



Universidade de Aveiro
2014

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
Território

**CATARINA ALEXANDRA
FECHA MARTINS**

**GESTÃO DA QUALIDADE E REFORMA DA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO
DE CASO**



Universidade de Aveiro
2014

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
Território

**CATARINA ALEXANDRA
FECHA MARTINS**

GESTÃO DA QUALIDADE E REFORMA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública realizada sob a orientação científica do Doutor Hugo Figueiredo, Professor auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha família

o júri

presidente

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Patrícia Helena Ferreira Lopes Moura Sá
Professora Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Professor Doutor Hugo Casal Figueiredo,
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A toda a minha família por acreditar em mim, pela compreensão das minhas ausências, pela escuta das minhas angústias, pela partilha dos sorrisos e das lágrimas durante este percurso e pelo amor incondicional.

Ao Professor Doutor Hugo Figueiredo pela orientação e disponibilidade dispensadas no esclarecimento de todas as incertezas.

Aos meus colegas de mestrado pela presença e apoio incondicional.

A todos os meus colegas de trabalho que colaboraram na realização deste estudo.

A todos os que, de forma direta ou indireta, possibilitaram a conclusão deste trabalho.

A todos o meu sentido obrigado!

palavras-chave

Gestão da qualidade, serviços de saúde, desafios

resumo

Os hospitais têm sofrido uma crescente pressão no sentido da provisão de serviços de maior qualidade. A *Total Quality Management* (TQM) emerge como uma potencial solução para o desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde. Contudo, as estratégias de gestão da qualidade implementadas nem sempre produzem resultados sustentados e duradouros.

Com o presente estudo pretende-se conhecer o grau de implementação da qualidade no Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) e quais os desafios e potencialidades que enfrenta no momento atual. Pretende-se também aferir quais são os constrangimentos e potencialidades a nível supra organizacional para a implementação ou continuidade destes processos.

A análise de conteúdo a 17 entrevistas semi estruturadas a profissionais de três níveis hierárquicos distintos (administração, elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente – Comissão da QSD- e prestadores de cuidados) da referida organização, permitiu concluir que não existe uma cultura de qualidade enraizada em todo o hospital. Verifica-se a existência de estratégias de qualidade implementadas de forma fragmentada, essencialmente para cumprimento de normativos legais definidos por entidades supra organizacionais.

O estudo poderá funcionar como facilitador e adjuvante do processo de implementação/continuidade da qualidade nesta organização, constituindo-se também como uma ferramenta de *benchmarking* e um manual de boas práticas para a implementação da qualidade de forma sustentada em organizações hospitalares.

keywords

Quality management, health services, challenges

abstract

Hospitals have been suffering an increasing pressure in the provision of higher quality services. The Total Quality Management (TQM) emerges as a potential solution to the development of quality in health organizations. However, quality management strategies implemented do not always produce sustained and lasting results.

The aim of the present study was to know the degree of quality implementation in Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), specifically the challenges and potentialities that are facing in the actual moment and which are the constraints and potential in the upper level of organization for the implementation /continuity of these processes

Content analysis was obtained after 17 semi structured interviews to professionals from three different hierarchical levels of the organization (Management, Quality and Safety Commission – QSD – and Healthcare professionals), and it was concluded that there isn't a rooted culture of quality in throughout the hospital, as well as the existence of quality strategies implemented in a fragmented way, essentially for compliance with legal regulations emanated by organizational supra-entities, without sustainability.

The study might work as a facilitator and adjuvant of the implementation process/continuity of quality in this organization, constituting also itself as a benchmarking tool and a manual of best practices for the implementation of quality in a sustained manner in hospital organizations.

Índice

LISTA DE QUADROS.....	I
LISTA DE FIGURAS	II
LISTA DE SIGLAS	III
1. Introdução	1
CAPÍTULO II – GESTÃO DA QUALIDADE E REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PORTUGUESA	3
2.1. Qualidade como estratégia de gestão	5
2.1.1. Três gerações de abordagem da qualidade	5
2.1.2. A especificidade dos serviços	11
2.2. Processo de mudança na Administração Pública Portuguesa: a importância da gestão da qualidade na transição da lógica Burocrática para a Governação do Valor Público	12
CAPÍTULO III - O SIGNIFICADO E OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	17
3.1. Qualidade nos Serviços de Saúde	19
3.2. Evolução da qualidade nos serviços de saúde	21
3.2.1. Práticas e estratégias internacionais na área da Qualidade em Saúde	22
3.2.2. A política de qualidade no serviço nacional e saúde em Portugal: evolução histórica	30
3.3. Implementação dos sistemas de qualidade nos serviços de saúde: desafios	33
CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
4.1. Estratégia de investigação	41
4.1.1. Questões de investigação	42
4.1.2. População e amostra	42
4.1.3. Procedimentos éticos e limitações do estudo.....	45
4.2. Instrumento e técnicas de recolha de dados	45
4.3. Técnica de análise de dados	46
CAPÍTULO V – ESTUDO DE CASO	43
5.1. Apresentação do CHBV.....	51
5.2. Desenvolvimento da qualidade em saúde no CHBV	52
5.3. Apresentação dos resultados empíricos.....	54
5.4. Discussão dos resultados.....	70
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
6.1. Síntese e conclusão	83
6.2. Manual de boas práticas para o desenvolvimento da qualidade	89
Bibliografia	93
Anexos	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Gerações das Teorias da Qualidade	7
Quadro 2: Princípios gerais da TQM	9
Quadro 3: Caracterização socioprofissional e académica da amostra	36
Quadro 4: Dificuldades/ameaças à implementação da qualidade	43
Quadro 5: Quadro Geral com Categorias, Subcategorias e Indicadores	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fases do processo de acreditação ACSA

25

LISTA DE SIGLAS

ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CHBV	Centro Hospitalar Baixo Vouga
DGS	Direção Geral de Saúde
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
IPO	Instituto Português de Oncologia
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MCDT's	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS	Ministério da Saúde
NOCs	Normas de Orientação Clínica
QKHQS	<i>King's Fund Health Quality Services</i>
QSD	Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UA	Universidade de Aveiro

1. Introdução

A Administração Pública Portuguesa tem sido alvo de inúmeras mudanças, quer a nível estrutural, organizacional e funcional no sentido de caminhar para uma melhoria efetiva do desempenho e da qualidade dos serviços e dos organismos públicos.

De entre os vários organismos da Administração Pública, os hospitais surgem, por natureza, como organizações complexas. A qualidade emerge como a maior necessidade no sector da saúde e a gestão pela qualidade total é aceite como a melhor estratégia para a contínua implementação da qualidade neste sector. (Glickman, Baggett, Krubert, Peterson, & Schulman, 2007)

É um facto que, apesar dos custos que o sector da saúde acarreta na despesa do Estado em todo o mundo, este é muitas vezes percecionado pelo utente como ineficaz, ineficiente e inadequado. O *Euro Health Consumer Index 2013* reflete que Portugal, apesar da crise económica vivida, apresenta uma subida para a 16ª posição do ranking, necessitando ainda de percorrer um longo caminho para melhoria da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista do utente, no sentido de se aproximar dos países da Europa com melhor desempenho (Björnberg, 2013). Existe portanto, uma necessidade premente para provocar uma mudança de paradigma na qualidade da prestação de cuidados de saúde, pelo que as organizações de saúde têm adotado progressivamente uma lógica de gestão da qualidade total com vista à redução dos custos, ao desenvolvimento da eficiência e à promoção de níveis mais elevados de qualidade na prestação de cuidados de saúde (Patel, 2009).

Segundo Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner (2013) tem sido feito um progresso considerável quer na avaliação da qualidade do atendimento, bem como na adoção de um conjunto de estratégias de melhoria da qualidade, como seja: sistemas de acreditação, programas de gestão da qualidade, auditorias, sistemas de segurança do paciente, indicadores de desempenho, diretrizes da prática clínica e sistemas de obtenção da perceção do utente. Contudo, de acordo com os autores supramencionados, há ainda uma lacuna no sentido de se compreender se as estratégias adotadas pelas organizações são abrangentes e eficazes e se traduzem em melhorias dos resultados para os utentes.

As falhas na implementação dos sistemas de gestão da qualidade não se prendem com as diferenças sistemáticas no conceito e nível de desenvolvimento dos hospitais, mas com sua inadequada aplicação. O sucesso da sua implementação requer mudanças tecnológicas, culturais e políticas. (Wardhani et al., 2009)

Pretende-se que o presente estudo funcione como facilitador e adjuvante do processo de implementação da qualidade nesta organização, no sentido de apostar nas oportunidades de melhoria e usar as forças identificadas para colmatar as fraquezas e ameaças percecionadas pelos diferentes níveis organizacionais, constituindo-se também como uma ferramenta de *benchmarking* e um manual de boas práticas para a implementação da qualidade de forma sustentada em organizações hospitalares.

Para tal, socorremo-nos de entrevistas semiestruturadas a elementos dos três níveis organizacionais do Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHVB): Administração hospitalar, elementos da comissão de QSD e Implementadores das políticas de qualidade.

Emergem como questões de investigação do presente estudo:

- Qual o grau de implementação da lógica da qualidade no CHVB?
- Quais são os desafios e potencialidades internos à instituição no momento atual?
- Quais são as potencialidades/ constrangimentos a nível supra organizacional (de governança de centros hospitalares) para a implementação/continuidade destes processos?

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo inicia-se com uma breve introdução à problemática em estudo e contextualização da investigação realizada. Segue-se a abordagem à relevância da gestão da qualidade na transição da lógica burocrática para a governação do valor público, constituindo-se assim o capítulo dois. O terceiro capítulo discorre sobre a qualidade nos serviços de saúde, explanando-se o significado da qualidade e os desafios da implementação da qualidade nos serviços de saúde. O quarto capítulo pretende demonstrar como foi planeada a recolha dos dados, ou seja, quais as estratégias de investigação, os instrumentos de recolha de dados seleccionados e a técnica de análise dos dados. O quinto capítulo diz respeito ao estudo de caso propriamente dito, realizando-se uma breve apresentação da organização e do seu percurso no que ao desenvolvimento da qualidade diz respeito, seguindo-se a exibição dos resultados e a apresentação da discussão resultante da confrontação entre o modelo empírico e o modelo conceptual. Por fim, o quinto capítulo apresenta a síntese e as conclusões finais, rematando-se com a descrição de um conjunto de boas práticas para a implementação da qualidade nas organizações de saúde.

**CAPITULO II – GESTÃO DA QUALIDADE E REFORMA DA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PORTUGUESA**

2.1. Qualidade como estratégia de gestão

Qualidade, qualidade, qualidade... presente na vida de todos mas difícil de definir. A qualidade é considerada geralmente como algo que afeta a vida das organizações e a vida de cada um de nós de uma forma quase sempre positiva. Referimo-nos a um produto como produto de qualidade se este cumpre a sua função da forma que desejamos. Um serviço tem qualidade se vai de encontro ou se supera as nossas expectativas. Estamos constantemente a ser persuadidos para procurar melhorar a qualidade do nosso trabalho. No entanto, nem sempre partimos de uma definição clara do que é a qualidade, o que se torna essencial quando pretendemos operacionalizar o conceito do ponto de vista da gestão pública.

2.1.1. Três gerações de abordagem da qualidade

É imperioso efetuar uma curta viagem sobre a evolução do conceito de qualidade para a entendermos no seu complexo significado. Para tal, é obrigatório recuarmos até à década de quarenta onde, provavelmente o guru da qualidade mais famoso, e o verdadeiro precursor do movimento de qualidade a nível mundial, se revelou: W. Edwards Deming. Este, durante o seu trabalho no Ministério da Agricultura dos Estados Unidos e após conhecer Shewart, define qualidade como a conformidade de um produto com as especificações técnicas que lhe foram atribuídas. (Rocha, 2005)

Após a 2ª Grande Guerra, a principal preocupação da economia americana era produzir em larga escala, o que ultrapassou o entusiasmo com a qualidade. Sendo o objetivo aumentar os volumes de produção, não havia tempo a perder com controlo da qualidade. Gradualmente, as técnicas de controlo estatístico da qualidade, que tinham produzido excelentes resultados, foram abandonadas. Após este período, Deming foi recrutado para o Japão, onde desenvolveu os seus trabalhos referentes ao conceito de qualidade. Assim, a filosofia da qualidade atribuída a Deming resulta da combinação dos seus conhecimentos técnicos com a sua experiência a nível da implementação de técnicas de qualidade em organizações nos Estados Unidos e no Japão. Verificou que de nada servem os esforços dos trabalhadores na manutenção da enfase na qualidade se não existir uma envolvimento, empenho e compromisso constantes dos órgãos de gestão. Surge, na década de 50 um outro guru da qualidade: Joseph Juran. Este teve uma

importância fulcral na ênfase dos sistemas de qualidade no Japão. Desenvolveu um modelo de custos da qualidade, bem como uma base conceptual para um processo de gestão da qualidade. (Rocha, 2005)

Juran divide o processo em três fases distintas: planeamento da qualidade, controle e melhoria da qualidade. A primeira envolve a identificação de clientes e das suas necessidades, para que estas possam ser satisfeitas; a segunda incide sobre o desenvolvimento de processos de produção de bens que possam satisfazer essas necessidades, o que implica a implementação de sistemas de medição da qualidade, avaliação das ações desenvolvidas e definição de estratégias corretivas; e a terceira reporta-se à constante tentativa de melhorar esses processos, dando ênfase a programas de melhoria contínua da qualidade, redução de desperdícios e aumento da satisfação dos funcionários e dos clientes (Carapeto & Fonseca, 2005).

Também Phillip Crosby, na década de 60 e 70, tem um contributo fundamental para a teoria da qualidade ao defender o conceito de zero defeitos ou produção sem defeito. Defende que esta ausência de defeitos depende da gestão de recursos humanos, de criar uma consciência coletiva para a qualidade, de motivar os colaboradores para produção com qualidade e de reconhecer o seu esforço para a melhoria da qualidade (Rocha, 2005). Mais tarde, Freigenbaun deu origem ao conceito de controlo da qualidade total, colocando ênfase no envolvimento de todos dentro da organização. Ishikawa criou um importante instrumental de controlo da qualidade, sendo que se destaca o diagrama causa-efeito e a ideia de círculos da qualidade e realça a gestão da qualidade como o desenvolvimento, produção e transferência de um produto da forma mais económica, útil e satisfatória para o consumidor. (Carapeto & Fonseca, 2005)

A evolução da qualidade passou assim por quatro etapas desde a Revolução Industrial e a produção em massa: qualidade através da inspeção, controlo estatístico da qualidade, garantia da qualidade e qualidade como estratégia competitiva. Assim, as atividades de inspeção final do produto foram substituídas ou combinadas com o controlo na cadeia de produção e com o controlo estatístico da qualidade, seguindo-se o predomínio da garantia da qualidade, baseado no cumprimento de normas e, por fim, introduz-se o conceito de qualidade total, elegido a ser utilizado como estratégia comum de gestão para toda a organização. (Carapeto & Fonseca, 2005)

Quadro 1. Gerações das Teorias da Qualidade

CARACTERÍSTICAS	PRIMEIRA GERAÇÃO	SEGUNDA GERAÇÃO	TERCEIRA GERAÇÃO
Perspetiva sobre a qualidade	Processos	Holística	Relacional
Responsabilidade pela qualidade	Centros de inspeção e departamentos de controlo de qualidade	Envolve todos os membros da organização	Envolve todos os membros da organização mas requer que a gestão de topo se empenhe em assegurar que são tomadas e implementadas decisões com envolvimento dos <i>stakeholders</i>
Focalização	Mediação	Avaliação	Consenso
Tipo de Ação	Reativa	Pró-ativa	Envolvimento
Crítério de sucesso	Confiança	Eficiência e eficácia	<i>Accountability</i>
Orientação	Produção	Política e planeamento	Relações (ambiente)
Prioridades	Ênfase no custo e nos outputs	Ênfase nos <i>outcomes</i> : qualidade como meio	Ênfase na qualidade global enquanto visão da organização
Ideias-chave	Controlo	Gestão	Interconexão
Custos	Qualidade aumenta os custos	Qualidade reduz os custos e melhora a produtividade	Qualidade reduz os custos, melhor a produtividade e a imagem da organização
Mudança	Melhoria	Transformação	Transação
Relação com os Stakeholders	Inexistente	Periférica/emergente	Incorporada
Estrutura organizacional, fluxo de informação e decisão	Abordagem <i>top-down</i>	Abordagem horizontal de equipas que incluem os funcionários	Abordagem horizontal de equipas que incluem os funcionários e grupos de <i>stakeholders</i> importantes que participam nas decisões.

Fonte: (Carapeto & Fonseca, 2005. p. 44)

A partir do Séclo XX o enfoque na qualidade foi sendo alvo de alterações: das características do produto, assente numa perspetiva preventiva, às características do sistema de gestão que é responsável pelo produto final, onde o cliente participa na própria definição da qualidade da organização, potenciando uma perspetiva mais pró-ativa, a qual se estende à qualidade dos próprios serviços, sendo estes mais difíceis de avaliar dado as suas especificidades, as quais abordaremos no ponto 2.1.2. Assim, em termos de evolução do conceito de qualidade, às atividades de inspeção final do produto, seguiram-se as preocupações com o controlo da cadeia de produção e com o controlo estatístico da qualidade. Segue-se o enfoque na garantia da qualidade, baseada no cumprimento de normas. Estas abordagens reportam-se à designada primeira geração (Perspetiva Tradicional), que assentava na filosofia nos níveis aceitáveis de qualidade, característicos e importados da indústria após a segunda guerra mundial. Posteriormente foi ganhando relevo o conceito de gestão da qualidade total, cuja perspetiva é a de zero defeitos, onde a definição da qualidade fica a cargo do cliente e obtém-se através de um sistema de gestão global da organização que afeta a natureza dos *outputs*, de modo que este vá de encontro às expectativas dos clientes, em todas as dimensões do serviço ou produto. Constitui-se, deste modo, a segunda geração de teorias da qualidade. Mais recentemente, na linha dos princípios básicos da TQM, mas influenciada pelas teorias da cidadania democrática, surge a terceira geração de teorias da qualidade, perspetivada numa dimensão relacional entre a organização e os seus *stakeholders* (todas as partes interessadas: clientes internos e externos, gestores, acionistas, grupos de interesse, comunidade em geral, isto é, todos os que têm impacto ou são alvo do impacto gerado pela organização), associado ao conceito de *accountability*, ou seja, de prestação de contas perante todas as partes interessadas. (Carapeto & Fonseca, 2005)

A TQM é um sistema de gestão centrado no cliente, promovendo um aumento contínuo da satisfação dos clientes e gerando diminuição dos custos reais. É, assim, parte integral de um elevado nível de gestão estratégica da organização. (Patel, 2009)

Atualmente a qualidade é um conjunto de boas práticas de gestão produzidas a partir das teorias descritas anteriormente e, apesar da grande diversidade de definições da Gestão da Qualidade Total, os autores são unânimes em identificar um conjunto de princípios básicos que lhe subjazem, (Carapeto & Fonseca, 2005) destacando-se:

Quadro 2: Princípios gerais da TQM

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	AUTORES
Empenho e liderança da gestão de topo	A TQM não é uma solução rápida e universal, pelo que cada gestor deve assumir um compromisso pessoal e exercer uma liderança firme no sentido de definir e comunicar à organização os objetivos, valores e sistemas para satisfazer as expectativas do cliente e para melhorar a performance. Este deve criar e manter um ambiente interno em que as pessoas se sintam e mantenham envolvidas e motivadas para o alcance dos objetivos organizacionais.	(Patel, 2009); (Carapeto & Fonseca, 2005); (Rocha, 2005); (Talib, Rahman, & Azam, 2011); (Adeoti, 2011); (Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011); (Ehigie & McAndrew, 2005)
Orientar a organização para o cliente	O cliente está na origem do serviço, pelo que a identificação das expectativas constitui tarefa fundamental e primeira em relação à forma como o serviço deve ser fornecido. A organização deve trabalhar em conjunto com os clientes e estabelecer mecanismos de troca de informações, no sentido de obter <i>feedback</i> dos planos traçados e assim constituir base sólida para futuros planos, apostando na aprendizagem e inovação. Estudo das sugestões, análises das reclamações e das necessidades/expectativas dos clientes são instrumentos importantes.	(Patel, 2009); (Carapeto & Fonseca, 2005); (Talib et al., 2011);(Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011); (Adeoti, 2011)
Empowerment dos (Talib et al., 2011)colaboradores	A chave do sucesso da implementação da TQM é o envolvimento dos colaboradores, através do aumento de competências (controlar, gerir e melhorar os processos que estão sob a sua responsabilidade; delegação de poder aos colaboradores da linha da frente, o que se traduz em aumento das responsabilidades) e trabalho em equipa (definição de papéis de cada colaborador e a forma como se integra na estrutura organizacional, os papéis da liderança e a forma de reconhecimento e recompensa pelo desempenho, pelo que é importante implementar mecanismos de recolha de sugestões e feedback), sendo evidentemente necessário o treino e formação profissional (desenvolvimento e renovação de competências).	(Kumar & Narasimham, 2012);(Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011);(Patel, 2009); (Carapeto & Fonseca, 2005);(Adeoti, 2011);(Ehigie & McAndrew, 2005); (Rocha, 2005)
Gestão por processos e factos/evidências	A satisfação do cliente não depende apenas do <i>output</i> , mas de toda a experiência vivenciada na aquisição do serviço. Assim, a organização necessita de criar <i>standards</i> , ou seja, sequências definidas de atividades específicas para determinado serviço, no sentido de ser possível olhar para o processo de produção do serviço e identificar oportunidades de melhorar a qualidade e a satisfação dos clientes. Há um foco no <i>outcome</i> , ou seja, no efeito que o processo de serviço gera,	(Carapeto & Fonseca, 2005); (Iizuka, Munechika, & Tsuru, 2009); (Patel, 2009);(Adeoti, 2011); (Talib et al., 2011)

	sendo necessário uma análise mais abrangente do que a simples mensuração de indicadores isolados.	
Melhoria contínua	“Bom o suficiente, nunca é suficiente”, pelo que o sistema de gestão e os processos de prestação de serviços necessitam de ser continuamente melhorados e adequados à mudança, aos novos objetivos ou necessidades dos clientes. Isto implica ciclos regulares de planeamento, execução, verificação e ação (ciclo de Deming PDCA) pelo que os <i>outputs</i> de um ciclo se transformem em <i>inputs</i> de um novo ciclo de melhoria.	(Rocha, 2005); (Carapeto & Fonseca, 2005); (Adeoti, 2011); (Patel, 2009); (Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011); (Talib et al., 2011)
Orientação estratégica e alinhamento organizacional	A organização deve desenvolver uma estratégia de longo prazo para a qualidade, integrando-a nas outras estratégias da organização. O desenho desta estratégia passa pelo comprometimento da liderança, pelo desenvolvimento de sistemas de gestão da informação, pelo envolvimento de todos os colaboradores e por uma definição clara a todos os níveis organizacionais de qual o caminho a seguir e quais os objetivos a atingir, ou seja, implica um alinhamento de toda a organização, uma institucionalização da TQM, uma mudança cultural.	(Rocha, 2005); (Carapeto & Fonseca, 2005); (Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011); (Jonge, Nicolaas, Leerdam, & Kuipers, 2011); (Glickman et al., 2007); (Ellenbecker, Samia, Cushman, & Alster, 2008)
Desenvolvimento de parcerias	A sobrevivência das organizações depende cada vez mais das suas relações multilaterais com o mundo exterior, sendo que devem focar a sua atenção em algo mais do que as operações internas. A organização deve centrar-se também nas relações com o mundo exterior e os respetivos <i>stakeholders</i> (clientes, gestores, funcionários, fornecedores, acionistas, grupos de interesse, comunidade em geral) e na necessidade de desenvolver parcerias com estas partes interessadas para o desenvolvimento de serviços de qualidade e de melhoria da performance organizacional.	(Rocha, 2005); (Carapeto & Fonseca, 2005); (Ellenbecker et al., 2008)

A TQM é uma filosofia, um conjunto de valores e de princípios que pode ser incorporada no processo de mudança organizacional, mas não é uma fórmula exata de como alcançar a qualidade e a melhoria da performance da organização. Sendo uma técnica de gestão flexível, esta pode ser aplicada a qualquer organização, implicando um redesenho dos processos, redefinição das funções da gestão e a reorientação dos objetivos organizacionais (Ehigie & McAndrew, 2005). As falhas do sucesso da filosofia TQM são apontadas como falhas do processo de implementação por parte das organizações: desacordo em relação aos objetivos definidos, aos passos para implementação da filosofia, ao desvio de atenção por parte dos gestores para outras metas e a descrença e ceticismo por parte dos colaboradores em relação ao comprometimento

organizacional com os programas de qualidade. (Grant *et al.*, 1994 *cit in* Ehigie & McAndrew, 2005)

2.1.2. A especificidade dos serviços

A TQM foi inicialmente desenvolvida para processos de rotina como os da indústria, pelo que a sua aplicação aos serviços acarreta um conjunto de dificuldades e conseqüentemente necessidade de adaptação. A natureza dos serviços e as suas especificidades fazem com que a aplicação do TQM nestes contextos seja muito complicada e necessariamente realizada com cuidado. (Rocha, 2005)

Assim, para compreender a natureza dos serviços é necessário compreender as suas características e especificidades: intangíveis, heterogêneos, perecíveis e simultâneos.

A intangibilidade está patente no facto de a prestação do serviço não se resumir apenas a ações e comportamentos mas sim à interpretação que o cliente faz dessas ações e desses comportamentos (Rocha, 2005). Para Zeithaml (1981), o cliente não pode avaliar os aspetos intangíveis do serviço antes de o experienciar, dado que a percepção de qualidade do serviços não se resume ao produto final mas a todo o processo de produção de serviço. Pode mesmo dizer-se que o cliente adquire um pacote de serviço (Talib, Rahman, & Qureshi, 2012). A percepção de aquisição de serviço de qualidade por parte do cliente depende de vários aspetos: elementos tangíveis como as instalações físicas, equipamento, pessoal, materiais; da fiabilidade, ou seja capacidade de prestação do serviço de forma credível, rápida e precisa; da segurança, cortesia, credibilidade dos profissionais e da empatia, atenção, acessibilidade, comunicação e compreensão na relação entre o cliente e o prestador de serviços (Rocha, 2005). Acrescentam Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) que a percepção de qualidade do serviço depende da comparação entre as expectativas que o cliente possui e a experiência do serviço durante o processo de aquisição.

A heterogeneidade refere-se ao facto de o serviço nunca ser igual. Como vimos o serviço depende quer de quem o presta quer da percepção que o cliente tem de todo o processo de serviço. Deste modo, não há serviços iguais, pois existem aspetos intangíveis referentes ao prestador e ao cliente que tornam cada serviço único e heterogêneo. A experiência do serviço é sempre diferente, mesmo com os mesmos atores, pois altera-se aspetos do contexto e o serviço

já tem características específicas. Esta variedade inerente ao cliente torna difícil definir padrões precisos para todos os elementos do serviço. (Sasser et al., 1978 *cit in* Talib et al., 2012)

A inseparabilidade é a terceira característica referida, a qual se reporta, segundo Zeithaml et al. (1996) à simultaneidade entre a prestação e a aquisição do serviço, ou seja, não se pode separar o prestador de serviço do cliente, bem como não se pode prestar o serviço dessincronizado da aquisição do mesmo. Este aspeto leva a que o prestador não possa melhorar o serviço antes de ele ser adquirido (Talib et al., 2012).

A quarta característica dos serviços é a perecibilidade. Os serviços não podem ser armazenados, salvos, revendidos ou devolvidos. Eles são desenvolvidos e consumidos no mesmo momento. Esta característica contrasta com o produto de fabrico, dado que pode ser armazenado e adquirido num outro contexto e tempo que não no momento da produção. (Dotchin & Oakland, 1994 *cit in* Talib et al., 2012)

Todas estas características fazem com que a determinação da qualidade dos serviços seja difícil, necessariamente pensada e realizada com precaução, dentro dos quais os serviços de saúde não são exceção.

Para Tuckerman (1984) a qualidade dos serviços de saúde encontra-se, por vezes, associada a uma noção de qualidade clínica, sendo que esta definição convencional necessita ser suplementada com uma definição estratégica, ou seja, eleva-se a necessidade de uma ligação entre a qualidade clínica e a qualidade enquanto estratégia de gestão. Sobressai, neste contexto, como ferramenta necessária a este processo os princípios da TQM: liderança, orientação para o cliente, *empowerment* dos colaboradores, gestão por processos, melhoria contínua da qualidade, orientação estratégica e alinhamento organizacional e desenvolvimento de parcerias, sem o seguimento dos quais dificilmente qualquer organização de saúde consegue veicular a qualidade como uma lógica integral, sustentada e duradoura. (Chakravarty, Parmar, & Ranyal, 2001)

2.2. Processo de mudança na Administração Pública Portuguesa: a importância da gestão da qualidade na transição da lógica Burocrática para a Governação do Valor Público

Assiste-se a uma nova atitude por parte da Administração Pública que se administre por princípios de gestão, que conheça as necessidades dos destinatários da sua ação, que se baseie

nas estratégias e políticas definidas pelo governo; que fixe alvos e objetivos, que pratique e se submeta a avaliações de resultados e que seja capaz de encontrar e colocar, de forma criativa, os meios ao serviço das finalidades (Carapeto & Fonseca, 2005).

No entanto este processo de mudança não se revela linear, mas sim moroso, difícil e progressivo. Para o compreendermos devemos realizar uma viagem retrospectiva pelos paradigmas anteriores: Administração Pública Tradicional/Burocrática e a Nova Gestão Pública.

A Administração Pública Tradicional deriva, para Stoker (2006), de uma perspetiva weberiana do mundo, sendo que a burocracia favorece a eficácia organizacional através de quatro características específicas. A primeira prende-se com a divisão sistemática, pelo que os funcionários são colocados numa função hierarquicamente bem definida. A segunda refere-se à estrutura das carreiras definidas, enfatizando a continuidade e a progressão a longo prazo. Em terceiro lugar, o trabalho é conduzido por regras bem delimitadas, sem arbitrariedades ou favoritismos, e de preferência aliadas a um registo escrito. Por último, a nomeação dos funcionários ocorre em função do mérito, uma vez que a repetição continuada da função faz destes peritos, controlando, por vezes, a informação, o acesso e o conhecimento na sua área específica de responsabilidade. (Moreira, Jalali, & Alves, 2008)

Contudo, segundo Stoker (2006) nos anos oitenta surgem movimentos críticos em relação a este modo de provisão de bens e serviços, defendendo que as organizações burocráticas de serviços públicos tendem a ser ineficientes quer no que se reporta à poupança de dinheiro quer na reatividade às necessidades dos consumidores, sendo uma necessidade premente no que se refere à redefinição do papel e dimensão Estado Providência em vigor até então. Emerge a Nova Gestão Pública, procurando dismantelar o modelo burocrático Weberiano e colocando enfoque na necessidade de fragmentar as estruturas monopolistas do serviço público e desenvolver incentivos e instrumentos para tornar as agências públicas mais focalizadas nos objetivos da eficiência e do serviço ao cliente, caminhando-se para a valorização da qualidade do serviço público. Defende que a obtenção de melhor desempenho seria acompanhada por sistemas de regulação e fiscalização, por forma a se verificar não só os gastos de dinheiros públicos como o fornecimento de serviços de acordo com os objetivos exigidos.(Moreira et al., 2008) Contudo, o processo de mudança não é percorrido com a mesma celeridade por todas as organizações públicas, pelo que nos podemos deparar com organizações com graus muito díspares de implementação desta lógica de qualidade. Um bom sistema sobre a ótica da Nova Gestão Pública dá liberdade aos gestores para gerirem, sendo que o sistema político apenas define os objetivos e

todo o restante sistema é conduzido por contractos definidos com base no desempenho, por objetivos e por sistemas acordados de avaliação do desempenho. (Moreira et al., 2008)

Deste modo, foi colocado em causa o modelo tradicional de Administração, surgindo uma nova orientação que colocou os cidadãos no cerne da reforma, agilizando um vasto programa de modernização para reduzir as formalidades e aumentar a transparência administrativa. Nesta fase, podemos identificar quatro características fundamentais da matriz gestonária: a) a orientação para os resultados e clientes, b) o esforço para mudar os valores e atitudes, c) a qualidade dos serviços e a procura de melhor desempenho e d) a preocupação com o pragmatismo. Há uma preocupação em reduzir os custos, quer pela desburocratização quer pela desintervenção do Estado. (Araújo, 2005) No entanto, estes processos não se apresentam lineares, revelando-se inacabados pela complexidade em que a sua implementação está imbuída.

Para Stoker (2006, o mais recente paradigma surge na década de noventa e tem como objetivo reivindicar uma maior ambição para a Administração Pública à luz dos desafios incutidos pela nova governança, ou seja, tem como propósito criar resultados públicos que sejam valorizáveis, conseguidos através da colaboração entre agências públicas e entre estas e os cidadãos. (Moreira et al., 2008).

Com esta reforma surgem preocupações mais vincadas com a qualidade dos serviços públicos: assiste-se à valorização da relação administração/cidadãos, à adoção de formas inovadoras de fornecimento de serviços públicos e à procura de maior envolvimento e participação das organizações sem fins lucrativos na implementação das políticas públicas. É neste período que se verifica um grande desenvolvimento das parcerias entre a Administração e o sector privado, em particular as parcerias com o denominado terceiro sector para a implementação das políticas sociais (Araújo, 2005). Neste período o entendimento sobre a qualidade sofreu uma mudança dado que se verifica um alinhamento com as tendências europeias, especificamente com o conceito de qualidade desenvolvido pela EFQM (*European Foundation for Quality Management*), passando a qualidade a ter em conta todos os stakeholders, designadamente os funcionários, cidadãos, gestores, parceiros, fornecedores e sociedade civil. Na última fase da reforma, nomeadamente a partir de 2002, entende-se que a qualidade depende em larga medida do esforço de reorganização interna dos serviços, sendo apenas atingível pelo estabelecimento de parcerias, por um lado, com cidadão/cliente e a sociedade em geral e, por outro lado, com os restantes serviços da Administração Pública, a qual é possível através da interoperabilidade, com

vista a dar resposta às exigências que o cidadão manifesta em termos de prazos, de comunidade e de eficiência de recursos. (Nolasco, 2004)

No entanto, a complexidade inerente aos serviços públicos e a existência de diferentes níveis de decisão, determina a necessidade de alinhamento estratégico entre os mesmos. Bouckaert & Halligan (2006) atestam que este sistema causa alguns constrangimentos que afetam a medição e gestão do desempenho das organizações públicas. No sector público é clara a existência de um nível micro, constituído por todas as organizações públicas; um nível meso, integrado por todos os departamentos e ministérios responsáveis pela definição das políticas e um nível macro, incorporado pelo poder político com o dever de governança de todo o sistema. Contudo, estes não se encontram necessariamente em harmonia e compatibilidade, pelo que um bom desempenho e funcionamento de uma organização pública nem sempre garante um bom desempenho a nível meso de definição de políticas. Deste modo, a implementação de políticas de qualidade sustentadas no setor público implica a integração, união e consolidação do nível micro no nível meso e do nível meso no nível macro.

