

A implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – um estudo de caso

Ana Patrícia Pereira Machado

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Gonçalves Costa
Ferreira Monteiro

Coorientadora: Professora Doutora Maria do Céu Lourinho Soares
Machado

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública –
Especialização em Administração da Saúde

Lisboa
2020

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado é, indubitavelmente, um processo longo, desafiante e difícil, que incluí momentos de incerteza, tristeza e frustração. Contudo, são as pessoas que nos rodeiam e que nos são importantes, que fazem com que o processo seja menos penoso e mais leve, afastando por completo qualquer vontade súbita de desistir.

Por isso, fazer este percurso até à fase final, só foi possível graças ao apoio e à força incondicional de um conjunto de pessoas a quem, particularmente, agradeço.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Monteiro, pela dedicação, paciência e pelo incansável apoio. Por me ter dado a mão nos momentos mais difíceis e por nunca me ter deixado desistir, tendo sempre acreditado em mim e no interesse e importância deste projeto.

À minha coorientadora Professora Doutora Maria do Céu Machado, pela simpatia, disponibilidade, atenção e empenho, mas também pela sabedoria e experiência que tanto valorizaram a aprendizagem e o desenvolvimento deste trabalho.

À Dra. Celeste Barreto e aos restantes profissionais do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte pela amável receção, disponibilidade e apoio.

À minha colega de mestrado e amiga para a vida, Marta Mendes, pelo apoio, companheirismo, ajuda, lealdade e amizade.

Aos meus amigos, Inês Marques, Tomás Pereira e Sara Matias pela paciência, por todas as vezes que ouviram as minhas inseguranças, os meus medos e desabafos, mas que acreditaram sempre que este projeto seria levado a bom porto.

Ao Jorge, aos seus pais e irmã, por todo o amor, carinho e generosidade ao longo destes anos, por serem a minha sorte grande e a segunda família que escolheria todos os dias da minha vida. E por último, mas não menos importante, aos meus pais e aos meus irmãos, Inês e Pedro, pelo amor, sacrifício e encorajamento constante nos momentos mais importantes deste percurso e da minha vida. Sem eles nada seria possível e a eles devo tudo o que sou hoje.

Dedico este trabalho ao meu pai, de quem há 14 anos tenho infinitas saudades e de quem, orgulhosamente, herdei a persistência e a resiliência que tanto me caracterizam.

Resumo

A presente dissertação surge no âmbito da problemática da qualidade na saúde, tal como tem vindo a ser defendido pela Organização Mundial da Saúde e pelos diversos Governos em Portugal. Desta forma, através deste estudo, pretende-se responder à questão “De que forma o modelo ACSA foi implementado no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria e qual a perceção dos profissionais relativamente aos fatores com mais facilidade ou dificuldade de implementação deste modelo e na sua manutenção?”.

Para tal, a Metodologia adotada é de natureza qualitativa, através de entrevistas e quantitativa, com aplicação de inquéritos por questionário. Deste modo, obtiveram-se 10 respondentes, dos quais 7 foram considerados como tendo respostas válidas.

Os resultados obtidos revelam que, relativamente à qualidade, aos aspetos positivos/negativos e à utilidade do Modelo ACSA, os profissionais apresentam uma linha de pensamento bastante homogénea, valorizando as características do mesmo.

Relativamente à perceção da facilidade/dificuldade na implementação do Modelo ACSA, de forma geral todos os *standards* dos vários blocos foram considerados como tendo sido fáceis de implementar, à exceção do procedimento relativo à disponibilização, ao utente, de informação atualizada sobre tempos de resposta em relação ao pedido de cuidados feitos; de os utentes e familiares referirem que as instalações são confortáveis; das reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, exigindo-se que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória; à utilização de sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação e do procedimento sobre a avaliação periódica dos resultados dos objetivos fixados no contrato-programa e demais objetivos.

Relativamente à manutenção do Modelo, também todos os *standards* dos vários blocos foram considerados como fáceis de manter, à exceção do procedimento sobre a realização de análises e informações periódicas, relativas à segurança estrutural do edifício e das instalações, levadas a cabo por profissional ou entidade qualificada, sendo que as conclusões daí decorrentes devem ser comunicadas à Direção do Departamento e devem desenvolver-se as ações que forem necessárias na sequência dessas conclusões; sobre as reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, sendo exigido que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória; do procedimento sobre

a utilização de sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação; à avaliação periódica dos resultados dos objetivos estabelecidos no contrato-programa e demais objetivos. A aplicação dos questionários decorreu no mês de dezembro de 2019, sendo que os resultados dos mesmos foram analisados no início de 2020.

Palavras-chave:

Qualidade; Qualidade em Saúde; Modelo ACSA; DGS; Perceção dos Profissionais

Abstract

This dissertation arises in the context of the problem of quality in health, as it has been defended by the World Health Organization and the various governments in Portugal. Thus, through this study, we intend to answer the question "How was the ACSA model implemented in the Pediatrics Department of Santa Maria Hospital and what is the perception of professionals regarding the factors with more ease or difficulty in implementing this model and in its maintenance?"

For this, the methodology adopted is of a qualitative nature, through interviews and quantitative, with application of questionnaire surveys. In this way, 10 respondents were obtained, of which 7 were considered to have valid answers.

The results obtained reveal that, regarding quality, positive/negative aspects and usefulness of the ACSA Model, professionals present a fairly homogeneous line of thought, valuing its characteristics.

Regarding the perception of ease/difficulty in implementing the ACSA Model, in general, all the standards in the various blocks were considered to have been easy to implement, with the exception of the procedure concerning the provision to the user of updated information on response times in relation to the request for care made; the users and family members state that the facilities are comfortable; the repairs carried out by companies outside the organisation, requiring them to have appropriate technical and human resources, to be registered or registered with the body with the competent authority and to have a satisfactory civil responsibility policy; the use of digital information and communication systems and technologies and the procedure for the periodic evaluation of the results of the objectives set out in the programme contract and other objectives.

Regarding the maintenance of the Model, all the standards of the various blocks were also considered to be easy to maintain, with the exception of the procedure on the carrying out of periodic analyses and information on the structural safety of the building and facilities, carried out by a qualified professional or entity, and the conclusions arising from this must be communicated to the Department's Management and the necessary actions must be taken as a result of these conclusions; on the repairs carried out by companies outside the organization, being required to have the appropriate technical and human resources, to be registered or registered with the body with competent authority and to have a satisfactory civil responsibility policy; the procedure on the use of digital information and communication systems and

technologies; the periodic evaluation of the results of the objectives established in the program contract and other objectives.

The application of the questionnaires took place in December 2019 and the results were analysed in early 2020.

Keywords:

Quality; Quality in Health; ACSA Model; DGS; Perception of Professionals

Índice

Introdução.....	12
1. A Administração Pública e a Qualidade.....	14
1.1. O ciclo de Políticas Públicas.....	14
1.2. Os Modelos de Gestão da Administração Pública.....	16
1.2.1 O Modelo Burocrático de Max Weber.....	16
1.2.2 <i>New Public Management</i> (NPM).....	17
1.2.3 <i>Reiventing Government</i>	18
1.2.4 <i>New Public Service</i> ou Novo Serviço Público.....	19
1.3. As origens do conceito da Qualidade.....	20
1.4. A Qualidade na Administração Pública em Portugal – Saúde.....	24
2. A Saúde e a Qualidade.....	27
2.1. A Qualidade em Saúde.....	27
2.2. O início da Qualidade em Saúde em Portugal.....	29
2.3. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.....	32
2.4 Os Modelos de Certificação e Acreditação da Qualidade em Saúde.....	35
Certificação ISO – <i>International Organization for Standardization</i>	37
Protocolo IQS/KFHQS.....	38
<i>Joint Commission Internacional</i> (JCI).....	40
<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia</i> (ACSA).....	41
3. A implementação do Modelo ACSA pela Direção-Geral de Saúde.....	42
3.1. A implementação do Modelo ACSA pelo Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria.....	50
4. Modelo de Análise.....	59
5. Metodologia.....	61
6. Análise dos Resultados.....	65
7. Discussão dos Resultados.....	91
7. Conclusões.....	101
Bibliografia.....	108
Anexos.....	112

