality and safety in European Union hospitals: A research-based guide for implementing best practice and a framework for assessing performance”, denominado QUASER, é um projecto da União Europeia, financiado pelo EU FP7 e coordenado pelo King's College London, que tem como objectivo identificar boas práticas a nível hospitalar nas vertentes da eficácia clínica, segurança e satisfação do doente.

Com base nos resultados empíricos obtidos o projecto deverá propor um guia de orientação estratégico de boas práticas, no que concerne à qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde para hospitais, e um quadro de referência que permite aos pagadores acederem e monitorizarem aspectos de qualidade e segurança, nos hospitais europeus. Deste modo, pretende-se assegurar que qualquer cidadão possa ter acesso a cuidados de saúde de qualidade dentro do espaço europeu.

Em termos metodológicos o projecto visa comparar os sistemas de saúde de cinco países (Portugal, Reino Unido, Noruega, Holanda e Suécia) e, como tal, o estudo é realizada a três níveis, o nível macro (sistemas nacionais), o meso (culturas hospitalares) e o micro (observação longitudinal de serviços hospitalares específicos).

A realização desta entrevista encontra-se no âmbito da fase meso e procura identificar-se as características globais do Hospital de Santa Maria (HSM) que o tornam mais ou menos aberto a iniciativas de melhoria da qualidade. O que procuramos obter é uma visão global sobre a abordagem à qualidade e à melhoria do serviço que é feita no HSM.

As repostas que nos der ficarão apenas na equipa de investigação, não sendo partilhados quaisquer pontos de vista com outros membros do HSM, ou outro hospital. No fim do projecto,

enviaremos uma cópia do relatório final ao HSM e a todas as pessoas envolvidas na investigação.

Declaro, por meio deste termo, que concordei participar no Projecto QUASER, de modo voluntário e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO 4 : Guião de Entrevista

GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA-MESO-SYSTEM

Quality and Safety in Europe by Research (QUASER)

Financiado pela União Europeia

Muito obrigado pelo tempo que me concedeu para a realização desta pesquisa.

Recebemos financiamento da EU para a realização deste estudo sobre a qualidade nos serviços de saúde. Através do estudo de hospitais em 5 países da EU, este estudo procura identificar factores-chave de sucesso e as melhores práticas e métodos que possam gerar elevada qualidade nos serviços de saúde.

Tal como outras entrevistas que estamos a realizar com membros da equipa de gestão de topo, esta procura conhecer as características globais do Hospital Garcia de Orta (HGO) que o tornam mais ou menos aberto a iniciativas de melhoria da qualidade. O que procuramos obter é uma visão global sobre a abordagem à qualidade e à melhoria do serviço que é feita no HGO.

As repostas que nos der ficarão apenas na equipa de investigação, não sendo partilhados quaisquer pontos de vista com outros membros do HGO, ou outro hospital. No fim do projecto, enviaremos uma cópia do relatório final ao HGO e a todas as pessoas envolvidas na investigação.

PAUSA PARA QUESTÕES E COMENTÁRIOS (Antes de avançarmos, há alguma questão que gostasse de colocar? (Verificar se o doc de consentimento foi lido e compreendido e perguntar se o entrevistado quer continuar)

Esta entrevista será gravada e transcrita pela equipa de investigação do ISCTE-IUL.
Vou ligar o gravador.

Questões introdutórias

Há quanto tempo trabalha no HGO?

Qual a sua função actual e há quanto tempo a desempenha?

Quais são as suas atribuições/papel no que respeita à qualidade e sua melhoria? (Probe: o mesmo para eficácia clínica, segurança do paciente, experiência do paciente)

1. Contexto histórico: como chegámos até aqui? * passar para depois de 3?

- a. O que levou o HGO ao que ele é hoje em termos de qualidade e da sua melhoria?
Pode contar-nos a história desta evolução?
- b. Do seu conhecimento, quando porque razão o HGO se envolveu em actividades de melhoria da qualidade? Que factores/forças estiveram na base desse movimento?
Quais foram as primeiras actividades levadas a cabo e que razões estiveram na base dessas escolhas?
- c. Em termos de esforços de qualidade, há algo que torne o HGO diferente de outros que conheça/tenha trabalhado? Há algumas características ou acontecimentos distintos?
(pedir exemplos)
- d. Do seu conhecimento, o HGO foi dos primeiros ou dos últimos hospitais nacionais a desenvolverem esforços formais de melhoria da qualidade.