**CAPITULO III - O SIGNIFICADO E OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO
DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

3.1. Qualidade nos Serviços de Saúde

O conceito de qualidade já percorreu um longo caminho até aos dias de hoje. A qualidade em saúde é uma responsabilidade crescente: deixa de ser uma opção e passa a ser uma obrigação das organizações. A concorrência gradual advinda do sector privado, a instrução crescente da sociedade gera aumento da exigência na qualidade do serviço prestado, bem como imposição por parte dos governos de uma correta gestão dos dinheiros públicos e diminuição dos custos associados ao serviço público de saúde, surgem como pressões para que as organizações de saúde se preocupem cada vez mais com a performance e qualidade do serviço prestado.

Esta conjuntura resulta na adoção da TQM e da melhoria contínua como estratégias utilizadas pelas organizações (Lee, Choi, Kang, Cho, & Chae, 2002).

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

O entendimento sobre a qualidade não é revestido de unanime consenso. A evolução do seu conceito tem levado à produção por parte de vários autores de diversas definições, cada uma delas refletindo uma perspetiva e abordagem distinta, específicas de um conceito que, por si só, não é estático. A sua multiplicidade de interpretações resulta de uma sociedade em constante evolução que procura adaptar o conceito de qualidade às especificidades de cada setor, como é o caso do setor da saúde. (Pisco & Biscuais, 2001)

O sector da saúde envolve importantes diferenças em relação à indústria, nomeadamente por se lidar com situações de vida e de morte, de incerteza e de risco e de assimetria de formação e informação, o que gera por vezes problemas específicos relativos à valorização na ótica do utente. No seguimento disto, muita pressão é exercida nas organizações de saúde para melhorarem a eficiência e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo subjacente razões não só de carácter económico mas também inerentes à complexidade do contexto destas organizações: coexistência de um grande número de profissionais e técnicos com formação em especialidades distintas e complementares, pela sua missão e atividade intensa numa área em constante evolução técnica e científica, pelas características difíceis de padronizar e expectativas do público-

alvo e pela complexidade dos processos que desenvolve, com o conjunto de técnicas de diagnóstico e terapêutica de dificuldade tecnológica variável, em contextos com inúmeras particularidades e incertezas. (Sousa, 2006)

Assim, definir qualidade em saúde é uma tarefa difícil, dado que esta dependerá da perspectiva de cada um dos atores que atuam nesta arena. Pisco & Bisciais (2001) colocam ênfase nesta problemática, sendo que a definição de qualidade em saúde difere de acordo com as variáveis que assumem maior importância para cada ator, seja ele doente, prestador de cuidados de saúde ou gestor. Para o doente a acessibilidade, as características relacionais do atendimento e a resolução do seu problema de saúde e consequente melhoria do seu estado de saúde são mais importantes do que a rentabilização dos investimentos, a avaliação do desempenho e a eficiência, como o são para o gestor. Por conseguinte, a obtenção de resultados clínicos é o fator mais relevante para o prestador e não para os restantes, tornando assim a questão da qualidade em saúde penosa de abordar. A integração destas três perspetivas edifica uma visão global da qualidade de um serviço de saúde, dissuadindo conflitos de interesses e abordagens erradas de gestão e avaliação dos processos. São contudo, identificadas diferentes dimensões da qualidade, como sejam a acessibilidade e a equidade, a eficiência e a efetividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais; os componentes da qualidade, com especial realce para os resultados e os processos que concorrem para a determinação dos mesmos; bem com a melhoria contínua da qualidade que surge como o objetivo primordial do sistema de qualidade e cuja existência é essencial para enquadrar o desenvolvimento na qualidade na organização.

No sector da saúde já se verifica a aplicação de sistemas de gestão da qualidade em várias organizações, nomeadamente nos hospitais. A implementação de um sistema de gestão da qualidade inicia-se pela definição dos requisitos e padrões de qualidade desejados, os quais encontram o seu fundamento na adequação às atividades da organização, a sistematização dos processos e fluxos de trabalho, identificação dos processos críticos e mensuração e avaliação a qualidade atual, quantificando o nível de desempenho e definindo indicadores para análise e interpretação de resultados, constitui a segunda etapa de implementação do sistema de gestão da qualidade. Este processo é acompanhado pela melhoria contínua que permite corrigir os erros do sistema e reduzir a variabilidade indesejada. (Pisco & Bisciais, 2001) Para que tal processo seja pautado por resultados desejados e sucesso é indubitavelmente necessário que este seja conhecido e entendido por todos os níveis organizacionais, pois são fatores chave a liderança, a cultura organizacional e o grau de capacitação dos seus membros (Wardhani et al., 2009). Em 2004 a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico identifica a dificuldade de

acesso a cuidados de saúde básicos, os erros médicos e a prestação de serviços desnecessários como as três principais áreas problemáticas relativas à qualidade dos serviços de saúde (OCDE, 2004). A falta de segurança e qualidade nas organizações de saúde, nomeadamente os hospitais, acarreta consequências sociais e financeiras muito significativas. Assim, a ocorrência de um evento adverso pode gerar aumento dos custos incorridos pela necessária utilização de recursos para reverter o dano causado, como por exemplo mais dias de internamento, mais exames complementares de diagnóstico, mais cuidados, mais terapêutica, entre outros. Mais do que estes custos financeiros, gera-se perda de confiança nas organizações e nos prestadores de cuidados, colocando em causa a relação com o doente. (Sousa, 2006) Assim sendo, os custos decorrentes da má qualidade dos serviços de saúde tende a justificar o investimento em programas de gestão da qualidade e melhoria contínua, pois estes são superiores (Carey & Stefos, 2011; Cánovas, Hernández, & Botella, 2009).

A falta de qualidade e segurança nas organizações de saúde levantam algumas questões importantes. A ocorrência de eventos adversos, seja por erro médico ou por outras razões, não só causa danos aos doentes como também tem consequências sociais e financeiras significativas (Sousa, 2006).

3.1. Evolução da qualidade nos serviços de saúde

Na área da saúde o percurso efetuado no âmbito da qualidade e segurança do doente é já relevante com início em meados da década de oitenta, mas ainda com várias dificuldades na implementação prática. Tem-se assistido à padronização dos processos de trabalho, à certificação e acreditação de serviços e unidades de saúde, à criação de departamentos de controlo de infeção hospitalar e gestão do risco, criação de departamentos de qualidade e segurança do doente, à adoção de normas de orientação clínica, todos estes esforços são efetuados com a finalidade de reduzir a variabilidade das práticas clínicas, desenvolver segurança na prestação de cuidados, reduzir os eventos adversos e, de um modo abrangente, possibilitar uma tomada de decisão baseada na melhor evidencia disponível. (Sousa, 2006) Outras medidas incluem a notificação dos eventos adversos, uso seguro do medicamento e a formação dos profissionais (DGS, 2012).

Todas estas iniciativas não fazem sentido se se descurar a última etapa do sistema de gestão da qualidade que consiste na avaliação. Através dela consegue-se dar corpo à necessária premissa da melhoria contínua, pois só avaliando as estratégias implementadas e mensurando indicadores

de qualidade se toma consciência dos resultados alcançados e dos desvios verificados aos objetivos e necessidades delimitadas inicialmente. Estes transformam-se em novos *inputs* do novo ciclo de qualidade. A capacidade de reagir estrategicamente a estas avaliações implica autonomia de decisão e liderança empenhada capaz de promover tais mudanças. Contudo, como já foi aludido anteriormente, o alinhamento entre o nível micro, meso e macro é fundamental para a exequibilidade sustentada das mesmas, carecendo-se de uma governança efetiva em função do bem público. Existem diversos instrumentos para a avaliação da qualidade, como sejam as normas de orientação clínica, inquéritos de satisfação dos utentes e profissionais, auditorias clínicas, mensuração de indicadores, processos de certificação e de acreditação. (DGS, 2012)

Os resultados da avaliação devem ser divulgados para que sejam do conhecimento de todos os atores interessados e, desta forma, conseguir-se-á reforçar a confiança, a motivação, a responsabilidade de todos (Sousa, 2006).

A visão global da qualidade depende de uma adequada avaliação de indicadores de estrutura, como sejam os recursos materiais e humanos, instalações e organização em geral; indicadores de processo, tais como a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade dos cuidados e indicadores de resultado como todos os que indicam reabilitação/recuperação do doente, controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação do utilizador com os cuidados. (Donabedian, 1997 *cit in* DGS, 2012).

3.1.1. Práticas e estratégias internacionais na área da Qualidade em Saúde

Tem-se assistido um pouco por todo o mundo a um esforço no sentido de implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Uns modelos são mais vocacionados para a avaliação interna e para o desempenho profissional (auditorias clínicas, normas de orientação clínica, EFQM) e outros para a avaliação externa dos cuidados prestados (acreditação e certificação).

O processo de acreditação visa promover o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua e consolidar, mais rapidamente, a cultura de qualidade integral no interior dos serviços. Por outro lado, o reconhecimento público advindo da acreditação, no sentido de práticas de maior qualidade, desenvolve no cidadão um sentimento de maior confiança naquela entidade de saúde e nos cuidadosa que presta (DGS, 2011). Este processo é efetuado por um órgão

reconhecido com a finalidade de avaliar e legitimar que uma dada instituição de saúde ou serviço cumpre os padrões definidos, padrões estes previamente determinados e conhecidos. A atribuição da certificação é realizada após uma avaliação periódica *in loco* por uma equipa de avaliadores. Esta é realizada periodicamente, cada dois ou três anos, no sentido de aferir o cumprimento das melhorias sugeridas. O processo é, geralmente, voluntário e os padrões assumidos pelas entidades são desenvolvidos por um conjunto de especialistas internacionais, que os publicam, analisam e revêm periodicamente de forma a acompanharem o progresso do conhecimento, dos avanços tecnológicos e terapêuticos e das mudanças nas políticas de saúde (Rooney & Ostenberg, 1999).

O conjunto de critérios definidos depende do modelo de acreditação adotado. Ao nível das instituições de saúde existem três modelos usados mais frequentemente: da *King's Fund Health Quality Service*, da *Joint Commission International* (JCI) e da Agencia de Saúde para a Qualidade da Andaluzia (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía-ACSA).

A *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* foi criada em 1951, criando um programa com um conjunto de normas para avaliar as instituições. A sua expansão e o reconhecimento a nível mundial foram rápidos e em 1987 mudou de nome para *Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations* com a finalidade de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados, criando um conjunto de normas que visam acreditar organizações de saúde e certificar serviços através de avaliações e verificação *in loco* de evidências que comprovem as normas definidas. Contudo, estes critérios apresentavam-se específicos para aplicação à conjuntura do país onde foram desenvolvidos, pelo que em 1994 cria-se a *Joint Commission International* (JCI), de modo a se adequar as normas às políticas públicas e conjuntura de cada país que se candidata ao processo de acreditação. Estas normas são reconhecidas internacionalmente e aplicáveis a qualquer instituição, serviço ou departamento. Estas são divididas em dois grupos de padrões:

- | | |
|--|--|
| Padrões com foco no doente: | -Gestão do medicamento do doente, |
| - Segurança do doente, | - Educação do doente e família. |
| - Acesso e avaliação do doente, | |
| -Direitos e responsabilidades do doente, | • Padrões com foco na gestão da |
| -Continuidade da prestação de cuidados | instituição: |
| ao utente, | |

- Melhoria da qualidade e segurança do doente,
 - Prevenção e controlo de infeção,
 - Gestão e segurança do ambiente,
 - Formação e qualificação profissional,
 - Administração e liderança,
 - Gestão da comunicação e informação.
- (Joint Commission International, n.d.)

Para ganhar o Selo de Ouro, a organização deve ser submetida a um exame *in loco* por uma equipa de peritos pelo menos a cada três anos (Boto, Costa, & Lopes, 2008).

A candidatura é efetuada pela organização de saúde, após a qual é realizada uma visita diagnóstica pela comissão de peritos da JCI, no sentido de aferir a viabilidade de se iniciar o processo de acreditação. Após esta visita são recomendadas algumas alterações e é realizada uma nova visita para se tomar a decisão final de sustentabilidade da acreditação ou não. Após esta decisão, a instituição inicia um processo de mudança e será novamente visitadas pelos peritos da JCI com o intuito de colher evidências dos indicadores associados a cada padrão. (Joint Commission International, n.d.)

O **King's Fund** é uma organização inglesa, sem fins lucrativos, fundada há cerca de 100 anos (em 1989) para promover melhores cuidados de saúde no Reino Unido, através da promoção de boas práticas nas organizações de saúde. A criação do departamento *Health Quality Service* direcionou a sua missão no apoio a prestadores de cuidados no sentido de melhorar a qualidade dos mesmos, através de avaliação independente e acreditação. Em 2005 a HQS tornou-se parte da CHKS, pela sua *Health Accreditation and Quality Unit*, acreditando não só unidades hospitalares mas também lares, prestadores de cuidados de saúde primários, não só no Reino Unido mas também internacionalmente. (Boto et al., 2008)

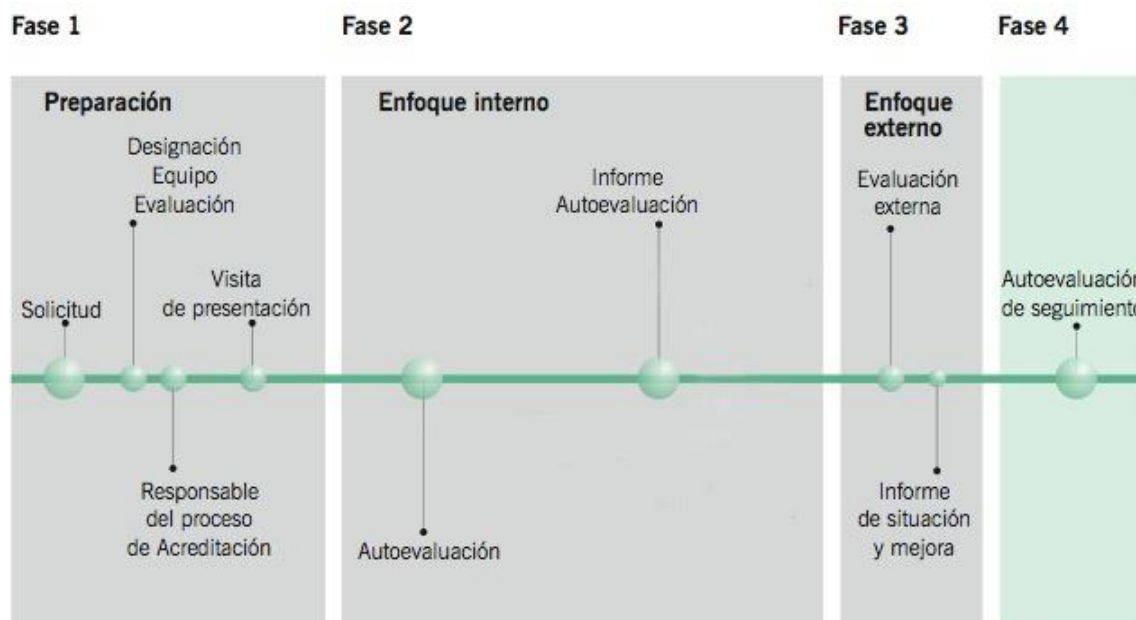
No que se refere ao conteúdo, o processo de acreditação pela *Health Accreditation and Quality Unit*, cobre um vasto conjunto de áreas, destacando-se: Governação Administrativa e Clínica, Gestão Operacional, Experiência do utente, Percurso do utente, Serviços Clínicos e Serviços Cirúrgicos (CHKS, 2014).

Cada uma das normas aborda uma área de trabalho ou atividade desenvolvida pelo hospital e é composta por enunciados de critérios. Estes estão concebidos de modo a serem mensuráveis através de processos de autoavaliação e levantamento de dados, flexíveis e aplicáveis em hospitais de qualquer dimensão e com todo o tipo de composição.

Dentro de cada área existem padrões gerais e critérios específicos estando estes centrados sobretudo em aspetos estruturais e processuais (Boto et al., 2008).

A **Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía (ACSA)** é uma organização do Ministério da Saúde e Políticas Sociais da Andaluzia que apoia a Fundação de Saúde Pública e Progresso de Andaluzia. Esta fornece estratégias para busca da excelência na prestação de cuidados a nível nacional e internacional.

Figura 1: Fases do processo de acreditação ACSA



Fonte: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/certificacion/centros-y-unidades-sanitarias/-en-que-consiste-la-certificacion/>

Figura 1: Fases do processo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía

O pedido para se iniciar o processo de certificação é realizado via eletrónica, através de um formulário disponível na página da internet da agência. Após este pedido ocorre a designação de uma equipa de avaliação, seguindo-se o agendamento de uma visita de apresentação. Segue-se um processo de avaliação interna e externa e um conjunto de recomendações de melhoria. A atribuição da acreditação tem uma validade de 5 anos, após os quais a instituição é novamente submetida a todo o processo de verificação do cumprimento das normas definidas.(ACSA, 2013) Este modelo desenvolve-se com base em cinco áreas: o cidadão (centro do sistema), a organização da atividade centrada no utente, o desenvolvimento profissional, os processos de suporte e os sistemas da qualidade e informação e os resultados dos processos chave (DGS, 2012).

O modelo de acreditação ACSA, foi aprovado como Modelo Oficial de Acreditação em Saúde em 2009 por despacho ministerial (despacho 69/2009), entidade esta com quem a Direção-Geral de Saúde (DGS) formalizou protocolo de cooperação (DGS, 2012).

A **certificação** é um processo através do qual um profissional individual ou uma instituição é reconhecida como cumprindo os requisitos predefinidos. Este processo é efetuado por uma entidade reconhecida, podendo ser governamental ou não governamental. Por vezes confundem-se os dois processos: acreditação e certificação. Contudo, a acreditação é atribuída a instituições enquanto a certificação pode ser reconhecida a profissionais individuais e/ou a serviços e instituições. (Rooney & Ostenberg, 1999) Os padrões de certificação mais comumente utilizados são as normas ISO 9000 (9001 define requisitos e 9004 define *guidelines*). *International Organization for Standardization (ISO)* é uma federação internacional de órgãos nacionais de mais de 90 países com sede em Genebra (Suíça), e cuja as primeiras medidas *standards* foram emanadas em 1987. Estes foram mais tarde revistas em 1994 e em 2000. São medidas genéricas com a possibilidade de aplicação a organizações de pequena ou grande dimensão, indústrias de produtos ou de serviços de qualquer setor de atividade e de qualquer natureza (pública ou privada). A finalidade destes *standards*, internacionalmente reconhecidas e consensuais, é garantir o desenvolvimento da performance organizacional e financeira, com foco específico na gestão da qualidade, no controlo dos processos e em técnicas que asseguram a qualidade com vista ao alcance dos resultados pretendidos e prevenindo a insatisfação no desempenho e as não conformidades. (Heuvel, Koning, Bogers, Berg, & Dijen, 2005)

As vantagens de aplicação deste modelo de certificação prendem-se com o desenvolvimento de confiança por parte do cidadão, uma vez que o trabalho é desenvolvido segundo normas internacionalmente reconhecidas, bem como a redução dos custos que advém da resolução dos processos de não conformidades (Heuvel et al., 2005).

A EFQM foi criada em 1989 com o intuito de um conjunto de especialistas desenvolverem normas que visavam aumentar a competitividade das empresas europeias. Estas desenharam-se de uma forma holística de modo a serem aplicáveis a qualquer organização, independentemente da dimensão ou setor de atividade. O modelo criado foi usado pela primeira vez para apoiar a avaliação das organizações do *European Quality Award*, em 1992.

A **EFQM** é uma fundação independente sem fins lucrativos empenhada em apoiar os seus membros no caminho rumo à excelência. O modelo de excelência da EFQM é um quadro padrão não prescritivo. Este tem sido um modelo que permite às organizações desenvolver uma cultura de excelência, boas práticas, fomentar a inovação e melhorar os seus resultados. As organizações tornam-se mais atentas às necessidades dos seus *stakeholders*. Estes aprendem a aprender, a inovar e a melhorar o seu desempenho global. Os líderes desenvolvem as suas habilidades para tomar decisões informadas e para entender a direção

das estratégias e muitas destas organizações funcionam como exemplo para outras, gerando uma redução significativa do desperdício, maior eficiência económica e melhoria das relações sociais. (EFQM, n.d.)

Saliente-se que apenas descrevemos um conjunto de instrumentos que podem ser utilizados em qualquer organização como adjuvante da implementação da lógica da qualidade. No entanto, estes não se preveem prescritivos do caminho a seguir para alcançar resultados sustentados e duradouros. Importa que a organização incorpore esta premissa, valorizando sempre a aprendizagem da própria organização e a capacidade de sustentar as mudanças operadas ao longo do tempo.

O modelo EFQM é constituído por oito conceitos, sendo cada um deles importante por si mesmo, mas o benefício máximo da sua adoção consegue-se quando a organização os íntegros na totalidade na sua cultura. Cada um dos critérios apresenta o modo como a organização deve proceder para atingir a excelência. (EFQM, n.d.)

Destaque-se que os critérios usados por este modelo seguem, na sua maioria, os princípios da TQM já abordados anteriormente, mais especificamente: orientação para o cliente, aposta na melhoria contínua, *empowerment* dos colaboradores e o desenvolvimento de parcerias. A lógica TQM é considerada como uma opção estratégica para a implementação da qualidade, pelo que estes instrumentos, assentes nestes princípios, são ferramentas essenciais de apoio no caminho da qualidade.

O modelo da EFQM é baseado nos conceitos anteriormente apresentados e ajuda as organizações a avaliarem o seu grau de excelência e a alcançarem melhorias do seu desempenho no âmbito da gestão da qualidade total. Define um conjunto de 9 critérios e 32 subcritérios divididos em duas subcategorias: Meios, que representam a forma como as organizações realizam as suas atividades e Resultados, que representam a forma como estes estão a ser alcançados. A metodologia deste modelo tem por base a auto-avaliação e uma lógica RADAR (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Review*). Assim, as organizações têm de definir prioridades e os resultados que pretendem alcançar e em função desses objetivos planeiam as abordagens que necessitam desenvolver de forma sistemática; e por fim, revêm todo esse processo, monitorizando os resultados e planeando melhorias onde necessário. Para fazerem a sua auto-avaliação, as organizações preenchem um questionário proposto pelo modelo, no qual identificam os seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria para cada subcritério e atribuem uma pontuação de acordo com a matriz RADAR.

Agrupando os valores, definem a pontuação para cada critério e, por sua vez, quantificam a pontuação que expressa o nível de excelência no momento. (EFQM, n.d.)

A lógica dos instrumentos mencionados reveste-se de um trabalho organizacional de consciencialização e de mudança nos processos de prestação de serviços e na tomada de decisão. Deste modo, o trabalho a elaborar será inteiramente da responsabilidade organizacional, sendo as ferramentas apresentadas um fio condutor para esse processo. Assim, os procedimentos de autoavaliação inerentes aos instrumentos apresentados preconizam que a própria organização avalie o seu trabalho e, após os resultados encontrados, inicie um processo de melhoria que encerra com uma nova avaliação. Este trabalho continuado exige uma liderança empenhada e um alinhamento em todos os níveis intra organizacionais e supra organizacionais, reportando-nos esta questão para a necessidade de coerência e aplicabilidade das políticas definidas pelo poder político, ou seja, de integração entre os níveis macro, meso e micro.

As **Auditorias Clínicas** constituem-se como uma atividade pedagógica, de auxílio à prática médica e de consolidação do conhecimento sobre o efetivo desempenho, reconhecendo desvios de práticas documentadas em normas clínicas e desenvolvendo meios de prevenir esses desvios. As auditorias clínicas têm um plano que é elaborado pelas equipas de trabalho, percorrendo as seguintes etapas: elaboração de uma grelha de verificação de conformidades a auditar (exigindo-se o parecer dos peritos autores das normas clínicas), realização de testes de validação da grelha de verificação em contexto real, elaboração da grelha final de verificação e aplicação da grelha de verificação em instituições de saúde para se realizar uma avaliação teste. (DGS, 2013)

As auditorias clínicas são realizadas por profissionais da área que se está a auditar, com a finalidade de avaliar o cumprimento das normas clínicas e analisar a conformidade existente entre as instituições de saúde. De um modo geral permite colher evidências do cumprimento das normas pelos profissionais/instituições. Os relatórios das auditorias clínicas são dados a conhecer à própria instituição auditada de forma a promover a consciencialização do trabalho efetuado e das melhorias necessárias a implementar. (DGS, 2013)

As **normas de orientação clínica** (NOCs) constituem um conjunto de recomendações clínicas, destinando-se a apoiar o profissional de saúde, o doente e o sistema na tomada de decisão acerca do cuidado de saúde. Estas são desenvolvidas de forma sistematizada. Para os profissionais constituem um documento de acesso fácil com informação sobre a patologia, reforçando a qualidade da decisão pois evidenciam indicações claras, servem de referências

para programas de qualidade em saúde assim como de referência para a melhoria da prática clínica. Para os doentes, estas normas podem sustentar a sua educação para a saúde. Finalmente, para o sistema permite a evidência científica de boa qualidade, servindo como alavanca para a melhoria da eficiência dos serviços, para o estabelecimento de *standards* comparativos dos cuidados e uma otimização dos recursos, evitando desperdícios. (Roque, Carneiro, & Bugalho, 2007)

O processo de criação das NOCs é complexo, requer experiência e capacidades técnico-científicas, quer na sua delimitação quer na sua implementação. Este inclui o levantamento das necessidades, o desenvolvimento específico, a implementação, a avaliação e as revisões periódicas. Em alguns países que se encontram mais desenvolvidos na aplicação das NOCs, como os EUA, Reino Unido, Canadá e Nova Zelândia, existem entidades que regulamentam e averiguam a qualidade destas normas. Em Portugal, o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa tem desenvolvido várias normas, sob a forma de documentos, algoritmos, protocolos, livros de texto, boletins e manuais, com o rigor exigido pelos organismos internacionais, pretendendo promover a excelência do exercício clínico dos profissionais de saúde, através da disponibilização de recomendações estruturadas com utilidade essencialmente prática. (Roque et al., 2007)

Contudo, como já anotamos anteriormente algumas políticas encontram-se desenvolvidas mas sem alinhamento com o nível micro, pois a sua implementação nas organizações públicas continua a ser morosa e de imbuída de dificuldades.

As NOC's e as auditorias clínicas são instrumentos de índole mais prática, com reflexo na prestação de cuidados diretos e nos processos de prestação de cuidados, pelo que a sua implementação pode decorrer de esforços dos funcionários da organização, pois a sua elaboração permitirá agilizar a prestação de serviços e uma tomada de decisão uniforme e fundamentada. Por sua vez os processos de certificação e acreditação implicam a presença de entidades externas que procedem à avaliação do cumprimento dos requisitos definidos por cada uma delas, constituindo-se processos iniciados, frequentemente, por decisão das administrações das organizações de saúde. Contudo, lembre-se que estes mecanismos se encontram dependentes da governação e das estratégias que esta define como prioritárias, e se estas não forem definidas de forma estrategicamente alinhada com as necessidades a nível micro pode traduzir-se em inaplicabilidade na prática.

3.1.2. A política de qualidade no serviço nacional e saúde em Portugal: evolução histórica

O desenvolvimento da qualidade em saúde assume um percurso no sentido progressivo, embora com algumas oscilações, mas com um crescimento mais evidente nos últimos 4 anos. Os trabalhos efetuados neste âmbito remontam já ao ano de 1985 com a criação da Escola Nacional de Saúde e com a realização de diversas formações, quer no âmbito dos cuidados de saúde primários quer a nível hospitalar, com a finalidade de disseminação e divulgação dos principais conceitos e metodologias da qualidade (Pisco & Bisciais, 2001).

Em 1993 foi criada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, entidade esta responsável pela dinamização de vários projetos de avaliação e garantia de qualidade no âmbito nacional e regional. Em 1996-1997 assiste-se a uma mudança significativa neste contexto uma vez que o Ministério da Saúde (MS) assume a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental. Em 1999 são criados importantes organismos: Conselho Nacional da Qualidade, um órgão de consulta do MS que elabora recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema de qualidade em saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), criado pela portaria nº288/99 de 27 de Abril, ao qual compete a criação de normas, estratégias e procedimentos que contribuam para a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde. (Pisco & Bisciais, 2001)

Apesar de todas estas iniciativas de disseminação de informação e tentativa de implementação de estratégias de qualidade e melhoria contínua, a transposição destes objetivos para o contexto das organizações de saúde tem sido muito difícil. (Crisp et al., 2014)

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) foi criada em 2003 pelo Decreto-Lei nº 309/2003, com a missão de supervisionar a atividade das unidades de saúde, mais especificamente no cumprimento das suas obrigações legais relativas a requisitos de qualidade, acesso, segurança e direitos dos utentes. Resultado de reformas estruturais no MS, em 2006 as responsabilidades do Instituto de Qualidade em Saúde, abolido pelo Decreto-Lei nº 212/2006, passam a ser integradas na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), entidade esta da responsabilidade da DGS. Tem como missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do MS e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com

as Administrações Regionais de Saúde, I. P., no domínio da contratação da prestação de cuidados. (Diário da República, 2014)

O IQS, apesar de extinto em 2006, teve um papel preponderante no desenvolvimento de projetos de referência no âmbito da qualidade em saúde, dos quais se destaca:

- Monitorização da qualidade organizacional nos centros de saúde (MoniQuor Cs) aplicada em 1999 pela primeira vez, instrumento este que visa a avaliação e monitorização da qualidade organizacional nos centros de saúde e consiste num conjunto de 163 critérios, distribuídos por seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos); (Pisco & Bisciais, 2001)

- Qualidade Organizacional Hospitalar: Protocolo IQS/*King's Fund Health Quality Services* (KFHQs): em 1999 foi celebrado um protocolo de colaboração entre o MS e o KFHQs no sentido da implementação de um sistema de acreditação das unidades de saúde, modelo este já anteriormente abordado. O primeiro hospital foi acreditado por este modelo em 2001 e hoje já existem 13 hospitais. (Pisco & Bisciais, 2001) Contudo, em 2004, foi selecionado um outro modelo de acreditação, o modelo da JCI, o qual não teve grande adesão. Em 2009, com a necessidade de se adequar os processos de acreditação à cultura e necessidades específicas do sistema de saúde, a DGS celebra contrato com a ACSA, selecionando este modelo como o mais adequado à realidade do SNS. (DGS, 2012). Denota-se a inexistência de um fio condutor na definição de políticas e a dificuldade na manutenção das políticas de qualidade definidas, o que poderá traduzir-se em dificuldades na implementação das mesmas dada a morosidade que estes processos exigem para implementação prática a nível das organizações de saúde.

- Projetos de melhoria contínua;
- Manual da qualidade na admissão e encaminhamento, projeto este que visa melhorar os procedimentos no âmbito do atendimento e circuitos dos utentes nas instituições de saúde;
- Avaliação da satisfação dos utentes;
- Avaliação da satisfação dos profissionais;
- Avaliação da qualidade da gestão (Quali gest), projeto que visa a avaliação da qualidade da gestão e da excelência organizacional, baseado nos princípios do modelo EFQM. (Pisco & Bisciais, 2001)

Compreende-se já a existência de várias ferramentas para auxílio da aplicação da qualidade nas organizações de saúde. Contudo, interessa refletir sobre as dificuldades de aplicabilidade

das mesmas em contextos práticos. No PNS 2012-2016 destaca-se como ameaça ao desenvolvimento da qualidade em saúde a nível organizacional a insensibilidade para os processos de melhoria da qualidade, que requerem envolvimento da liderança, dos profissionais e dos cidadãos/utentes; a articulação entre os sistemas de informação, a organização dos serviços e as atividades de formação e investigação. Por outro lado, a nível da decisão política emerge a falta de uma estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar de forma regular as orientações e recomendações técnicas e científicas, ou seja, a inexistência de uma estrutura externa com capacidade efetiva e atividade sistemática de supervisão e regulação das diretrizes definidas. (DGS, 2012)

Em 2009 o Ministério da Saúde cria o Departamento da Qualidade na Saúde, portaria 155/2009, com a competência da coordenar a estratégia nacional para a qualidade em saúde, os programas de promoção da segurança dos doentes e a qualificação das unidades de saúde. É também do seu âmbito de atividade a vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada de doença, da coordenação de fluxos e mobilidade internacional de doentes, da gestão dos sistemas de perceção de qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde. (DGS, 2012)

Outras instituições, sob tutela do MS e que desenvolvem atividades complementares na área da qualidade em saúde:

- Autoridade Nacional do Medicamento e produtos de saúde, I.P. (Infarmed), a qual assegura a segurança e qualidade dos medicamentos de uso Humano e produtos de saúde;
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P., que garante a qualidade a nível laboratorial;
- Instituto Português do Sangue e da transplantação, I.P., que garante a qualidade e segurança das dádivas, colheitas, análises, processamento, armazenamento e distribuição de componentes sanguíneos, órgãos, tecidos e células de origem humana, bem como a disponibilidade e acessibilidade a toda a medicina transfusional;
- Estruturas de Gestão Integradas: Horizontais (Centros Hospitalares entre os hospitais, ACES entre os centros de saúde), estruturas estas que visam economia de escala e maior poder de mercado; Verticais: Unidades Locais de Saúde, que englobam cuidados primários e cuidados hospitalares. (DGS, 2012)

Apesar da existência de uma estrutura complexa de instituições com tutela do MS e de um trabalho significativo no desenvolvimento de ferramentas de auxílio à implementação da qualidade nas organizações de saúde, a realidade percebida é ainda: longos tempos de espera, ineficiência, baixa produtividade, baixa satisfação dos utentes e profissionais de saúde (Kanji & Moura e Sá, 2003). Os mesmos autores atestam que a TQM tem sido considerada como solução potencial no desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde. Contudo, o efeito da sua implementação nem sempre produz os resultados que se expectavam. Importa, deste modo, refletir sobre os desafios e as ameaças à implementação da qualidade no sentido de os prevenir e evitar.