Índice de tabelas

Tabela I - Os catorze princípios de Deming.....	21
Tabela II - Princípios de Gestão da Qualidade nas diretrizes ISO.....	38
Tabela III - Distribuição dos standards que compõem o Modelo ACSA	47
Tabela IV - Estrutura do Modelo ACSA	48
Tabela V - Níveis de Acreditação do Modelo ACSA	50
Tabela VI - Resultados Auditoria Externa do Serviço Pediatria Médica na auditoria externa realizada a 25/06/2012	53
Tabela VII - Resultados Auditoria Externa do Serviço de Neonatologia realizada a 25/06/2012.....	54
Tabela VIII - Resultados Auditoria Externa do Serviço de Cirurgia Pediátrica realizada a 03/06/2013.....	55
Tabela IX - Total de Unidades Certificadas até 31 de janeiro de 2020.....	56
Tabela X – Definição do conceito de Qualidade por área profissional	67
Tabela XI – Aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA	67
Tabela XII – Aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA por área profissional	68
Tabela XIII – Perceção da utilidade do Modelo ACSA	68
Tabela XIV – Perceção da utilidade do Modelo ACSA por área profissional	69
Tabela XV – Análise dos standards não unânimes na implementação	71
Tabela XVI – Análise dos standards não unânimes na implementação por área profissional	73
Tabela XVII – Análise dos standards não unânimes na manutenção	76
Tabela XVIII – Análise dos standards não unânimes na manutenção por área profissional	78
Tabela XIX - Quadro integrador das perceções sobre a implementação e manutenção dos standards do Modelo ACSA	81

Índice de Figuras

Figura 1 - Ciclo de Políticas Públicas	14
Figura 2 - As cinco fases da evolução da história da qualidade	23
Figura 3 - Fases do processo de acreditação do Modelo ACSA	48
Figura 4 - Modelo de Análise	60
Figura 5 - Definição do conceito de Qualidade	66

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

AP - Administração Pública

ASQC - *American Society for Quality*

CHULN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

DGCSP – Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

HSM - Hospital de Santa Maria

IPAC - Instituto Português de Acreditação

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISO - *International Organization for Standardization*

ISQua - *International Society for Quality in Health Care*

JCI - *Joint Commission International*

JUSE - União de Cientistas e Engenheiros Japoneses

KFHQS - *King's Fund Health Quality Service*

NPM - *New Public Management*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Success is not final, failure is not fatal: it is the courage to continue that counts –

Winston Churchill

Introdução

As questões relativas à qualidade surgiram com o *New Public Management*, reforçadas, posteriormente, com o *New Public Service* e com a Nova Governança Pública (Pollitt, C., Homburg, V., & Thel, S., 2007).

Cada vez mais a qualidade dos serviços prestados pelo Estado e pela Administração Pública são um imperativo para um bom desempenho na gestão. Aliado a esta questão está o facto de, no mundo atual, existir um problema que todos os países, que investem e asseguraram a cobertura universal, atravessam e que passa pela qualidade dos serviços de saúde prestados (Donabedian, 2003).

Os organismos adotam medidas que buscam a melhoria contínua, incorporando no seu ambiente organizacional uma cultura pela qualidade, sobretudo em setores tão essenciais para o Estado, como é o caso do setor da saúde.

Neste sentido, e tendo em conta a importância da qualidade dos serviços de saúde, a acreditação deste setor constitui uma das principais estratégias do Ministério da Saúde, responsável político da qualidade dos serviços do Sistema de Saúde Português. Desta forma, surgiram em Portugal alguns modelos de certificação da qualidade em Saúde, reconhecidos a nível mundial, e que foram adotados desde os finais dos anos 90. Atualmente o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde é o Modelo Nacional de Acreditação em Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA).

Assim, de acordo com o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde (2013), o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral de Saúde, é a entidade coordenadora da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, tendo como uma das principais funções a implementação de um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, com base num modelo sustentável e adaptado às características do Sistema de Saúde Português.

A Direção-Geral de Saúde tem a responsabilidade de expandir a certificação do modelo ACSA nos hospitais e unidades de cuidados de saúde primários.

Neste sentido, surge a pergunta de partida: “De que forma o modelo ACSA foi implementado no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria e qual a perceção dos profissionais relativamente aos fatores com mais facilidade ou dificuldade de implementação deste modelo e na sua manutenção?”. Tendo como estudo de caso o serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, identificamos nesta investigação os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Objetivos Gerais:
 1. Analisar o processo de implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte e identificar quais os *standards* obrigatórios que facilitaram e dificultaram o mesmo;
 2. Analisar a visão dos profissionais de saúde do Departamento que integraram o processo de implementação do Modelo ACSA.
- Objetivos Específicos:
 1. Comparar a perceção dos diferentes grupos profissionais sobre o processo de acreditação;
 2. Entender quais os fatores do modelo que facilitaram ou que dificultaram o processo de implementação do Modelo ACSA;
 3. Entender quais os fatores do modelo que facilitam ou que dificultam o processo de manutenção do Modelo ACSA.

1. A Administração Pública e a Qualidade

1.1. O ciclo de Políticas Públicas

Não existe apenas uma definição sobre o conceito de política pública. Contudo, Lynn (1980), citado Souza (2006), define-o como um conjunto de ações do governo que produzirão efeitos específicos. Para Peters (1986), citado pela mesma autora, a política pública é a junção das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”. Dye (1984), citado por Souza (2006) e por Bilhim (2016), resume a definição de política pública como o que o governo escolher fazer ou não fazer, isto é, é tudo aquilo que faz parte da matéria de opção do governo, quer por ato, quer por omissão. Desta forma, as políticas públicas requerem a decisão de escolha de entre as alternativas possíveis, por parte do governo, de fazer algo ou não, com o objetivo de produzir resultados, sendo que não fazer é também uma escolha (Bilhim, 2016).

O processo de elaboração de políticas públicas é também conhecido como ciclo de políticas públicas, sendo um esquema de visualização e interpretação que estrutura a vida de uma política pública em sequências interdependentes (Secchi, 2013).

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Elaboração própria, segundo Secchi (2013).

A identificação do problema é a divergência entre o *status quo* e uma situação ideal possível (Secchi, 2013).

Cada sociedade tem vários problemas que alguns cidadãos creem ser questões de interesse e a respeito dos quais o governo deve agir. Desses problemas apenas uma pequena parte é verdadeiramente absolvida no desenvolvimento de políticas públicas (Wu, Ramesh, Howlett &

Fritzen, 2014). Neste sentido, a formação da agenda corresponde a um conjunto de problemas ou temas que são entendidos como relevantes (Secchi, 2013).

Posteriormente, a formulação das alternativas é um dos mais importantes momentos do processo de decisão, correspondendo ao processo de gerar um conjunto de escolhas de políticas aceitáveis para resolver problemas. É uma fase complexa, que envolve diversos atores com diferentes ideias e interesses na promoção de soluções concretas para os problemas de políticas (Wu, Ramesh, Howlett & Fritzen, 2014).

A fase da decisão consiste em optar por um certo curso de ação (ou não ação), por uma proposta concreta, mediante a diversidade de alternativas existentes (Bilhim, 2016; Wu, Ramesh, Howlett & Fritzen, 2014). As decisões expressam o politicamente mais viável, enquanto necessidade de satisfazer os interesses em jogo, ao invés do tecnicamente desejável (Bilhim, 2016).

Posteriormente, a fase da implementação corresponde a um momento fulcral no ciclo de políticas públicas, uma vez que diz respeito a efetivação da política pública (Bilhim, 2016). Assim, as decisões da política pública convertem-se em ações (Wu, Ramesh, Howlett & Fritzen, 2014). É aquela em que as regras, as rotinas e os processos passam de intenções a ações.

Já a avaliação da política pública, segundo Anderson (1979), corresponde ao processo de julgamentos acerca da validade de propostas para a ação pública, assim como sobre o sucesso ou o insucesso dos projetos colocados em prática, analisando tanto os meios utilizados, como os objetivos atingidos (Secchi, 2013; Wu, Ramesh, Howlett & Fritzen, 2014). Neste sentido, é necessário distinguir dois conceitos: avaliação *ex ante* (antes da implementação) e avaliação *ex post* (depois da implementação). Existe ainda a avaliação *in itinere* (avaliação formativa ou monitorização), que acontece durante o processo de implementação para fins de ajustes imediatos (Bilhim, 2016).

Consideram-se os principais critérios para avaliações: a economicidade; a eficiência económica; a eficiência administrativa; a eficácia; e a equidade (Secchi, 2013).

Por fim, existe a extinção da política pública. Segundo Giuliani (2005), citado por Secchi (2013), são três as causas e extinção de uma política pública:

- O problema que criou a política pública é considerado como resolvido;

- Os programas, as leis ou as ações que mantinham a política pública são entendidos como ineficientes;
- O problema, ainda que não solucionado, perdeu gradualmente relevância e deixou de estar incluída nas agendas políticas e formais.

1.2. Os Modelos de Gestão da Administração Pública

Segundo Secchi (2009), a reforma da administração pública consiste no conjunto de inovações em políticas públicas de gestão, bem como no desenho de organizações programáticas, estando baseada num conjunto coerente de justificações e retóricas, alinhadas em valores de eficiência, *accountability* e flexibilidade.