2. O que está a acontecer neste momento?

- a. Há factores/acometimentos mais amplos, tais como reorganizações, fusões, reduções do nº de trabalhadores, nova legislação/regulamentação que estejam a ter algum impacto (positivo ou negativo), na qualidade ou nos esforços de melhoria?

3. Como a “qualidade” está organizada?

- a. Qual é o estado do equilíbrio entre as iniciativas de qualidade iniciadas e organizadas a partir do topo (de cima para baixo) e as que resultam de processos mais informais (de baixo para cima). (Quão grande, em que medida as equipas clínicas e os departamentos assumem iniciativas de qualidade em vez de seguir as políticas criadas no topo?)
- b. A liderança de topo ajuda a criar um contexto que ajuda as equipas clínicas a melhorar a qualidade dos cuidados que prestam? De que forma?
- c. Quem são os principais apoiantes e activistas da melhoria da qualidade neste hospital? Gestores, médicos, enfermeiros? Há alguém com quem deveríamos mesmo falar?
- d. De que forma está a liderança das iniciativas de qualidade distribuída no HGO?

4. Uma estratégia de qualidade?

- a. O HGO tem uma estratégia de qualidade? Esta estratégia integra eficácia clínica, segurança do paciente e/ou experiência do paciente?
- b. Através de que processo/mecanismos esta estratégia é implementada? É monitorada? Há algum documento formal que represente esta realidade? (podemos ter uma cópia?)
- c. Os pacientes são envolvidos directamente nos processos de melhoria de qualidade? Como? Se são envolvidos indirectamente, como é que o HGO se envolve com os pacientes e as experiências destes para melhorar a qualidade?

5. Como apoia os colaboradores da “linha da frente”?

- a. Se eu perguntasse a alguém de um departamento ou um serviço clínico “quais são as 2-3 coisas que a organização - o topo do HGO – faz para os apoiar na melhoria da qualidade do trabalho do pessoal da linha da frente, qual acha que seria a resposta?
- b. O que faz o HGO para mostrar que valoriza, recompensa e celebra a qualidade?
- c. Os profissionais (médicos, enfermeiros e outros) trabalham em conjunto para melhorar a qualidade? Pode dar-me exemplos?

6. Informação e mensuração da qualidade

- a. Como é medida e reportada a qualidade no HGO? (probe: relativamente à eficácia clínica, segurança do paciente, experiência do paciente).
- b. Existe algum relatório recente (interno ou externo) sobre a avaliação da qualidade dos cuidados prestados aqui?
- c. A que tipo de informação sobre qualidade podem os trabalhadores, de todos os níveis; aceder? E os pacientes?

7. Disseminação das melhores práticas

- a. Como é que as boas práticas, especialmente de qualidade, são partilhadas entre grupos profissionais? E entre áreas (departamentos, serviços)?
- b. Que mecanismos (fóruns, estruturas) são usados no HGO para disseminar boas práticas? (Pode dar exemplos? Trata-se de redes informais, ou formais?)
- c. Quanta informação sobre qualidade partilham os hospitais do nosso país? Que informação é partilhada? Como é partilhada? Usam-se processos formais, informais?
- d. Onde se informam os gestores de topo do HGO sobre qualidade e sua melhoria?