3.2. Implementação dos sistemas de qualidade nos serviços de saúde: desafios

A implementação de um programa de qualidade é um processo a longo prazo. A estratégia de implementação inicia-se com o estabelecimento da cultura certa e da consciencialização por parte de toda a organização da mudança proposta, seguindo-se a busca de informação sobre a situação atual da organização, a aceitação da necessidade dessa mudança e sua adoção na prática. (Jonge et al., 2011)

É genericamente aceite que as instituições de saúde têm sofrido uma crescente pressão de responsabilização pela qualidade dos serviços prestados (Glickman et al., 2007). Recorde-se os contratos programa que as instituições de saúde hospitalares E.P.E. (Entidade pública empresarial) e as SA (Sociedades anónimas) estabelecem com a ACSS: a administração central define um conjunto de indicadores e metas a serem alcançados por estas organizações e, consoante o seu desempenho, será efetuado o financiamento das mesmas. Esta é uma estratégia que permite a inclusão de objetivos de qualidade, associados a incentivos ou penalizações, possibilitando uma forte responsabilização da organização pela qualidade em saúde. (DGS, 2012)

Os contratos programa de 2014 definem que 60% dos objetivos são comuns e 40% são organizacionais e regionais. Dos objetivos comuns denota-se que 25% é destinado a indicadores de índole assistencial, 15% a indicadores de acessos e 20% a indicadores financeiros. (ACSS, 2013) Estes são maioritariamente indicadores de resultado e processos, não se verificando nos indicadores comuns a existência de indicadores de estrutura. Infere-se desta constatação que os contratos programas podem ser limitadores e pouco abrangentes no que à mensuração de indicadores de qualidade diz respeito. Embora numa conjuntura em que a

dimensão clínica é essencial, há a necessidade de equilibrar com indicadores de qualidade mais abrangentes, incluindo todas dimensões da TQM, considerada fundamental para a implementação de uma política de qualidade sustentada e duradoura.

Contudo, os hospitais, a nível micro, enfrentam desafios significativos na implementação de iniciativas da qualidade relacionadas com a identificação das prioridades, com o desenvolvimento de processos sustentáveis e a identificação do quadro adequado para a implementação bem-sucedida de iniciativas de melhoria da qualidade, ou seja, denota-se dificuldade em definir modelos de ação e aplicabilidade de todas as ferramentas disponíveis nos contextos organizacionais (Glickman et al., 2007). Porventura esta dificuldade em agilizar na prática dos contextos organizacionais as ferramentas e orientações disponíveis se concretize pela inexistência a nível da decisão política de uma “estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar de forma extensa e sistemática orientações e recomendações técnico-científicas” (DGS, 2012, p.10). No mesmo documento são descritas como ameaças ao desenvolvimento da qualidade em saúde ao nível da decisão política a visão punitiva do erro e da falta de qualidade, que gera desincentivo das iniciativas dos profissionais; a dificuldade em libertar recursos decorrentes do incentivo da qualidade, não proporcionando evidência sobre o retorno atribuível à melhoria e ou valor do incentivo; inexistência de visão a longo prazo e duração do mandato (ciclo político) insuficiente em tempo para ganho de eficiência decorrente das políticas e a falta de articulação de políticas referentes aos sistemas de informação, contratualização e incentivos, investimento em recursos, prossecução dos cuidados, formação e investigação em torno da promoção da qualidade.

Acrescenta como barreiras à implementação da qualidade nas instituições de saúde Gautam (2005) a falta de conhecimentos dos prestadores de cuidados, a comunicação ineficiente entre os gestores e os prestadores de cuidados (troca de informação fragmentada) e os investimentos ineficientes em estruturas desnecessárias. (Glickman et al., 2007)

As restrições financeiras e a ausência de uma liderança motivada, que é condição preponderante para a participação bem sucedida dos colaboradores, são comumente apontados como barreiras à implementação da qualidade. Num estudo desenvolvido nos Estados Unidos sobre a implementação dos sistemas de qualidade em hospitais, três dos vinte incluídos assumem não cumprir a implementação de políticas de qualidade devido a problemas financeiros. (Berwick, Godfrey & Roessner, 1990 *cit in* Jonge et al., 2011)) O mesmo estudo revela que a resistência à mudança é frequentemente observada na área da saúde quando se pretende a implementação de novas mudanças ou políticas nas organizações, bem como a percepção de aumento dos esforços associados à execução das políticas de qualidade.

O desalinhamento de incentivos financeiros criou uma barreira à adoção de práticas de qualidade e muitos gestores hospitalares mostram-se céticos em relação ao retorno financeiro do investimento efetuado na implementação de sistemas de qualidade (Gautam, 2005 *cit in* Glickman et al., 2007). Contudo, Wardhani et al. (2009) defendem que as falhas de implementação dos sistemas de gestão da qualidade não se prendem com as diferenças no conceito e cultura da organização, mas com a sua inadequada implementação. É necessário uma mudança na filosofia e tecnologia da organização, na forma como se faz o trabalho, na forma como os processos de prestação de serviços são realizados. Para além da componente cultural e tecnológica é também necessário uma mudança política, ou seja, é necessária uma mudança nos processos de tomada de decisão e de poder, dado que a implementação da qualidade dificilmente se coaduna com estruturas hierarquicamente definidas e centralizadas.

Contudo, as dificuldades não são apenas veiculadas a nível organizacional. Existem desde alguns anos em Portugal uma estratégia nacional para assegurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, a qual passa por uma componente de acreditação, e mais recentemente, pela implementação de linhas de orientação baseadas na evidência e por um sistema de reporte de acontecimentos adversos. Contudo, a transposição destes objetivos nacionais para os contextos locais das organizações de saúde tem sido pautado de grande dificuldade, encontrando o seu fundamento na existência de três sistemas diferentes de acreditação em vigor, em diversificados métodos de recolha da informação sobre os acontecimentos adversos, na aparente inexistência de dispositivos que permitam a verificação da implementação das normas de orientação clínica definidas, bem como da inexistência de incentivos para atestar a sua implementação e de penalização por ausência das mesmas. Torna-se, deste modo, difícil obter uma definição clara de qualidade em Portugal. (Crisp et al., 2014)

Constata-se que o sucesso de melhorias sustentáveis exige mudanças adequadas aos distintos níveis dentro de um sistema de saúde: desde a consulta do doente até aos processos organizacionais e às políticas nacionais, pelo que não valerá a pena iniciar uma determinada melhorias nos cuidados a realizar a um determinado doente por uma equipa clínica (exemplo: tratá-lo no domicílio e não no hospital), a menos que os modelos de organização e os meios financeiros sejam também alterados para permitir que tal ocorra. Segundo Berwick (2002) *cit in* Crisp et al. (2014) é necessária a coordenação de esforços em todo o sistema, funcionando a quatro níveis: na experiência do doente, no interior do próprio serviço, no interior de organização e no interior de todo o ambiente de cuidados de saúde em sentido lato, incluindo os contextos de financiamento, regulação, acreditação, educação e política social. A melhoria

da qualidade exige uma atuação em todo o sistema, implicando clareza quanto aos objetivos a atingir e o domínio dos métodos para os alcançar.

Note-se que a deficiente qualidade dos cuidados de saúde não se traduz em prejuízo apenas para o doente, pois, por exemplo, análises ou exames que não são realizados com qualidade num primeiro momento têm que ser repetidos; fazer os utentes esperar para serem atendidos implica custos, dado que para além de provocar maior sofrimento pode exigir cuidados de saúde adicionais por problemas de saúde agudos que se podem tornar crónicos; a má coordenação entre os profissionais de saúde gera custos; os doentes que desenvolvem úlceras de pressão ou infeções hospitalares receberam possivelmente cuidados de saúde deficientes e requerem mais meios do que os doentes tratados corretamente. Conclui-se que nem só a qualidade gera custos, a não qualidade também acarreta automaticamente um aumento da despesa. (Crisp et al., 2014). Um estudo realizado nos EUA revelou que cerca de 30 a 40% da despesa nacional com os cuidados de saúde é referente a desperdício. Em Portugal ainda não se efetivou uma investigação do género que monitorizasse o custo do desperdício, mas segundo Crisp et al. (2014) este estudo poderá sugerir que existe muito desperdício que conseguirá ser eliminado em três das categorias identificadas: tratamentos em excesso, deficiências na coordenação e deficiências na prestação de cuidados de saúde.

No seguinte quadro enumera-se as principais dificuldades/ ameaças ao desenvolvimento da qualidade em saúde, bem como os autores que as referenciaram como relevantes neste processo:

Quadro 4: Dificuldades/ameaças à implementação da qualidade

Componente	Descrição	Autores
Falta de conhecimento	Colaboradores das organizações com ausência de conhecimentos sobre qualidade em saúde, sobre as políticas e estratégias nacionais e organizacionais, limitando a sua compreensão e envolvimento nas estratégias organizacionais da qualidade.	Gutman (2005) <i>cit in</i> Glickman et al. (2007); Theodorakioglou & Tsiotras (2010);
Comunicação ineficiente	Processo de difusão de informação entre gestores e prestadores de cuidados ineficiente, realizando-se de forma fragmentada, o que o que complexifica o desenvolvimento de um clima de colaboração e corporativismo entre os	Gutman (2005) <i>cit in</i> Glickman et al. (2007); Shortell et al. (1995) <i>cit in</i> Zabada, Rivers, & Munchus (2010); Theodorakioglou &

	diferentes grupos profissionais.	Tsiotras (2010); Kanji & Moura e Sá (2003); Wardhani et al. (2009)
Restrições financeiras	Conjuntura mundial e nacional de crise económica, de restrições orçamentais, de corte de desperdício e de limitação de financiamento das organizações públicas. Os processos de desenvolvimento da qualidade acarretam custos, por vezes de grande dimensão, que as organizações podem ter dificuldade em suportar.	Berwick, Godfrey & Roessner (1990) <i>cit in</i> Jonge et al. (2011);Theodorakioglou & Tsiotras (2010)
Resistência à mudança	Todos os processos de mudança geram resistência. Contudo, os grupos profissionais que desempenham funções nas organizações de saúde são mais propensos a este fenómeno.	Berwick, Godfrey & Roessner, 1990 <i>cit in</i> Jonge et al. (2011); Shortell et al. (1995) <i>cit in</i> Zabada et al. (2010); Boerstler et al. (1996) <i>cit in</i> Lim & Tang (2008)
Aumento de trabalho	Processos de melhoria contínua da qualidade exigentes em tempo e associados a aumento de burocracia e à falta de adequação ao contexto da prestação de cuidados.	DGS (2012); Berwick, Godfrey & Roessner (1990) <i>cit in</i> Jonge et al. (2011)
Inexistência de estruturas de supervisão e regulação	Ausência de uma estrutura formal sob alçada do ministério da saúde com funções de supervisão e regulação da implementação/cumprimento das recomendações e normativos técnico-científicos definidos pelo poder político.	(DGS, 2012); (Crisp et al., 2014)
Inexistência de liderança motivada	Falta de motivação por parte da liderança para o desenvolvimento da qualidade em saúde, o que se traduz em iniciativas fragmentadas sem sustentabilidade e durabilidade no tempo.	Berwick, Godfrey & Roessner, 1990 <i>cit in</i> Jonge et al. (2011);Shortell et al. (1995) <i>cit in</i> Zabada et al. (2010) DGS (2012); Theodorakioglou & Tsiotras

		(2010); Lim & Tang (2008); Wardhani et al. (2009)
Falta de visão a longo prazo	Mandato (ciclos político) limitado no tempo para a obtenção de ganhos de eficiência decorrentes das políticas de qualidade pelo que a definição de estratégias engloba uma visão a curto-prazo.	DGS (2012); Geber (1992) <i>cit in</i> Lim & Tang (2008)
Estrutura de decisão burocratizada e hierarquizada	Modelo de decisão centrado na administração da organização. Processos de tomada de decisão lentos e burocratizados.	Shortell et al. (1995) <i>cit in</i> Zabada et al. (2010) DGS (2012); Wardhani et al. (2009)

As dificuldades narradas no quadro anterior constituem uma ferramenta poderosa para as administrações das organizações de saúde na implementação da qualidade, no sentido em que alerta os gestores para a necessidade de controlar estas ameaças se pretendem o desenvolvimento de uma política de qualidade com propósito a longo prazo e sustentável no cerne da organização.

CAPITULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1. Estratégia de investigação

O presente estudo consistiu na realização de entrevistas semi estruturadas a colaboradores do CHBV-Unidade de Aveiro de três níveis organizacionais distintos: administração, elementos da comissão da QSD e prestadores de cuidados, com a finalidade de perceber qual o nível de implementação da qualidade em que se encontra a referida organização, quais os desafios e potencialidades internos à instituição no momento atual e quais são as potencialidades/constrangimentos a nível supra organizacional (de governança de centros hospitalares) para a implementação/continuidade destes processos. As entrevistas foram gravadas em modo áudio e posteriormente transcritas para processador de texto Word. Recorreu-se ao programa Atlas/ti 5.0 para auxílio na análise das mesmas.

Pretende-se nesta investigação a compreensão do fenómeno como um todo, por forma a abarcar a teia de relações sociais e culturais que se estabelece no interior da organização de saúde em estudo. (Godoy, 1995) Deste modo, elegeu-se o estudo de carácter qualitativo como o mais adequado perante os objetivos definidos para esta investigação, pois pretende-se compreender a realidade, explorar significados e percepções, produzir inferências através do método indutivo dos dados colhidos e construir uma narrativa (com descrições ou tipologias) que expresse a forma como a questão/problema é visto e entendido (Zhang & Wildemuth, 2005). Neste tipo de estudo os investigadores procuram compreender os fenômenos em estudo através das perspectivas dos entrevistados. (Godoy, 1995)

A estratégia de investigação selecionada insere-se no paradigma hermêutico, naturalista, qualitativo, ou mais recentemente designado de construtivista (Creswell, 1994; Crotty 1998; Guba, 1990, *cit in* Coutinho, 2014). O paradigma construtivista pretende penetrar no mundo pessoal dos investigados “ para saber como interpretam as diversas situações e que significados têm para eles... (Latorre et al., 1996), tentando compreender o mundo complexo vivido desde o ponto de vista de quem vive (Mertens, 1998). “ (Coutinho, 2014)

A finalidade real da investigação qualitativa não é contar pessoas ou opiniões, mas sim explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão (Bauer & Gaskell, 2000). Para Morse (2007) são quatro os processos cognitivos que parecem integrar os métodos qualitativos, nomeadamente a compreensão, a síntese, a teorização e a recontextualização. A compreensão diz respeito à aprendizagem, a sintetização corresponde à união de várias experiências para descrever um padrão típico de respostas de um grupo, a

teorização permite ao investigador estruturar os dados qualitativos e a recontextualização é o culminar de uma teoria emergente que possa ser aplicada a outros contextos ou populações.

Optou-se nesta investigação por realizar um estudo de caso. Esta estratégia de investigação tem sido cada vez mais utilizada pelos investigadores das ciências sociais, visto que serve de método de pesquisa para se alcançarem diferentes propósitos:

- explorar situações da vida real cujos limites não se encontram claramente definidos;
- descrever a situação do contexto na qual se está a efetuar a investigação;
- explicar as variáveis causais de determinado fenómeno em situações complexas que não possibilitam a utilização de experimentações. (Gil, 2008)

4.1.1. Questões de investigação

Emergem como questões de investigação:

- Qual o grau de implementação da lógica da qualidade no CHVB-Unidade de Aveiro?
- Quais são os desafios e potencialidades internos à instituição no momento atual?
- Quais são as potencialidades/ constrangimentos a nível supra organizacional (de governança de centros hospitalares) para a implementação/continuidade destes processos?

4.1.2. População e amostra

A amostra deste estudo foi selecionada de modo não probabilístico por conveniência (Gil, 2008), englobando três elementos da Administração do CHBV – Unidade de Aveiro; 3 elementos da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, 11 prestadores de cuidados (2 do Departamento Cirúrgico, 2 do Departamento Médico, 2 do Departamento de Urgência e emergência, 2 Departamento da Mulher e da Criança, 2 do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria e 1 do Departamentos de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica-MCDT's). Deste modo foram selecionados do universo populacional de todos os funcionários do CHBV-Unidade de Aveiro um conjunto de elementos que pudessem ser elementos fulcrais no conhecimento e descrição da problemática em estudo, tal como é mencionado no ponto 5.3..

Importa contudo salientar que a realização das entrevistas foi imbuída de alguma dificuldade no que se refere à disponibilidade dos elementos, uma vez que os profissionais já se encontravam com limitação de tempo para realizarem as suas tarefas e com uma sobrecarga horária, pelo que não revelavam disponibilidade para despendere tempo pessoal para colaborar em estudos de investigação.

Quadro 4: Caracterização socioprofissional e académica da amostra

ENTREVISTADOS	IDADE	FUNÇÃO	FORMAÇÃO
Administrador grupo 1	41	Membro do Conselho de Administração	Licenciatura em Economia Master in Business Administration ¹
Administrador grupo 2	60	Membro do Conselho de Administração	Licenciatura em Direito, Pós graduação em Administração Hospitalar Curso de formação de formadores vertente gestão de recursos humanos ²
Administrador grupo 3	51	Membro do Conselho de Administração	Licenciatura em Enfermagem Enfermeiro especialista em enfermagem na comunidade Mestre em Sociopsicologia da Saúde Curso de formação especializada em supervisão de estágios clínicos Doutoramento em Ciências da Saúde (a decorrer) ³
QSD 1	39	Assistente técnica Membro da comissão QDS	Licenciatura em comunicação e relações públicas Pós graduação em direito da comunicação
QSD 2	40	Assistente técnica de Higiene e segurança Membro da comissão QDS	Licenciatura em engenharia do ambiente Curso técnico de Saúde ambiental, higiene e Segurança
QSD 3	53	Enfermeiro chefe Membro da comissão QDS	Licenciatura em enfermagem Especialidade em enfermagem médico-cirúrgica Mestrado de administração e gestão pública

¹ *Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 28 de fevereiro de 2012*

² *Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 28 de fevereiro de 2012*

³ *Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 28 de fevereiro de 2012*

			Pós graduação em gestão de informação
Prestador de cuidados 1	28	Enfermeiro	Licenciatura em enfermagem Pós-graduação em cuidados continuados e paliativos
Prestador de cuidados 2	44	Enfermeiro Coordenador da equipa de enfermagem	Licenciatura em enfermagem Especialidade em Reabilitação Pós-graduação de gestão e qualidade
Prestador de cuidados 3	33	Enfermeiro	Licenciatura em enfermagem
Prestador de cuidados 4	40	Enfermeiro Coordenador da equipa de enfermagem	Licenciatura em enfermagem Especialidade em enfermagem infantil e pediátrica
Prestador de cuidados 5	39	Enfermeiro Coordenação da equipa de enfermagem	Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Mestrado em gestão e economia em saúde
Prestador de cuidados 6	35	Enfermeiro	Licenciatura em Enfermagem
Prestador de cuidados 7	46	Enfermeiro Substitui o enfermeiro chefe	Licenciatura em enfermagem
Prestador de cuidados 8	31	Enfermeiro	Licenciatura em enfermagem Especialidade em saúde materna e obstetrícia
Prestador de cuidados 9	27	Enfermeiro	Licenciatura em enfermagem
Prestador de cuidados 10	30	Enfermeiro	Licenciatura em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem Pós graduação em trauma Doutoramento em ciências de enfermagem (a decorrer)
Prestador de cuidados 11	28	Técnico de diagnóstico e terapêutica	Licenciatura em radiologia

Definimos como critérios de inclusão no presente estudo:

- Ser profissional com, no mínimo, 5 anos de experiência;
- Desempenhar funções no CHBV no mínimo há 3 anos.

4.1.3. Procedimentos éticos e limitações do estudo

A realização deste estudo foi supervisionada em primeiro lugar pela orientação académica, que teve em atenção todos estes aspetos, na possibilidade de, algum pormenor quanto à garantia destes direitos pudesse ter escapado inadvertidamente.

O estudo foi também submetido a aprovação do Conselho de Administração (Anexo 1).

A entrevista não engloba dados que possam levar à identificação direta dos participantes, embora todos eles consentissem a divulgação dos dados relativos à entrevista gravada em áudio.

A todos os participantes foi explicado o intuito do estudo, o tempo médio de duração da entrevista, esclarecidas as garantias de confidencialidade e sobretudo, reforçado o seu pleno direito em não participar sem que tal ação tenha ou venha a ter qualquer tipo de consequência para o próprio. Um consentimento informado (Anexo 2) por escrito foi similarmemente realizado e assinado por todos os participantes, de modo a autenticar a livre e esclarecida vontade de participar no estudo e de a entrevista ser gravada para fiável transcrição e tratamento *à posteriori*, bem como da utilização dos dados.

Foi promovido, na medida das possibilidades físicas da instituição, um local calmo e reservado para que as entrevistas sejam realizadas respeitando a privacidade dos participantes.

Como limitações do estudo denota-se a dificuldade na realização das entrevistas, dada a indisponibilidade dos elementos selecionados para participar na entrevista e a complexidade em despendarem do tempo pessoal para a participação no estudo.

4.2. Instrumento e técnicas de recolha de dados

Por forma a recolher informação dos diferentes níveis organizacionais sobre a problemática em estudo, optou-se pela concretização de entrevistas semiestruturadas (Anexo 3), que foram efetuadas pela própria investigadora nas instalações da referida instituição, agendadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e fora do seu horário laboral, sempre que possível.

A entrevista é a técnica de recolha de dados de excelência na investigação das ciências sociais, pois possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspetos da vida social, é muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano e os dados obtidos são suscetíveis de classificação e quantificação. Oferece uma flexibilidade superior,

dado que o entrevistador pode esclarecer o significado das questões e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista. (Gil, 2008)

Na entrevista efetuada teve-se o cuidado de realizar uma caracterização socioprofissional e académica de todos os profissionais entrevistados, por forma a se obter um conhecimento mais concreto da amostra em estudo.

Assim, o método a utilizar iniciou-se com a elaboração das entrevistas semiestruturadas e posterior realização das mesmas. O tratamento do conteúdo das entrevistas e a sua confrontação com o quadro conceptual previamente formulado através da revisão da literatura, permitirá retirar conclusões e ilações sobre o processo de implementação da qualidade na referida instituição, a adequação do mesmo às necessidades organizacionais, bem como os aspetos a redesenhar no sentido de uma melhoria efetiva da qualidade organizacional e dos cuidados e segurança do doente.

Dado o objetivo geral desta investigação considerou-se mais pertinente realizar uma entrevista de grupo (*focus group*) a um dos níveis hierárquicos: o Conselho de Administração do CHBV- Unidade de Aveiro. O *focus group* foi constituído por 3 elementos do conselho de administração. Esta técnica é utilizada quando se pretende investigar um tema em profundidade, como ocorre nos estudos de natureza qualitativa, no qual o presente estudo se encontra inserido (Gil, 2008). Segundo Carey *cit in* Morse (2007,p.226), os grupos de foco são utilizados quando se pretende obter o pensamento e o sentimento e não apenas o comportamento. Para a autora, “*a técnica do grupo de foco é especialmente adequada para problemas na investigação em saúde onde os assuntos clínicos complexos são frequentemente melhor explorados através de uma abordagem qualitativa*”. No caso em estudo, a realização do *focus group* ao conselho de administração permitiu que cada elemento, com conhecimento específico de áreas e grupos profissionais distintos da organização, expusesse de forma mais precisa os dados referentes às diferentes questões colocadas, bem como confrontassem opiniões sobre algumas temáticas abordadas durante a entrevista.

4.3. Técnica de análise de dados

No corrente trabalho, após a realização das entrevistas transcreveu-se o *verbatim* para o processador de texto Word. Foi tido em consideração o facto de nenhuma expressão dos

entrevistados ter sido alterada. De seguida, o *verbatim* foi transferido para o programa informático ATLAS/ti 5.0. para se proceder à análise de conteúdo do tipo temático e frequencial, de acordo com as indicações de Bardin (2007) e de Amado (2000). Assim, foram realizadas “*várias leituras sucessivas, verticais, documento a documento, cada vez mais minuciosas, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto, ideologia, conceitos mais utilizados, etc.*” (Amado, 2000, p. 55).

Na opinião de Amado (2000, p. 53) a técnica de análise de conteúdo visa “arrumar” num conjunto de categorias de significação o «conteúdo manifesto» dos mais diversos tipos de comunicação (texto, imagem, filme)”. Para o mesmo autor, além de permitir uma rigorosa e objetiva representação dos conteúdos das mensagens permite igualmente o avanço no saber graças às inferências interpretativas provenientes dos quadros de referência teóricos do investigador.

É ainda de referir que existe uma vertente constituinte da análise de conteúdo que corresponde à codificação, ou seja, à forma como se procede à análise dos dados. A codificação é uma transformação dos dados brutos do texto através do recorte (escolhas das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolhas das categorias), de forma a atingir uma representação do conteúdo.

Nesta fase de codificação determinaram-se em primeiro lugar as Unidades de Significado (US), que consistiu na procura de palavras, proposições ou temas significativos. Determinou-se de seguida que a Unidade de Enumeração (UE) seria determinada pela sua presença no texto – uma vez que não existiam US estabelecidas *a priori* – sendo que apenas se considerou uma vez o aparecimento de cada unidade em cada texto. Ou seja, mesmo que um entrevistado referisse duas ou mais vezes uma mesma unidade de significado, apenas uma enumeração seria considerada. (Anexo 5)

Seguiu-se a fase da categorização que, segundo Bardin (2007) corresponde a uma operação de classificação de elementos que constituem um conjunto definido primeiramente por diferenciação e posteriormente por reagrupamento segundo género (analogia) com os critérios previamente definidos. É importante referir que no decurso da análise os entrevistados foram diferenciados em três grupos organizacionais: prestadores de cuidados, profissionais da comissão de QSD e profissionais pertencentes à administração hospitalar, sendo que se considerou pertinente a descrição e discussão sobre as distintas perceções de cada um destes grupos. Assim a cada elemento dos prestador de cuidados atribui-se a designação de Prestador cuidados

seguido de um número, a cada elemento da comissão da QSD atribuiu-se a designação de comissão da QDS seguida de um número e a cada elemento do conselho de administração atribuiu-se a designação de Administração grupo seguido de um número.

Posteriormente à análise foi possível criar uma estrutura constituída por Categorias, Sub Categorias, Indicadores e Unidades de Significado. Durante esta fase de categorização foram tidas em conta as seis regras fundamentais a este processo descritas por Amado (2000, p. 58):

- Exaustividade – cada categoria deve abranger por completo o conjunto das unidades de sentido que se coloca sob o seu teto;
- Exclusividade – uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria;
- Homogeneidade – apenas um critério de análise deve ser utilizado;
- Pertinência – um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação;
- Objetividade – deve evitar-se a subjetividade na sua formulação tornando-a utilizável, de igual modo, por vários investigadores;
- Produtividade – deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, mas adequado e coerente com os dados.

CAPITULO V – ESTUDO DE CASO

5.1. Apresentação do CHBV

Em 1985 o então provedor da Santa Casa da Misericórdia, Visconde da Silva Melo, considerou pertinente a construção de um novo hospital na cidade de Aveiro. Iniciam-se as obras de construção do novo hospital em 1901 e em 1914 são recebidos os primeiros doentes, nos blocos 1,2,3 e 4. Dada a incapacidade de resposta ao crescente aumento populacional, em 1957 inicia-se a construção do bloco 6 por forma a dotar o hospital com mais 106 camas. Em 1976 o hospital passou a designar-se hospital Distrital de Aveiro e ainda neste ano aumenta a dotação de camas com a construção do bloco 7, o qual se constitui hoje o bloco central do hospital. Em 1987 constituiu-se o Centro Hospitalar Aveiro –Sul, constituído pelos Hospitais de Águeda e Aveiro. No entanto cada um dos hospitais era dotado de gerir a sua própria autonomia, dada a dimensão crescente de cada uma destas organizações (Hospital Infante D. Pedro E.P.E, 2009)

Em 2002 regista-se mais um marco da história deste hospital: inclui-se num grupo de 30 hospitais que receberam a designação de Sociedade Anónima, alterando assim a forma de atuação, sendo-lhe posteriormente, no final de 2005, aplicado o estatuto de Entidade Empresarial Pública.(Hospital Infante D. Pedro E.P.E, 2009)

Em 2007 com a alteração da organização administrativa (NUTS), as Administrações Regionais de Saúde foram também alteradas e o hospital Infante D. Pedro, E.P.E. passa a ter uma população de abrangência direta de 385.724 habitantes, distribuída pelos doze concelhos: Aveiro, Águeda, Albergaria, Anadia, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos, articulando-se com o Hospital Distrital de Estarreja e de Águeda. (Hospital Infante D. Pedro E.P.E, 2009)

Em março de 2011 é criado o CHBV. Este surge com a fusão do Hospital Infante d. Pedro, E.P.E., hospital Distrital de Águeda e Hospital Visconde Salreu (Estarreja) e constitui-se como pessoa coletiva de direito público, enquanto Entidade Pública Empresarial integrada no Sistema Nacional de Saúde. O processo de integração orgânica e funcional das três unidades decorreu após a tomada de posse da nova administração em fevereiro de 2012. Vários foram os esforços realizados de reorganização destas três unidades. No final de 2013 o CHBV disponibilizava os seguintes serviços: 16 especialidades clássicas em regime de internamento; 11 especialidades médicas de apoio ao internamento; 2 unidades de cuidados intensivos (Polivalente e Cardiologia); 2 unidades de cuidados intermédios (Neonatologia e Cirurgia Geral); 17 especialidades com

regime assistencial em hospital de dia; um serviço de urgência médico-cirúrgica; um serviço de urgência básica; 31 especialidades médicas com regime assistencial em consulta externa; 6 serviços cirúrgicos com atividade em regime de ambulatório e 19 especialidades a realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica. (Centro Hospitalar Baixo Vouga E.P.E, 2013)

O CHBV define como missão: “prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores.” Está também patente nesta missão a componente formação, no sentido de um acompanhamento, por parte dos colaboradores, da dinâmica constante do conhecimento. Para atingir este fim, conta com a colaboração do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga e da Universidade de Aveiro. A finalidade é o reconhecimento, na comunidade que serve, pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um centro hospitalar de referência, alcançar um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico, bem como constituir-se referência ao nível da formação pré-graduada e contínua.⁴ (CHBV, 2013)

5.2. Desenvolvimento da qualidade em saúde no CHBV

A gestão da qualidade tem sido uma preocupação de várias administrações do CHBV-Unidade de Aveiro. Descrevem-se, de seguida, algumas estratégias de implementação da qualidade da referida instituição durante os últimos anos.

As questões da qualidade começaram a ser valorizadas no mandato administrativo de 2003-2006.

Em 2003 o Hospital Infante D. Pedro, agora integrado no CHBV-Unidade de Aveiro, inicia o processo de avaliação por parte de 3 peritos da JCI, por forma a apontar todos os constrangimentos e carências que o hospital possuía, as quais necessitariam de ser corrigidas num espaço temporal de 12 a 24 meses após esta inspeção. As áreas a inspecionar foram a administrativa, a clínica, a gestão da informação e o acolhimento ao utente e familiares. António Rodrigues, coordenador da comissão de acreditação, refere que “a acreditação hospitalar é um

⁴ <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/MissaoVisao.aspx>

passo fundamental para a credibilidade do hospital perante todos os utentes”.⁵ (JN, 2005) O processo de formação e definição de comissões de trabalho para as áreas definidas como prioritárias, de acordo com o manual elaborado pela JCI, inicia-se em 2002. Contudo este processo de acreditação não se concluiu dado que com a mudança do Conselho de Administração em 2008, esta estratégia de qualidade foi interrompida.

O enfoque na qualidade perdeu um pouco de robustez no mandato administrativo entre 2009-2011.

No mandato administrativo que toma posse em 2012 a valorização da gestão da qualidade ganha novamente relevância, perspetivando-se como uma aposta estratégica da mesma administração hospitalar.

Em 30 de janeiro de 2013 foi criada, por deliberação do Conselho de Administração, a comissão de Qualidade e Segurança do Doente, constituída por uma equipa multidisciplinar. Esta tem como função a promoção de uma cultura de qualidade, segurança e humanização que satisfaça os objetivos estratégicos da instituição e que lhe confira o reconhecimento de excelência. A política de qualidade e segurança inclui a aplicação de normas de certificação e de acreditação conforme a orientação estratégica desta instituição. Cabe a esta comissão a apresentação de um plano de ação anual, com a provisão dos respetivos recursos necessários à sua execução, acompanhar a atividades dos setores designados nesse plano anual; avaliar de modo contínuo e sistemático as diferentes dimensões da qualidade incluindo os custos da não qualidade; promover o desenvolvimento de políticas orientadas para a satisfação do doente; analisar os relatórios proveniente do gabinete e propor medidas corretivas e definir critérios de avaliação, acompanhamento e monitorização da qualidade dos serviços.

O trabalho desenvolvido pela comissão tem já sido significativo, nomeadamente na elaboração do guia de acolhimento ao doente com reporte de todos os direitos e deveres dos mesmos, no âmbito da identificação do doente, da política das visitas e da política de elaborar e controlar documentos.

Neste mesmo ano de 2013 o Serviço de Imunohemoterapia inicia um processo de melhoria da infraestrutura e da orgânica do mesmo. Para tal recebeu a visita diagnóstica do Instituto Português do Sangue e Transplantação no sentido de enumerar um conjunto de procedimentos a melhorar. Posteriormente a esta visita o serviço referido iniciou um processo de alterações sugeridas pelo instituto. Está neste momento em discussão o início de um processo de

⁵ http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=487363

certificação deste serviço, contudo, segundo informação da Diretora do mesmo, é ainda um processo inicial que se encontra em análise e que necessitará do apoio da Administração Hospitalar para se iniciar.

Também em 2013 se inicia um processo de formação dos colaboradores sobre a relevância da temática da qualidade, gestão do risco e segurança do utente. Estas formações são de carácter obrigatório para um número definido de prestadores de cuidados dos diferentes serviços da mesma instituição.

Em meados de 2014 a referida instituição inicia o processo de candidatura a um novo modelo de acreditação de unidades de saúde: o modelo ACSA. Este novo modelo de acreditação foi seleccionado pela DGS como sendo o modelo de referência a partir de 2009. Este processo de acreditação irá inaugurar-se de forma faseada, com início nos departamentos da mulher e da criança e saúde mental e psiquiátrica.

As estratégias de gestão da qualidade presentes na história recente do CHBV-Unidade de Aveiro são ainda ténues, mas é de salientar o esforço a que se assiste recentemente para que o percurso seja no sentido da gestão da qualidade.

5.3. Apresentação dos resultados empíricos

Após a leitura das entrevistas transcritas, foi possível construir uma narrativa que permitiu a compreensão das questões de investigação formuladas inicialmente. Assim, conseguiram identificar-se três grandes categorias (“Definição das Políticas de Qualidade”; “Implementação de Políticas de Qualidade” e “Expetativas relativas à Gestão da Qualidade”), que por sua vez se fragmentaram em subcategorias e posteriormente em grupos mais exíguos denominados de indicadores. Entre parênteses, junto a cada indicador, está o número de profissionais, de um total de 17, que referenciou esse mesmo indicador (Unidade de Enumeração – UE).

A apresentação dos resultados que se segue pretende mostrar de forma sucinta os principais achados decorrentes de uma exaustiva análise das entrevistas efetuadas, sendo que no Anexo 4 se pode consultar todas as transcrições consideradas relevantes e integradas nos diversos indicadores definidos.