Existe uma reforma na administração pública quando uma organização pública altera progressivamente as suas práticas de gestão, modelo de relacionamento e retórica, podendo ocorrer em diversos contextos espaciais e temporais, sob diferentes objetivos e valores (Secchi, 2009).

1.2.1 O Modelo Burocrático de Max Weber

O modelo burocrático weberiano é um modelo organizacional que surgiu nas administrações públicas durante o século XX, atribuído a Max Weber, sociólogo alemão que analisou e resumiu as suas principais características (Secchi, 2009).

É considerada a forma mais tradicional, natural e eficiente de gerir organizações de grande dimensão num ambiente estável, assentando no sacrifício dos interesses pessoais em prol dos objetivos da organização, assim como no estrito cumprimento das regras, normas e ordens, conseguindo, através dos seus mecanismos, resolver problemas e desafios demasiado complexos para os profissionais individualizados. Por outro lado, simplifica e diminui o grau de complexidade, devido à divisão racional do trabalho e, por outro lado, gera um sistema rígido de responsabilização, por forma a evitar riscos de desorientação e assegurando que todos os esforços da organização estão focados na prossecução de um dado objetivo (Rodrigues, 2009).

Por outro lado, a eficiência organizacional é o centro do modelo burocrático, quer nos valores da eficiência económica, que exige a alocação racional dos recursos, quer no valor da eficiência administrativa que conduz à obediência e às prescrições formais das tarefas. Outro valor inerente à burocracia é a equidade, que tem o objetivo de tratar de forma igualitária os

empregados que desempenham funções iguais, quer seja por tratamento, salários, entre outros (Secchi, 2009).

Porém, são várias as críticas ao modelo burocrático. Robert Merton (1949), foi um dos principais críticos, investigando os seus efeitos negativos sobre as organizações, dando-lhes o nome de “disfunções burocráticas”, correspondendo ao impacto do estabelecimento rígido de tarefas na motivação dos funcionários, resistência às mudanças e desvirtuamento de objetivos gerado pela obediência às normas. Outro aspeto é o abuso da senioridade, como critério para a promoção funcional, que pode travar a competição entre os empregados e estimular um senso de integridade e corporativismo entre os funcionários (Secchi, 2009).

1.2.2 *New Public Management* (NPM)

O *New Public Management* (NPM) surge como modelo de Reforma Administrativa, num contexto de mudança e de novos desafios, tendo por base a introdução de mecanismos de mercado e adoção de instrumentos de gestão privada para resolver problemas de eficiência da gestão pública, expectando-se que os governos fossem mais eficientes, orientados para os resultados e para o cliente e oferecessem maior valor por menos dinheiro (Rodrigues, 2009; Pollitt, Thiel & Homburg, 2007).

Para além disto, promove a competição entre fornecedores de bens e serviços públicos com o objetivo de melhoria da qualidade do serviço público prestado ao cidadão e simultaneamente de redução de custos de produção. O papel do Estado deixa de ser de produtor e passa a ser de financiador/regulador, ou seja, financia e regula a atividade das organizações responsáveis pela produção eficiente de bens e serviços (Rodrigues, 2009).

Assim, os gestores públicos são estimulados a descobrir novas e inovadoras formas de atingir resultados ou privatizar funções fornecidas anteriormente pelo governo (Denhardt & Denhard, 2007).

Hood (1995), citado por Secchi (2009), enumerou sete dimensões deste modelo:

- Separação do serviço público em unidades especializadas e centros de custos, com a sua própria identidade organizacional e maior delegação de recursos, declarações de missão, planos de negócio e autonomia de gestão;

- Maior concorrência entre organizações públicas, mas também entre organizações públicas e privadas;
- Utilização de práticas de gestão oriundas da administração privada;
- Atenção à disciplina e controlo no uso de recursos e na procura ativa de alternativas e menos dispendiosas de prestação de serviços públicos;
- Administradores empreendedores com autonomia de decisão;
- Avaliação do desempenho;
- Avaliação centrada nos *outputs* (Secchi, 2009; Hood, 1995).

1.2.3 *Reiventing Government*

Segundo Kettl (2000, 2002), citado por Bilhim (2017), as reformas com base no NPM ou na *Reiventing Government* visaram solucionar seis problemas: aumentar a produtividade/eficiência; reforçar as forças de mercado para resolver as questões burocráticas; intensificar os laços entre o governo e os cidadãos, satisfazendo as suas necessidades pela melhoria do serviço público; descentralizar o poder de decisão na hierarquia burocrática ou num nível político mais próximo do cidadão; aperfeiçoar as do governo para administrar a política pública; responsabilizar os políticos por forma a realizarem o que prometeram.

Desta forma, o número de atores incluídos em todo o processo de disponibilização de serviços públicos aumentou com este novo modelo, alterando totalmente a realidade da Administração Pública. A tendência gradual para a especialização e autonomia das unidades de administração, em prol de maior eficiência e eficácia trouxe também alguns aspetos negativos. Para minimizá-los foi necessário implementar um mecanismo de coordenação que salvaguardasse a coerência dos processos e que remetesse novamente ao poder político a capacidade de gerir, planear, conduzir e tomar decisões. Assim, o papel do Estado é propiciar as relações inter-organizacionais, ao invés de controlar as suas ações (Rodrigues, 2009).

Segundo Secchi (2009), as teorias do desenvolvimento tratam a governança como um conjunto de práticas democráticas e de gestão que possibilitam que os países melhorem as suas condições de desenvolvimento económico e social. Neste sentido, “boa governança” trata-se da combinação de boas práticas de gestão pública.

Assim, podem identificar-se quatro pontos que sintetizam as características deste modelo:

- O principal objetivo é diminuir a distância que separa produtores e consumidores de bens e serviços públicos;
- Cada elemento que participa no processo controla a ação e é também controlado pelos restantes elementos;
- Face a este controlo mútuo, a responsabilização diante dos cidadãos torna-se mais abrangente, uma vez que já não se encontra apenas no governo, pois todos os elementos coprodutores são corresponsáveis. Este facto também pode ser apontado como uma fragilidade deste modelo, uma vez que torna mais difícil e diluída a individualização da responsabilidade;
- O modelo deve promover a oportunidade para que o maior número de atores possa participar no processo de decisão (Rodrigues, 2009).

1.2.4 *New Public Service* ou Novo Serviço Público

Apesar da clara importância de melhoria constante da qualidade da prestação de serviços públicos, o Novo Serviço Público propõe que as pessoas, agindo como cidadãos, devem demonstrar a sua preocupação pela comunidade mais ampla, o seu compromisso com as questões que vão para além dos interesses de curto prazo e a sua disposição em assegurar a responsabilidade pessoal pelo que acontece no seu núcleo e na comunidade (Denhardt & Denhardt, 2007).

Denhardt & Denhardt (2015), apresentam o Novo Serviço Público como conjunto de normas e práticas que evidenciam a democracia e a cidadania como base para a teoria e prática da administração pública. Aparecendo como alternativa ao NPM e à *Reinventing Government* (1992), o Novo Serviço Público trata questões centrais sobre a natureza do serviço público, o papel da administração na governação e as tensões de valor da burocracia, eficiência, equidade, recetividade e responsabilização.

Desta forma, o Novo Serviço Público é uma alternativa construída com base em investigações teóricas e inovações práticas em órgãos públicos. Procura valores e interesses compartilhados, através do diálogo generalizado comprometimento dos cidadãos. É visto como um

prolongamento da cidadania, motivado pelo objetivo de servir os outros e alcançar as metas públicas (Denhardt & Denhardt, 2007).

Denhardt & Denhardt (2007) sugerem sete princípios do Novo Serviço Público:

- Servir cidadãos, não clientes;
- Procurar o interesse público;
- Valorização da cidadania sobre o empreendedorismo;
- Pensar estrategicamente, atuar democraticamente;
- Reconhecer que a prestação de contas não é simples;
- Servir em vez de dirigir;
- Valorizar as pessoas e não somente a produtividade (Denhardt & Denhardt, 2007).

1.3. As origens do conceito da Qualidade

Ao longo do século XX, o conceito de qualidade foi evoluindo, de acordo com os diversos autores, tendo várias perspetivas de conceção (Gomes, 2004).

No período do pós-guerra o principal foco da economia americana era produzir em grande escala. Desta forma, a questão do controlo da qualidade deixou de ter tanta relevância. Progressivamente, as técnicas de controlo estatístico que tinha revelado resultados excelentes durante o esforço do pós-guerra foram abandonadas (Gomes, 2004).

O autor mais famoso e maior precursor do movimento de qualidade ao nível mundial foi W. Edwards Deming que veio definir a qualidade como a conformidade de um produto em relação às características técnicas pré-determinadas (Gomes, 2004).

Em 1946 nasce a *American Society for Quality Control* (ASQC) da qual Deming fazia parte como membro honorário (Gomes, 2004).