8. Recursos

- a. No que respeita à melhoria da qualidade, na prática, que tipo de suporte dá aos membros da linha da frente? Que programas de formação, formação, treino e desenvolvimento existem no sentido de criaras competências relevantes?
- b. Como é que os dirigentes e os profissionais (médicos/enfermeiros) aprendem sobre estratégias e práticas de melhoria da qualidade?
- c. O que pensa ser preciso fazer com vista a treinar e desenvolver os membros/colaboradores para trabalharem no hospital que considera ser o HGO do futuro?

9. Envolve externa, redes mais amplas

- a. Que políticas nacionais poderão estar a apoiar/inibir a melhoria da qualidade do HGO?
- b. Existem iniciativas ou guias da EU que apoiem este hospital a melhorar a qualidade?
- c. Que organizações nacionais, regionais ou internacionais influenciam as actividades de melhoria da qualidade? (pomp: MS, pagadores, reguladores, organizações de acreditação, entidades profissionais, etc.)
- d. Existem guias de melhoria da qualidade a serem utilizados no HGO? Quais? **Passar para 4?*
- e. Em que medida as iniciativas de melhoria da qualidade neste hospital? **Passar para 4?*
- f. Como descreveria a comunicação e as relações entre este hospital e os seus principais stakeholders (financiadores, pagadores), “clientes” (pacientes)?

10. The next phase of the research

Gostaríamos de estudar um projecto de melhoria de qualidade que tenha começado recentemente ou esteja para se iniciar em, pelo menos, 2 serviços/unidades do HGO – pode indicar-nos qual seria a melhor pessoa para falarmos? Por que razão acha que seria

um bom exemplo para nós estudarmos? (probe: ver se um projecto de CONTROLO DE INFECÇÕES seria um bom tracer neste hospital.

(num dos hospitais) Vamos estudar profundamente a maternidade do HGO. Para além deste, iremos estudar outro serviço. Pode indicar-nos qual seria o outro serviço que pudesse ser um bom exemplo do modo como a qualidade a sua melhoria está a ser implementada na “linha da frente”? Eventualmente, um serviço que contraste com a maternidade?

Muito obrigado pela sua disponibilidade para participar neste estudo. Vou agora desligar o gravador.

ANEXO 5: Estratégia de Governação Clínica

ANEXO 6: Estratégia da Qualidade

ANEXO 7: Política da Qualidade

ANEXO 8: Caracterização da Amostra

| | Sigla | Anos de Serviço no Hospital | Função desempenhada na Qualidade |
|------------------------------|--------------|------------------------------------|--|
| Gestor de Topo 1 | GT1 | 1,5 | Definição e acompanhamento da Estratégia do hospital, garantindo a sua execução. Dinamização do processo de gestão organizacional. Elo de ligação entre a Tutela e o hospital. |
| Gestor de Topo 2 | GT2 | 19 | Conciliar e desenvolver uma organização que conduza ao melhor tratamento, de modo a que o doente beneficie de uma melhor acessibilidade e de melhores condições clínicas e de segurança |
| Gestor de Topo 3 | GT3 | 6 + 1 | Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e assistenciais . Articulação entre o CA e a Estrutura Central de Coordenação. Definição geral de políticas de qualidade que permitam desenvolver planos de acção relacionados com a qualidade organizacional. |
| Gestor da Qualidade 1 | GQ1 | 20 | Membro da Estrutura Central da Comissão de Qualidade. |
| Gestor da Qualidade 2 | GQ2 | 18 | Coordenação do serviço de formação Membro da Estrutura Central da Comissão de Qualidade.. |
| Gestor da Qualidade 3 | GQ3 | 17 | Coordenação da Comissão da Qualidade |
| Gestor Risco Clínico | GRC | 19 | Coordenação da Comissão de Risco Clínico |
| Gestor Humanização | GH | 2 | Coordenação da Comissão de Humanização |
| Director Serviço 1 | DS1 | 19 | Assegurar o funcionamento do serviço, dentro da organização |

| | | | |
|---------------------------|-----|----|---|
| Director Serviço 2 | DS2 | 15 | Assegurar o funcionamento do serviço, dentro da organização |
|---------------------------|-----|----|---|