Quadro 5: Quadro Geral com Categorias, Subcategorias e Indicadores

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE QUALIDADE	<u>ESTRATÉGIAS USADAS</u>	Mensuração de indicadores específicos e globais
		Realização de auditorias
	<u>PERCEÇÃO DA MUDANÇA OCORRIDA</u>	Significado de qualidade
		Adesão aos projetos de melhoria contínua
	<u>DIFICULDADES</u>	Défice de recursos humanos
		Desmotivação e Resistência inicial
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE QUALIDADE	<u>ESTRATÉGIAS SUGERIDAS</u>	Eficácia na difusão da informação
		Envolver e motivar os profissionais
		Promover formação/discussão sobre qualidade
	<u>BARREIRAS PERCECIONADAS</u>	Estrutura física/organizacional
		Mudanças frequentes de direção hospitalar
		Constrangimentos financeiros
EXPETATIVAS RELATIVAS À GESTÃO DA QUALIDADE	<u>DESAFIOS/EXIGÊNCIAS DA QUALIDADE</u>	Valorização do processo (mais que resultados)
		Liderança forte
		Profissionais com tempo dedicado à qualidade
		Promoção da continuidade dos projetos em curso
		Resultados a longo prazo
	<u>EFEITO/OUTCOME ESPERADO</u>	Uniformização de práticas
		Segurança para os doentes
		Melhoria na qualidade dos cuidados
		Reconhecimento externo da Instituição

A **definição de políticas de qualidade** surge como uma primeira abordagem realizada na qual se tentou perceber, para cada participante do estudo, o significado de qualidade bem como as dificuldades sentidas na implementação da qualidade em instituições hospitalares. Sobressaíram três subcategorias, nomeadamente as “*Estratégias Usadas*”, a “*Perceção da Mudança Ocorrida*” e as “*Dificuldades*”. A primeira subcategoria reporta-se a algumas estratégias efetivamente usadas

na definição de políticas e implementação da qualidade na instituição e subdivide-se em dois indicadores: “Mensuração de indicadores específicos e globais” e “Realização de auditorias internas”.

A mensuração de indicadores é interpretada por todos os níveis organizacionais como sendo uma ação benéfica e um trabalho necessário para atingir a finalidade da melhoria contínua dos cuidados, bem como melhor desempenho organizacional. Os indicadores contribuem para a existência de uma cultura de qualidade, uma vez que *“Hoje nada se inventa, nada se inventa”* (Administrador grupo 2). A maioria dos prestadores de cuidados colhe indicadores globais à instituição: *“Nós temos os indicadores normais que são feitos pela instituição: lavagem das mãos, triagem dos lixos”* (Prestador cuidados 2) e indicadores específicos de cada serviço: *“em relação ao programa do ruído foi feita observação e os indicadores eram interpretados aleatoriamente das atitudes das pessoas.”* (Prestador de cuidados 4). No entanto, dos profissionais da comissão da QSD alegam que a colheita dos mesmos é da responsabilidade do gabinete de estatística e que estes são lançados mensalmente numa plataforma do Ministério da Saúde, pelo que se percebe uma certa lógica burocrática, sendo que alguns dos indicadores mensurados são definidos por forma a dar resposta a diretrizes definidas por entidades supra organizacionais. Salienta a Administração grupo 2 que *“Há uma penalização... não se recebe quando não os atingimos”*, percebendo-se o controle que as entidades supra organizacionais detêm sobre as políticas de qualidade definidas em cada organização de saúde, uma vez que estas são financiadas de acordo com os indicadores que alcançam, os quais são contratualizados entre estas e as entidades supra organizacionais.

Constata-se também a não comunicação aos serviços dos resultados decorrentes dessa mensuração, como salienta o Prestador de cuidados 5: *“Existem já alguns indicadores de processo que são colhidos, mas que não chegam até nós, não temos conhecimento dos resultados dessas monitorizações”*, o que não permite que os profissionais melhorem as suas práticas por ausência de conhecimento do que devem ou não aperfeiçoar. Um dos prestadores de cuidados admite que a existência de uma base de registo adequada seria ideal para a rigorosa recolha de indicadores: *“Não havendo uma base que nos permita fazer um bom registo não vamos conseguir extrair indicadores”*, porque *“não há uniformização nem padronização”* (Prestador de cuidados 10), critério este díspar da lógica da qualidade. No entanto, o mesmo prestador de cuidados defende que a padronização realizada do sistema informático de registos permite saber o custo de várias ações, não permitindo, contudo, recolher indicadores sobre a eficácia das intervenções realizadas: *“Nós não temos é um sistema de informação para efetuar registos que nos permitam colher*

indicadores (...) Se nós quisermos saber quanto é que gastamos em termos de antibiótico com o doente conseguimos (...) Porque é um indicador que definiram nesse software. Agora saber que cuidados de enfermagem foram realizados, o que aconteceu ao doente, se melhorou ou não isso é que não é possível". Percebe-se também uma noção de que os indicadores não são abrangentes dado que *"eu não posso dizer que sejam monitorizados todos os indicadores, se calhar, há indicadores que não são monitorizados e que seria importante (...) mas a qualidade não se pode medir apenas por certos indicadores, tem de se medir por todos "* (Prestador cuidados 8).

Na mesma linha de pensamento da realizada para os indicadores, os três níveis organizacionais consideram que a realização de auditorias internas é benéfica para a resolução de alguns problemas como a deteção de não conformidades e consequentemente para a implementação, se necessário, de medidas de melhoria como refere o *Prestador cuidados 7 "Eu próprio faço auditorias para verificar a taxa da adesão à lavagem das mãos, depois de colhidos os resultados tentam-se implementar medidas para melhoria (...) há sempre uma verificação se os procedimentos estão a ser implementados ou não"*. Salienta-se também que o reporte dos resultados das auditorias é, no caso referido pelo *Prestador cuidados 5*, realizado a responsáveis nacionais e não às chefias diretas: *"Fazemos auditorias, aqui na urgência, ao sistema de triagem de Manchester (...) existe uma equipa de profissionais que está responsável por essas auditorias, depois reporta os resultados aos responsáveis nacionais"*, percebendo-se aqui uma carência de lógica da qualidade organizacional.

A segunda subcategoria (*Perceção da mudança ocorrida*) subdivide-se em dois indicadores, o "significado de qualidade" e a "adesão aos projetos de melhoria contínua".

Quando questionados a gestão da qualidade, as respostas foram muito variadas, sendo que se podem dividir em aspetos positivos e outros menos positivos. Em relação aos primeiros, a maioria dos prestadores de cuidados, os profissionais da comissão da QSD e a administração têm noção que a qualidade está em voga, *"Eu penso que ela já nasceu, estamos assim na infância ainda"* (*Comissão da QSD 1*). Todos têm a noção da importância crescente da qualidade dado que esta conduz a uma melhor prestação de cuidados aos doentes, o que por sua vez gera diminuição do erro e valorização da organização, ou seja, uma maior abertura e proximidade à população. Relativamente aos aspetos menos positivos abordados, mesmo tendo em consideração a importância da qualidade nos dias de hoje, vários prestadores de cuidados, um profissional da comissão da QSD e um dos administradores referiram que a qualidade é sinónimo de muita burocracia e muito voltada para a gestão e para os aspetos económicos: *"centralizar o que é de*

maior custo para o hospital e para os doentes” (Comissão da QSD 3). Deste modo, num contexto em que a componente clínica é a mais relevante devem também ser tidas em atenção outras dimensões como os processos de prestação de serviços, a estrutura (incluindo os gestão e motivação dos recursos humanos e recurso materiais) e não só os resultados financeiros e clínicos. Assiste-se à noção de inexistência de uma cultura de qualidade “ ... não há o tal envolvimento nem a cultura que todos temos que ter” (Administrador grupo 2), percecionada pela maioria dos entrevistados. Considera-se relevante salientar que um dos prestadores de cuidados destaca um aspeto fulcral no sucesso do desenvolvimento da qualidade numa organização, pois “fala-se muito de qualidade e de creditações, mas acho que muita gente e eu também não tenho bem a noção” (Prestador cuidados 11), o que revela o desconhecimento dos funcionários da organização sobre o que é a qualidade em saúde e quais as estratégias e diretrizes nacionais definidas pelas entidades supra organizacionais e mesmo na própria organização, o que denota falta de valorização e investimento da gestão na formação dos funcionários.

Relativamente à adesão aos projetos de melhoria contínua, a opinião dos três grupos de entrevistados divide-se entre a aceitação dos profissionais à mudança para uma cultura de qualidade e uma resistência inicial, causada por desmotivação e pela falta de continuidade dos projetos, em obterem a colaboração e empenho dos mesmos. Os prestadores de cuidados que aceitam facilmente (a maioria) fazem-no porque se sentem motivados para frequentar formações sobre a qualidade em saúde e, deste modo, a adesão, dado o conhecimento que possuem, é superior ou então porque são atempadamente informados e formados para a mudança, o que permitirá que se adaptem melhor à mesma. Os profissionais da comissão da QSD valorizam o papel das chefias intermédias neste contexto, considerando-as fundamentais no processo de difusão e informação dos prestadores de cuidados sobre os novos projetos. O *Prestador de cuidados 3* refere que “*sempre que há um projeto tudo avança, tudo se faz*”, corroborando a relevância da liderança exercida pelas chefias intermédias na adesão dos profissionais aos projetos da qualidade. Ainda alguns admitem que a participação em projetos obriga a um dispêndio de tempo acrescido, mas no final o esforço é compensatório já que as pessoas acabam por se adaptar: “*depois as pessoas começam, basta haver dois ou três que vão remando para outro lado e a equipa colabora*” (*Prestador Cuidados 3*).

Por outro lado, alguns prestadores de cuidados, assim como os profissionais da comissão da QSD referem que “*Nuns é uma atitude de partilha e envolvimento noutros tem que ser uma atitude autoritária*” (*Comissão QDS 2*). Ou seja, a obrigatoriedade na adesão a projetos de melhoria contínua, apesar de não desejável, funciona nos serviços em que os profissionais estão

mais renitentes à mudança, se bem que também existe quando os projetos são institucionais ou até nacionais (normas da DGS, por exemplo). No entanto, há um desconhecimento se o recurso a esta estratégia produz resultados sustentáveis, ou seja, se os projetos iniciados por este meio são duradouros. O recurso à punição é salientado pelo *Prestador cuidados 7*: *“Também não sei até que ponto este órgão tem o poder de chamar a atenção ou até punir quem não cumpre as estratégias”* condição esta contrária à lógica da qualidade.

As *dificuldades* sentidas pelos participantes neste estudo prenderam-se, sobretudo, com o *“Défice de Recursos Humanos”* e com uma *“Desmotivação e Resistência inicial”* dos profissionais à mudança. A *escassez de recursos humanos* constitui-se como um argumento legítimo para os prestadores de cuidados no que diz respeito à não participação ou menor participação/adesão aos projetos do serviço ou institucionais, fator que se revela como não benéfico para a existência de uma política de qualidade sustentável. Contudo, o *Prestador cuidados 7* considera que *“a nível dos serviços penso que tem existido a preocupação de capacitar os serviços com os recursos humanos necessários”*, revelando-se contraditório em relação à opinião dos restantes prestadores de cuidados. De facto, a escassez de recursos humanos acaba por constituir-se uma ameaça à implementação da qualidade pois *“com as condições de trabalho, com a diminuição do número de assistentes operacionais e com o aumento do afluxo dos doentes isto acaba por ser deixado para segundo plano (...) vejo falta de recursos para tratar os doentes”* (*Prestador cuidados 10*). Acrescenta o *Prestador cuidados 8* que *“eu penso que, sem recursos humanos numa instituição também não podemos ter uma política de qualidade eficiente”*, atestando-se assim, a relevância de dotações de recursos humanos suficientes para que as políticas de qualidade possam ser desenvolvidas. Denote-se que nem os membros da comissão QSD nem a Administração se referem às dotações dos profissionais como elemento relevante no desenvolvimento da qualidade.

Tornou-se bem claro ao longo de toda a análise o sentimento de *desmotivação* sentida pela maioria dos prestadores de cuidados e percebida pelos profissionais da comissão da QSD. Vários fatores contribuem para esta realidade, nomeadamente o cansaço, a diminuição do reconhecimento social e também económico, o aumento da carga horária, a falta de disponibilidade, interesse ou incentivos para participar em novos projetos e o próprio descontentamento geral das pessoas secundário ao panorama da sociedade atual, considerada como uma sociedade em crise. Por outro lado, alguns reconhecem a importância de *“fazer formação, mas existem muitos condicionantes”* (*Prestador Cuidados 4*), assim como a existência de *“muita desresponsabilização das pessoas”* (*Comissão da QSD 2*), ou seja, não há uma

obrigatoriedade de participação nos projetos de qualidade nem uma responsabilização dos profissionais pelo não desenvolvimento dos mesmos. A conjuntura organizacional e o nível de implementação da qualidade no caso em estudo coadunam-se diretamente com este aspeto, dado que a inexistência de uma cultura de qualidade, como já abordamos anteriormente, e a falta de consistência da implementação de estratégias de qualidade ao longo do tempo gera nos funcionários desmotivação e não responsabilização pelos processos da qualidade. Atesta o *Prestador cuidados 10* que *“há cerca de 3 anos para cá os profissionais estão desmotivados com o que está a acontecer e a participação ativa em processos de gestão da qualidade deixou de ser uma prioridade (...)*. Isto significa que a razão para o desinvestimento e a desmotivação dos profissionais encontra a sua justificação em fatores externos e por sua vez, *“é não te sentires compensada por leares mais dinheiro, é saberes que estás a trabalhar mas estas a trabalhar nas tuas horas de serviço, pois as pessoas estão cansadas de levar trabalho para casa”* (*Prestador cuidados 4*). A inexistência de incentivos e recompensas ao envolvimento nos projetos de melhoria contínua é também apontado como fator responsável pela desmotivação dos profissionais.

Adicionalmente, à desmotivação identificada por dois níveis hierárquicos entrevistados (prestadores de cuidados e comissão da QSD) é aliada a uma resistência inicial à mudança, isto é, têm uma clara perceção de que o centro hospitalar onde exercem funções está em mudança no que diz respeito à gestão da qualidade, mas assumem que para qualquer profissional a mudança é sempre difícil e complexa, por isso a resistência por parte dos profissionais é considerada normal. Como refere um dos entrevistados *“Alguns elementos são ainda um bocadinho os velhos do restelo, renitentes à mudança. Isto não é fácil contrariar. São práticas enraizadas há muitos anos e não é fácil de mudar”* (*Prestador cuidados 7*). Em oposição a esta perceção, a administração hospitalar considera que os profissionais estão motivados para a melhoria da qualidade dado que o processo de acreditação pelo Modelo ACSA está a ser iniciado em dois departamentos por interesse dos gestores intermédios dos mesmos, ou seja, *“...Portanto, o processo está mudado, essa é a ferramenta que nós escolhemos e vamos ver se a meados de Dezembro temos já trabalhos feitos porque são, fundamentalmente, dois departamentos que foram eles que se apresentaram para a solução e não foi nenhuma imposição nem nenhuma estratégia específica de cima pra baixo, do conselho de administração. Estamos certos que vai haver outros departamentos interessados.”* (*Administrador grupo 2*). Na mesma perspetiva acrescenta a *Administrador grupo 3* que *“...Portanto, há um envolvimento, as pessoas partem para um projeto é porque querem na realidade envolver-se nele e obter resultados dele”*. Importa salientar que na

perspetiva do *Administrador grupo 2*, não é da responsabilidade dos mesmos gerar a motivação dos prestadores de cuidados, uma vez que *“...é mais na proporção direta das competências que cada um adquire não na proporção daquilo que as pessoas devem ser estimuladas... se você é enfermeira não deve estar à espera que seja eu a estimulá-la para ser carinhosa, afável e tecnicamente competente porque eu não a sei estimular para fazer isso... se você tem um sorriso, um toque para o doente... porque isso não se estimula... e se todos fossem assim os CA estavam tramados”*.

Após a definição de políticas de qualidade, estas devem ser implementadas. A segunda categoria (**Implementação das políticas de qualidade**) encontrada ramifica-se em duas subcategorias: *Estratégias Sugeridas* para a implementação de políticas de qualidade e *Barreiras Percecionadas*.

Os indicadores encontrados para a subcategoria das *Estratégias Sugeridas* são a *“Eficácia na Difusão da Informação”*, *“Envolver e Motivar os Profissionais”* e *“Promover Formação/Discussão sobre Qualidade”*. No que se reporta à difusão de informação, dois níveis organizacionais (prestadores de cuidados e comissão da QSD) consideram que o método escolhido para a difusão das informações no hospital não é o mais eficaz, sendo que *“estar a gerir um processo de mudança tem que se dar informação”* (Comissão da QSD 3). Por sua vez, o *Administrador grupo 2* refere que a estratégia usada na difusão de informação é cuidadosamente pensada: *“... Temos também o cuidado de não colocar mais de dois regulamentos por semana e colocar um mais complexo e outro mais simples para que as pessoas possam ler. Nós estamos a tentar esta estratégia pois ler é fundamental, o existir não é importante, mas sim o ler, o criticar... pretende-se que os destinatários possam discutir problemas na origem e já tem acontecido”*, compreendendo-se que este grupo profissional considera que a forma como a informação é difundida é eficaz. Acrescenta o *Prestador cuidados 11* que é necessário uma monitorização de quem acede ou não à informação publicitada na intranet, referindo que *“Isso é tudo colocado na intranet e há quem veja e quem não veja”*. A ausência desta monitorização impedirá que a administração confirme que a difusão de informação se concretizou para a maioria dos funcionários do centro hospitalar. É defendida aqui também a importância do gestor intermédio, na mediação entre a administração e prestadores de cuidados, para o sucesso da difusão da informação: *“vamos sempre tendo o cuidado de passar essa informação, quem diz em relação aos indicadores, diz em relação a novos procedimentos, novas informações (...) Sim, a informação circula (...) O que posso dizer é que quando a informação chega aqui ela é transmitida (...) Estas informações são-nos sempre transmitidas pela enfermeira chefe que é o nosso canal de*

informação, não é que elas não nos sejam veiculadas através do mail e da intranet, mas ela tem sempre o cuidado de nos transmitir essa informação na passagem de turno durante algum tempo” (Prestador de Cuidado 7).

Outra das estratégias sugeridas passa por três vertentes, nomeadamente o envolvimento, a motivação e a emissão de sugestões por parte dos profissionais. O envolvimento dos profissionais na realização de projetos em cada contexto profissional é considerado, pela maioria dos prestadores de cuidados e um dos profissionais da comissão da QSD, uma lacuna. Poucos são os casos em que os prestadores de cuidados são chamados a constituir grupos de trabalho. Por vezes apenas são convidados a participarem nos projetos os profissionais com alguma experiência. Contudo um dos entrevistados da comissão da QSD considera que todas as categorias profissionais deveriam ser envolvidas, quer pelas chefias intermédias ou mesmo pela administração, em todo o processo para que tomem conhecimento dos reais objetivos e estratégias que se pretendem para a organização, bem como sejam elementos ativos na implementação das estratégias definidas. Outro aspeto reforçado por estes prestadores de cuidados é que se as pessoas não forem envolvidas, adotarão uma atitude de ceticismo e resistência, pelo que não estarão motivadas para participar nos trabalhos: *“eu acho que, se calhar, a principal resistência dos profissionais é eles não serem ouvidos. É eles não serem, portanto, não serem envolvidos nesses programas se calhar se isso acontecesse cá não existiriam resistências (...) depois, acho que deveria envolver mais os profissionais na gestão da qualidade” (Prestador cuidados 8).* Segundo alguns prestadores de cuidados a existência de incentivos não económicos, por exemplo morais (elogios) ou compensação em horas, mais facilidade no desenvolvimento e conclusão dos projetos. Em contraposição a isto, a administração defende que os próprios profissionais devem também motivar-se, isto é, não devem argumentar o cansaço e a falta de tempo para o não envolvimento em projetos. Os profissionais da comissão da QSD entrevistados destacam como relevante a recolha das opiniões de quem trabalha na prática dos cuidados diariamente, sendo que este envolvimento conduz à motivação e posteriormente à adesão aos projetos: *“O que eu penso é que às vezes as coisas aparecem impostas aos profissionais e portanto, se calhar, talvez seja diferente uma imposição de uma sugestão em que houve uma participação de toda a gente. Penso que as pessoas, se calhar, encaram melhor um processo que advenha do ouvir de toda a gente e das sugestões de toda a gente do que um processo que surge apenas do projeto de algumas pessoas e que é imposto aos profissionais.(...) penso que por vezes os profissionais não são tão ouvidos quanto deveriam ser (...) todos os profissionais deveriam ser ouvidos nesse sentido. Não me parece que isso aconteça “ (Prestador*

cuidados 8). Denota-se que as políticas de imposição não são aceites como facilitadoras do desenvolvimento sustentado da qualidade.

A última estratégia sugerida pelos entrevistados está relacionada com o investimento numa cultura de qualidade que possa promover a formação e a discussão sobre esta temática. O grupo de administradores hospitalares entrevistados partilha da mesma opinião dos elementos da Comissão da QSD, defendendo que assistimos à inexistência de uma cultura da qualidade no caso em estudo. Para estes profissionais, o espírito de trabalhar com qualidade deve partir naturalmente das pessoas, nunca através de incentivos monetários ou outros, percecionando-se aqui uma desresponsabilização da gestão pelo desenvolvimento da qualidade. Por outro lado, alguns prestadores de cuidados consideram que a cultura de qualidade é ainda inexistente, sendo imperativa a formação dos profissionais sobre qualidade em saúde dado que *“os prestadores de cuidados não têm formação suficiente sobre esta temática”* (Prestador cuidados 5). Para isso, é sugerido o envolvimento dos gestores intermédios no sentido de fomentar esta necessidade, a fim de que os prestadores de cuidados fiquem mais motivados a participar em projetos e/ou formações sobre qualidade. Denota-se também que a formação em qualidade necessita de ser feita a todos os profissionais das organizações que pretendem implementar estes processos dado que *“ não existe ainda uma cultura de qualidade... Falta em primeiro lugar formar os profissionais sobre esta área”* (Prestador de cuidados 4).

As barreiras descritas pelos entrevistados centraram-se sobretudo na Estrutura Física/Organizacional, nas Mudanças Frequentes de Direção Hospitalar e em aspetos económico-financeiros: Constrangimento Financeiro.

A estrutura do centro hospitalar é efetivamente percebida por alguns prestadores de cuidados e um dos entrevistados da comissão da QSD como uma condicionante à implementação das políticas de qualidade. A existência de três polos hospitalares distintos fisicamente dificulta também a uniformização de práticas *“Para já temos a questão dos três polos que dificulta porque é muito difícil uniformizar quando existem realidades diferentes, muito diferentes”*(Comissão da QSD 1). Existe também a perceção que muita coisa necessita de ser alterada para que se reúnam condições para se iniciar um processo de acreditação e cumprir regras básicas, como salienta o *Prestador cuidados 2: “ eu acho que nós trabalhamos todos no tentar manter o máximo de qualidade, o máximo de segurança ao doente, mas existem condicionantes que nos ultrapassam (...)* A nível físico eu sei que a gente já tem tido obras e tentado melhorar, temos tentado melhorar as coisas, mas é difícil”. Adicionalmente, a estrutura da própria organização hospitalar impede

que as questões sejam resolvidas com a celeridade desejada, uma vez que *“existe uma estrutura organizacional que não facilita a resolução desses problemas. E voltando ao exemplo dos suportes de soros, uma coisa simples como um suporte de soro, implica que o chefe comunique à administração, a administração tem que pedir orçamentos, necessita de abrir um concurso para aquisição dos suportes de soro. Acaba por ser muito hierarquizado e burocratizado todo este processo”* (Prestador cuidados 10), aspeto este que distancia a organização em estudo da implementação de uma lógica da qualidade.

A frequência na mudança da direção hospitalar constitui igualmente uma barreira à implementação das políticas de qualidade, sobretudo para todos os profissionais entrevistados que trabalham na comissão da QSD. O que acontece é que de cada vez que a direção muda, grande parte do trabalho desenvolvido até então é abandonado, novos projetos são iniciados e novas estratégias implementadas, o que é percebido como um aspeto negativo para o avanço dos processos de qualidade nesta instituição hospitalar. Como um dos entrevistados refere, *“... vão mudando as direções, cada um segue a sua ideologia e não há ali uma linha condutora”* (Prestador cuidados 4). Esta premissa gera um sentimento de descrença, de desmotivação e de falta de confiança na durabilidade das políticas de qualidade implementadas, como atesta a afirmação do Prestador cuidados 5: *“Espero que seja um departamento com alguma durabilidade, não se tenha criado e daqui a pouco tempo muda a gestão e muda a estratégia”*.

Outra barreira à implementação das políticas de qualidade é claramente o aspeto económico. Os custos subjacentes aos programas de qualidade são elevados e há conselhos de administração que optam por não dar continuidade aos mesmos, segundo descrevem alguns prestadores de cuidados e um dos entrevistados da comissão da QSD. Adquire mais sentido esta barreira numa conjuntura de restrição orçamental e de imposição de tetos de financiamento para as organizações de saúde. Não há referência por parte dos elementos da administração de que a componente económica constitua uma barreira ao desenvolvimento da qualidade no centro hospitalar, bem como não há uma valorização dos custos na não qualidade, constatando-se que nenhum dos grupos profissionais entrevistados se reporta à necessidade de implementação da qualidade por forma a reduzir os desperdícios causados pela não qualidade.

A terceira e última categoria encontrada da análise dos dados relaciona-se com a relevância da qualidade, ou seja, efeitos positivos que a sua implementação pode gerar e quais os desafios necessários a ultrapassar para que seja implementada com sustentabilidade. Subdivide-se nos *“Desafios/Exigências da qualidade”* e no *“Efeito/outcome esperado”*.

Como *desafios e exigências da implementação da qualidade* relatados pelos profissionais de saúde entrevistados surge a necessidade de uma “Valorização do processo (mais que resultados)”, de uma “Liderança forte”, de “Profissionais com tempo exclusivamente dedicado à qualidade”, da “Promoção da continuidade dos projetos em curso” e de um conjunto de “Resultados a longo prazo”, indicadores que passarão a ser explanados. Importa salientar que nem todos os entrevistados atribuem relevância a todos os indicadores mencionados, contudo será abordada a diferente percepção dos três níveis hierárquicos na alusão a cada indicador.

O processo de acreditação é encarado e percebido como um caminho difícil e longo, para o qual é necessário estar ao nível de determinados padrões exigidos, isto é, é necessário que entidades externas verifiquem se uma instituição hospitalar reúne as condições necessárias para ser acreditada como instituição de qualidade. A acreditação é também percebida pelos prestadores de cuidados como um incentivo para a continuidade das estratégias implementadas para a melhoria da qualidade, mesmo a instituição em estudo se encontrar apenas no início de um processo de acreditação segundo o Modelo ACSA. Por outro lado, um dos administradores entrevistados no *focus group* referiu também que a acreditação é muitas vezes associada à existência de qualidade, isto é, se uma instituição não é acreditada, então não tem visibilidade para o utente. A acreditação corresponde a qualidade para a população no geral, no entanto, os administradores crêem que corresponde a uma aparência, muitas vezes é apenas uma “*colocação de faixas*” (*Administrador grupo2*), ou seja, as instituições cumprem os requisitos que as entidades externas exigem, mostram resultados plausíveis com os padrões que defendem, mas nem sempre isso se traduz em melhorias nos processos de prestação de cuidados e melhor qualidade. Acrescenta ainda o prestador cuidados 8 que a qualidade não pode passar exclusivamente por resultados referindo “: *Eu acho que, realmente, quando se fala em qualidade também se fala muito em acreditação. (...) Mas o que penso é que acreditação das instituições passa muito pelo número e penso que a qualidade não pode ser só reduzida ao número porque a noção de qualidade é muito mais que um número e envolve muitos mais parâmetros do que parâmetros financeiros, por exemplo. Porque é assim, nós não podemos, por exemplo, mostrar para a sociedade que somos um hospital que faz milhentas cirurgias se nessas cirurgias acabam por ser cometidos alguns erros. Portanto, até que ponto é que isto demonstra qualidade? Não podemos, acho que a noção de acreditação e qualidade está muito reduzida ao parâmetro quantidade e não à qualidade em si*” (*Prestador cuidados 8*). Constata-se a necessidade de uma valorização do processo de não apenas dos resultados referenciada pelos prestadores de cuidados.

A necessidade da existência de líderes fortes é bem visível nos testemunhos dos prestadores de cuidados e profissionais da comissão da QSD. Os projetos apenas têm continuidade se houver chefias elas próprias motivadas, interessadas, sensibilizadas e com capacidade para motivar os profissionais, para ser dinamizador e dar o exemplo, mas também para chamar a atenção dos profissionais sobre o que está menos bem feito e tentar corrigir. Denota-se aqui, que esta liderança forte passa não só pelo nível macro (administração), mas também há um reporte aos gestores intermédios como elementos fulcrais na manutenção da motivação e dos projetos no contexto dos serviços *“penso que no meu serviço há uma grande preocupação com a existência de programas de melhoria contínua e com a gestão da qualidade talvez, se calhar, porque nós também temos chefias que estão, portanto, que estão motivadas para esses assuntos. (...) se calhar, a gestão da qualidade do hospital passa muito pelas chefias”* (Prestador cuidados 8). Os elementos da administração não se reportam à liderança como elemento fulcral na sustentabilidade da lógica da qualidade nos serviços de saúde.

No entender dos prestadores de cuidados, a existência de uma comissão de qualidade é considerada imprescindível. É útil para a criação de projetos resultantes do debate de ideias e problemas existentes em cada contexto profissional. Não menos importante, a comissão QSD constitui-se para os próprios profissionais que lá trabalham como uma entidade necessária à aprovação de protocolos e procedimentos. São profissionais que possuem uma multiplicidade de conhecimentos, o que implica que se envolvam e focalizem nestas temáticas, o que trará melhoria da qualidade com maior celeridade. Para os administradores, atualmente *“nada anda à deriva, tudo passa pela comissão da qualidade”* (Administrador grupo 2), pelo que a existência de uma estrutura de qualidade no interior da organização faz com que tudo seja regulamentado, bem como exista a possibilidade de se saber identificar o local e os profissionais a quem temos que nos dirigir para comunicar situações referentes a esta temática. Contudo, é salientado que a inexistência de profissionais dedicados a tempo inteiro à comissão de qualidade poderá ser uma ameaça à sua continuidade no tempo: *“o primeiro problema deste processo da qualidade tem a ver com o tempo, porque ninguém está a tempo inteiro a trabalhar na qualidade. Ninguém está a tempo inteiro portanto há aqui um problema (...) Em termos de desafios é mesmo ter uma equipa. Eu penso que sem isso nunca se vai conseguir construir uma política de qualidade e segurança se não for uma coisa a longo prazo. Enquanto houver apenas uma comissões que reúnem de vez em quando, penso que é muito difícil. Conseguem fazer algumas coisas mas é complicado”* (Comissão da QSD 1). A pertinência da criação de um gabinete ou departamento de qualidade com alguns

membros apenas dedicados à qualidade é claramente valorizada sobretudo pelos testemunhos de todos os profissionais da QSD e dos administradores.

É claro o facto de todos os grupos entrevistados (maioria prestadores de cuidados) estarem a desenvolver projetos de melhoria contínua nos contextos profissionais onde exercem funções. A continuidade do desenvolvimento destes projetos é considerada fundamental para a melhoria dos cuidados aos doentes. Contudo, em dois contextos profissionais os projetos ainda não foram implementados, ou pelo menos os entrevistados não têm conhecimento da sua realização. Relativamente aos administradores entrevistados, estes referem que é importante diferenciar dois tipos de projetos: os micro, que são os desenvolvidos em cada serviço; e os macro, da responsabilidade dos departamentos e do próprio centro hospitalar, áreas mais abrangentes, denotando-se esta como o foco de atenção deste grupo de profissionais, como descreve o *Administrador grupo 3*: “ É que nós temos aqui dois tipos de desenvolvimento em questões das políticas de qualidade. Uma delas é, como o Dr. J. disse, que é a questão do envolvimento já macro, ou de uma forma transversal podemos falar nisso no sentido do departamento, não do serviço, porque o serviço é mais fácil de certificar, mas por departamento que envolve vários serviços e várias áreas. E há outra área que nós aqui devíamos falar que há também os projetos que existem e que são micro ou mais pequenos, que são desenvolvidos em cada serviço mas dentro do serviço por classes profissionais dentro dessas classes por meia dúzia de pessoas que tenta melhorar. (...)micro trabalhos há muitos, o teu serviço, é um serviço que tem imensos trabalhos a decorrer, mas são micro trabalhos. Para nós, em questões de conselho de administração, sei a importância que tem, que é a motivação das pessoas e está-se a fazer pequenas coisas que podem ser grandes coisas mas, para nós de uma forma diferente que é ver a nível de certificação já departamentos e do centro hospitalar”. Compreende-se aqui uma certa disparidade de valorização dos contextos, dado que os profissionais investem mais na melhoria dos processos de prestação de serviços para operacionalizar os mesmos enquanto a administração centra a sua atenção no desempenho organizacional como um todo, denotando-se aqui a falta de cultura de qualidade e a uma noção de departamentalização da própria organização.

A existência de resultados e a avaliação dos mesmos é inevitável e é considerada por todos os grupos profissionais entrevistados. O *focus group* defende mesmo a realização de *benchmarking*, ou seja, a partilha entre instituições sobre o que há de melhor feito em cada uma, sempre com a finalidade de aprender com o que os outros já fizeram em situações similares. No entanto, por vezes é clara uma efetiva falta de disponibilidade e os profissionais alegam cansaço para a sua

realização, uma vez que são projetos muito trabalhosos e que exigem muito tempo, tendo em conta que são para implementar e sustentar a longo prazo (para alguns existe muita burocracia associada). No entanto, há reporte à inexistência de condições favoráveis ao envolvimento dos profissionais nestes processos, especificamente *“as pessoas terem que disponibilizar do seu tempo para fazer estes projetos, porque têm que disponibilizar do seu tempo pessoal e depois não têm contrapartidas, a única contrapartida é a melhoria dos cuidados no futuro”* (Prestador cuidados 7).

A segunda subcategoria respeitante às ***“Expectativas Relativas à Gestão da Qualidade”*** diz respeito aos efeitos positivos que os três grupos profissionais pretendem obter da implementação de políticas de qualidade: *“Efeito/Outcome esperado”*. Desta subcategoria resultam quatro indicadores: a *“Uniformização de práticas”*, a *“Segurança para os doentes”*, a *“Melhoria na qualidade dos cuidados”* e o *“Reconhecimento externo da Instituição”*.