Desta forma, Deming apresentou catorze princípios direcionados em específico aos gestores:

Tabela I – Os catorze princípios de Deming

1. Criar na organização um objetivo constante direcionado para a melhoria de produtos e serviços;
2. Criar um clima organizacional em que não são aceites falhas e negativismo, porém encarados como oportunidades de melhoria;
3. Acabar com a dependência do controlo em massa para assegurar a conformidade; desenhar produtos e processos com qualidade inerente;
4. Extinguir a prática de decidir contratos com base no menor preço, optando por minimizar o custo total no ciclo de vida do produto, desenvolvendo relações de longo prazo com os fornecedores do processo;
5. Procurar a melhoria contínua da produção, melhorando a qualidade e diminuindo os custos;
6. Estabelecer um programa de treino e formação;
7. Substituir a supervisão pela liderança em todos os níveis hierárquicos;
8. Extinguir motivos para receios, criando um clima de confiança;
9. Eliminar as barreiras entre as várias áreas funcionais da organização;
10. Acabar com slogans que incitem a aumentos de produtividade; os reais problemas estão na estrutura do sistema e não podem ser resolvidos apenas pelos trabalhadores;
11. Extinguir a prática de gestão por objetivos e quotas de trabalho; a liderança efetiva substitui estas práticas;
12. Eliminar barreiras que impossibilitam os colaboradores de sentirem orgulho nas suas funções;
13. Implementar instrumentos de controlo estatístico da qualidade nos operadores;
14. Envolver todos os colaboradores no processo de mudança da organização

Fonte: elaborado pela autora, segundo Gomes (2004).

Os princípios enumerados por Deming permanecem válidos ainda nos dias de hoje. Contudo, o seu conceito de qualidade era demasiado limitado, focando-se exclusivamente nos aspetos técnicos do produto (Gomes, 2004).

Posteriormente, em 1947, surge no Japão a União de Cientistas e Engenheiros Japoneses (JUSE), grupo que veio a ser fundamental para a adoção e divulgação dos princípios da qualidade por parte da indústria japonesa. Desta forma, a questão da qualidade provocou interesse ao nível mundial, tal como acontecera nos Estados Unidos durante o esforço de guerra (Gomes, 2004).

Mais tarde, surge Joseph Juran, que definiu a qualidade como a adequação de um produto ao seu uso pretendido, tendo aproximado o conceito de qualidade ao ponto de vista do cliente ou utilizador. Em 1951, Juran publicou o livro *Quality Control Handbook*, onde apresentou o modelo de custos da qualidade. Este modelo explicava vários custos de falhas internas (como custos com produtos defeituosos) e falhas externas (como custos com garantias) que poderiam ser diminuídos com investimentos em inspeção e prevenção (Gomes, 2004).

Em 1956, Armand Feigenbaum propõe a expressão “controlo da qualidade total”, um reforço da ideia de que a qualidade é resultado de um esforço de todos os indivíduos que participam numa organização e não de apenas um grupo de projeto. Feigenbaum veio dar destaque à melhoria da comunicação entre departamentos funcionais, em especial a nível de controlo de *design*, controlo de materiais e produção, como maneira de promover melhorias da qualidade (Gomes, 2004).

Já Phillip Crosby apoiava o conceito de zero defeitos ou produção sem defeitos, estabelecendo a qualidade em relação à conformidade do produto com as suas características técnicas e trazendo a ideia de que a qualidade é gratuita, compensando sempre o investimento, desde que se assegure que o processo vai produzir bem à primeira. (Gomes, 2004).

Outro autor relevante foi Kaoru Ishikawa, filho de um dos fundadores e primeiro presidente da JUSE, que teve como principal contributo o desenvolvimento de um conjunto de instrumentos da qualidade, processos de apoio à resolução de problemas de qualidade, entre as quais o conhecido diagrama de causa-efeito. Este diagrama procura chegar à raiz de uma falha de qualidade, analisando causas primárias do problema e suas causas e assim sucessivamente. Ishikawa define o termo “gestão de qualidade” como desenvolvimento, produção e serviço de um produto, de forma menos dispendiosa e mais útil e satisfatória para o consumidor (Gomes, 2004).

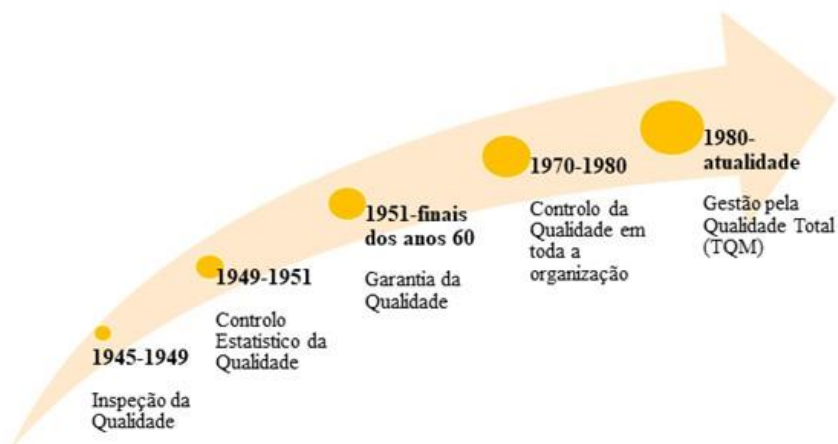
Já Genichi Taguchi teve uma contribuição importante para a teoria da qualidade e para o conjunto de instrumentos da qualidade. Este autor sugere que a qualidade deve ser assegurada através do *design* dos produtos, afirmando que é preferível ter um produto com desempenho médio fora de especificação, porém bastante consistente, do que ter um produto com desempenho médio próximo da característica, mas pouco consistente, uma vez que mais facilmente se corrige o desvio médio de desempenho do que a escassez de consistência (Gomes, 2004).

Por outro lado, a colaboração de David Garvin para a evolução do conceito de qualidade é significativamente divergente dos contributos anteriores. Garvin examinou os primeiros contributos e estabeleceu um léxico da qualidade que aumenta de valor com a maior utilização da palavra “qualidade”. Desta forma, este autor descreve diferentes dimensões da qualidade, permitindo que gestores, trabalhadores e até clientes pensem e debatam questões da qualidade de forma mais explícita. Este facto para além de favorecer debates mais frutíferos sobre a

qualidade, mas vem também estimular as organizações a encarar a qualidade como um elemento fundamental para o seu posicionamento estratégico (Gomes, 2004).

Desta forma, a história da qualidade pode ser dividida em cinco fases:

Figura 2 – As cinco fases da evolução histórica da qualidade



Fonte: elaborado pela autora, segundo Ferreira (2012).

- Inspeção da Qualidade (1ª fase): a qualidade consiste na conformidade com os requisitos, tendo a inspeção uma função técnica, isto é, a deteção dos bons produtos, deixando-os passar e filtrando os defeituosos. Porém, a inspeção da qualidade acabou por ser desvalorizada, uma vez que a inspeção total dos produtos é impossível de realizar e as de pequenas amostras são insuficientemente representativas;
- Controlo Estatístico da Qualidade (2ª fase): de modo a ultrapassar os problemas da inspeção da qualidade, esta passou para controlo estatístico da qualidade. Deming assentou a importância da variação, os problemas em causa e as suas origens, diferenciando-os entre erros sistemáticos, originados pelo homem e pela máquina, assim como erros aleatórios causados, por exemplos, pela má qualidade dos *inputs*;
- Garantia da Qualidade (3ª fase): durante os anos 60 houve uma modificação no ambiente empresarial, colocando em causa a produção em massa. Segundo Loffer (2001), o objetivo não está no produto final, mas sim no processo de produção, com vista ao melhoramento da qualidade do produto, excedendo as necessidades dos consumidores. Neste período a qualidade é vista como equivalente a redução de custos e controlo na variabilidade dos processos de produção;
- Controlo da Qualidade em toda a organização (4ª fase): abordagem introduzida por Ishikawa, que insiste na análise do mercado como função determinante para o

conhecimento das necessidades dos clientes, com o objetivo de convertê-las em requisitos técnicos;

- Gestão da Qualidade Total (5ª fase): depois dos anos 80, a qualidade passou a ser vista como gestão da qualidade total, conceito que é resultado de contributos de autores como Deming, Juran e Ishikawa. Neste sentido, o conceito de qualidade total inclui, não só o produto, mas também a organização nos seus diversos aspetos, como da conceção do produto à operacionalidade do processo de produção, assim como do menor custo do produto e do processo de produção às condições de trabalho (Ferreira, 2012).

Contudo, a prestação de serviços difere da produção de bens manufaturados em vários pontos. Desde logo, o resultado no processo de produção não é apenas um bem físico, conferindo-lhes um carácter heterogéneo que complica a avaliação de qualidade. Por outro lado, requer, em muitas situações, a colaboração do cliente, o que gera preocupações no que diz respeito à qualidade da relação que se estabelece durante o processo de produção (Gomes, 2004).

No que toca ao processo de gestão de qualidade, e não obstante as diferenças entre os vários contributos, todos os mestres destacam um conjunto de elementos fundamentais para a Teoria da Qualidade: envolvimento da gestão de topo, envolvimento e autonomia dos colaboradores, gestão com base em métricas e factos, uso de instrumentos estatísticos para controlo da variabilidade e foco no cliente (Gomes, 2004).

Segundo Vasconcellos (2012), a questão da qualidade, no sentido primitivo, é milenar. Ao longo dos anos é perceptível a necessidade de desenvolvimento de produtos em conformidade com requisitos, bem como a importância na inclusão de características que respondam às necessidades dos clientes.

1.4. A Qualidade na Administração Pública em Portugal – Saúde

Na área da administração pública a preocupação com qualidade relaciona-se com a questão da cidadania. O objetivo da administração pública é oferecer à sociedade os bens e serviços de que esta necessita. Já os cidadãos, através do pagamento de impostos, taxas e contribuições, suportam a estrutura do governo, esperando receber serviços de qualidade proporcional à contribuição feita (Carvalho & Tonet, 1994).

Uma análise aos programas de governo desde 1974 permite observar a existência de três períodos distintos na Administração Pública Portuguesa (AP) - 1974/1985; 1985/1995; e 1995/2004. Esta divisão é justificada devido ao entendimento sobre o conceito de qualidade e à importância relativa dada à questão no âmbito dos programas de governo e nas diversas estratégias de indução das mudanças (Nolasco, 2004).

No período 1974-1985 realçam-se as preocupações ao nível da reforma da Administração Pública, porém a qualidade não consta em nenhum dos programas de governo deste espaço temporal como um vetor estratégico. As necessidades focavam-se sobretudo nas matérias de regime da função pública, na estrutura funcional da AP, na descentralização e desconcentração de competências e na situação social, profissional e económica dos funcionários (Nolasco, 2004).

Nesta época, o conceito de qualidade relacionava-se com a simplificação administrativa, a desburocratização e a informação ao cidadão, pelo que a qualidade só seria atingível com a atuação da administração no que diz respeito aos processos e à melhoria das relações com os cidadãos, relativamente à transparência da atuação dos serviços (Nolasco, 2004).

Por outro lado, na maior parte dos países, as estratégias de qualidade relacionam-se com a introdução de práticas do *New Public Management*, que em Portugal começou nos finais dos anos oitenta. A estratégia da reforma administrativa adotada no período 1985-1995 e as suas características correspondem à introdução deste modelo de gestão, que, segundo a análise da OCDE, provocou não só a mudança de estruturas, processos de trabalho e procedimentos, mas também numa intervenção na cultura organizacional (Nolasco, 2004).

Já no Programa do XII Governo Constitucional surge pela primeira vez a qualidade no âmbito das reformas estruturais, sendo entendida como prestação de serviço eficaz, atendimento humanizado, satisfação atempada e com celeridade dos requerimentos dos utentes, medindo-se a qualidade através da inexistência de erros, omissões, defeitos, reclamações, atrasos ou desentendimentos (Nolasco, 2004).

No terceiro período 1995-2004, analisando os Programas dos XIV, XV e XVI Governos, as questões relacionadas com a qualidade dividem o foco com as questões relacionadas com o *eGovernment* (sociedade da informação), em que, apesar da separação, os objetivos finais são semelhantes (Nolasco, 2004).

Neste sentido, é possível dividir este terceiro período – 1996-2002 e 2002-2004 -, uma vez que as estratégias de promoção da qualidade nos serviços públicos e a importância dada ao tema divergem, possivelmente devido às diferentes opções políticas e estratégias do governo. Neste período a perceção sobre a qualidade alterou-se, alinhando-se com as tendências europeias, nomeadamente com o conceito de qualidade da *European Foundation For Quality Management*, deixando progressivamente de ser entendida apenas como a relação administração-cidadãos, passando a ter em conta os *stakeholders* (Nolasco, 2004).

Em 1999 foi formado o Sistema de Qualidade em Serviços Públicos, através do Decreto-Lei nº166-A/99, de 13 de maio, tendo como um dos seus objetivos a certificação da qualidade dos serviços públicos, cujos critérios seriam os estabelecidos pela *European Foundation for Quality Management* (Nolasco, 2004).

Ainda que o conceito de qualidade adotado seja comum entre 1995 e 2002, existiram algumas diferenças nas atuações dos governos, tendo sido implementadas algumas medidas com impacto no que toca à comodidade do cidadão e das empresas na relação com a Administração, como a criação das Lojas do Cidadão, do Centro de Formalidades das Empresas, dos Postos de Atendimento ao Cidadão e do Serviço Público Direto (Nolasco, 2004).

A partir de 2002 (XV e XVI Governos), começou a reforma da AP, com a racionalização das estruturas, a reorganização interna dos serviços, a orientação para os resultados e a cultura meritocrática. Constituem exemplos os diplomas sobre as normas e princípios da administração direta do Estado (Lei 4/2004, de 15 de janeiro), a criação do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (Lei 10/2004, de 22 de março), bem como a publicação do novo Estatuto do Pessoal Dirigente da AP (Lei 2/2004, de 15 de janeiro) (Nolasco, 2004; Plancha, 2012).

Na segunda fase do terceiro período a estratégia para a qualidade não é muito visível, dado que os instrumentos tradicionais não são a prioridade (Nolasco, 2004).

A continuidade é um elemento que caracteriza as estratégias de qualidade em Portugal. O que difere de período para período são as ferramentas utilizadas para operacionalizar os objetivos e a forma como as mudanças foram sendo induzidas, com maior ou menor diálogo, de forma mais ou menos arrojada (Nolasco, 2004).

Relativamente à área da saúde, em Portugal, desde 1991, os diferentes Governos, nos seus Programas de Governo, demonstram programas com diversas políticas direcionadas para a área da saúde. Desta forma, analisaram-se os conteúdos dos diversos programas de Governo e selecionaram-se as partes revelante em relação à preocupação com a qualidade na saúde. Os resultados desta análise estão, em forma tabelar, em Anexo.

2. A Saúde e a Qualidade

2.1. A Qualidade em Saúde

A saúde é um dos principais setores da sociedade, já que se trata do bem-estar das vidas humanas. Em qualquer instituição de saúde, em especial nas de maior dimensão, como hospitais, é fundamental manter a qualidade do serviço para cumprir o seu objetivo de continuar a ter os melhores resultados de saúde para a sociedade. Por outro lado, a qualidade do atendimento na saúde é mais complexa, comparativamente a outros setores, não só pelas incertezas nos resultados de saúde, mas também pelas várias partes interessadas que são igualmente essenciais aos *inputs*, processos e *outputs* de todo o sistema de serviços (Bautista & Tangsoc, 2016).

Desta forma, a qualidade na saúde possui algumas características que a distinguem de outras áreas:

- É orientada para as necessidades, satisfazendo-as e diminuindo-as, e não apenas para a procura;
- Tem carácter pró-ativo, para prevenir e dar resposta;
- É vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde, como a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade (Pisco, 2001).

Os principais problemas que as organizações de saúde enfrentam passam pela má alocação dos recursos, a ineficiência, os crescentes custos e a desigualdade nas condições de acesso dos utilizadores (Fadel & Filho, 2009).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados de saúde de forma acessível e equitativa, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo adesão e satisfação por parte do cidadão (Brito, 2015).

Já a Organização Mundial de Saúde identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde, o elevado grau de excelência profissional, a eficiência no uso dos recursos, os riscos mínimos para os pacientes, a satisfação para os utentes e os resultados de saúde alcançados, como um reduzido risco e um elevado grau de satisfação dos utentes, bem como um efeito favorável na sua saúde (Pisco, 2001; D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006).

De acordo com a DGS (2011), a melhoria da qualidade na saúde abrange:

- O cidadão, como foco dos serviços que compõem o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e proprietário desses serviços;
- O profissional de saúde, como responsável pelo desenvolvimento de um serviço com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a mudança que o seu papel tem sofrido e sofrerá nos próximos anos (Abrantes, 2012).

Segundo Ferreira (1991), Donabedian (1980) definiu qualidade de cuidados de saúde como o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, depois de serem considerados o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que fazem parte do processo de cuidados em todas as suas partes. Donabedian (1990), citado por Portela (2000), propôs ainda sete atributos, por ele considerados pilares da qualidade: eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade; e equidade (Ferreira, 1991; Portela, 2000; Brito, 2015).

Assim, Donabedian sintetizou as seguintes três zonas de medição de qualidade: estrutura, processo e efeito (Donabedian, 2003).