Trabalhar de acordo com práticas uniformes é vista pelos três grupos profissionais como uma das grandes finalidades da implementação de políticas de qualidade e de projetos de melhoria contínua da qualidade. Para os entrevistados da comissão QSD também a acreditação se revela essencial à uniformização de práticas. No entanto, uma instituição onde a maioria dos profissionais são enfermeiros e médicos, que são muito individualistas (não voltados para a globalidade mas apenas para a saúde dos doentes), conseguir-se uniformizar práticas parece ser um processo complicado, como defende *Comissão da QSD 2: “os processos de acreditação hospitalar são importantes pois permitem uniformizar práticas e procedimentos, cada um com as suas especificidades (...) O desafio é uniformizar práticas e as pessoas trabalharem de acordo com determinadas práticas e serem auto-motivadas (...) nos serviços de saúde é muito complicado a implementação destes sistemas de gestão da qualidade porque as pessoas são muito mais médicos, enfermeiros... são muito mais técnicos, são muito mais profissionais de saúde do que virados para o global. Trabalham em equipa mas muito individualistas e por isso é muito difícil uniformizar práticas”*. Compreende-se uma dificuldade específica da implementação da qualidade em saúde: os códigos profissionais dos funcionários das instituições de saúde, especificamente médicos e enfermeiros, geram dificuldades no desenvolvimento da qualidade, dado que estes estão voltados para o seu dever profissional e a sua área de atuação específica e não para a performance global da organização.

A segurança do doente é descrita como um dos aspetos mais trabalhados pela comissão da QSD. Os profissionais da comissão da QSD admitem que a segurança é sinónimo de certificação

e/ou acreditação. A segurança é também associada à existência da valorização dos doentes, realizando-se os processos colocando *“O doente no centro do sistema”* (Comissão da QSD 1). No entanto, como refere o *Administrador grupo 3*, apenas existe nesta instituição, até ao momento, avaliação da satisfação do utente na cirurgia de ambulatório, havendo um reforço, por parte do administrador grupo 2, da importância de se implementar sistemas de obtenção da opinião/satisfação dos utentes dado que devem ser eles o centro da atenção. Também para os prestadores de cuidados, a segurança dos doentes corresponde a um *“verdadeiro critério da qualidade numa instituição”* (Prestador cuidados 10). Em termos dos recursos materiais a segurança dos doentes tem igualmente aumentado consideravelmente. Também a certificação do serviço de sangue, ao permitir por exemplo mais segurança durante a transfusão sanguínea, veio permitir um aumento na segurança do doente. Outros exemplos são as pulseiras de identificação dos utentes, o fardamento dos profissionais no refeitório, a *check-list* utilizada no pré-operatório, a política de segurança do medicamento em iniciação e a uniformização dos carros de emergência.

A melhoria na qualidade dos cuidados aos doentes torna-se um efeito evidente para os três grupos de profissionais entrevistados, quando se desenvolve a qualidade de forma sustentada. Para a maior parte dos prestadores de cuidados esta melhoria nos cuidados é conseguida através do balanço positivo entre a realidade inicial e o resultado final, após a implementação de projetos (por exemplo, exames marcados mais rapidamente atualmente no departamento de MCDT's). Em parte, isto deve-se à continuidade na implementação de projetos de melhoria, na avaliação da satisfação dos utentes, na publicação dos resultados positivos (trabalhos sobre o ruído ou sobre a amamentação, por exemplo) e na aplicação de escalas que permitem colher indicadores das práticas e assim as adequar constantemente para atingir os padrões pretendidos. Para o grupo de administradores a implementação de projetos de melhoria só faz sentido para isso mesmo, para a obtenção de resultados positivos: *“os processos da qualidade a tendência que têm é para melhoria contínua da qualidade”* (Administrador grupo 2). Para os profissionais da comissão da QSD, esta tem estado a trabalhar eficazmente. A melhoria dos cuidados já está refletida em vários níveis: *“agora saiu o protocolo de higienização de espaços que é muito importante para haver segurança e qualidade, está a sair para todos os serviços fazerem a higienização da mesma forma com os mesmos produtos e haver um padrão de orientação, e a vários níveis”* (Comissão da QSD 3).

O reconhecimento pela população externa de que o hospital presta cuidados de qualidade é essencial na perceção dos três grupos de profissionais. Para os profissionais da comissão da QSD a

acreditação é essencial para esse reconhecimento, assim como também a mudança de comportamento quanto à presença dos familiares junto dos utentes (implementação das visitas livres, por exemplo). Também para os prestadores cuidados o processo de acreditação trabalhado seriamente conduzirá a “*uma instituição com maior credibilidade e uma instituição com melhor qualidade de cuidados*” (Prestador cuidados 7). A informação padronizada também se revela útil uma vez que sendo transmitida da mesma forma permite uma ideia à população de credibilidade e segurança.

5.4. Discussão dos resultados

Neste ponto do trabalho pretende-se discutir os dados provenientes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas e, confrontando-os com o quadro conceptual inicialmente exibido na revisão da literatura, encontrar respostas para as questões de investigação que se colocaram como ponto de partida para este estudo.

A primeira categoria identificada refere-se à **definição de políticas de qualidade**, na qual se percebe por parte dos três níveis organizacionais a *existência de um processo de mudança* a decorrer no CHBV, bem como a *implementação de algumas estratégias*. Mas percebem-se igualmente algumas *dificuldades no desenvolvimento de uma cultura de qualidade*. Assim, de entre os vários prestadores de cuidados e elementos da comissão da QSD há a percepção de que já se iniciou uma mudança ao nível da gestão da qualidade, mas que esta não é claramente conhecida nem partilhada por todos os colaboradores. Logo aqui encontramos uma primeira dissonância em relação ao quadro conceptual, uma vez que na revisão sistemática da literatura efetuada por Wardhani et al. (2009), o sucesso da implementação de sistemas de gestão da qualidade em organizações de saúde passa, essencialmente, pela criação de uma cultura de qualidade, ou seja, pela partilha, por todos os elementos da organização, de crenças, valores, normas e comportamentos comuns. Sendo assim, qualquer projeto de qualidade deve iniciar-se pela difusão de informação sobre o que se pretende atingir e qual o caminho a seguir, bem como qual o papel de cada colaborador dessa organização para o alcance dos objetivos definidos. E aqui surge um dos princípios gerais da filosofia do TQM: desenho estratégico e alinhamento organizacional (Rocha, 2005; Carapeto & Fonseca, 2005; Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011; Jonge et al., 2011; Glickman et al., 2007; Ellenbecker et al., 2008), sem o cumprimento do qual se consegue implementar e melhorar a qualidade nas organizações em geral.

São descritas várias estratégias usadas pela organização para a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tais como a mensuração de indicadores globais e específicos de cada serviço, a realização de auditorias e a implementação de vários projetos de melhoria contínua da qualidade a nível micro, ou seja, em contexto dos serviços e mais especificamente de determinados grupos profissionais. Estas são algumas das estratégias que estão preconizadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 elaborado pela DGS. No entanto, muitas outras são mencionadas neste plano, como a avaliação da satisfação dos utentes, que é apenas referida pela Administração grupo 3 que já é prática comum mas apenas a utentes intervencionados em cirurgia de ambulatório; avaliação da satisfação dos profissionais, inexistente na instituição até ao momento de realização das entrevistas; existência de normas de orientação clínica, estratégia esta que é referida por alguns prestadores de cuidados, nomeadamente alguns grupos profissionais que elaboram manuais de procedimentos no sentido de padronizar e uniformizar a prática e os processos de certificação e acreditação (DGS, 2012), os quais, se encontram em curso em alguns departamentos e serviços do centro hospitalar em estudo, mais especificamente o modelo de acreditação ACSA que está a iniciar-se em dois departamentos e a certificação de apenas um serviço (imuno hemoterapia) segundo as normas ISO 9001, não existindo no entanto nenhuma política global a toda a organização no que à acreditação e certificação se refere. Deste modo é perceptível uma certa noção de departamentalização, a qual não se coaduna com a lógica da qualidade que se pretende implementar. As duas últimas estratégias mencionadas são conhecidas por poucos prestadores de cuidados, ou seja, são processos recentes mas que já estão em curso e sobre os quais a formação e informação dos prestadores de cuidados não foi efetuada de forma eficaz e abrangente. Encontra-se aqui a justificação para as dificuldades que constituem uma subcategoria desta primeira categoria encontrada, as quais são: défice de recursos humanos e desmotivação e resistência inicial. A aposta num sistema de informação eficaz dentro da organização é um pilar basal para que os prestadores de cuidados captem os motivos da mudança, se envolvam na mudança e colaborem com a mudança. Glickman et al. (2007) defende que é necessário melhor informação para se gerirem os processos de mudança nas organizações de saúde, sugerindo a utilização das tecnologias de informação como aliado fundamental neste processo. Este é um facto que é mencionado pelos três níveis organizacionais: a informação é difundida através da intranet da referida instituição. Contudo, os prestadores de cuidados referem que esta difusão não é eficaz, pois não têm um tempo específico para consultar todos os regulamentos e circulares elaboradas e que o trabalho por turnos dificulta a acessibilidade à informação disponibilizada por este meio. Há a necessidade de se monitorizar a eficácia da

difusão de informação no sentido de se perceber quais as lacunas a colmatar, aspeto este não valorizado pela administração que considera que o processo de difusão de informação é cuidadosamente pensado e gerido.

Audet *et al.* (2005) *cit in* Jonge *et al.* (2011) destacam que na área da saúde é encontrada uma resistência à implementação de mudanças, facto este que vai de encontro ao evidenciado nos resultados empíricos apresentados: os prestadores de cuidados encontram-se desmotivados, muito em parte pela influência da conjuntura socio-político-económica e, apesar da resistência inicial manifestada para aderir aos programas de melhoria contínua de qualidade e às mudanças implementadas, aderem e colaboram com o que lhes é solicitado.

É descrito pelos elementos da comissão da QSD que as estratégias da qualidade seleccionadas no CHVB derivam, na sua grande maioria, de leis e normas emanadas pela DGS e pelo Ministério da Saúde. É exemplo disso a comissão da QSD que encontra o fundamento da sua criação em várias instituições do SNS no Despacho n.º 3635/2013 DR n.º 47 de 07/03/2013. Contudo, a qualidade deve ser voluntária e não imposta, pois se pretendemos uma política de qualidade sustentável, duradoura e com efeitos positivos na melhoria dos processos administrativos, de prestação de cuidados e de tomada de decisão, é fundamental que a necessidade de mudança seja sentida no interior da organização e não apenas imposta por níveis hierárquicos superiores.

A segunda categoria identificada refere-se ao **processo de implementação das políticas de qualidade**, dividindo-se esta em duas subcategorias: as *barreiras identificadas* pelos prestadores de cuidados e pela comissão QSD e as *estratégias* que estes sugerem para ultrapassar as dificuldades sentidas.

A revisão sistemática da literatura realizada por Wardhani *et al.* (2009) demonstra que os aspetos estruturais serão mais facilmente ultrapassados se existir primeiramente uma formação de todos os colaboradores da instituição sobre qualidade em saúde, sobre os processos que se pretendem implementar e sobre a importância e o papel específico de cada colaborador nesse processo. Estes aspetos são enumerados por vários prestadores de cuidados e pelos elementos da comissão QSD no que se refere às estratégias para ultrapassar as dificuldades da implementação da gestão da qualidade: eficácia na difusão de informação, envolver e motivar os profissionais e promover formação/discussão sobre a qualidade.

O indicador da eficácia na difusão da informação não é consensual uma vez que a nível micro (dos serviços e dos departamentos) existem diferentes perceções dos prestadores de cuidados: uns referem que os gestores intermédios são peças fundamentais na difusão da informação nos

dois sentidos possíveis: quer na replicação/divulgação em contexto das passagens de turno durante um período de tempo suficientemente alargado para que todos os prestadores de cuidados tenham a possibilidade de integrar essas informações; quer por outro lado no reporte a níveis organizacionais superiores e conseqüente resolução de problemas detetados no contexto da prática diária da prestação de cuidados. Por outro lado, existe a percepção de outros prestadores de cuidados de que a forma como a informação é difundida, via intranet, não é eficaz e que estes não têm conhecimento de várias estratégias no âmbito da gestão da qualidade já em curso na instituição em estudo. No que se refere à administração, esta percebe-se como eficaz a difusão de informação e que a forma como é realizada é cuidadosamente pensada.. Estes também reforçam que cabe aos profissionais criar hábitos de leitura das notícias publicadas na intranet, ou seja, responsabiliza os profissionais que não têm interesse em procurar manter-se atualizados sobre os trabalhos em curso na sua instituição. No que se refere à percepção dos elementos da comissão de QSD estes consideram que os prestadores de cuidados e a administração está cada vez mais a realizar o reporte de situações que se apresentam como problemas no contexto micro dos serviços e no contexto macro, mais especificamente no âmbito da gestão organizacional. É unânime na revisão literária efetuada a necessidade de um sistema de difusão de informação eficaz. Glickman et al. (2007) destacam, que a gestão de informação é fundamental para a melhoria da qualidade. É necessária melhor informação para gerir os processos clínicos e para elaborar relatórios de práticas de sucessos de modo a se proceder à sua disseminação intra e interorganização, possibilitando uma aprendizagem através da partilha de soluções eficazes já testadas noutra prática clínica e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Estes autores atestam que o uso das tecnologias de informação é um aliado chave pra melhorar e tornar mais eficaz a disseminação da informação. Para Camargo (2014) os sistemas de informação hospitalares permitem a automatização de todos os processos de prestação de cuidados, contemplando a inteligência e apoiando a tomada de decisão dos profissionais. Um sistema de informação inteligente consegue cruzar milhares de dados/informações que nenhuma mente humana conseguiria realizar. Deste modo, os sistemas de informação inteligentes são uma ferramenta crucial no aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados num hospital, aspeto este com necessidade de intervenção no caso em estudo.

É indigitada pelos prestadores de cuidados e pelos elementos da comissão de QSD a falta de envolvimento e motivação dos profissionais como uma lacuna na implementação dos sistemas de gestão da qualidade. É mencionado por estes que só alguns profissionais são envolvidos nestes

projetos de melhoria contínua da qualidade, facto este que gera desmotivação e resistência por parte dos outros profissionais na adesão aos projetos no âmbito da qualidade. Destacam como essencial o papel das chefias intermédias no colmatar desta lacuna: utilização de incentivos não económicos como reforço positivo, compensação de horas, tempo específico para trabalhar nos projetos de melhoria contínua da qualidade, são exemplos de pequenas atitudes que prosperariam a motivação e satisfação dos prestadores de cuidados e consequentemente aumentariam o envolvimento e trabalho dos mesmos em prol da melhoria da qualidade. Esta premissa é defendida pelos elementos entrevistados mencionados anteriormente. Denota-se que um dos princípios da TQM é o *empowerment* dos colaboradores, ou seja, a chave do sucesso da implementação da TQM é o envolvimento dos colaboradores, através do aumento de competências e trabalho em equipa, sendo evidentemente necessário o treino e formação profissional (Kumar & Narasimham, 2012; Ramseook-munhurrin, Prabha Munhurrin & Panchoo, 2011; Patel, 2009; Carapeto & Fonseca, 2005; Adeoti, 2011; Ehigie & McAndrew, 2005; Rocha, 2005) É assim necessário investir no envolvimento de todos os colaboradores nos projetos de melhoria da qualidade pois sem eles a qualidade encontra o seu caminho comprometido à partida. Para que seja implementado um sistema de gestão da qualidade eficaz é necessário que todos os membros da organização partilhem dos projetos, da mesma vontade de trabalhar neles, se empenhem e desempenhem o papel que é esperado deles. Óbvio que as instituições de saúde são organizações complexas por natureza: grupos profissionais distintos, imprevisibilidade do contexto, incerteza das expectativas dos clientes leva a que não seja linear o investimento neste aspeto. Contudo, sendo um dos princípios chave descrito na literatura para o sucesso da implementação da qualidade devem-se reunir esforços no sentido de captar os colaboradores, de saber o que pretendem, de os envolver e de os manter caminhando lado a lado no cumprimento dos objetivos organizacionais definidos. Esta tarefa cabe a ambas as partes: gestores (intermédios e administração) e prestadores de cuidados, ou seja, tal como defende a administração, os profissionais têm o dever de se auto-motivar mas também cabe à gestão gerar incentivos, como defendem os prestadores de cuidados e os elementos da comissão QSD, que motivem e envolvam os colaboradores.

Não menos importante é a promoção da formação e discussão sobre a qualidade, indicador este que vem no seguimento do indicador anterior. Os colaboradores devem ter formação sobre a qualidade de uma forma transversal, não sendo realizada para um conjunto exclusivo de funcionários, como referem alguns prestadores de cuidados. A qualidade é total, ou seja, envolve toda a organização e por este motivo as estratégias devem incorporar todos os funcionários,

aspecto esta ainda deficitariamente valorizado pela administração dado que não existe uma formação sobre qualidade em saúde transversal a toda a organização. Percebe-se um certo grau de desresponsabilização da gestão por este aspeto. No entanto, a revisão literária é clara defendendo que a qualidade se deve iniciar nas atividades do dia-a-dia, as quais dependem do investimento da gestão no núcleo de colaboradores operacionais, sendo que a educação e formação sobre a melhoria da qualidade deverá ser realizada para todos os profissionais do hospital (Wardhani et al., 2009), ainda inexistente no caso em estudo.

Analisando, por outro lado, os indicadores referentes à segunda subcategoria (barreiras identificadas) infere-se que os prestadores de cuidados indicam a estrutura física da organização como barreira, dado que existem constrangimentos físicos devido à idade de construção do hospital que impedem o cumprimento dos requisitos que foram impostos por um processo de acreditação que foi posteriormente abandonado, bem como o facto de o CHBV se encontrar dividido por três polos fisicamente distintos dificulta a difusão dos projetos. Existe também a percepção por parte de alguns prestadores de cuidados de uma estrutura de tomada de decisão demasiado hierarquizada e burocratizada, o que dificulta a resolução dos problemas reportados pelos prestadores de cuidados às chefias intermédias. Compreende-se que a tomada de decisão ainda se encontra bastante centralizada no papel da Administração Hospitalar, pelo que as alterações dos processos ainda são morosas e difíceis. A revisão sistemática da literatura é inequívoca no facto de ser necessário uma estrutura hierárquica horizontal e envolvimento dos colaboradores para que a gestão da qualidade seja uma realidade e não apenas teoria. É necessário passar de uma estrutura mais centralizada para uma estrutura mais descentralizada, de modo a tornar os prestadores de cuidados diretos mais responsáveis e autónomos na tomada de decisão sobre o processo de prestação de serviços, facto este que possibilitará uma otimização dos resultados (Glickman et al., 2007).

O segundo indicador alusivo à subcategoria das dificuldades percecionadas refere-se às sucessivas mudanças da administração hospitalar. Este é descrito como um entrave à continuidade dos projetos de melhoria contínua realizados a nível micro, no contextos dos serviços e/ou departamentos e também em algumas circunstâncias ao nível macro, como por exemplo o abandono do processo de acreditação pela JCI iniciado num mandato administrativo e abandonado pelo mandato seguinte. Esta dificuldade apenas se encontra referida no PNS 2012-2016, contudo considera-se importante salientar que a inexistência de projetos a longo prazo é um factor limitador do desenvolvimento de uma cultura organizacional pautada pela qualidade, pelo que de um modo geral, é consensual de entre os prestadores de cuidados e os elementos da

comissão de QSD que as questões referentes à gestão da qualidade deveriam ser necessariamente mantidas e continuadas mesmo havendo mudanças de administração. O facto de não existir continuidade das políticas de qualidade defendidas e valorizadas pelas diferentes administrações hospitalares gera desmotivação e desinvestimento dos profissionais nos projetos novos que surgem.

A terceira dificuldade narrada pelos prestadores de cuidados e pelos elementos da comissão QSD para a implementação de sistemas de gestão da qualidade é o constrangimento financeiro. Relata-se que os processos de acreditação e certificação requerem um investimento económico elevado e dada a conjuntura mundial de corte e de restrição económica, os processos de implementação de sistemas de gestão da qualidade podem ser comprometidos por falta de capacidade económica das organizações. Esta dificuldade é corroborada por Jonge et al. (2011) dado que algumas barreiras para a implementação de um projeto de qualidade são baseadas em restrições financeiras ou na ausência de uma liderança motivada, aspetos estes considerados obrigatórios para a participação bem-sucedida da equipe na adoção de uma atitude centrada na qualidade.

A terceira categoria identificada foi “**expectativas relativas à gestão da qualidade** “ na qual foram definidas duas subcategorias: *desafios/exigências da qualidade* e *efeito (outcome) esperado*.

Na primeira subcategoria foram descritos cinco indicadores pelos elementos entrevistados, ou seja, cinco fatores que são considerados essenciais para que a qualidade seja uma realidade vivida e sentida por todos os *stakeholders* do CHBV: valorização do processo (mais do que o resultado); liderança forte, profissionais exclusivamente dedicados à qualidade, promoção da continuidade dos projetos de melhoria em curso e resultados a longo prazo. São vários os autores que apontam algumas das estratégias mencionadas como essenciais à implementação sustentável e duradoura da qualidade nas organizações de saúde, destacando-se: empenho e liderança da gestão, melhoria contínua, gestão por processos e envolvimento dos colaboradores.

A liderança empenhada gera a oportunidade para a implementação e sustentabilidade dos sistemas de qualidade. No caso em estudo denota-se que o atual mandato administrativo se encontra motivado e empenhado no desenvolvimento da qualidade, sendo mencionadas, por todos os elementos entrevistados, um conjunto de estratégias implementadas que trouxeram melhorias para a organização. Contudo, o caminho percorrido é ainda muito curto e há a noção de lacunas fundamentais a colmatar se a administração pretende a implementação de uma

política de qualidade duradoura, como por exemplo a aposta na formação e envolvimento dos recursos humanos. A revisão literária atesta a relevância da liderança nestes processos, dado que cada gestor deve assumir um compromisso pessoal e exercer uma liderança firme no sentido de definir e comunicar à organização os objetivos, valores e sistemas para satisfazer as expectativas do cliente e para melhorar a performance. (Patel ,2009; Carapeto & Fonseca, 2005;Rocha, 2005); Talib et al., 2011; Adeoti, 2011; Adeoti, 2011; Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011; Ehigie & McAndrew, 2005)

Do mesmo modo, a existência de projetos de melhoria contínua da qualidade é considerado quer pelos elementos entrevistados quer pelos autores referenciados na revisão da literatura como condição essencial para a manutenção da qualidade e para o alcance de resultados a longo prazo (Rocha, 2005; Carapeto & Fonseca, 2005; Adeoti, 2011; Patel, 2009; Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun & Panchoo, 2011; Talib et al., 2011). O abandono dos projetos, a nível micro é destacado pelos prestadores de cuidados e pelos elementos da comissão da QSD e a nível macro mais valorizados pela administração, gera desmotivação dos colaboradores e, por sua vez, não conduz à obtenção de resultados a longo prazo. Os projetos de melhoria contínua exigem como pano de fundo uma cultura organizacional voltada para a qualidade, ou seja, é necessário valores, crenças e normas partilhadas e sustentadas por todos os elementos da organização para que esta cultura se conserve e se revele duradoura e sustentável, aspeto ainda inexistente no caso em estudo.

A valorização do processo e não apenas do resultado é também um elemento fulcral e comumente destacado pelos entrevistados e na revisão da literatura realizada. Os prestadores de cuidados destacam que não são apenas resultados financeiro que importam, pelo que a administração deverá ter em atenção a tríade definida por Donabedian (1997): estrutura, processo e resultados. Assim sendo, não podemos trabalhar só para indicadores de resultado pois poderemos perverter todo o processo de prestação de serviço e, apesar de obtermos o resultado pretendido, não se traduzir em qualidade do serviço. Como destaca Jonge et al. (2011) a qualidade dos cuidados pode ser avaliada e definida na harmonização de três níveis diferentes: o nível estrutural (recursos materiais e humanos), o nível do processo (interação entre o prestador de cuidados e o utente) e o nível dos resultados (relacionados com o estado de saúde do doente e a sua satisfação). Recorde-se o exemplo do Hospital Staford no Reino Unido e dos relatos dos utentes que foram atendidos neste hospital entre janeiro de 2005 e março de 2009. É comumente conhecido como o escândalo Staffs Mid porque o hospital Stafford era gerido pela Mid Staffordshire NHS hospital the Trust que em 2008 adquiriu o estatuto de fundação Trust,

tornando-o semi-independente do Departamento de Controle de Saúde (DH). A decisão de diminuição do tempo de espera para o atendimento e, especialmente, a redução de custos como forma de alcance desse *status* foi, mais tarde, referida como uma das principais razões pela prestação de cuidados desumana. Estima-se que 400-1,200 pacientes morreram como resultado da má assistência ao longo dos 50 meses.⁶ (Campbell, 2013) Este caso foi descrito como um exemplo negativo e mostra que a imposição de indicadores de resultado sem atender ao processo e à estrutura pode culminar numa falsa noção de qualidade. O mesmo se sucede com os processos de acreditação que, como destaca o Administrador grupo 2, podem resumir-se apenas “... à colocação de faixas”, sem tradução direta na prestação de cuidados. Assim, a abordagem da qualidade numa organização de saúde deve atender a um conjunto de requisitos e ideias chave que se não forem respeitadas na sua globalidade se traduzem em má qualidade e em resultados negativos. Ressalta aqui a relevância do *benchmarking*, apenas referido pela administração, como pedra angular na aprendizagem e orientação do caminho a seguir das organizações no que tange à qualidade: “... fazer *benchmarking*, ver como é que as outras pessoas fazem e depois passar a fazer auditorias internas, auditorias externas e depois imitarmos todos. Hoje nada se inventa, nada se inventa. Imitar e melhorar e depois medir, fundamentalmente medir, medir, medir...” (Administrador grupo 2). O *benchmarking* é um processo contínuo e sistemático e permite a avaliação das variações de desempenho entre diferentes prestadores de serviços, sendo o padrão determinado pelas melhores práticas. Permite assim, uma comparação entre organizações com a finalidade de melhoria organizacional. (Jonge et al., 2011)

Um outro indicador mencionado pelos entrevistado para o sucesso da implementação da qualidade é a existência de profissionais dedicados a tempo inteiro a esta temática. Em Portugal existe o despacho Despacho n.º 3635/2013 DR n.º 47 de 07/03/2013 incumbe todas as instituições de saúde a criar uma comissão de qualidade e segurança do doente, no sentido de trabalhar de forma mais direcionadas as questões da qualidade e segurança do doente. Contudo, os membros desta comissão, no caso em estudo, não têm tempo exclusivo para se dedicarem aos trabalhos da comissão, acumulam esta tarefa com as funções que anteriormente detinham. Este aspeto é veiculado como dificultador do desenvolvimento mais célere das políticas de qualidade. Todavia, a revisão literária realizada por Wardhani et al. (2009) contrapõe esta premissa, argumentando-se que nem sempre é necessário uma estrutura formal para implementação dos sistemas de gestão da qualidade uma vez que é mais importante treinar e capacitar todos os funcionários, que implementar uma estrutura formal para a qualidade, prevendo

⁶ <http://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-who-to-blame>

antecipadamente que todas as funções do sistema de gestão da qualidade estão definidas na estrutura organizacional anterior. Corrobora este propósito Glickman et al. (2007) uma vez que a modificação dos atuais sistemas de gestão centralizados para uma estrutura mais descentralizada, dando responsabilidade e autonomia aos prestadores de cuidados diretos para iniciativas no âmbito da qualidade, auxiliará na otimização dos resultados. A criação de um departamento de qualidade acarreta outro aspeto negativo segundo os autores: a dependência da melhoria a qualidade passar única e exclusivamente por este departamento pode dificultar a difusão da informação e da cultura de qualidade ao longo de toda a organização. Contudo, a sugestão dos prestadores de cuidados e dos elementos da QSD é no sentido de manutenção desta comissão mas com profissionais alocados a tempo inteiro. Esta deve ser uma equipa de profissionais multidisciplinar que esteja na dependência direta da administração (como já existe a comissão de qualidade e segurança do doente) também tem o seu fundamento no sentido de gerir e orientar esses processos a nível micro e dar resposta aos objetivos macro da organização, funcionando esta como um gabinete de apoio e supervisão à implementação da estratégias de qualidade. Por outro lado sugerem que cada profissional deveria ter um tempo contabilizado no horário para se dedicar aos programas de melhoria contínua e à implementação da qualidade nos contextos micro onde exercem funções.

Um desafio da implementação da qualidade não mencionado pelos entrevistados e valorizado na revisão literária refere-se ao desenvolvimento de parcerias. Este aspeto é considerado como fundamental na implementação da gestão da qualidade total em qualquer organização. O sucesso das organizações depende cada vez mais das suas relações multilaterais com o mundo exterior, sendo que devem focar a sua atenção em algo mais do que as operações internas. A organização deve centrar-se também nas relações com o mundo exterior e os respetivos *stakeholders* (clientes, gestores, pessoal, fornecedores, acionistas, grupos de interesse, comunidade em geral) e na necessidade de desenvolver parcerias com estas partes interessadas para o desenvolvimento de serviços de qualidade e de melhoria da performance organizacional. (Rocha, 2005; Carapeto & Fonseca, 2005; Ellenbecker et al., 2008) Em algumas entrevistas é notória já a relevância dada ao utente, que se “...encontra no centro do sistema” (*Comissão QSD 3*) e aos colaboradores, mas não existe uma preocupação com o desenvolvimento de parcerias a nível externo, apenas uma breve referência do *Administrador grupo 2* que nos fala da preocupação com o turismo de saúde e a importância da boa imagem do CHBV para adquirir esses potenciais utentes.

A ausência de uma estrutura formal sob alçada do ministério da saúde com funções de supervisão e regulação da implementação/cumprimento das recomendações e normativos

técnico-científicos definidos pelo poder político é descrita por DGS (2012) e por Crisp et al. (2014) como um desafio ao desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde dado que existe já um reconhecido trabalho desenvolvido que não se encontra a ser utilizado, aspeto este que não é mencionado por nenhum dos elementos entrevistados.

Por fim, espera-se que os sistemas de gestão da qualidade e a implementação das políticas permitam uma uniformização das práticas de modo a existir protocolos e processos *standards* que apoiem a prestação de cuidados e a tomada de decisão; maior segurança para os doentes, o que inclui a satisfação dos utentes; melhoria da qualidade dos cuidados, pois apesar do balanço percecionado pelos prestadores de cuidados ser positivo das mudanças ocorridas no caso em estudo, considera-se que ainda há um longo caminho a percorrer, e o reconhecimento externo da instituição, por forma a cativar mais utentes a selecionarem esta organização como sendo aquela que cumpre os requisitos de qualidade que pretendem.

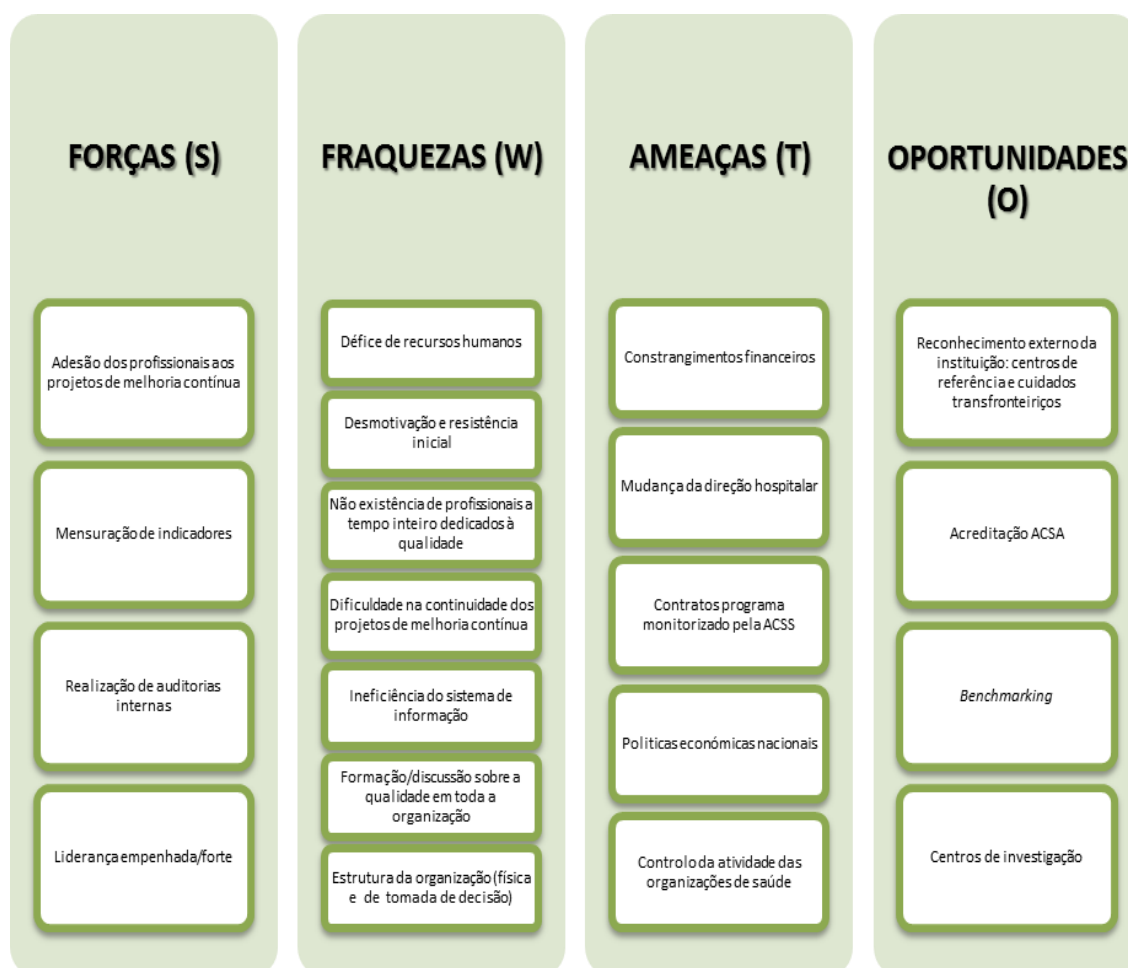
CAPITULO VI – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. Síntese e conclusão

O presente estudo permitiu um conhecimento mais aprofundado da organização em estudo no que ao desenvolvimento da qualidade em saúde se reporta.

Após a análise dos resultados constatou-se que o grau de implementação da qualidade é ainda muito ténue, dado que se comprovou apenas a adoção de algumas estratégias de qualidade fragmentadas, a inexistência de uma cultura de qualidade e uma política de qualidade não sustentada no tempo. O CHBV encontra-se numa fase inicial de implementação da qualidade utilizando algumas estratégias como a realização de auditorias internas, a mensuração de indicadores específicos dos serviços e globais (referentes ao desempenho organizacional), a iniciação do processo de acreditação segundo o modelo ACSA nos departamentos da mulher e da criança e de saúde mental e psiquiátrica, a existência da comissão da QSD e o início da certificação segundo as normas ISO 9001 do serviço de Imuno-hemoterapia. Contudo, evidenciou-se que estas estratégias não fazem parte integrante de uma cultura e de um sentimento partilhado por toda a organização de desenvolvimento de esforços em prol da implementação da qualidade. Apresentam-se como estratégias isoladas, decorrentes de um mandato administrativo motivado e empenhado no desenvolvimento destas questões. Comprova-se a premissa anteriormente mencionada pelo facto de existir o reporte de que uma estratégia de acreditação iniciada num mandato administrativo foi abandonada à tomada de posse de um novo mandato. É, contudo, necessário salientar que a aposta da administração na qualidade como vetor estratégico de desenvolvimento organizacional é percecionada, de um modo geral por todos os entrevistados, como promotora de melhorias a nível organizacional e de alguns processos de prestação de serviços. Kanji & Moura e Sá (2003) corroboram que o papel da liderança é principalmente importante para introduzir alterações através da criação de uma cultura de melhoria, reforçando uma atitude de envolvimento e atenuando os medos e as desmotivações, ou seja, liderança empenhada e com propósito a longo prazo incute segurança e motivação nos colaboradores, envolvendo-os nos eixos estratégicos organizacionais e atingindo resultados sustentáveis e duradouros. No entanto, denota-se que o empenho do atual mandato administrativo no desenvolvimento da qualidade encontra ainda algumas fraquezas com necessidade de resolução, no sentido de dar resposta ao pressuposto defendido anteriormente. Surgem questões relacionadas com a formação e informação dos funcionários como pontos fulcrais destas fraquezas.

A análise que se pretendeu fazer com o estudo integrou dois níveis distintos: o nível organizacional do CHBV e o contexto supra organizacional (de governança do sistema de saúde). Objetivou-se a compreensão do contexto interno da organização: o nível de implementação da qualidade e os desafios e potencialidades da mesma, bem como o contexto externo: as potencialidades e constrangimentos que as entidades supra organizacionais inferem sobre o desenvolvimento da qualidade a nível das organizações de saúde. Uma forma útil de sintetizar os resultados desta investigação será o recurso a um esquema semelhante a uma análise SWOT, que compila os resultados decorrentes da análise das entrevistas e da revisão da literatura efetivada, situando-os nestas duas dimensões (interna e externa) e os agrupa em forças e fraquezas (reporte organizacional) e ameaças e oportunidades (argumento supra organizacional), apresentada de seguida:



Torna-se assim perceptível quais os desafios e as potencialidades que o CHBV enfrenta no momento atual. Logo, a constatação da inexistência de uma cultura de qualidade enraizada em

toda a organização e o nível inicial de implementação da qualidade encontram fundamento na percepção de um déficit de recursos humanos, da existência de desmotivação e resistência inicial dos funcionários na adesão aos projetos de melhoria contínua da qualidade, da inexistência de profissionais dedicados exclusivamente à qualidade, da dificuldade na manutenção dos projetos de melhoria contínua ao longo do tempo, da ineficiência do sistema de informação, da inexistência de formação/discussão sobre qualidade em saúde transversal a toda a organização e da estrutura física e organizacional da instituição. Segundo a DGS (2012) os processos de melhoria contínua são exigentes em tempo pelo que, a sua concretização de forma sistemática, implica a existência de recursos humanos disponíveis para a sua execução. O déficit de recursos humanos foi percebido como responsável pelo abandono e não continuidade dos processos de melhoria contínua da qualidade, fator este que contribui para a desmotivação e resistência inicial dos funcionários na adesão a novos projetos. Na análise dos resultados constatou-se que a não continuidade dos projetos de melhoria contínua e a desmotivação dos funcionários resultam também de uma disparidade de preocupações entre a administração e os prestadores de cuidados: a administração centra a sua atenção no nível macro, ou seja, nas políticas organizacionais e os prestadores de cuidados preocupam-se essencialmente com os processos de prestação de cuidados diretos ao utente e com a resolução das dificuldades neste contexto micro. Esta premissa faz com que os prestadores de cuidados iniciem alguns projetos para solucionar lacunas nos contextos de trabalho, os quais, por não serem sustentados pela política organizacional, acabam por ser abandonados. A relevância dos recursos humanos adequados para o desenvolvimento da qualidade é corroborada por Lee et al. (2002); Clare & Goh (2000); Kennedy, Boyce & Logon (1999) e Maguerez et al. (2001) cit in Wardhani et al. (2009), defendendo que é fundamental a existência de um conjunto de elementos dedicados a tempo inteiro ao desenvolvimento das políticas de qualidade. Acrescentam que este núcleo deve incluir elementos como médicos e enfermeiros. Por fim, denota-se que a estrutura da organização em estudo foi percebida como uma ameaça à implementação da qualidade: o CHBV encontra-se segmentado em três polos fisicamente separados o que dificulta a difusão das políticas de qualidade, bem como possui ainda um processo de tomada de decisão moroso e burocratizado, centrado na administração, fator este que é defendido por Shortell et al. (1995) cit in Zabada et al. (2010) como incompatível com o desenvolvimento da qualidade de forma sustentada. Segundo os mesmos autores, é analogamente essencial a existência de um sistema de informação eficiente que permita a adequada difusão de informação entre gestores e funcionários e a interoperabilidade entre os sistemas de informação, aspeto este percebido como inexistente

na organização em estudo.

Após a análise das entrevistas e a revisão da literatura realizada, compreendeu-se que o desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde depende de constrangimentos (ameaças) e potencialidades (oportunidades) supra organizacionais, ou seja, de governança de todo o sistema de saúde.

A conjuntura atual de restrição orçamental e as políticas económicas nacionais de financiamento constituem uma ameaça à implementação e manutenção de sistemas de qualidade nas organizações de saúde uma vez que o processo de acreditação e a reestruturação dos processos administrativos, de prestação de cuidados e de tomada de decisão acarretam custos económicos, por vezes difíceis de suportar pelos hospitais dado que os resultados/ganhos não são imediatos, acarretam um trabalho continuado e um resultado a longo prazo. Por conseguinte, a imposição de tetos orçamentais, o financiamento por GDH's (Grupo de diagnósticos homogéneos), gera um financiamento em função da produtividade e não da qualidade. A definição dos contratos-programa entre as instituições Entidade Pública Empresarial e a Administração Regional de Saúde da área geográfica respetiva, sob supervisão da ACSS, constituiu outra fonte de financiamento das organizações de saúde. Estes contratos incorporam áreas de acesso, desempenho assistencial e desempenho económico-financeiro, nas quais se atesta a existência de indicadores essencialmente de produtividade.(ACSS, 2013) Os exemplos de financiamento supramencionados denotam o controlo e a monitorização central a que as organizações de saúde estão submetidas. O Ministério da Saúde possui uma plataforma onde as organizações de saúde descarregam um conjunto de indicadores com obrigatoriedade de mensuração mensal, pelo que a produtividade de cada organização de saúde é minuciosamente controlada a nível central, limitando assim, a autonomia de gestão a nível organizacional. Importa salientar que segundo um dos membros da comissão QSD, a maioria dos indicadores mensurados no CHBV são para dar resposta a esta obrigatoriedade de lançar, na referida plataforma, um conjunto de indicadores de produtividade e desempenho de cada organização de saúde.

No entanto, os elementos da comissão de QSD e alguns prestadores de cuidados detêm a perceção que as sucessivas mudanças da administração hospitalar são igualmente uma ameaça à continuidade das políticas de qualidade, pois sempre que há renovações todo o trabalho desenvolvido pela anterior administração pode não ser continuado e os pontos estratégicos da nova administração correm o risco de não estar em consonância com as estratégias já implementadas. Esta rotatividade da administração hospitalar ocorre para cumprimento de

normativos legais de funcionamento das instituições de saúde, sendo que, a cada 3 anos há a eleição de uma nova administração hospitalar. Esta falta de visão a longo prazo é reportada por Geber (1992) *cit in* Lim & Tang (2008) e por DGS (2012), a qual atesta que a duração do mandato (ciclo político) pode ser insuficiente em tempo útil para a obtenção de ganhos em termos de eficiência atribuíveis às políticas de qualidade.

Apesar destes constrangimentos, a governança do sistema de saúde apresenta também potencialidades que se foram operacionalizadas de forma adequada a nível micro poderão traduzir-se em vantagens para as organizações.

A implementação sustentada do modelo de acreditação ACSA poderá proporcionar ao CHBV oportunidade de reconhecimento externo, uniformização das práticas e melhoria na prestação de cuidados. Para que tal seja realizado com sucesso é necessário que o CHBV utilize as forças que possui e controle as fraquezas já anteriormente referidas. Este processo de acreditação permitirá à organização a aquisição de um selo de qualidade, o qual se traduz para a sociedade em geral como uma garantia de qualidade dos cuidados prestados naquela instituição. Contudo, este reconhecimento externo incumbe a organização a seguir quer as políticas de qualidade nacionais definidas pelo poder político (nível macro), quer as diretrizes emanadas pela União Europeia. Recordemos a criação de centros de referência, que são centros altamente especializados e com profissionais dotados de competências exclusivas para o tratamento de doenças específicas. A ausência de acompanhamento desta política europeia (não criação de centros de referência) faz com que Portugal corra o risco de ficar desviado das futuras Redes Europeias de Referência, com consequente afastamento do seu sistema de saúde e perda de prestígio e competitividade face aos restantes estados membros, apenas exportando as situações clínicas complexas e não se constituindo como polo de atração de doentes do referido espaço. (Penedo et al., 2013) Compreende-se que a oportunidade de reconhecimento externo da instituição encontra grande dependência na política nacional de saúde definida a nível do Ministério da Saúde e da União Europeia.

A aposta no desenvolvimento de parcerias para o incremento da qualidade é similarmente referenciada na literatura consultada (Ellenbecker et al., 2008). O CHBV encontra na sua proximidade a possibilidade de realizar parceria com a UA, no sentido de promover a investigação em saúde e desenvolvimento de novos conhecimentos, oportunidade esta ainda deficitariamente explorada pela instituição em estudo. Crisp et al. (2014) considera que é possível juntar a indústria, a universidade e o SNS, criando centros de excelência, trabalhando em colaboração

para a concretização de objetivos específicos e de alta relevância. Contudo, o desenvolvimento de centros de investigação pode ocorrer no cerne da própria organização tal como ocorre no Instituto Português de Oncologia Porto (IPO), o qual existe desde 2004 e é reconhecido pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Este centro de investigação permite “estimular e integrar a atividade científica do IPO; contribuir para a criação de uma cultura científica forte, dirigida por objetivos e critérios de avaliação mensuráveis; angariar e gerir de acordo com o contrato programa, fundos destinados ao financiamento da investigação; reconhecer e publicitar áreas prioritárias para a atribuição de financiamento a projetos de investigação; criar condições para a avaliação externa e independente das linhas de investigação submetidas para financiamento; estimular a cooperação científica interinstitucional nacional e estrangeira e promover a difusão do conhecimento científico e da cultura científica na sociedade”⁷ (IPO Porto, n.d.-b). É através da realização de *benchmarking* com outras organizações de saúde que o desenvolvimento da qualidade em saúde encontra uma oportunidade de efetivação e sustentabilidade. Olhar para as práticas realizadas por organizações similares, aprender com os erros dessas organizações e transpor para a organização em estudo as aprendizagens e os projetos realizados, permite um célere desenvolvimento de uma qualidade sustentada e duradoura.

A integração destes dois níveis de análise permite-nos concluir que o alinhamento estratégico entre os vários níveis quer intra organizacionais quer supra organizacionais é fundamental para o desenvolvimento da qualidade em saúde. Segundo Bouckaert & Halligan (2006) a implementação de políticas de qualidade sustentadas no setor público implica a integração, união e consolidação do nível micro no nível meso e do nível meso no nível macro, assim como a integração das políticas determinadas a nível da União Europeia (Penedo et al., 2013).

Conclui-se que não há um algoritmo a seguir pelas organizações de saúde para alcançar o sucesso na implementação das políticas de qualidade. Porém, existe um conjunto de estratégias que, se implementadas adequadamente, poderão produzir resultados positivos e sustentáveis para a organização.

A realização do mesmo estudo em organizações similares ao CHBV seria uma sugestão interessante para estudos futuros, no sentido de se proceder à comparação de diferentes contextos sobre as estratégias selecionadas, as dificuldades sentidas e os desafios que a implementação da qualidade acarreta. Permitiria também comparar se os

⁷ <http://ipoporto.pt/ensino-investigacao/centro-de-investigacao/>

condicionantes/potencialidades supra organizacionais identificados são consonantes com os obtidos neste estudo. Por outro lado a realização de investigações que avaliassem o impacto da implementação da qualidade no desempenho global da organização de saúde, poderão ser interessantes no sentido de se perceber a causalidade da implementação da qualidade no bom desempenho organizacional. De um modo mais restrito, poderá realizar-se um estudo apenas nos dois departamentos onde o processo de acreditação ACSA se encontra em curso, após a finalização do mesmo, no sentido de perceber se o nível de qualidade se mantém ou se altera.

6.2. Manual de boas práticas para o desenvolvimento da qualidade

De uma forma global percebe-se que algumas das dificuldades percecionadas na instituição em estudo são transversais, ou seja, são resultado de uma política nacional e europeia com limitações e dificuldades de implementação no terreno.

Decorrente destes aspetos externos às organizações e a todos os aspetos percecionados pelos elementos entrevistados produziu-se um conjunto de boas práticas para a implementação da qualidade em organizações de saúde.

Primeiramente, na definição das políticas de qualidade organizacionais devem ser tidas em conta as estratégias de qualidade nacionais e europeias, no sentido de traçar objetivos sustentados e exequíveis e de definir planos de ação fundamentados e apoiados pelas entidades superiores, quer ao nível de financiamento e regulação. Portanto, a aposta no desenvolvimento da qualidade organizacional incumbe na administração hospitalar a necessidade de conhecimento e alinhamento com políticas nacionais que se apresentem como vantajosas e facilitadoras deste processo, tais como o processo de acreditação ACSA e a aposta no desenvolvimento de centros de investigação e centros de referência.

Segue-se a necessidade de formação transversal a todos os funcionários sobre qualidade em saúde, sobre o projeto que se pretende para a organização de saúde, definindo especificamente elementos chave e equipas de trabalho nas várias áreas de intervenção, de forma a que cada funcionário saiba qual o seu papel, recorrendo à descentralização e partilha de responsabilidade.

A criação de um departamento/gabinete de qualidade na organização integra o passo seguinte. Este deve ser constituído por elementos dedicados exclusivamente ao desenvolvimento e monitorização das políticas de qualidade. Recomenda-se que seja formado por uma equipa de profissionais multidisciplinares para uma tomada de decisão mais fundamentada e abrangente.

Este gabinete constitui-se como elemento central da gestão da qualidade, articulando e monitorizando o desempenho de todas as áreas de trabalho a ele agregadas. Pretende-se que opere no dia-a-dia como *help-desk* para os serviços/departamentos, promova auditorias internas e atue como facilitador da dinâmica institucional de trabalho em equipa entre os vários vetores da gestão da qualidade.

No que reporta à definição da estratégia de acreditação/certificação da organização e serviços, esta deve ser pensada e implementada de forma faseada, iniciando-se num serviço e replica-se progressivamente a toda a organização. O modelo de acreditação a seleccionar deve encontrar-se em consonância com o selecionado pelo Ministério da Saúde e DGS como sendo o mais adequado para a conjuntura nacional.

Durante o desenvolvimento das políticas de qualidade a preocupação deve centrar-se no utente e nos profissionais através da implementação de sistemas de monitorização da satisfação e mecanismo de obtenção da sua opinião no sentido de melhoria dos processos de prestação de serviços e da motivação dos mesmos.

Igualmente importante é a monitorização do desempenho através da mensuração de indicadores gerais (definidos nas políticas nacionais) e específicos de cada departamento/serviço. Estes preveem-se abrangentes (processo, estrutura e resultados), monitorizados com uma periodicidade definida previamente, sendo comunicados os resultados a toda a organização e melhorados continuamente.

A aposta no desenvolvimento de um sistema de informação inteligente que permita uma monitorização da eficácia da difusão e interoperabilidade da informação é também um aspeto essencial na implementação da qualidade.

O desenvolvimento de centros de investigação e parcerias com as empresas/universidades é uma mais-valia para o desenvolvimento da organização, uma vez que a agregação de esforços produz resultados de interesse e aplicabilidade superior. Nesta linha de orientação, a aposta no *benchmarking* inter organizacional e intra organizacional, culminará numa aprendizagem e crescimento da organização. Assim, a realização de um *benchmarking* interno seria também uma estratégia importante, dado que poderia fazer-se um levantamento de todos os projetos de melhoria contínua até então elaborados na organização, com potencial de replicação noutros departamentos da organização, no sentido de usufruir dos trabalhos desenvolvidos e produzir benefícios e melhoria de uma forma transversal a toda a organização. O mesmo processo poderia ser realizado entre os gestores intermédios, ou seja, partilha de experiências de gestão das

equipas e de reforço positivo eficaz usado para colmatar algumas ameaças mencionadas no ponto anterior. Estes detêm um papel fundamental na manutenção da cultura de qualidade no seio das equipas (reforço positivo, tempo específico contabilizado para trabalho nos projetos de melhoria da qualidade), bem como no processo de comunicação ascendente (a níveis hierárquicos superiores).

Este conjunto de boas práticas não se prevê prescritivo, mas sim adaptável à realidade de cada organização. Constitui-se como uma ferramenta de assessoria na gestão da qualidade, no sentido de aglomerar os aspetos mais determinantes a considerar para a implementação de políticas de qualidade sustentadas e duradouras em qualquer organização de saúde.

Bibliografia

- ACSA. (2013). En qué consiste la Certificación. Retrieved from <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/certificacion/centros-y-unidades-sanitarias-/en-que-consiste-la-certificacion/>
- ACSS. (2013). Contrato-programa 2014: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2014.pdf
- Adeoti, J. O. (2011). Total Quality Management (TQM) Factors : An Empirical Study of Kwara State Government Hospitals. *Ethno Med*, 5(1), 17–23.
- Araújo, J. (2005). A Reforma administrativa em Portuga l: em busca de um novo paradigma. In *Universidade do Minho. Núcleo de Estudos em Administração e Políticas Públicas*.
- Björnberg, A. (2013). *Euro Health Consumer Index 2013*. Retrieved from <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
- Boto, P., Costa, C., & Lopes, S. (2008). Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 103–116.
- Bouckaert, G., & Halligan, J. (2006). Performance and Performance Management. In *HandBook Of Public Policy* (pp. 443–460).
- Camargo, M. O. (2014). O papel da TI na Saúde. *HealthCare IT*, (6ª Edição), 45–46. Retrieved from <http://www.cilatam.philips.com.br/revista-detalle/199/o-papel-da-ti-na-saude/11/>
- Campbell, D. (2013). Mid Staffs failures: who is to blame? *The Guardian*. Retrieved October 28, 2014, from <http://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-who-to-blame>
- Cánovas, J. J. G., Hernández, P. J. S., & Botella, J. J. A. (2009). Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(5), 813–819. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01100.x
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2005). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. (E. Sílabo, Ed.).
- Carey, K., & Stefos, T. (2011). Mensuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health Economics*, 20, 1417–1430. doi:10.1002/hec
- Centro Hospitalar Baixo Vouga E.P.E. (2013). *Relatório e Contas 2013*.
- Chakravarty, A., Parmar, N., & Ranyal, R. (2001). Total quality management — The new paradigm in health care management. *Medical Journal Armed Forces India*, 57(3), 226–229. doi:10.1016/S0377-1237(01)80049-6
- CHBV. (2013). Missão e visão. Retrieved December 18, 2013, from <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/MissaoeVisao.aspx>
- CHKS. (2014). Assurance and Accreditation. Retrieved September 10, 2014, from <http://www.chks.co.uk/Assurance-and-Accreditation>

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (E. Almedina, Ed.) (2ª Edição.). Coimbra.
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde: todos temos um papel a desempenhar*. (G. Miadouro, Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- DGS. (2011). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*.
- DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
- DGS. (2013). Sistema de Auditorias Clínicas Relatório Atividades | 2012.
- Diário da República. (2014). Decreto-Lei n.º 126/2014 de 22 de agosto. Retrieved September 02, 2014, from https://www.ers.pt/uploads/document/file/4825/DL_126_14.pdf
- Donabedian, A. (1997). The quality of care : How can it be assessed ? *Arch Pathol Lab Med*, 121, 1743–1748.
- EFQM. (n.d.). The EFQM excellence model. Retrieved December 18, 2013, from <http://www.efqm.org/>
- Ehigie, B. O., & McAndrew, E. B. (2005). Innovation, diffusion and adoption of total quality management (TQM). *Management Decision*, 43(6), 925–940. doi:10.1108/00251740510603646
- Ellenbecker, C. H., Samia, L., Cushman, M. J., & Alster, K. (2008). Chapter 13 . Patient Safety and Quality in Home Health Care Delivering Health Care in the Home. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 301–340).
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (Atlas, Ed.) (Sexta Edic.). São Paulo.
- Glickman, S. W., Baggett, K. A., Krubert, C. G., Peterson, E. D., & Schulman, K. A. (2007). Promoting quality : the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 341–348.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57–63. doi:10.1590/S0034-75901995000200008
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 25(5), 1–17.
- Heuvel, J. Van Den, Koning, L., Bogers, A. J. J. C., Berg, M., & Dijen, M. E. M. Van. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(5), 361–369. doi:10.1108/09526860510612216
- Hospital Infante D. Pedro E.P.E. (2009). *Relatório de Contas 2008*. Retrieved from <http://www.hidpedro.min-saude.pt/rc.pdf>
- Iizuka, Y., Munechika, M., & Tsuru, S. (2009). *Quality approach to health care* (pp. 1–31).

- IPO Porto. (n.d.). Centro de investigação. Retrieved October 02, 2014, from <http://ipoporto.pt/ensino-investigacao/centro-de-investigacao/>
- JN. (2005). Hospital avaliado por americanos. *Jornal de Notícias*. Retrieved October 28, 2014, from Hospital avaliado por americanos
- Joint Commission International. (n.d.). Sobre a JCI. Retrieved September 10, 2014, from <https://www.youtube.com/watch?v=950-ZH2iqEM&index=2&list=PLF90D0CE42B7C6DA8>
- Jonge, V., Nicolaas, J., Leerdam, M., & Kuipers, E. (2011). Overview of the quality assurance movement in health care. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 25(3), 337–47. doi:10.1016/j.bpg.2011.05.001
- Kanji, G., & Moura e Sá, P. (2003). Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*, 14(3), 269–289. doi:10.1080/1478336032000046607
- Kumar, S., & Narasimham, B. V. (2012). A Study on importance of Total Quality Management in Hospitals. *A a D Y a M, A Journal of Management*, 1(1), 7–14.
- Lee, S., Choi, K.-S., Kang, H.-Y., Cho, W., & Chae, Y. M. (2002). Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 14(5), 383–91.
- Lim, P. C., & Tang, N. K. H. (2008). Techniques The development of a model for total quality healthcare, 103–111. doi:10.1108/09604520010318290
- Moreira, J. M., Jalali, C., & Alves, A. A. (2008). *Estado, Sociedade Civil e Administração Pública*. (Edições Almedina, Ed.). Coimbra.
- Nolasco, M. I. (2004). A evolução da qualidade na Administração Pública Portuguesa. *Cadernos BAD 2*, 34–47.
- OCDE. (2004). *The OECD Health Project TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS*. Organisation for Economic Co-Operation and Development. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/31785551.pdf>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). Model Service Its Quality and Implications for Future. *American Marketing Association*, 49(4), 41–50.
- Patel, G. (2009). *Total Quality Management in Healthcare* (pp. 1–4). India.
- Penedo, J. M., Carvalho, B., Pego, G., Pedroto, I., Diniz, J., Sampaio, M. S., & Casella, P. (2013). *Centros de referência - Relatório Final*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E6A2EF3C-5D19-4BC0-BB8E-5410DE10DAA1/0/RelatorioFinalCR.pdf>
- Pisco, L., & Bisciais, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43–51.

- Ramseook-munhurrun, Prabha Munhurrun, V., & Panchoo, A. (2011). Total Quality management adoption in a public hospital: evidence from Mauritius. *Gobal Journal of Business Research*, 5(3), 67–77.
- Rocha, J. A. O. (2005). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. (E. Editora, Ed.). Lisboa.
- Rooney, A. L., & Ostenberg, P. R. van. (1999). *Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade Licenciamento, Acreditação e Certificação : Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*. Center for Human Services.
- Roque, A., Carneiro, V., & Bugalho, A. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. (Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Ed.) (pp. 0–116). Lisboa.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 309–318.
- Talib, F., Rahman, Z., & Azam, M. (2011). Best practices of total quality management implementation in health care settings. *Health Marketing Quarterly*, 28(3), 232–52. doi:10.1080/07359683.2011.595643
- Talib, F., Rahman, Z., & Qureshi, M. (2012). Total quality management in service sector : a literature review. *J. of Business Innovation and Research*, 6(3), 259–299. doi:10.1504/IJBIR.2012.046628
- Theodorakioglou, Y. D., & Tsiotras, G. D. (2010). The need for the introduction of quality management into Greek health care. *Total Quality Management*, 11(8), 1153–1165. doi:10.1080/095441200440403
- Wardhani, V., Utarini, A., Pieter, J., Dijk, V., Post, D., & Willem, J. (2009). Determinants of quality management systems implementation in hospitals. *Health Policy*, 89, 239–251. doi:10.1016/j.healthpol.2008.06.008
- Zabada, C., Rivers, P. A., & Munchus, G. (2010). Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations. *Total Quality Management*, 9(1), 57–66. doi:10.1080/0954412989261
- Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2005). Qualitative Analysis of Content, 1–12.

Anexos

Anexo 1: Autorização do Conselho de Administração do CHBV para realizar o estudo

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Ex.m.^a Senhora
Catarina Alexandra Fecha Martins
Rua Pintora Vieira da Silva, 31
Santa Joana
3810-312 Aveiro

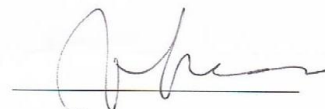
S/ Ref. ^a	S/ Comunicação de	N/ Ref. ^a	Aveiro,
		051766	2014-03-21

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de entrevistas no âmbito da dissertação de mestrado.

Em resposta ao pedido para a realização de entrevistas, para a elaboração de investigação, subordinada ao tema, “**Desafios e dificuldades na implementação da gestão da qualidade em hospitais**”, informa-se que está autorizada.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do
Conselho de Administração



(José Afonso)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

G.M.

Anexo 2: Consentimento informado

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Catarina Alexandra Fecha Martins, Enfermeira Especialista em cuidado à pessoa em situação crítica, nesta instituição e a desempenhar funções no serviço de Obstetrícia, a frequentar o Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro, encontra-se a desenvolver um Estudo de Investigação, com o objetivo de conhecer a: **Perceção dos diferentes níveis organizacionais sobre as estratégias e dificuldades na implementação da qualidade no CHBV-Unidade de Aveiro.**

Ao participar neste estudo estará a contribuir para a melhoria contínua dos padrões de qualidade a nível hospitalar. Estou por isso, disponível para lhe dar todas as informações sobre este estudo no qual, ao aceitar participar, o fará de forma livre. Todavia, poderá em qualquer momento recusar e abandonar o mesmo.

A concretização deste estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para a realização desta entrevista.

Esta entrevista é **confidencial**, pelo que não irá conter a sua identificação após a transcrição da mesma.

Os resultados obtidos na pesquisa, caso tenha interesse, serão colocados à sua disposição.

Agradeço desde já a sua colaboração e disponibilidade para ser entrevistado.

(Catarina Alexandra Fecha Martins)

Eu _____ concordo em participar nesta investigação.
Estou esclarecido e consciente de que os dados serão mantidos confidenciais.

Aveiro, ___/___/_____

Anexo 3: Guião das entrevistas semi-estruturadas

Guião da entrevista: Implementadores das políticas de qualidade

A entrevista que será confidencial e com um tempo aproximado de duração de 30 minutos.

Caracterização socioprofissional e académica: Idade; Função; Experiência profissional no CHBV e noutras instituições; formação académica.

1. Perceção sobre a gestão da qualidade

O Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) encontra-se num processo de mudança no que tange à gestão da qualidade. Qual é a sua perceção sobre o que significa hoje “gestão da qualidade” para este hospital e que problemas tem vindo a tentar resolver?

- a) Considera que é claramente conhecida e partilhada por todos os colaboradores? Diria que está patente na missão do CHVB?
- b) Quais os projetos em curso no que tange à gestão da qualidade no seu departamento? Considera que vieram simplificar os processos existentes e melhorar a prestação de cuidados ao utente? Como? Consegue referir exemplos concretos?
- c) Como são definidas as políticas de qualidade do CHBV?
- d) Relativamente aos colaboradores, estes são incentivados a participar na melhoria da qualidade? Pode dar exemplos concretos do seu envolvimento e da valorização da sua opinião.
- e) Quais diria que são as principais resistências dos colaboradores (se é que elas existem?)
- f) No que se refere à definição e mensuração de indicadores de qualidade, é prática comum no CHBV? Quais são esses indicadores? Os resultados dessas monitorizações têm sido úteis e aproveitados?
- g) Quais os desafios e as dificuldades que considera mais importantes no processo de implementação da gestão da qualidade num hospital? Como poderão ser ultrapassados?

1. Gostaria de saber a sua perceção sobre três casos específicos, que ocorreram nesta instituição, de estratégias de implementação da qualidade.

a) O processo de acreditação iniciada em 2003 pela JCI:

Considera a acreditação hospitalar uma iniciativa importante no âmbito da gestão da qualidade? Porquê?

Porque não foi concluído o referido processo de acreditação?

Quais os desafios ou problemas que considera terem sido mais decisivos na implementação desta estratégia de gestão da qualidade? Que estratégias podem ser implementadas para os ultrapassar?

b) A criação do departamento de Qualidade e Segurança do Doente:

Qual a sua relevância numa instituição deste género para a implementação de uma política de qualidade?

Qual a sua opinião sobre a efetividade da atuação deste departamento até ao momento?

c) A certificação do Serviço de Sangue:

Qual o processo de certificação que está a ser implementado neste momento neste serviço?

A necessidade de iniciar este processo surgiu da administração ou dos colaboradores deste serviço?

Quais as mais-valias que a certificação acarretou para o serviço e para o Centro Hospitalar de um modo geral?
Verificaram-se problemas, dificuldades ou resistências à certificação deste serviço?

2. Há mais alguma questão relacionada com a temática em estudo que considera oportuno abordar?

Guião da entrevista: Comissão de Qualidade e segurança do doente do CHBV

A entrevista que será confidencial e com um tempo aproximado de duração de 30 minutos.

Caracterização socioprofissional e académica: Idade; Função; Experiência profissional no CHBV e noutras instituições; formação académica.

1. Perceção sobre a gestão da qualidade

O Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) encontra-se num processo de mudança no que tange à gestão da qualidade. Qual é a sua perceção sobre o que significa hoje “gestão da qualidade” para este hospital e que problemas têm vindo a tentar resolver?

- a) Considera que é claramente conhecida e partilhada por todos os colaboradores? Diria que está patente na missão do CHVB?
- b) Quais os projetos em curso ou a implementar no que tange à gestão da qualidade? Considera que vieram simplificar os processos existentes e melhorar a prestação de cuidados ao utente? Como? Consegue referir exemplos concretos?
- c) Como são definidas as políticas de qualidade do CHBV?
- d) Relativamente aos colaboradores, estes são incentivados a participar na melhoria da qualidade? Pode dar exemplos concretos do seu envolvimento e da valorização da sua opinião.
- e) Quais diria que são as principais resistências dos colaboradores (se é que elas existem?)
- f) No que se refere à definição e mensuração de indicadores de qualidade, é prática comum no CHBV? Quais são esses indicadores? Os resultados dessas monitorizações têm sido úteis e aproveitados?
- g) Quais os desafios e as dificuldades que considera mais importantes no processo de implementação da gestão da qualidade num hospital? Como poderão ser ultrapassados

2. Gostaria de saber a sua perceção sobre três casos específicos, que ocorreram nesta instituição, de estratégias de implementação da qualidade.

d) O processo de acreditação iniciada em 2003 pela JCI:

- Considera a acreditação hospitalar uma iniciativa importante no âmbito da gestão da qualidade? Porquê?
- Porque não foi concluído o referido processo de acreditação?

- Quais os desafios ou problemas que considera terem sido mais decisivos na implementação desta estratégia de gestão da qualidade? Que estratégias podem ser implementadas para os ultrapassar?

e) A criação da comissão de Qualidade e Segurança do Doente:

- Qual a sua relevância numa instituição deste género para a implementação de uma política de qualidade?
- Qual a sua opinião sobre a efetividade da atuação desta comissão até ao momento?

f) A certificação do Serviço de Sangue:

- Qual o processo de certificação que está a ser implementado neste momento neste serviço?
- A necessidade de iniciar este processo surgiu da administração ou dos colaboradores deste serviço?
- Quais as mais-valias que a certificação acarretou para o serviço e para o Centro Hospitalar de um modo geral?
- Verificaram-se problemas, dificuldades ou resistências à certificação deste serviço?

3. Há mais alguma questão relacionada com a temática em estudo que considera oportuno abordar?

Guião da entrevista: Administração do CHBV

A entrevista que será confidencial e com um tempo aproximado de duração de 30 minutos.

Caracterização socioprofissional e académica: Idade; Função; Experiência profissional no CHBV e noutras instituições; formação académica.

1. Perceção sobre a gestão da qualidade

O Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV) encontra-se num processo de mudança no que tange à gestão da qualidade. Qual é a sua perceção sobre o que significa hoje “gestão da qualidade” para este hospital e que problemas tem vindo a tentar resolver?

- h) Considera que é claramente conhecida e partilhada por todos os colaboradores? Diria que está patente na missão do CHVB?
- i) Quais os projetos em curso ou a implementar no que tange à gestão da qualidade? Considera que vieram simplificar os processos existentes e melhorar a prestação de cuidados ao utente? Como? Consegue referir exemplos concretos?
- j) Como são definidas as políticas de qualidade do CHBV? Os contratos-programa definidos pela ACSS condicionam as políticas definidas?
- k) Relativamente aos colaboradores, estes são incentivados a participar na melhoria da qualidade? Pode dar exemplos concretos do seu envolvimento e da valorização da sua opinião.

- l) Quais diria que são as principais resistências dos colaboradores (se é que elas existem?)
- m) No que se refere à definição e mensuração de indicadores de qualidade, é prática comum no CHBV? Quais são esses indicadores? Os resultados dessas monitorizações têm sido úteis e aproveitados?
- n) Quais os desafios e as dificuldades que considera mais importantes no processo de implementação da gestão da qualidade num hospital? Como poderão ser ultrapassados

2. Gostaria de saber a sua percepção sobre três casos específicos, que ocorreram nesta instituição, de estratégias de implementação da qualidade.

g) O processo de acreditação iniciada em 2003 pela JCI:

- Considera a acreditação hospitalar uma iniciativa importante no âmbito da gestão da qualidade? Porquê?
- Porque não foi concluído o referido processo de acreditação?
- Quais os desafios e/ou problemas que considera terem sido mais decisivos na implementação desta estratégia de gestão da qualidade? Que estratégias podem ser implementadas para os ultrapassar?

h) A criação da comissão de Qualidade e Segurança do Doente:

- Qual a sua relevância numa instituição deste género para a implementação de uma política de qualidade?
- Qual a sua opinião sobre a efetividade da atuação desta comissão até ao momento?

i) A certificação do Serviço de Sangue:

- Qual o processo de certificação que está a ser implementado neste momento neste serviço?
- A necessidade de iniciar este processo surgiu da administração ou dos colaboradores deste serviço?
- Quais as mais-valias que a certificação acarretou para o serviço e para o Centro Hospitalar de um modo geral?
- Verificaram-se problemas, dificuldades ou resistências à certificação deste serviço?