A estrutura diz respeito às características físicas dos ambientes onde são prestados os cuidados de saúde (categorias de pessoal, especialidades), bem como às características dos prestadores de cuidados (habilitação académica e profissional dos médicos). Baseia-se no pressuposto de que boas condições precedentes têm maior probabilidade de levar a um melhor processo de cuidados e a melhores consequências (Donabedian, 2003).

Já as variáveis do processo representam o que é feito pelos prestadores de cuidados e outros aos doentes, desde a admissão à alta, partindo-se do pressuposto de que há interesse em conhecer a qualidade dos cuidados médicos aplicados (Donabedian, 2003).

Por fim, os efeitos dos cuidados de saúde espelham o que aconteceu ao utente, no que diz respeito a palição, tratamento, cura ou reabilitação, possibilitando a medição do êxito e a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Donabedian, 2003).

Desta forma, o controlo da qualidade em saúde deve centrar-se nas relações entre processo e resultados da prestação de cuidados de saúde, sem ignorar aspetos relevantes da estrutura (Portela, 2000).

Um outro conceito relacionado com a qualidade é o da avaliação, que atribui valor a algo, emitindo um juízo de valor, dependendo na maior parte das vezes dos valores de quem avalia, tendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006).

Segundo Donabedian (1978), a avaliação dos serviços inclui sempre duas dimensões: o desempenho técnico, isto é, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a aumentar os benefícios e diminuir os riscos, tendo em contas as preferências de cada utente; e o relacionamento pessoal com o utente, satisfazendo os preceitos éticos, as normas sociais e as expetativas e necessidades dos utentes (Reis, *et al.*, 1990).

Resumidamente, a qualidade é um processo complexo, que requer dedicação por parte de todos os profissionais que trabalham nas organizações de saúde, não devendo ser desvalorizada, uma vez que estimula o aumento da eficiência, isto é, melhores resultados, sem desperdício de recursos. Deve ser avaliada com regularidade e os resultados devem ser conhecidos para que os erros possam ser corrigidos e sejam incentivados aqueles que prestam os melhores cuidados (Brito, 2015).

2.2. O início da Qualidade em Saúde em Portugal

Em Portugal, o início do desenvolvimento da qualidade deu-se em 1985 com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), através do Seminário Internacional *Évaluation des services de soins de santé primaires*, em colaboração com a OMS e as Escolas de Saúde Pública das Universidades Livre (Bruxelas) e Hebraica (Jerusalém), seguindo-se o seminário “Avaliação e controlo da qualidade em serviços de saúde, em coorganização com o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, a OMS e a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) (Pisco, 2001).

Em 1988, o Núcleo da Saúde da Associação Portuguesa para a Qualidade promoveu, em Lisboa, o I Encontro da Qualidade dos Serviços de Saúde. Por outro lado, desde os finais da década de 80 e com maior empenho até finais de 1990, as Administrações Regionais de Saúde e sub-regiões começaram a promover ações de formação na área da qualidade (Pisco, 2001).

Ainda na década de 90, desenvolveu-se no setor hospitalar um grande investimento em formação em qualidade na saúde, na maior parte dos casos, no quadro da atividade dos serviços e/ou departamentos de educação permanente (Pisco, 2001).

No âmbito da DGS, foi criada a Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, que assumiu um papel de sensibilização e difusão de conceitos, dinamizando vários projetos de avaliação e garantia da qualidade ao nível nacional e regional de saúde (Pisco, 2001).

Entre 1996 e 1997, ocorreu uma mudança significativa, uma vez que o Ministério da Saúde, assume completamente a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção crucial (Pisco, 2001).

Depois de várias iniciativas foi definido em 1998, um sistema de qualidade na saúde, cujas principais referências são o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). É inscrita, pela primeira vez, no Quadro Comunitário de Apoio – Programa Operacional da Saúde – Saúde XXI – uma dotação financeira fundamental para uma política de promoção da qualidade em saúde (Pisco, 2001).

Já em 1999 foram criadas algumas estruturas do sistema de qualidade:

- Conselho Nacional da Qualidade – órgão de consulta do Ministério da Saúde, relativamente à política da qualidade, sendo responsável pela realização de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade na saúde. Constituído por representantes dos cidadãos e associações de doentes das várias profissões da saúde e de entidades públicas e privadas;
- Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) – criado no âmbito do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 288/99, de 27 de abril, sendo um serviço dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, exercendo atividade ao nível nacional. Tinha como competência a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que tivessem como objetivo a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Pisco, 2001). Foi extinto e mais tarde foi criado, na Direção-Geral da Saúde,

o Departamento da Qualidade na Saúde pela Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro, herdando todas as funções e atribuições do extinto IQS, sendo que a própria DGS a alargou o seu âmbito de atuação (DGS, 2014).

Segundo a DGS (2011), o Departamento da Qualidade na Saúde baseia-se em valores como a responsabilidade, confidencialidade e transparência, tendo, ainda, como princípios: a orientação para o cidadão; a objetividade; o compromisso; a inovação; a evidência científica; a melhoria contínua; a qualidade; e a procura de excelência (Abrantes, 2012).

Destacam-se as seguintes treze principais ações desenvolvidas pelo Departamento da Qualidade na Saúde:

1. Divulgação de normas de orientação clínica que auxiliem os profissionais de saúde a usarem melhores práticas profissionais nas diversas áreas de atuação;
2. Implementação de sistemas de indicadores nacionais que possibilitem a monitorização dos níveis da qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde;
3. Criação de um sistema nacional de notificação de acidentes e situações adversas, não punitivo, mas educativo, com o objetivo de aprender com o erro;
4. Difusão de normas de procedimento que evitem as causas frequentes de colocam em risco a segurança dos doentes, principalmente o erro clínico, o erro cirúrgico e o erro medicamentoso;
5. Coordenação do controlo organizado das infeções associadas aos cuidados de saúde;
6. Adoção e adaptação de um modelo nacional e independente de acreditação e implementação oficial do mesmo, através de um programa nacional de acreditação em saúde;
7. Conceber, acompanhar e avaliar novos modelos experimentais de gestão das doenças mais predominantes, mais incapacitantes e mais onerosas;
8. Definição de critérios e regras para a criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde altamente diferenciadas e de referência nacional e internacional;
9. Acompanhamento e avaliação de projetos de saúde no âmbito da inovação e da investigação;

10. Criação de mecanismos de gestão dos fluxos de doentes estrangeiros que recebem cuidados de saúde em Portugal e de doentes portugueses que recebem cuidados de saúde em centros diferenciados no estrangeiro;
11. Criação de pontos focais de informação ao cidadão, de forma a que, com transparência, estes possam estar mais aptos a fazer escolhas informadas no uso dos serviços prestadores de cuidados de saúde;
12. Implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais;
13. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos (Abrantes, 2012).

2.3. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, aprovada pelo Despacho nº 14223/2009, correspondia a uma estratégia global e integrada, difundida por todo o sistema de saúde, respeitando os valores da responsabilidade e da transparência (Despacho normativo nº 5613/2015).

Porém, durante os cinco anos em que esta Estratégia esteve em vigor verificaram-se constrangimentos em assegurar a concretização, de forma estruturada, de políticas estabelecidas a nível nacional para a qualidade, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de forma continuada e sustentável. Concluiu-se, então, que a gestão de qualidade nos serviços de saúde, em certos casos, decorreu de forma espontânea e pouco coerente, sendo que algumas instituições prestadoras de cuidados de saúde tomavam decisões tendo em conta a sua vontade relativamente à qualidade na saúde (Despacho normativo nº 5613/2015).

Desta forma, a nova versão da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, reforça a necessidade de disseminação da acreditação de instituições e unidades de prestação de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional (Despacho normativo nº 5613/2015).

Por outro lado, segundo o Despacho normativo nº 5613/2015, esta Estratégia procura contribuir para o reforço da equidade, isto é, garantir que o acesso à prestação de cuidados de saúde é feito de forma adequada às necessidades, desafiando os serviços prestadores de cuidados a integrar,

num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, bem como os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.

Assim, esta nova Estratégica mantém e realça os destinatários da Estratégia 2009-2014, redefinindo as suas prioridades estratégicas e as ações que dela decorrem, através do forte reforço da melhoria da segurança dos cuidados de saúde, com a criação de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho normativo nº 5613/2015).

A prioridade verificada em relação à acreditação de serviços e unidades prestadoras de cuidados do Serviço Nacional de Saúde deve-se ao atraso verificado em Portugal, no que concerne ao reconhecimento público da qualidade alcançada pelos mesmos, por meio de uma avaliação objetiva efetuada por pares, que fortaleça a confiança dos cidadãos nacionais e estrangeiros (Despacho normativo nº 5613/2015).

Ao nível das prioridades estratégicas, e conseqüentemente as suas ações, estas passam por:

A. Melhoria da qualidade clínica e organizacional:

- a. Reduzir a variabilidade da prática clínica, especificamente através de normas clínicas nacionais e da difusão das boas práticas;
- b. Garantir e analisar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico;
- c. Aumentar a inclusão dos níveis de prestação de cuidados, dando origem, a orientações organizacionais;
- d. Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que os serviços prestadores de cuidados de saúde devem respeitar;
- e. Ajustar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individual, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente;
- f. Identificar e difundir boas práticas;
- g. Implementar procedimentos para a melhoria contínua da qualidade;
- h. Promover a investigação clínica enquanto mecanismo de melhoria da qualidade assistencial e institucional.

- B. Aumento da adesão a normas de orientação clínica:
 - a. Aumentar a reflexão clínica, com a rotina de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados ao nível nacional;
 - b. Verificar, através de auditorias externas feitas por pares, o grau de congruência de aplicação das normas clínicas nacionais.
- C. Fortalecer a segurança dos doentes:
 - a. Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente;
 - b. Reforçar os instrumentos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.
- D. Monitoria contínua da qualidade e segurança
 - a. Avaliar, através de painel de indicadores, a qualidade clínica e organizacional e a segurança dos doentes;
 - b. Criar sede de investigação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde;
 - c. Considerar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.
- E. Reconhecer a qualidade das unidades de saúde:
 - a. Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde.
- F. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação:
 - a. Revelar informação comparável de desempenho com foco em indicadores internacionalmente reconhecidos;
 - b. Promover a educação e a literacia em saúde para tornar cidadãos saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão;
 - c. Promover uma cultura de utilização adequada das reclamações no ponto de vista do utilizador, enquanto reclamante, e o prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de

retorno informativo acerca das consequências da reclamação (Despacho normativo nº 5613/2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 é destinada ao cidadão, enquanto protagonista, cliente, utilizador e proprietário do Serviço Nacional de Saúde, mas também aos profissionais de saúde, qualquer que seja o seu nível de responsabilidade, desde a gestão, à coordenação e à operacionalização dos cuidados de saúde. Esta estratégia é uma ferramenta que inclui todos os intervenientes no sistema de prestação de cuidados de saúde e um instrumento que tem como objetivo responsabilizar e distinguir as melhores práticas (Despacho normativo nº 5613/2015).

A evolução da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 é orientada pela Direção-Geral da Saúde, sendo anualmente tornada pública e vigorando até 2020 (Despacho normativo nº 5613/2015).

2.4 Os Modelos de Certificação e Acreditação da Qualidade em Saúde

O Serviço Nacional de Saúde dispõe de um vasto conjunto de prestação de cuidados de saúde, que devem basear-se por uma conceção integral da saúde, incluindo, com rigor, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, e incorporar a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou paliativos, tendo em conta a melhor evidência científica (DGS, 2013).

Dado que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos é um elemento crucial da estratégia da qualidade desenvolvida pelo SNS, a acreditação surge como a metodologia que favorece e fomenta transversalmente esses processos de melhoria contínua, integrando todos os elementos do sistema. Neste sentido, houve a necessidade de definir instrumentos com base em padrões de referência que auxiliem no percurso da melhoria contínua e da excelência (Negrão, 2014).

No setor da saúde a definição “*accreditation*”, tal como referida pela ISQua (*International Society for Quality Assurance*) passou rapidamente a fazer parte da gíria internacional. Contudo, é um termo que causa alguma confusão e interpretações dúbias (DGS, 2014).

É comum confundir-se acreditação com certificação. Porém, tratam-se de processos diferentes (Negrão, 2014).

Segundo Sousa, Machado-Taylor e Rocha (2016), os termos “certificação” e “acreditação” podem ser explicados como:

- Certificação – é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente que uma organização ou indivíduo alcançou determinadas qualificações predeterminadas. A certificação de uma empresa consiste no reconhecimento formal por um organismo de certificação independente, revelando que a empresa está em conformidade com o exigido pelas normas. É iniciado através de uma auditoria de diagnóstico, terminando com uma auditoria externa de concessão.
- Acreditação – é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a assegurar a qualidade da assistência através de padrões previamente aceites. As organizações que se tornam acreditadas tornam-se exemplos que contribuem para a melhoria do sistema de saúde como um todo, isto é, outras organizações poderão tentar ser iguais a elas. Por outro lado, a acreditação pressupõe compromisso com os funcionários, sócios, clientes, fornecedores, fontes pagadoras e a sociedade em geral. A decisão de acreditar uma instituição de saúde específica é feita após uma avaliação *in loco* por uma equipa multidisciplinar de avaliadores, sendo essa decisão reavaliada periodicamente, a cada dois ou três anos (Sousa, Machado-Taylor & Rocha, 2016).

Segundo a ISQua, a acreditação é um processo de autoavaliação e auditoria externa realizada por pares, sendo utilizado pelas organizações de saúde, de modo a avaliarem, com rigor, o seu nível de desempenho, tendo em conta padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhoria contínua. Este conceito reforça o respeito e o reconhecimento da competência técnica, um dos aspetos universalmente fundamentais de qualquer processo de acreditação. Esta definição foi largamente divulgada entre as organizações de saúde, sendo adotada pela DGS, dada a clareza de transmitir às unidade de saúde o que é esperado delas, relativamente aos processos de acreditação, bem como por não criar uma lacuna com a tradição internacional que designa por “*accreditation*” na saúde processos que, na realidade, correspondem a processos de certificação com normas próprias para a saúde, isto é, os padrões ou *standards* (DGS, 2014).

Segundo as Diretivas da União Europeia e no contexto dos sistemas oficiais de reconhecimento mútuo entre países, existe apenas um organismo oficial acreditador de entidades em cada país

(DGS, 2014). Em Portugal, a entidade responsável pela acreditação é o Instituto Português de Acreditação (IPAC), que regula os organismos de certificação (Negrão, 2014).

O Ministério da Saúde, responsável político pela qualidade dos cuidados prestados no Sistema de Saúde Português, tem como uma das suas prioridades estratégicas a acreditação da saúde, tendo como objetivo, através de uma avaliação objetiva da competência por pares, o reconhecimento público da qualidade alcançada nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2009).

Já o Departamento da Qualidade na Saúde, criado no âmbito da Direção-Geral da Saúde, tem como função principal coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e implementar um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, com base num modelo sustentável e adaptado às particularidades do Sistema de Saúde Português (DGS, 2013; Negrão, 2014).

Assim, em Portugal, a acreditação das instituições de saúde iniciou-se em 1999, através da criação do Instituto da Qualidade em Saúde, extinto em 2006 (DGS, 2009).

Existem diversos modelos utilizados na acreditação de Unidades de Saúde, tais como, o *King's Fund Health Quality Service (KFHQs)*; o *Joint Commission International (JCI)* e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)* (Negrão, 2014).

No entanto, existem outras referências genéricas como a norma NP EN ISO 9001:2000, que especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização, baseando-se nos princípios de gestão da qualidade indicados na ISO 9000 (Negrão, 2014).

Certificação ISO – *International Organization for Standardization*

Segundo Prazeres (1996), citado por Bonato (2011), a certificação ISO corresponde a uma declaração emitida por um organismo de certificação credenciado, que comprova que a organização solicitante cumpre com os requisitos das normas ISO série 9000, tratando-se de uma prova pública. Para ser certificada, a organização tem de comprovar que apresenta um sistema de qualidade implementado e em funcionamento, sendo essa comprovação feita por meio de uma auditoria de certificação, levada a cabo pelo organismo de certificação contratado, através de análise da documentação do sistema de qualidade (como procedimentos, orientações

de trabalho, documentos e registos da qualidade), assim como das evidências objetivas da sua implementação e funcionamento.

A utilidade dos padrões estende-se aos ambientes de produção, quer privados, quer públicos, tornando-os mais seguros, eficientes e transparentes. Os governos e os setores de regulação podem utilizá-los como base técnica para as questões legais que envolvam a saúde, o ambiente ou a segurança (Bonato, 2011).

A expressão ISO 9000 corresponde a um grupo de normas técnicas que determinam um modelo de gestão da qualidade para organizações no geral, independentemente do seu tipo ou dimensão. A adoção das normas ISO é benéfica para as organizações, uma vez que lhe confere maior organização, produtividade e credibilidade, aspetos facilmente identificáveis pelos clientes, incrementando a sua competitividade nos mercados nacional e internacional (Bonato, 2011).