3. Há mais alguma questão relacionada com a temática em estudo que considera oportuno abordar?

Anexo 4: Quadro de categorias, sub categorias, indicadores e unidades de significado

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE QUALIDADE</p>	<p><u>ESTRATÉGIAS USADAS</u></p>	<p>Mensuração de indicadores específicos e globais (12)</p>	<p><i>Prestador cuidados 2: Nós fazemos o das ostomias</i></p> <p><i>Prestador cuidados 5: não fazemos mensuração de indicadores. Deveria existir medição de indicadores de resultados, eles são fundamentais para melhorarmos (...)</i></p> <p><i>Prestador cuidados 9: Destas de Hamilton são os colegas que recolhem os dados, os outros de queda e de úlcera de pressão já é pela parte da administração, chefias.</i></p> <p><i>Prestador de cuidados 4: Em relação ao método de canguru é uma coisa que se vai fazer agora, através da opinião de colegas se têm uma postura de incentivar os pais a adotar esse método.</i></p> <p><i>Prestador cuidados 10: Não é fácil por vários motivos. Primeiro, o sistema de informação que utilizamos é tudo menos um sistema de informação, é apenas um software onde se escrevem coisas, não é um software que nos permite analisar dados, retirar dados e extrair resultados. Por isso os nossos registos que fazemos não nos vão permitir extrair dados que nos sirvam de indicadores (...) Nós não temos é um sistema de informação para efetuar registos que nos permitam colher indicadores (...) Se nós quisermos saber quanto é que gastamos em termos de antibiótico com o doente conseguimos, se quisermos saber o custo das análises do doente conseguimos ou dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica também é possível. Porque é um indicador que definiram nesse software. Agora saber que cuidados de enfermagem foram realizados, o que aconteceu ao doente, se melhorou ou não isso é que não é possível.</i></p> <p><i>Prestador cuidados 11: nós temos indicadores, os exames vão-se fazendo</i></p> <p><i>Comissão da QSD 1: agora ainda não temos indicadores</i></p> <p><i>Comissão da QSD 2: Há um gabinete de estatística cá no hospital que trata os indicadores, não tenho muito conhecimento disso mas penso que são indicadores que o ministérios vai pedindo sobre taxas de ocupação... o controlo de infeção também monitoriza alguns indicadores que são importantes e que são necessários... há indicadores associados com acidentes de trabalho, mas é tudo por legislação, pois o relatório anual único tem que ter isso, a produção de resíduos também tem que ser enviado anualmente... anualmente existe um serie de obrigações legais que tem que se dar esses indicadores (...) criam-se indicadores associados a essas práticas para saber se estamos a ir de encontro aos objetivos</i></p> <p><i>Comissão da QSD 3: já existia colheita de indicadores de qualidade a nível das quedas, que era preconizado pela DGS, das ulceras de pressão através da escala de Braden, já estava um bom trabalho. Neste momento estamos a tentar colher outros indicadores (...) Há indicadores, por exemplo desmarcação de consultas, taxas de internamento... Acho</i></p>

			<p>que isso, são indicadores que induzem a cultura da qualidade.</p> <p>Administração grupo 2: Em relação a isso? Exatamente, a instituição é financiada consoante os indicadores que atingem? Há uma penalização... não se recebe quando não os atingimos.</p> <p>Administração grupo 3: Há indicadores, por exemplo desmarcação de consultas, taxas de internamento... Acho que isso, são indicadores que induzem a cultura da qualidade. Esses indicadores não são colhidos internamente? São validados pelo serviço interno.</p>
		<p>Realização de auditorias (7)</p>	<p>Prestador cuidados 2: Nós fazemos auditorias.</p> <p>Prestador cuidados 3: auditorias à lavagem das mãos, eram colegas nossos que as faziam.</p> <p>Prestador cuidados 5: Fazemos auditorias, aqui na urgência, ao sistema de triagem de Manchester (...) existe uma equipa de profissionais que está responsável por essas auditorias, depois reporta os resultados aos responsáveis nacionais e aguardamos ainda a resolução de vários problemas, pois a maioria deles referem-se ao próprio sistema (...) depois acompanhar e supervisionar a implementação</p> <p>Comissão da QSD 1: Agora este ano é que vamos começar com as auditorias aos procedimentos e às instruções implementadas. Para já ainda não temos.</p> <p>Comissão da QSD 3: a raiz penso que foi auditorias que vieram e que ao dar os relatórios das auditorias implica haver mudança e porque e o que fazer, foi mais ou menos por aqui que começou</p>
	<p><u>PERCEÇÃO DA MUDANÇA OCORRIDA</u></p>	<p>Significado de qualidade</p>	<p>Prestador cuidados 1: A ideia que eu tenho de gestão de qualidade, tenho muita enquanto aluna</p> <p>Prestador cuidados 2: Todos temos a noção que devemos dar qualidade ao doente. Mas é difícil a gente saber que tipo de qualidade é que a gente dá quando o doente entra agora e daqui a 1 hora tem que estar no bloco.</p> <p>Prestador cuidados 4: Qualidade é algo que se tem falado bastante nos últimos tempos. É algo que nos leva a uma melhor prestação de cuidados, que nos leva a diminuir o erro, o risco baixar... tudo isto nos leva ao aumento da qualidade.</p> <p>Prestador cuidados 5: A qualidade está em voga</p> <p>Prestador cuidados 6: Bem qualidade é algo importante que cada vez mais se valoriza nos cuidados de saúde.</p> <p>Prestador cuidados 7: qualidade está inerente à higiene e boas práticas. Falamos também em melhoramento de infra estruturas. Falo do meu serviço em particular que tem sido equipado com muito material, com equipamentos, temos tido uma evolução muito grande</p> <p>Prestador cuidados 8: fala muito hoje em dia de qualidade mas esquece que a qualidade é um conceito que envolve muito mais do que a gestão. Acho que a qualidade é muito voltada neste momento, estamos a perspetivar a qualidade muito voltada para a gestão, para os benefícios económicos e esquecemos um bocadinho a parte dos recursos</p>

			<p>humanos.</p> <p>Prestador cuidados 9: <i>Eu penso que gestão da qualidade, portanto, aquilo que eu associo a esse tema é...nós temos aplicado muito mais escalas com o objetivo de perceber se existe, se existem mais quedas, mais risco de úlcera de pressão e pronto, para mim é nesse sentido, de haver uma avaliação de como as coisas estão para tentar melhorar.</i></p> <p>Prestador cuidados 10: <i>Qualidade obrigatoriamente implica algo que seja medido, mensurável ... indicadores que nos garantem que estamos a fazer as coisas de acordo com os standards, de acordo com as normas, com os protocolos e com as leis exatas que estão em vigor. A gestão da qualidade será a forma como os profissionais, a instituição e a própria administração conseguem lançar diretivas ou conseguem traçar objetivos para que esses indicadores sejam atingidos ou não (...) Eu acho que ela não é clara, pode até estar presente, mas uma coisa é o que está definido no papel em termos de missão do hospital, mas outra coisa é haver parâmetros bem definidos daquilo que queremos atingir.</i></p> <p>Prestador cuidados 11: <i>no sentido de sei lá centralizar demasiados serviços que estavam noutros polos, e se calhar isso também tira um bocado a prestação de serviços. Se calhar não consigo ter uma perceção tão boa como os enfermeiros têm nas enfermarias (...)</i></p> <p>Comissão da QSD 1: <i>para já todos os colaboradores têm a noção que a qualidade é muita burocracia, muito papel (...) Portanto, não está ainda bem enraizada em todos os profissionais mas pelo menos toda gente já, no hospital, todos os profissionais já sabem que existe.</i></p> <p>Comissão da QSD 2: <i>a gestão da qualidade tem muito a ver com o que os utentes esperam de nós: querem ser tratados o mais rápido possível, estar cá o menos tempo possível, não levar infeções com eles, serem bem acolhidos, é o que eles esperam é basicamente... ficarem curados no menor espaço de tempo possível e serem bem tratados</i></p> <p>Comissão da QSD 3: <i>a qualidade é interpretada como uma abertura mais à comunidade (...) a qualidade é pôr as consultas mais de proximidade como por exemplo em Águeda e Estarreja de várias valências que as pessoas têm que recorrer mais vezes</i></p>
		<p>Adesão aos projetos de melhoria contínua (14)</p>	<p>Prestador cuidados 2: <i>Neste momento os que estão implementados, a gente até consegue estar sempre em cima e chamar a atenção, falta isto, falta aquilo, tem de se fazer, tem que se ver e, e pronto. E principalmente no do programa das ostomias as pessoas tem que aderir, acabam obrigatoriamente por ter de aderir (...) fomos obrigados, acabou por todo o hospital ser obrigado, mas não sabia que estávamos em processo de acreditação (...) Agora acaba por ser um bocado mais... temos que preencher uma pulseira, temos que estar com a máquina a ver, isto quando a máquina não avaria e nos diz que é o doente errado. Mas é claro que trouxe um bocadito mais de dispêndio de tempo mas eu acho que as pessoas já se habituaram.</i></p> <p>Prestador cuidados 3: <i>Tivemos uma formação no serviço como funcionava o aparelho, como iria funcionar o novo processo e isso fez com que os profissionais aderissem bem a esta mudança (...) Eu acho que a implementação acaba sempre por se fazer, se eles decidem, mesmo havendo resistências (...) sempre que há um projeto tudo avança, tudo faz (...) normalmente as formações são cumpridas, normalmente fazemos as formações todas, andam mais ou menos</i></p>

em dia.

Prestador cuidados 4: *Há coisas que são hospitalares e que são transversais (...) agora faz-se porque acaba por ser um bocado uma obrigação (...) quando são coisas que vêm de cima, nós seguimos porque há formação e seguimos (...) Sim aderem, depois de estar implementado eu acho que sim. E até são recetivas quando outra pessoa fala e não estás por dentro... já começa a haver uma crítica positiva.*

Prestador cuidados 5: *se os prestadores de cuidados forem previamente informados desses processos de mudança antes de eles se iniciarem e perceberem o benefício que deles advém, vão-se adaptando e mudam os comportamentos (...) o serviço de sangue impôs-nos algumas mudanças de comportamentos e que nós acatamos.*

Prestador cuidados 7: *Penso que as pessoas estão de um modo geral interessadas em participar (...) Pelo que sei eles estão a trabalhar, mas a aderência não é muita. Falamos na questão do fardamento, de não frequentar as zonas públicas de refeição com o fardamento (...) Os colegas tiveram uma boa adesão.*

Prestador cuidados 9: *eu acho que a equipa está aberta nestas situações, eu acredito que sim.*

Prestador cuidados 10: *foi bem aceite pelos profissionais (...) Acho que foi uma coisa que não houve resistência por parte dos profissionais e que está a funcionar muito bem (...) pois também não colhem frutos praticamente nenhuns desse trabalho. Tem-se o trabalho a implementar o projeto, a colher os resultados e tratar os mesmos e depois, metade da equipa não adere, outros criticam e há apenas dois ou três que até gostaram do projeto. E que retorno é que temos? Nenhum.*

Comissão da QSD 1: *a comissão da qualidade está a trabalhar agora numa coisa muito importante que é o consentimento informado que no hospital alguns serviços preenchem outros não preenchem e neste momento com o novo procedimento que está a ser feito é obrigatório, é uniforme e é mais fácil monitorizar se está a ser bem implementado, se não está, portanto é ótimo.*

Comissão da QSD 2: *há serviços em que se implementa bem pelo envolvimento que é: nós vamos explicamos o projeto, pedimos ajuda, fazem parte do problema, arranja-se a solução e depois nós só apoiamos pois já criaram a necessidade já está feito. Há serviços em que apresentamos os projetos e é problema, problema, e então nesses tem que ser implementar. (...) E eu pergunto será que é preciso vir alguém de fora fazer isso? Os responsáveis deviam dizer: saiu esta legislação e temos que fazer isto*

Comissão da QSD 3: *primeiro há normas que vieram da direção geral de saúde*

Administrador grupo 2: *(...) contrariamente às outras anteriores mas penso que terá sido por isto: houve uma política de imposição. É um processo por aquilo que me apercebi, era uma coisa muito pesada, muitos indicadores, trabalhar serviço a serviço, muito maçador e cansativo, pois estavam muitas pessoas envolvidas... qualquer desmotivação que haja vai tudo por água abaixo, não há o tal envolvimento nem a cultura que todos temos que ter, havia uma imposição (...) **Falando dos colaboradores, considera que eles estão incentivados a participar neste programas de melhoria contínua e de caminho para uma cultura de qualidade?** Nós, a indicação que temos é que sim (...) dois*

			<p>departamentos que se apresentaram para a solução e não foi nenhuma imposição nem nenhuma estratégia específica de cima pra baixo, do conselho de administração. Estamos certos que vai haver outros departamentos interessados (...) Na área do ambulatório também temos realizado um questionário de avaliação que é obrigatório fazer nas primeiras 24 horas e esse deverá ser feito... mas é muito dirigido para o atendimento e pela circunstância. No fundo, é portanto uma avaliação também da qualidade.</p>
<u>DIFICULDADES</u>		<p>Défice de recursos humanos (6)</p>	<p>Prestador cuidados 2: O défice de recursos humanos que a gente tem (...) Eu acho que se a gente começar a ter um bocadito mais de descanso e tivéssemos recursos humanos mais adequados, se calhar as pessoas já se sentiam mais descansadas e já conseguiam participar mais em alguma coisa.</p> <p>Prestador cuidados 6: Os problemas são a falta de pessoal</p> <p>Prestador cuidados 11: mas poderíamos ser melhores, fazer ainda coisas melhores e também para os doentes que poderiam fazer aqui e não noutros sítios se calhar houvessem mais médicos.</p>
		<p>Desmotivação e Resistência inicial (15)</p>	<p>Prestador cuidados 1: estarem desmotivados pelo sistema. Pelo que recebem ao final do mês, diversos fatores, se calhar, externos ao hospital (...) Neste momento temos o fator monetário. Porque as pessoas quanto menos ganham menos querem fazer. Passa muito por aí. As pessoas estão desmotivadas, as pessoas mais velhas (...) Eu acho que aqui os profissionais são uma mente pouco aberta, ou seja, deixam-se estar com o que se está, e deixam. Está tão bem, está tudo a funcionar por isso não é preciso fazer mais nada e quando chegar a minha hora vou para casa e é isto que eu quero e acabou.</p> <p>Prestador cuidados 2: É complicado incentivar as pessoas a participar em qualquer coisa que seja mais nova. É muito complicado, as pessoas estão cansadas, acabam por estar um bocadinho revoltadas, não é? Todos nós e depois é o sentimento atual. Para que é que eu me estou a esforçar se no fim não têm recompensa nenhuma? (...) as pessoas estão cansadas, estão a trabalhar quase sempre com poucas folgas, o horário com pouca flexibilidade e as pessoas estão cansadas</p> <p>Prestador cuidados 3: eu acho que agora as pessoas estão um bocadinho desmotivadas</p> <p>Prestador cuidados 4: cada vez temos uma carga horária maior, as pessoas estão desiludidas e frustradas, mesmo com a carreira não se sentem tão valorizadas (...) há cerca de 5/6 anos tinha muito mais vontade a fazer esse tipo de projetos (...) é mais um descontentamento geral(...) A formação, é importante fazer formação, mas existem muitos condicionantes, as pessoas fazem 40 horas de trabalho e há muitos condicionantes, pois as pessoas não vêm fazer uma viagem para gastar 30 ou 40 € para fazer uma hora de formação (...) é a falta de incentivos mesmo pela conjuntura, pela política hospitalar, pela não valorização da carreira</p> <p>Prestador cuidados 5: falta de tempo e falta de motivação (...) E sem motivação dos prestadores de cuidados não há qualidade dos cuidados, não sou eu apenas que digo são os estudos, há investigações que comprovam isso, as pessoas motivadas têm uma produtividade superior</p> <p>Prestador cuidados 6: Neste momento não estão incentivados. Eu noto que não estão. Estão um bocado mais</p>

desanimados e se calhar não é que eles não dão importância à qualidade, dão, mas se calhar nem todos os critérios que querem que sejam estudados... não estão virados para esse nível.

Prestador cuidados 7: Penso que o grande senão é o tempo, a contabilização do tempo. Pois as pessoas hoje já trabalham mais do que aquilo que se trabalhava, e isto vai de encontro a um aspeto: o vencimento, que auferem é inferior, trabalhamos mais horas e quando se pretende fazer uma formação ou um projeto esse tempo não é contabilizado, temos que trabalhar por fora. E depois acaba por ser desmotivador (...) as pessoas não têm a mesma disponibilidade e interesse para receber essa informação

Prestador cuidados 8: o panorama da sociedade atual ser um panorama de crise em que as pessoas se sentem desmotivadas e até um pouco dececionadas, relativamente às suas qualificações profissionais e as remunerações que dão(...) Se os recursos humanos não estiverem motivados ou não estiverem envolvidos nessa política de qualidade nós também não podemos ter uma boa qualidade das instituições.

Prestador cuidados 9: Pronto, para mim o facto de trabalharmos em equipa são sempre muitas pessoas, muitas cabeças, muitas ideias e acaba por ser sempre difícil chegarmos a um acordo. E às vezes as coisas acabam por ficar pelo caminho não é?

Prestador cuidados 11: as pessoas estão aqui, estão a trabalhar, se calhar têm um momento podem descansar não lhe dá para fazerem aquilo aproveitam para descansar e saem daqui, a maior parte do pessoal tem privado

Comissão da QSD 1: Para já eu penso que ainda estamos muito no início deste processo. Portanto eu acho que ainda não estamos nessa fase da motivação. Acho que para já ainda não estão muito motivados. É a minha perceção.

Comissão da QSD 2: as pessoas muitas vezes não percebem as políticas de qualidade como um todo, como parte integrante da organização, o que faz com que as pessoas venham cá fazer umas horas e depois já não quero saber disto, há muita desresponsabilização das pessoas (...) as principais dificuldades é a falta de envolvimento das pessoas, pois vêm cá fazer umas horas e não se envolvem... não é esta a primeira casa... acho que é isso

Prestador cuidados 1: Resistência no sentido de não querer aderir? Alguns, sim.

Prestador cuidados 2: Eu acho que no início qualquer mudança cria sempre resistências. As pessoas habitam-se a andar a um ritmo e depois qualquer mudança fica ali. Há sempre aqueles que são mais tolerantes, que aceitam muito bem. Há sempre aqueles que qualquer mudança cai o Carmo e a Trindade. Mas no geral penso que foi bem aceite.

Prestador cuidados 3: nem que haja uma renitência ao início da mudança (...) Acho que existem porque muitos desses trabalhos ficam inacabados, este da administração de insulina foi bom, mas como este da administração da insulina, outros colegas tem outros trabalhos que gostavam de ver implementados e que ficam parados (...) Era preferível fazer menos, não fazer 1 trabalho todos os anos, fazer 1 trabalho a cada dois mas esse trabalho faz-se e fazer-se com qualidade e depois ser implementado, com resultados.

Prestador cuidados 5: Temos assistido à realização de formação sobre esta temática, têm existido muitos projetos, mas muitas vezes quando chega à fase de implementação surgem resistências (...) as resistências aos projetos surgem,

			<p>na maioria das vezes, de outros profissionais que não os enfermeiros, pois os enfermeiros são uma equipa mais ou menos fixa, enquanto os médicos são rotativos e os critérios de cada um não são uniformes, e por isso é muito complicado implementar projetos que sejam aceites por todos e que sejam do consenso geral.</p> <p>Prestador cuidados 10: Existe sempre a resistência à mudança. Determinado grupo de enfermeiros identificam o problema e criam o projeto de melhoria continua e alguns colegas vão ser resistentes até que aquilo passe a ser uma prática normal do serviço e comece a funcionar regularmente.</p> <p>Prestador cuidados 11: pode ser um bocado a resistência</p> <p>Comissão da QSD 1: Isto só com o tempo é que se consegue mudar, notamos algumas melhorias dado que as pessoas já nos procuram para nós facultarmos exemplares de procedimentos, instruções mas não é uma coisa que se consegue de um dia para o outro.</p> <p>Comissão da QSD 2: em primeiro lugar todas as pessoas têm muita resistência à mudança</p> <p>Administrador grupo 2: tem a ver com a gente saber e poder disponibilizar-se para aceitar que as pessoas não gostam de mudanças (...) a resistência é o trabalho...</p>
<p>IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE QUALIDADE</p>	<p><u>ESTRATÉGIAS SUGERIDAS</u></p>	<p>Eficácia na difusão da informação (12)</p>	<p>Prestador cuidados 1: Normalmente tentamos resolver sempre entre nós, depois existe um coordenador de turno que tem mais experiência, trabalha há mais tempo, se de alguma forma não o resolvermos aí claro temos que ter a intervenção da chefe, mas por norma entre nós nunca existe assim um grande conflito, tentamos, de alguma forma e conseguimos ultrapassa-lo entre nós.(...) Não é de todo um do conhecimento geral, penso eu</p> <p>Prestador cuidados 3: No meu serviço sim, porque a chefe sempre que há alguma nova alteração ou assim, a informação passa por todos (...) A nível de quedas a chefe fala disso, que temos X quedas temos que ter atenção, de úlceras não, mas de quedas vai falando (...) É através da chefe, ela também faz parte da comissão, e ela vai-nos atualizando sobre o que está sendo feito (...) Nós temos capacidade, nós transmitimos, a chefe é muito aberta... normalmente quando há problemas nós transmitimos</p> <p>Prestador cuidados 5: colher indicadores dos resultados atingidos e informar os profissionais sobre esses resultados (...) Há um desconhecimento dos profissionais. A forma de divulgação de algumas coisas é a intranet e, por vezes pela carga horária, os profissionais não têm conhecimento dessas políticas de qualidade que estão presentes na missão e valores definidos pela gestão do hospital (...) As políticas são definidas pela gestão, mas a maioria das vezes esse conhecimento não chega aos profissionais, temos a intranet para divulgação mas a informação não é toda divulgada</p> <p>Prestador cuidados 7: outras vezes é mesmo a passagem de informação que não é passada da melhor forma</p> <p>Prestador cuidados 8: Sei que as pessoas estão envolvidas, sei que as pessoas têm vindo a fazer formação, mas depois essa informação não chega à equipa (...) eu penso que essa política de qualidade é mais conhecida pelas pessoas que estão envolvidas nesses projetos. O que acaba por ser um bocadinho redutor porque se o resto dos recursos humanos não têm conhecimento dessa política de qualidade, que qualidade teremos ao fim ao cabo? Acho que falta muito a</p>

			<p><i>disseminação dessa política de qualidade a todos os colaboradores do hospital (...) em primeiro lugar, as pessoas devem conhecer a política de qualidade do hospital e acho que há muita gente que não conhece (...) Eu penso é que esta política ou esta questão da qualidade e segurança do doente ... esta informação sobre esta comissão não tem passado aos profissionais. O que eu noto é que é assim, se calhar, há muitas comissões, cada vez se formam mais comissões para avaliar a qualidade e para implementar qualidade numa instituição, mas depois nós não sabemos efetivamente qual é o trabalho dessas comissões (...) Eu penso que relativamente aos indicadores, portanto, são avaliados em termos de programa de melhoria e são comunicados à equipa. E julgo que isso será bastante importante até para nós próprios avaliarmos quais são as nossas falhas e onde é que nós temos que melhorar.</i></p> <p>Prestador cuidados 9: Entrevistadora: Então os resultados não vos são comunicados? <i>De úlceras de pressão e de quedas eu não tenho conhecimento. De Hamilton tem-se feito. (...) Nós acabamos por não ter... não saber muito bem como as coisas estão, não temos um feedback de como é que as coisas estão relativamente a isso.</i></p> <p>Prestador cuidados 10: <i>ainda há pouco tempo a maioria das macas não possuía suportes para soros, o problema foi exposto várias vezes e depois o problema foi resolvido.</i></p> <p>Comissão da QSD 1: <i>Depois tem a questão da motivação também, que tem de se apostar numa política de comunicação para motivar todos os profissionais para a cultura da qualidade.</i></p> <p>Comissão da QSD 3: <i>Na medicina intensiva surgiu um problema porque tinham lá uma sinalética diferente, já reportou, nós já demos o parecer e para haver uniformização e diminuir o risco, portanto e eles já estão a reportar e nós tentamos dar resposta. A urgência também já reportou outros problemas e nós fazemos uma avaliação e encaminhamos para a gestão de risco, para a comissão de antibióticos, conforme as comissões vamos encaminhando (...) Portanto faseadamente saem documentos para concretizar um ponto desse plano (...) é assim, neste momento as pessoas já estão a ficar sensibilizadas, já sabem quem faz parte da comissão, conforme as áreas já se estão a dirigir.</i></p> <p>Administrador grupo 2: <i>Para isso é preciso ter o documento A, B, C, mas não é só isso... por vezes dizem, eu paguei e por isso vou ter qualidade... mas não é assim. É preciso a gente andar aqui a trabalhar e a adequar os processos e depois haver informação do que se faz...</i></p>
		<p>Envolver e motivar os profissionais (17)</p>	<p>Prestador cuidados 1: <i>os programas são feitos de alguma forma para os colegas que já têm alguma experiência e claro, isto é com o tempo que as pessoas interagem com estes programas.</i></p> <p>Prestador cuidados 2: <i>Eu no papel em que estou tenho que incentivar as pessoas a fazê-lo, não é?</i></p> <p>Prestador cuidados 3: <i>sabemos que se há um padrão todos estamos a trabalhar daquela forma, gera mais confiança entre os profissionais e isso é bom para todos (a elaboração de um manual de procedimentos do serviço (...) há as formações sugeridas por nós, resultantes das nossas dificuldades</i></p> <p>Prestador cuidados 4: <i>se tu soubesses que existia uma compensação, já nem digo económica, nem que fosse um elogio, se calhar irias mais em frente (...) por exemplo darem-nos horas para fazermos trabalhos porque tudo isso demora imenso tempo (...) Isso já faz parte do ser humano, tudo o que é proposto por nós as pessoas aderem melhor</i></p>

ao que nos é imposto, mas as pessoas aderem, é claro. (...) a maioria das vezes eles são propostos por nós. Nós sentimos essa necessidade e perguntamos à chefe se podemos ou não implementar e as pessoas aderem melhor. (...) Os de serviço as pessoas acabam por acatar também pois a maioria das vezes eles são propostas por nós.

Prestador cuidados 5: os prestadores de cuidados não são convidados a participar nesses projetos, as políticas são definidas pela gestão, estes deveriam ser mais motivados (...) há agora menos envolvimento e motivação dos profissionais para estes projetos por parte das chefias (...) em segundo motivá-los e convidá-los a participar nos projetos (...) espero é que além da criação o departamento esteja virado para a prática que convidem os profissionais que fazem a prática dos cuidados, envolvam-nos para perceber quais são as dificuldades no terreno, antes da implementação de qualquer estratégia para que a prática se possa modificar. (...) O que crítico, mas de forma construtiva, é que os profissionais não estão envolvidos depois nos resultados que as práticas originaram, ou seja, não sabemos os resultados das nossas mudanças de atitudes, e deveríamos ser envolvidos na comunicação dos resultados (...) Comunicamos as chefias intermédias e somos convidados a elaborar um programa de melhoria contínua para colmatar esse problema (...) muitos profissionais não têm formação sobre esta temática para entenderem e devem ser convidados a participar nestes projetos de melhoria da qualidade, devem ser mais envolvidos.

Prestador cuidados 6: em cada serviço meter um grupinho, 1 ou 2 pessoas chegava para ser o elo de ligação.

Prestador cuidados 7: Tem já havido alguma flexibilização no sentido de dar algumas horas, de contabilizar algum tempo que se trabalha nestas temáticas. (...) Se o tempo fosse contabilizado nem que fosse para folgas considero que haveria mais adesão e mais motivação (...) temos realizado muita formação em serviço sobre temáticas que permitem melhorar e reavivar os conhecimentos, atualizar conhecimentos, que nos vai dar uma forma diferente de trabalhar. Temos elaborado protocolos transversais a todos os serviços de medicina. Temos nos últimos três anos realizado de uma forma sistemática formação, quer aos enfermeiros quer às auxiliares, por forma a padronizarmos os comportamentos e todos realizarmos os procedimentos da mesma forma. Para o próximo mês de maio e Junho vamos fazer formação sobre higiene das mãos às auxiliares, que é o grupo que está mais em défice (...) temos que pensar que existe um outro grupo de pessoas que estará disponível e temos que aproveitar essa percentagem de pessoas para dinamizar os outros colegas.(...) São pessoas que estão mais disponíveis e vocacionadas para esta temática em específico, pois nós muitas vezes até sabemos quais são as lacunas mas se não existir alguém que esteja disposto a trabalhar e a fazer com que as estratégias sejam implementadas as coisas ficam pelo caminho.

Prestador cuidados 9: talvez seja uma das principais lacunas que nós temos. Eu penso que sim. Eles acabam por não ser muito envolvidos

Prestador cuidados 10: a nós enfermeiros falta-nos muito a capacidade de naquilo que fazemos ou produzimos criar essa tal necessidade e que as pessoas se vejam na obrigação de usar aquilo que nós criamos. (...) Eu acho que nós enfermagem vamos evoluir quando conseguirmos provar porque é que fazemos desta forma em vez de fazer da outra.(...)Em relação à comunicação com as chefias, desde que estou no hospital nunca tive problema de falar com as chefias e de expor a minha preocupações e de ver como podíamos resolver essas questões. Sei também que essa informação é transmitida à administração. (...) vocês enfermeiros como responsáveis por vários etapas do processo

podem ajudar-nos a resolver o problema para melhor segurança do doente e dos próprios profissionais que estão a lidar com o doente

Prestador cuidados 11: mas a administração não nos envolve (...) pode ser solicitado trabalho e a partir do momento em que solicitam o trabalho é assim 'olha nós queremos que vocês façam isso', tudo bem, os técnicos se calhar até não se importam de fazer (...) se isso acontecer é comunicado às chefias de maneira a arranjar-se formas de resolve-lo.

Comissão da QSD 1: Portanto é um processo lento que carece de muita motivação porque não é assim à toa que se consegue implementar um processo de qualidade (...) São sugestões, a comissão de qualidade é uma comissão multidisciplinar e cada vez que surge um tema, um assunto novo é discutido e muito discutido na comissão e quando há necessidade são, são os serviços às pessoas provenientes nos processos para serem ouvidas.

Comissão da QSD 2: se foram elas que tiveram envolvidas defendem o projetos, se não forem têm logo outra opinião nem que seja para mudar uma vírgula (...) se não funciona deve-se relatar que não funciona e porque é que não funciona pois só assim se consegue mudar.

Comissão da QSD 3: conforme as áreas, diferentes, não é, conformas áreas são envolvidas pessoas diferentes e os outros ficam um bocadinho de fora (...) Agora na qualidade está-se a optar por fazer, por exemplo o regulamento de visitas, quando os regulamentos saem já foram auscultados os enfermeiros, os chefes de serviço, os diretores de serviço e os diretores de departamentos, portanto a receção já é melhor porque já sabem que o documento foi elaborada, já digeriram o documento, como é que as coisas vão ser, foram também envolvido o informativo (...) quando a informação chega através da intranet que é colocada lá mais uma circular foram envolvidas muito poucas pessoas (...) tem que se envolver os funcionários aos vários níveis e muitas coisas acontecem sem as pessoas terem a perceção sobre o que está a acontecer (...) Por outro lado têm também a investir muito na satisfação dos profissionais para prestarem cuidados de qualidade (...) para mim era envolver um bocadinho todos os funcionários antes de existir a mudança, dizer-lhe porque existia a mudança, quais os interesses daquela mudança, quais as mais valias vai trazer. Porque desta forma as pessoas sentiam-se envolvidas, sabiam porque estavam a mudar e aderiam com mais facilidade e não era imposta

Administrador grupo 3: Sim. Tudo o que é imposto não chega a bom porto (...) Não podemos pagar para desenvolver projetos de qualidade. Há que inculcar este espírito nas pessoas. Tu quando desenvolves um projeto de qualidade não podes estar à espera de repercussões económicas mas a nível de satisfação no teu serviço... tem que ser um bocadinho envolvido nisto (...) Às vezes as pessoas dizem que andam muito cansada, muito sobrecarregadas... em pequenos projetos é isso que se verifica: eu até gostava de participar mas não nos dão tempo, mas às vezes até damos, mas...

Administrador grupo 2: a importância é que eram pessoas muito voluntariosas, começaram por fazer coisas muito complicadas e que estão feitas e que vão ser usadas no processo de acreditação dos serviços... começou pelo manual das visitas (...) depois as pessoas que a constituem quiseram participar, vieram por vontade (...) quando as pessoas andavam empurradas as coisas andavam, mas quando se parrou tudo foi abandonado, pois não havia a motivação dos profissionais. Aqui não, há este envolvimento das próprias pessoas (...) Nos hospitais é completamente diferente, dado que são sistemas muito complexos, a qualidade tem de ser evidenciada. Evidenciada e introduzida no grupo e

			<p>depois com componentes mensuráveis. Se as pessoas não tiverem com a questão da mensurabilidade e com a tal perspectiva de melhoria contínua as coisas não andam (...) Estamos à espera da tal dinâmica do departamento.</p>
		<p>Promover formação/discussão sobre qualidade (9)</p>	<p>Prestador cuidados 4: Os resultados: faz-se uma análise estatística e depois é dado a conhecer em formação. (...) temos assistido a um investimento nesta área. (...) Continua a haver um incentivo à formação... por exemplo em relação à qualidade existem imensas coisas novas, imensas formações... (...)</p> <p>Prestador cuidados 6: falta de formação nestas temáticas</p> <p>Prestador cuidados 10: A primeira tem a ver com a formação sobre gestão da qualidade. Há cerca de 3 anos participei numa formação interna sobre padrões de qualidade</p> <p>Prestador cuidados 11: De resto pode-se dizer que se vai fazer uma formação sobre qualidade hospitalar mas se calhar pouca gente vai, e se a mensagem for passada por um diretor de serviço ou numa reunião certamente chega mais rápido aos profissionais.</p> <p>Comissão da QSD 2: As diretrizes deste ano apontam no sentido de haver de comissões de qualidade e segurança do doente, em que é preciso ter uma estrutura de qualidade para garantir segurança dos cuidados aos doentes, e tem uma plataforma de acreditação de unidades hospitalares a que podemos recorrer</p> <p>Administrador grupo 2: No desenvolvimento da cultura temos uma comissão de defesa de segurança do doente, da qualidade da segurança do doente, neste momento estão elaborados pela quantidade de questionários à satisfação dos utentes. São coisas óbvias, elementares, e nós não fazemos. E não fazemos precisamente por isso, não fazemos porque não temos cultura. (...) Nos hospitais é completamente diferente, dado que são sistemas muito complexos, a qualidade tem de ser evidenciada. Evidenciada e introduzida no grupo e depois com componentes mensuráveis. Se as pessoas não tiverem com a questão da mensurabilidade e com a tal perspectiva de melhoria contínua as coisas não andam.</p> <p>Administrador grupo 3: Não podemos pagar para desenvolver projetos de qualidade. Há que incutir este espírito nas pessoas. Tu quando desenvolves um projeto de qualidade não podes estar à espera de repercussões económicas mas a nível de satisfação no teu serviço... tem que ser um bocadinho envolvido nisto</p>
			<p>Estrutura física/organizacional (3)</p>
	<p><u>BARREIRAS PERCECIONADAS</u></p>	<p>Mudanças frequentes de direção hospitalar (5)</p>	<p>Prestador cuidados 4: O da amamentação é um exemplo, estava tudo a ir muito bem e depois de um momento para o outro tudo mudou. Tens ali muito trabalho e depois cortam-te as pernas. Por isso muitas vezes é negativo</p> <p>Comissão da QSD 1: Não foi só a Joint Commission houve anteriormente: ISO 9001 para a qualidade da consulta externa. Esse projeto foi feito, só não foi implementado. Esse estava mesmo terminado mas nunca foi implementado, aí está porque mudou a administração.</p>

			<p>Comissão da QSD 2: Nós tivemos no da JC mas com as sucessivas alterações das administrações fez com que os programas fossem sempre parados.</p> <p>Comissão da QSD 3: cada vez que vêm as auditorias externas fica bastante caro e depois a administração que veio não deu continuidade (...) ainda não se conseguiu uniformizar, porque houve mudança de diretores de serviço mudança de responsáveis em algumas áreas onde se fazem administração de sangue e ainda não se conseguiu avançar</p>
		<p>Constrangimentos financeiros (5)</p>	<p>Prestador cuidados 2: deduzo que tenha sido precisamente por causa disso, por não haver requisitos básicos para a implementação do projeto.</p> <p>Prestador cuidados 4: penso que tudo isso engloba custo e penso que deve ter sido por ai (...) estou a pôr várias hipóteses: da parte económica, da administração, de não conseguirmos mesmo seguir e andar para a frente</p> <p>Prestador cuidados 5: Não tenho essa informação certa, pois essa informação não nos chega, mas talvez por questões económicas, pois esses processos envolvem muitos custos.</p> <p>Prestador cuidados 7: Não sei se terá por detrás deste abandono uma componente financeira</p> <p>Comissão da QSD 3: o hospital iniciou um processo de certificação pela JCI que depois foi parado porque depois ao mudar as administrações não aderem a tudo e não deram continuidade, porque é um processo muito moroso e caro</p>
<p>EXPETATIVAS RELATIVAS À GESTÃO DA QUALIDADE</p>	<p><u>DESAFIOS/EXIGÊNCIAS DA QUALIDADE</u></p>	<p>Valorização do processo (mais que resultados) (5)</p>	<p>Prestador cuidados 3: Acho que eles não confiaram no hospital, não acreditaram que nos pudéssemos estar ao nível dos padrões que eles exigiam</p> <p>Prestador cuidados 6: Se há acreditação, é que há qualidade não é? Na instituição em que estamos a trabalhar, nós podemos ficar mais incentivados a nível de trabalho</p> <p>Prestador cuidados 10: Considero que é importante uma instituição, uma empresa, um hospital ser acreditada pelas pessoas que regulamentam a nossa prática.</p> <p>Administrador grupo 2: nós entendemos que uma ferramenta qualquer da acreditação seria determinante para podermos levar o barco a bom porto. (...) podemos até escolher, no SNS, um hospital próximo da área de residência, mas se podermos escolher e tivermos a informação vamos escolher o melhor. (...) claro que sim, se é acreditado acha que é de qualidade. Se você vê que um produto é certificado pela ISO você sabe que ele é de qualidade, está segura. (...) Havia departamentos centrais, nomeadamente aquele que implementou esta reforma, nós somos proactivos mas também reativos, que dizia que a acreditação era uma colocação de faixas... e é verdade, haviam hospitais que viviam para o deslumbramento e tinham faixas a dizer “totalmente certificado”. (...) o turismo de saúde é uma coisa que está muito a acontecer, pois sem dúvida que se o hospital não é certificado/acreditado, não é uma americano que vai decidir vir fazer uma prótese da anca se o hospital não é certificado... até podemos ter excelência nessa área, mas se não é certificado não tem visibilidade para o utente.</p>
		<p>Liderança forte</p>	<p>Prestador cuidados 3: a nossa chefe também incentiva</p>

		<p>(5)</p>	<p>Prestador cuidados 7: a nível dos serviços penso que tem existido a preocupação de capacitar os serviços com os recursos humanos necessários, a nível de recursos materiais, ao nível de procedimentos, como por exemplo a criação de um manual com protocolos bem definidos e de documentados. (...) A liderança nestes processos é extremamente importante. Pois quando existe alguém que é dinamizador, que dá o exemplo, que incentiva, que vai replicando informação, que dá o exemplo, que supervisione e não apenas debite a informação. (...) Também temos uma chefia muito interessada e muito interventiva na melhoria da qualidade e isso é fundamental. (...) Deveria de facto existir, alguém com pulso que deveria chamar à atenção os profissionais que não cumprissem as práticas definidas, e isso fosse exemplo para todos os que não cumprissem. (...) Isto também passa pela reestruturação de recursos humanos, nos diferentes cargos onde se encontram nos diferentes níveis organizacionais no sentido de isto ser dinamizado para atingirmos esse ganho de qualidade.</p> <p>Prestador cuidados 10: De alguma forma estamos aqui no serviço de urgência privilegiados pois o enf. Diretor foi nosso chefe, portanto também temos uma abertura diferente de outros colegas para falarmos com ele.</p> <p>Comissão da QSD 3: Ao notar essa resistência à mudança, que as coisas não correm muito bem às vezes o presidente da comissão especialmente está sensibilizado e está a tentar fazer com que haja uma gestão dessa mudança.</p>
		<p>Profissionais com tempo dedicado à qualidade (9)</p>	<p>Prestador cuidados 1: é importante para qualquer dúvida que o doente ou os familiares tenham, podemos encaminhar para lá.</p> <p>Prestador cuidados 2: importante na medida em que eles comecem a procurar perceber o, o que é que faz falta nos serviços, o que é que tem de ser mudado, não é? Um departamento de qualidade tem de perceber primeiro quais são os problemas reais de serviço que é para depois começarem a tentarmos iniciar uma mudança.</p> <p>Prestador cuidados 3: São pessoas que estão mais focalizadas nesse tema, que debatem ideias, que podem pensar em estratégias, estão mais disponíveis para obter informação de outros hospitais, comparar padrões e evoluir para saber o que é feito e decidir estratégias.</p> <p>Prestador cuidados 6: Essa comissão tem em conta a segurança do doente, a satisfação do doente em si tendo o feedback daquilo que o doente pensa ou quais são as consequências no internamento dele, faz assim portanto imenso sentido. Prestador cuidados 11: mas fazem por exemplo: fazem uma manhã e é só para aquilo e têm que fazer e pronto. (...) ou ter um tempo específico, ou escalar pessoas só para fazer isto, acho que seria muito mais fácil e muito mais rápido se assim fosse</p> <p>Comissão da QSD 1: o primeiro problema deste processo da qualidade tem a ver com o tempo, porque ninguém está a tempo inteiro a trabalhar na qualidade. (...) na minha opinião, enquanto não for criado um gabinete, um departamento da qualidade como existem, por exemplo, controlo de infeção, com uma equipa fixa... se assim não for, sempre que vier um conselho da administração vai ser muito difícil continuar com o trabalho que já estava feito</p> <p>Comissão da QSD 2: a comissão de qualidade e segurança do CHBV é das poucas comissões multidisciplinares, com pessoas de muitas áreas, e assim implica que todos se envolvam mesmo não sendo do seu interesse específico (...) se as pessoas tivessem dedicadas mais tempo na ... trazia melhorias mais rapidamente, mas as pessoas são todas</p>

			<p>coordenadoras ou responsáveis por outras áreas e dispensam um dia por semana à comissão e têm as suas coisas a fazer e não se consegue ver tudo (...) Em vez de trabalharem em equipa, debater os problemas em equipa para que os problemas não voltem a ocorrer não acontece</p> <p>Comissão da QSD 3: Foi definida uma comissão de risco clínico e não clínico que está a começar a trabalhar e a definir protocolos e procedimentos que estão a ser aprovados pela comissão da qualidade que estão a ser aprovados semanalmente, a dar o parecer dos regulamentos que estão a sair, agora saiu o protocolo de higienização de espaços que é muito importante para haver segurança e qualidade (...) esta comissão é muito importante, tem muito peso e muito trabalho a desenvolver. (...) Ninguém está a tempo inteiro na comissão o que é mau porque daria continuidade e desenvolver-se-ia mais trabalho, porque as pessoas estando só lá dedicada aquilo desenvolveriam melhores projetos que querem implementar (...) Enquanto nós dispensamos 1 ou duas horas por semana, normalmente reunimos uma manhã por semana mas que é muito pouco para tanto que temos a fazer nesta área da qualidade e segurança do doente</p> <p>Administrador grupo 2: é de facto uma multiplicidade de conhecimentos que cada um possui que permite trabalhar várias áreas. (...) a vantagem é que hoje nenhum documento passa sem ser validado e passar na comissão primeiro. Funciona como um filtro, por exemplo o regulamento do sangue vai ter que passar na comissão (...) primeiro é multidisciplinar (...) Hoje nada anda à deriva, tudo passa pela comissão da qualidade.</p>
		<p>Promoção da continuidade dos projetos em curso (12)</p>	<p>Prestador cuidados 1: A nível de registos de enfermagem na CIPE desde 2010 com a introdução de várias escalas (...) Neste momento está em curso um projeto, especialmente desde Outubro de 2013 que é a aplicação da escala de Hamilton</p> <p>Prestador cuidados 2: neste momento, um desses trabalhos tem sido a check list cirúrgica que tem dado assim um bocadito de... Falta ser implementada, mas ainda não está, bem, implementada. (...) Tem o programa do enfermeiro responsável onde existem enfermeiros responsáveis pelo doente. Cada doente tem de saber quem é o enfermeiro responsável pelo mesmo, embora haja colaboração existe sempre um enfermeiro responsável. O programa tratar do doente pelo nome que mais gosta, é o nome próprio, sublinhamos na identificação (...) quanto mais não seja os indicadores que a gente tem é só mais para alertar a equipa. É para dizer estamos no bom caminho, vamos lá.</p> <p>Prestador cuidados 3: o último trabalho que fizemos de melhoria contínua foi ao nível da equipa que ainda está a ser tratado e é a nível de protocolos das várias atuações de enfermagem... uma delas que agora há pouco tempo foi conquistada é a nível da administração da insulina e era uma das coisas que não havia protocolo, havia valores de referências aqui e ali, havia prescrição de alguns médicos, mas não havia um protocolo... e agora já existe um protocolo (...) agora temos uma pulseira, a identificação na cabeceira, acho que agora funciona melhor, os doentes quando vão fazer exames que não comunicam e estão identificados. (...) manual de procedimentos do serviço? Sim já existia e agora esta a ser reformulado de acordo com a CIPE/SAPE.</p> <p>Prestador cuidados 4: O da amamentação, continuamos a utilizar as mesmas diretrizes, o do ruído, o projeto do método de canguru, vamos iniciar um programa de controlo da luminosidade para depois associarmos ao ruído</p>

			<p>Prestador cuidados 5: Temos agora em fase embrionária um projeto de administração de oxigénio, de modo a conseguirmos padronizar a sua administração e de evitar os efeitos nefastos para o doente, mas ainda não está implementado. (...) O projeto até é elaborado, até é implementado numa fase de teste, numa fase piloto, mas depois dilui-se... não há acompanhamento e nem mensuração de resultados para adequar o projeto.</p> <p>Prestador cuidados 6: Temos o da higienização das mãos</p> <p>Prestador cuidados 7: Estão a trabalhar no âmbito da higiene das mãos, no fato de os profissionais não irem aos refeitórios com o fardamento de prestação de cuidados</p> <p>Prestador cuidados 10: o projeto de circuito do medicamento</p> <p>Prestador cuidados 11: temos o do relaxamento, portanto o programa relaxact (...) Eles fazem umas entrevistas aos utentes, aquilo é para diminuição dos níveis de ansiedade aplicam uma técnica, que é a Jacobson, para eles relaxarem e eu penso que sim, que tem tido sucesso, é o projeto que está mais na baila no nosso serviço. (...) os de úlceras de pressão e de queda ... que é nós aplicamos escalas diretamente. Aplicamos uma escala de Hamilton também que é de ansiedade, é este programa agora.</p> <p>Prestador cuidados 12: Sei que existe agora no hospital grupos de trabalho que estão a trabalhar no sentido de pegar nas orientações da ordem dos enfermeiros nos padrões de qualidade e da prática tutelada de enfermagem e que estão a pegar nessas orientações para construir modelos para os próprios serviços (...) Sei que houve um projeto que se relacionava com a higienização dos postos de trabalho</p> <p>Comissão da QSD 3: estamos a fazer a avaliação da qualidade e da segurança, foram feitos os inquéritos. (...) a comissão de infeção está a fazer manuais de várias áreas, manuais de quando há um incidente, quando há um acidente, como é que deve gerir isso, como se deve informar, se deve atuar. Estão a ser elaborados aprovados vários documentos que vão dar alguma segurança aos profissionais</p>
		<p>Resultados a longo prazo (14)</p>	<p>Prestador cuidados 1: de alguma forma haver um resultado de todos os cuidados, que sempre foram feitos mas que nunca houve resultados concretos e agora já podemos dizer que $a+b=c$.</p> <p>Prestador cuidados 2: porque no fundo, qualquer programa de qualidade que a gente queira fazer, implementar, exige tempo, exige disponibilidade (...) o cansaço também não é um bom amigo da qualidade não é?</p> <p>Prestador cuidados 3: esse trabalho faz-se e fazer-se com qualidade e depois ser implementado, com resultados. (...) nós pelo menos chegamos sempre super cedo e saímos sempre super tarde, pode até surgir uma coisa, alguma sugestão, pode não estar a correr bem, o que poderia melhorara ou assim, mas não temos tempo (...) deviam ter resultados concretos</p> <p>Prestador cuidados 4 : depois são todos os condicionantes da falta de tempo, etc. (...) é que iniciar os projetos, tudo isso é muito moroso, dá muito trabalho e é exatamente isso a falta de tempo (...) o problema não é identificar o problema, é a morosidade dos processos de melhoria de qualidade... O problema é esse fazê-los... arranjar estratégias,</p>

porque tens que seguir um conjunto de passos que tens que seguir...

Prestador cuidados 5: a qualidade está presente na missão e valores do hospital mas a implementação é ainda muito complicada. (...) enquanto não existirem resultados do nosso trabalho não vamos a lado nenhum.

Prestador cuidados 7: eu sou um elo de ligação entre o serviço e a comissão de controlo da infeção. Todos os anos fazemos uma auditoria relativamente ao cumprimento dos 5 momentos da lavagem das mãos aos enfermeiros, auxiliares e médicos. Depois esses dados são recolhidos, tratados ao nível da comissão, os resultados são-nos comunicados e mediante estes vamos tentando alertar e se necessário fazer formação. (...) as pessoas terem que disponibilizar do seu tempo para fazer estes projetos, porque têm que disponibilizar do seu tempo pessoal e depois não têm contrapartidas, a única contrapartida é a melhoria dos cuidados no futuro. (...) eu tenho conhecimento e sei quem está nessa comissão. A relevância prende-se com o tentar fazer com que as alterações tenham que ser aplicadas, bem como fazer um acompanhamento constante do que está menos bem.

Prestador cuidados 10: são avaliados os conhecimentos que são transmitidos e é avaliada a visão dos profissionais, também em termos do que se fez. Em termos, por exemplo, de ano para ano nós vamos avaliando se realmente conseguimos ter melhores parâmetros a esses níveis ou se pelo contrário verificamos que se calhar as senhoras não saíram tão esclarecidas quanto em anos anteriores e portanto quer dizer que temos de trabalhar mais para conseguir essas metas.

Prestador cuidados 11: se calhar leva o seu tempo para ser de facto feito alguma coisa na prática

Prestador cuidados 12: este departamento também deveria comparar se com a introdução de novos procedimentos se melhoraram as práticas ou não. Temos também que ver outra coisa que é como é que eu estou em relação ao que de melhor se faz no mundo, estou igual ou estou pior, pois eu posso ter diminuído o número de infeções para metade mas mesmo assim estar na cauda da europa ou do mundo.

Prestador cuidados 15: á estão a fazer algumas alterações no nosso serviço, por exemplo as luzes das salas têm de estar acesas, ainda só temos uma mas sei que são para estar todas, sim disso tenho conhecimento disso e sei que estão a trabalhar nisso. Penso que é relacionado com isso...

Comissão da QSD 1: se conseguirmos monitorizar e depois avaliar os resultados vai ser excelente (...) é muito complicado a gente arranjar tempo para trabalhar na qualidade apesar de se ter feito um esforço. (...) os procedimentos quando saem eu penso que saem bem elaborados, bem trabalhados, porque são muito debatidos aqui na comissão. A questão de tempo é que se tivéssemos mais tempo, nós temos muitos documentos aí pendentes que não conseguimos analisar na comissão porque realmente não há tempo? (...) eu acho que as pessoas têm aquela associação é muito papel, muita burocracia, não sei se são resistências... acima de tudo é mais trabalho, só por aí. (...) em termos de desafios é mesmo ter uma equipa. Eu penso que sem isso nunca se vai conseguir construir uma política de qualidade e segurança se não for uma coisa a longo prazo. Enquanto houver apenas uma comissões que reúnem de vez em quando, penso que é muito difícil. Conseguem fazer algumas coisas mas é complicado.

Comissão da QSD 3: agora é uma questão de tempo para depois ser feita a acreditação por departamentos como a

			<p>administração definiu. Porque preconiza que seja os departamentos e não os serviços, que é um bocadinho mais difícil e mais moroso (...) sempre que mudam elementos é um bocadinho trabalhoso, pois nem estão dentro do espírito porque é a qualidade e segurança que os outros começaram e também por outro lado têm que ir estudar, têm que ir ler, têm que ir ver. E depois a comissão tem por hábito consultar os intervenientes nos diferentes processos o que a torna mais moroso</p> <p>Administrador grupo 3: há uma penalização... não se recebe quando não os atingimos.</p> <p>Administrador grupo 2: a minha experiência diz-me isso. Diz-me que nos processos de qualidade é fundamentalmente benchmarking. (...) faz-se fazendo o benchmarking... pode ser mau mas genericamente é bom, pois permite-nos comparar os resultados bons e dizer-nos o que devemos fazer para os atingir e comparar os resultados maus para que não cometemos os mesmos erros. (...) e nesse caso fazem benchmarking, publicam os resultados e depois são, todos os colaboradores normalmente têm acesso a esses resultados ... sim e há benefícios financeiros (...) é que sim, porque foram as pessoas que se candidataram e sabem que isto aqui vai dar muito trabalho, porque a qualidade custa muito. A qualidade além de ser cara, acaba por ser barato mas custa. É preciso muito trabalho (...) eu já assisti a trabalhos a serem minuciosamente desenvolvidos e avaliados por sete pessoas durante 3 horas... e ninguém se chateou, nem atirou cadeiras... é um trabalho muito difícil...</p>
	<p><u>EFEITO/OUTCOM</u> <u>E ESPERADO</u></p>	<p>Uniformização de práticas (9)</p>	<p>Prestador cuidados 3: agora já está a ser implementado... e faz toda a diferença, pois toda a gente sabe, toda a gente administra segundo o protocolo.</p> <p>Prestador cuidados 3: Trouxe uniformização dos cuidados</p> <p>Prestador cuidados 4: considero importante essencialmente para uniformizar muitos cuidados, para trabalharmos todos dentro da mesma linha (...) Ao haver um grupo, vêem-se as várias lacunas que existem e depois estão a trabalhar para que depois todos os profissionais possam trabalhar de uma forma igual.</p> <p>Prestador cuidados 5: permite a padronização e uniformização que hoje não existe. As entidades que acreditam as organizações de saúde têm regras bem definidas e objetivos específicos.</p> <p>Prestador cuidados 10: Relativamente aos programas de melhoria contínua, existem no serviço e penso que se calhar não é a questão de simplificar mas acima de tudo de uniformizar.</p> <p>Prestador cuidados 11: existia um maior controlo, talvez sobre aquilo que é feito e como é que é feito. Uma maior uniformização daquilo que é feito em todo o hospital.</p> <p>Prestador cuidados 12: para existir a tal uniformização e padronização que permita extrair dados que permita também efetuar comparações com outras realidades e perceber se estamos a trabalhar bem.</p> <p>Comissão da QSD 3: esta auditoria externa que veio, ao fazer o relatório, mostrou que havia a necessidade de fazer alteração dos procedimentos e protocolos de haver alguma fundamentação para algumas atuações lá no serviço de sangue. E depois o serviço começou a fazer alguns procedimentos, alguns implicam os serviços que estão envolvidos</p>

			<p>que administram sangue ou fazem colheitas, e aí houve necessidade de uniformizar procedimentos</p> <p>Administrador grupo 3: Melhoria e uniformização dos procedimentos e garantia da segurança profissional.</p>
		<p>Segurança para os doentes (8)</p>	<p>Prestador cuidados 3: Começamos pela aquisição de materiais, passávamos pela enfermaria e tínhamos 4 doentes por enfermaria, não havia cortinas, camas elétricas e isso dificultava a prestação de cuidados (...) Esse processo (certificação do serviço de sangue) veio trazer segurança às transfusões, pois se não corresponde a bolsa de sangue ao doente o aparelho dá logo erro.</p> <p>Prestador cuidados 4: há vários exemplos, as pulseiras de identificação dos doentes, eu não tenho a certeza se já mudaram o sistema das transfusões de sangue, o ir comer fardado ao refeitório, a check-list de verificação do pré-operatório, agora vão iniciar a política da segurança do medicamento, a questão dos carros de emergência serem uniformizados... há varias coisas. (...) há muitas coisas que não somos alertados em questão à segurança doente, e que nem sequer pensamos que estamos a colocar em causa a segurança do doente.</p> <p>Prestador cuidados 6: A segurança provavelmente é maior, há menos risco de ter troca de sangues. Deve-se confirmar tudo. Nós confirma-mos uma, duas ou três vezes.</p> <p>Prestador cuidados 7: O que se alterou mais recentemente foi o gridcode. Ele existe e é mais uma forma de segurança na transfusão de sangue.</p> <p>Prestador cuidados 10: Acho que é importante que haja... que haja segurança do doente, porque é assim, acho que esse também é um verdadeiro critério da qualidade numa instituição, é ver os seus doentes seguros e satisfeitos com a prestação de cuidados a que são sujeitos.</p> <p>Prestador cuidados 12: continuo a acreditar que é importante estar acreditado para a segurança do doente</p> <p>Comissão da QSD 1: Acima de tudo segurança. Eu associo certificação a segurança. (...)em termos de segurança para os doentes que eu acho que tem sido um dos pontos mais trabalhados neste... pela comissão ... O da Joint Commission era mais global e burocrático, este que temos em curso é mais direcionado para a segurança do doente.</p> <p>Comissão da QSD 3: dar segurança aos doentes de transmitir-lhe que é um local seguro que eles podem vir e que tem os cuidados necessários (...) Penso em que relação à segurança dos doentes têm sido feitas várias medidas, que têm a ver um bocadinho com o que é preconizado a nível nacional, os direitos do doentes (...) Foi introduzido agora as novas etiquetas no bloco operatório... é um programa de segurança com cores e com linguagem adequada à medicação.</p>
		<p>Melhoria na qualidade dos cuidados (11)</p>	<p>Prestador cuidados 1: Já existe um programa estabelecido com linhas orientadoras, com escalas próprias, com tempos próprios para de alguma forma haver um resultado inicial e final e aí evidenciarmos em termos da prática ou termos resultados evidentes que existe uma melhoria no estado do doente.</p> <p>Prestador cuidados 3: a nível de pessoal eram 4 pessoas para 33 doentes e agora a dotação é diferente, somos 5 para 25 doentes, as cortinas já existem em todos os serviços... a nível de material há sempre muita renovação (...) consegue-se dar mais respostas e melhor resposta, dado que há mais gente, mais enfermeiros (...) antes deixávamos algumas</p>

			<p><i>coisas mais de lado, neste momento cumpre-se tudo o que é de cada turno direitinho, fazemos tudo (...) nós crescemos e fazermos de forma diferente, é sempre importante</i></p> <p>Prestador cuidados 4: <i>O do ruído também já colhemos resultados e houve diminuição do ruído e acabamos por publicar os resultados para revista da ordem. (...) o da amamentação notou-se melhoria, as pessoas já estão sensibilizadas e fazem automaticamente.</i></p> <p>Prestador cuidados 5: <i>é importante e cada vez é mais importante implementar projetos de melhoria da qualidade, pois sabe-se que só assim se consegue melhoria da prestação dos cuidados.</i></p> <p>Prestador cuidados 6: <i>fala-se da satisfação dos utentes com os cuidados que são prestados, isso também é muito importante, aplicar escalas para saber se estamos a ir ao encontro do que os doentes precisam</i></p> <p>Prestador cuidados 7: <i>No que se refere aos recursos humanos também tem havido melhoria ao longo dos anos: quando aqui cheguei eramos menos enfermeiros apenas 4 e hoje somos 5. Temos também mais auxiliares que se encontram divididos de forma diferente na prestação de cuidados. E quer queiramos quer não isso reflete-se na qualidade dos cuidados que prestamos. (...) Na maioria dos casos estamos conscientes do que conseguimos, da evolução que fizemos e da melhoria que foi conseguida nos últimos anos.</i></p> <p>Prestador cuidados 11: <i>Acredito que, que se é para melhorar cuidados que é importante. (...) o único benefício que poderá haver é no sentido de os exames serem marcados mais rapidamente, porque começou a haver alterações nos horários e é mais fácil marcar exames, só nesse sentido de o doente fazer o exame mais rápido (...) temos feito coisas diferentes no que se respeita à realização de exames diferentes e isso é uma mais-valia, em termos de qualidade do serviço prestado se calhar fazem aqui e iam fazer fora, nesse sentido.</i></p> <p>Prestador cuidados 12: <i>No entanto, o que conheço desta formação, sou crítico, pois na minha opinião os passos dos projetos de melhoria contínua definidos pela ordem não são os mais corretos, mas eu também vejo um projeto muito na área académica, portanto como um projeto de investigação no sentido de encontrar resultados para melhorar ou adequar a prática.</i></p> <p>Administrador grupo 3: <i>as pessoas partem para um projeto é porque querem na realidade envolver-se nele e obter resultados dele.</i></p>
		<p>Reconhecimento externo da Instituição (6)</p>	<p>Prestador cuidados 7: <i>se um processo deste for levado a sério poderá trazer-nos uma instituição com maior credibilidade e uma instituição com melhor qualidade de cuidados. E pode também, para uma percentagem da população que tem esse conhecimento, visibilidade, ou seja, as pessoas decidem dirigir-se a esta instituição porque tem altos padrões de qualidade e que vou ter cuidados de saúde com qualidade, sei que vou ser bem atendido e que terá baixa probabilidade de insucesso naquilo que eu pretendo. Pretende-se ter bons cuidados e fomentar confiança nas pessoas que frequentam a instituição e fazer com que até os próprios profissionais cresçam e possam potenciar as suas próprias capacidades.</i></p> <p>Prestador cuidados 10: <i>Foi importante nós vermos a formação para a padronizada de modo a que toda a nossa</i></p>

		<p><i>equipa pudesse transmitir a mesma informação e portanto passar um ideia à população de segurança e de credibilidade. (...) Penso que nós enfermeiros, se queremos levar uma imagem à população de qualidade, nós próprios também temos que ter brio e profissionalismo nos nossos cuidados. (...) Mas na gestão da qualidade é uma imagem que é a imagem que o hospital por inteiro</i></p> <p>Comissão QSD 1: <i>A acreditação é essencial. É essencial, isto é, não posso dizer que é essencial mas é o reconhecimento de que se estão a fazer as coisas bem-feitas, tem haver por aí. O reconhecimento, porque o importante é fazer mesmo as coisas bem-feitas.</i></p> <p>Comissão QSD 3: <i>o respeitar, o acompanhamento junto dos internamento, o aumentar as visitas livres todos esses itens que vão melhorar a qualidade e a perceção e a imagem lá fora</i></p> <p>Administrador grupo 3: <i>está a sair hoje esse resultado dos nossos serviços no que diz respeito a determinadas áreas, nomeadamente o enfarte do miocárdio, prótese da anca... várias áreas que são avaliadas e portanto é feito o tal benchmarking como Sr. Zé Afonso estava a dizer comparando entre aspas com os outros hospitais.</i></p>
--	--	---

Anexo 5: Outputs do ATLAS/ti 5.0

The screenshot displays the ATLAS.ti 5.0 software interface. The main window shows a document titled "backup of Análise Catarina Qualidade - nova - ATLAS.ti" with a menu bar (File, Edit, Documents, Quotations, Codes, Memos, Networks, Views, Tools, Extras, A-Docs, Windows, Help) and a toolbar. The document content is as follows:

13 Parece que com tudo isto o trabalho aqui na urgência é uma anarquia, mas não é bem assim também, existem regras que são cumpridas e existem alguns procedimentos, mas ainda há muito a fazer e enquanto não existirem resultados do nosso trabalho não vamos a lado nenhum.

14 **P- Tens conhecimento como são definidos as políticas de qualidade do Hospital?**

15 As políticas são definidas pela gestão, mas a maioria das vezes esse conhecimento não chega aos profissionais, temos a intranet para divulgação mas a informação não é toda divulgada... e muitos profissionais não têm formação sobre esta temática para entenderem e devem ser convidados a participar nestes projetos de melhoria da qualidade, devem ser mais envolvidos. A qualidade está presente na missão e valores do hospital mas a implementação é ainda muito complicada.

16 **P- Relativamente aos prestadores de cuidados, estes são incentivados a participar nos projetos de melhoria da qualidade? Pode dar exemplos concretos do envolvimento e da valorização da sua opinião?**

17 Não, os prestadores de cuidados não são convidados a participar nesses projetos, as políticas são definidas pela gestão, estes deveriam ser mais motivados. Em tempos já houve mais envolvimento das chefias em motivar os colaboradores. Mas hoje não, não sei porque motivo, pois as pessoas até têm formação e devem ter competências nesse âmbito, mas na minha opinião há agora menos envolvimento e motivação dos profissionais para estes projetos por parte das chefias, não sei se é por falta de tempo, mas... . E sem motivação dos prestadores de cuidados não há qualidade dos cuidados, não sou eu apenas que digo são os estudos, há investigações que comprovam isso, as pessoas motivadas têm uma produtividade superior, e se existem trabalhos sobre isto não sei porque não é trazido para a prática e porque não é efetuado no terreno. Em meu entender é a chave para a qualidade... é fundamental para que a qualidade seja o caminho a seguir e seja implementada na prática.

18 **P- Considera então que a liderança tem influência nestes processos de gestão da qualidade?**

A "Select: Codes" dialog box is open, displaying a list of codes with "motivar os profissionais (16-0)" selected. The list includes:

- existir elos de ligação (0-0)
- expetativas relativas ao departamento da qualidade (0-0)
- falta cultura da qualidade (0-0)
- falta de comunicação (0-0)
- falta de conhecimentos (0-0)
- incentivos à formação (0-0)
- individualismo (0-0)
- investimento na cultura da qualidade (19-0)
- liderar bem motiva (12-0)
- mehoria na qualidade dos cuidados (21-0)
- melhor adesão dos profissionais (0-0)
- mensurabilidade dos dados (0-0)
- método ineficaz de informação aos profissionais (23-0)
- motivar os profissionais (16-0)**
- mudança da direção hospitalar (10-0)
- multidisciplinariade=qualidade (0-0)
- não envolvimento dos profissionais (0-0)

The dialog box has "Ok" and "Close" buttons. The bottom status bar shows "Mark text first!", "Size: 100%", "Rich Text", "Default", and the system clock "10:11 10-09-2014".

backup of Análise Catarina Qualidade - nova - ATLAS.ti

File Edit Documents Quotations Codes Memos Networks Views Tools Extras A-Docs Windows Help

P-Docs P6: 1ª urgencia - 9.r Quotes 6:34 A qualidade es Codes investimento na cultura da qualidade (19-0) Memos

06 P- O centro Hospitalar encontra-se num processo de mudança no que
que significa gestão da qualidade para este hospital e quais os probl
âmbito da qualidade?

07 A qualidade está em voga, é importante e cada vez é mais importante
só assim se consegue melhoria da prestação dos cuidados. Temos ass
muitos projetos, mas muitas vezes quando chega à fase de implementação surgem resistências...

08 Aqui no serviço de urgência a equipa é multidisciplinar e as resistências aos projetos surgem, na maioria das vezes, de outros
profissionais que não os enfermeiros, pois os enfermeiros são uma equipa mais ou menos fixa, enquanto os médicos são rotativos e os
critérios de cada um não são uniformes, e por isso é muito complicado implementar projetos que sejam aceites por todos e que sejam
do consenso geral.

09 P- Consideras que este conceito de qualidade é conhecido e partilhado por todos os prestadores de cuidados? E Achas que ele está
presente na missão do hospital?

10 Não. Há um desconhecimento dos profissionais. A forma de divulgação de algumas coisas é a intranet e, por vezes pela carga horária, os
profissionais não têm conhecimento dessas políticas de qualidade que estão presentes na missão e valores definidos pela gestão do
hospital.

11 P- Quais os projetos em curso no âmbito da qualidade no teu departamento? Consideras que vieram melhorar os projetos existentes e
melhorar os cuidados que prestam aos utentes? Podes dar-me exemplos concretos desses projetos?

12 Não existem projetos relativos qualidade que se mantenham continuamente. Eles até surgem, mas depois na fase de implementação
são barrados. Temos agora em fase embrionária um projeto de administração de oxigénio, de modo a conseguirmos padronizar a sua
administração e de evitar os efeitos nefastos para o doente, mas ainda não está implementado. Tivemos também a necessidade de

- investimento na cultura da qualidade (19-0)
- liderar bem motiva (12-0)
- melhoria na qualidade dos cuidados (21-0)
- melhor adesão dos profissionais (0-0)
- mensurabilidade dos dados (0-0)
- método ineficaz de informação aos profissionais (23-0)
- motivar os profissionais (17-0)
- mudança da direção hospitalar (10-0)

melhoria na qualidade dos cuidados investimento na cultura da qualic
resistência à mudança
resistência à mudança
método ineficaz de informação aos profissionais
projetos em curso

Mark text first! Size: 100% Rich Text Default 10:09 10-09-2014