Tabela II - Princípios de Gestão de Qualidade nas diretrizes ISO

Foco no cliente	<ul style="list-style-type: none"> • Entender as atuais e futuras necessidades do cliente; • Atender aos requisitos do cliente; • Exceder as expectativas do cliente.
Liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a unidade de propósito e direção; • Manter um bom ambiente interno da organização; • Liderar através do exemplo.
Envolvimento das pessoas	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente de motivação; • Promover a participação; • Aproveitar e valorizar o talento e as aptidões.
Abordagem de processo	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir as atividades e os recursos relevantes como um processo, para assegurar com maior eficiência o atingimento dos resultados desejados.
Abordagem Sistémica de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, entender e gerir os processos interrelacionados, procurando a eficácia da organização.
Melhoria Contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar permanentemente a melhoria.
Foco factual para tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir de forma eficaz, com base na análise de dados e informações.
Relacionamento com os fornecedores para benefício mútuo	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer a base para criação de valor para as partes, com base no relacionamento de ganho mútuo.

Fonte: elaborado pela autora, segundo Bonato (2011) e Costa (2015).

Protocolo IQS/KFHQS:

A metodologia do *Health Quality Service* baseia-se num conjunto de padrões e critérios desenvolvidos para o contexto hospitalar, sendo utilizado para avaliar a qualidade dos serviços

de saúde. Desta forma, divide-se em três categorias: obrigatórios para acreditação, recomendações e padrões de excelência (Negrão, 2014).

As normas estão definidas em seis secções:

- Gestão e liderança da organização;
- Funções administrativas;
- Cuidados de saúde centrados no doente;
- Serviços locais e hotelaria;
- Prestação de serviços;
- Serviços clínicos (Costa, 2015).

Estas normas podem ser de dois tipos – as de nível A (refletem requisitos profissionais, orientações, riscos significativos para a segurança do utente e dos profissionais ou práticas recomendáveis); e as de nível CQI (abrangem a melhoria contínua da qualidade, como indicador de forte empenho da organização na melhoria da qualidade) (Costa, 2015).

O sistema português da qualidade previa a implementação de um sistema de acreditação das unidades de saúde. Assim, a 17 de março de 1999, foi assinado um protocolo de parceria entre o Ministério da Saúde e o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQs), dando origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Pisco, 2001; DGS, 2009; DGS, 2014; DGS, 2014).

O seu espaço temporal seria de cinco anos, divididos em três fases distintas: aprender sobre o processo de acreditação de hospitais e a sua aplicação; estabelecer a infraestrutura e gestão da transição; e rever e avaliar o sistema e consecutiva definição do tipo de colaboração pretendida por ambas as partes (Pisco, 2001).

Em setembro de 1999, cinco hospitais oficializaram contratos de adesão ao programa de acreditação do KFHQs, nomeadamente: os hospitais do barlavento algarvio, Portimão; Doutor José Maria Grande, Portalegre; Santa Marta, Lisboa; Fernando da Fonseca, Amadora; e S. Teotónio, Viseu (Pisco, 2001).

No início do ano 2000 juntaram-se o Hospital Garcia de Horta, Almada; e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e em setembro do mesmo ano outras nove novas unidades celebraram processos de acreditação: São Marcos, Braga; Geral de Santo António, Porto; S. José, Lisboa; D. Estefânia, Lisboa; José Luciano de Castro, Anadia; Dr. Francisco Zagalo, Ovar; S. João,

Porto; e os Centros Regionais de Coimbra e Porto do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (Pisco, 2001).

Posteriormente, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 revelou a existência de uma precária cultura da qualidade e um défice organizacional dos serviços de saúde, bem como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão. Este plano delineou como orientação estratégica a melhoria da qualidade de organização dos serviços de saúde e, em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. adotou o modelo da *Joint Commission International (JCI)* para a acreditação destes hospitais (DGS, 2009; DGS, 2014; DGS, 2014).

Joint Commission Internacional (JCI):

A acreditação da *Joint Commission International* é um processo voluntário aplicado na totalidade à organização, no qual esta demonstra o seu compromisso com a melhoria contínua da segurança do doente, baseado num conjunto de *standards* focados na qualidade dos cuidados de saúde, sem desconsiderar as especificidades legais, culturais e religiosas de cada país (Costa, 2015).

As normas deste modelo estão divididas por quatro secções:

- Exigências para a participação na acreditação;
- Padrões centrados no paciente;
- Padrões de gestão da organização;
- Padrões de hospital de centro médico académico (Costa, 2015).

Até 2009, dos 27 hospitais que iniciaram o processo de acreditação através do *KF/HQS*, 13 obtiveram a acreditação e dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI, apenas 2 alcançaram a acreditação (DGS, 2009).

Os diferentes modelos conviveram durante algum tempo. Porém, quase dez anos depois, o progresso acontecia essencialmente nos grandes centros hospitalares, excluindo a maioria das tipologias de cuidados de saúde que não tinham condições para obter uma acreditação de toda a estrutura, nem nenhuma outra alternativa para avançar de forma institucional e consistente para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados (DGS, 2014).

Era notório o atraso em que a maioria das unidades de saúde do SNS se encontrava e a existência de vários programas de acreditação que estavam pouco adaptados à grande maior parte das unidades de saúde portuguesas o que acabou por não ser a melhor abordagem (DGS, 2014).

Assim, tal como referido no Capítulo 2.2 “O início da Qualidade em Saúde em Portugal”, depois da extinção do IQS foi criado, na DGS, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS). Consequentemente, tal como mencionado anteriormente, em junho de 2009 foi publicado em Diário da República, o Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho, que aprovava a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, determinando que o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deveria criar um programa nacional de acreditação na saúde, com base num modelo de acreditação sustentável e adaptável à realidade e às especificidades do Sistema de Saúde português (DGS, 2014).

Não desconsiderando as mais-valias reconhecidas aos diversos modelos de acreditação anteriormente implementados em Portugal, foi escolhido o Modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização idêntico ao português e com destinatários semelhantes, quer demográfica, quer epidemiologicamente (DGS, 2009).

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA):

Em 2002, através do Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do Governo da Andaluzia, surgiu a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA) com o objetivo de desenvolver e promover o Modelo de Qualidade de Andaluz (Negrão, 2014; Costa, 2015).

Segundo Negrão (2014), atualmente, a ACSA é uma entidade que certifica centros e unidades de saúde, assim como a qualificação profissional, educação continuada e páginas da *web*, tendo em conta o Modelo de Acreditação do Sistema Público de Saúde Andaluz.

Este modelo procura a excelência nos cuidados de saúde e promove uma cultura de melhoria contínua. Porém, não se trata apenas de uma entidade certificadora, mas sim também de uma organização que gera conhecimento sobre a qualidade, em resultado do trabalho de investigação dos profissionais, da própria agência e também dos próprios processos de avaliação que se tornaram numa essencial fonte de informação no estudo das melhores práticas de melhoria (Negrão, 2014).

Atualmente é o mais indicado para Centros e Unidades de Saúde, tendo como base três pilares fundamentais: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde, atuando em cinco áreas distintas:

1. O cidadão, como centro do Sistema de Saúde;
2. Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde;
3. Profissionais;
4. Processos de suporte;
5. Resultados (Negrão, 2014; Costa, 2015).

No capítulo seguinte será feita uma análise completa às características do modelo ACSA.

3. A implementação do Modelo ACSA pela Direção-Geral de Saúde

O Modelo de Acreditação ACSA foi aprovado através do Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto, sendo o modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária (DGS, 2009).

Para executar este Despacho foi celebrado um protocolo de colaboração e cooperação entre a Direção-Geral da Saúde e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*, garantindo a implementação do modelo em Portugal, através do qual a Direção-Geral da Saúde, que tem o direito exclusivo de utilização do Modelo ACSA em todo o território nacional e o seu posterior desenvolvimento e melhoria em conjunto, uma vez que se trata de um modelo dinâmico de aperfeiçoamento periódico (DGS, 2009).

Alinhado com a estratégia nacional para a qualidade e políticas de saúde estabelecidas, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde é um instrumento para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, estimulando as boas práticas, os procedimentos normalizados da qualidade e segurança, as metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade na prestação de cuidados de saúde (DGS, 2009).

Desta forma, a certificação pode ser requisitada por unidades com a seguinte estrutura organizacional:

- Centros Hospitalares;
- Hospitais;

- Serviços especializados;
- Unidades funcionais dos cuidados de saúde primários;
- Unidades de convalescença de curta, média e longa duração integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Unidades de saúde integradas em parcerias público-privadas e unidades de saúde com contratos ou parcerias com o Serviço Nacional de Saúde;
- Unidades de saúde privadas (DGS, 2015).

Para além disto, o Modelo ACSA, destina-se também a outras áreas de acreditação, como as competências profissionais, de formação contínua e de *websites* com conteúdos de informação sobre saúde (DGS, 2009).

No que toca a documentação de referência, este tem como base:

- A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;
- Programa de Acreditação em Saúde;
- Manual de Qualidade do DQS;
- Política de Segurança do DQS;
- Manuais de *Standards* em vigor definidos pelo DQS;
- Lista de Orientações e Documentos Normativos do DQS;
- Documentos legislativos existentes;
- Programas de Saúde;
- Tabela de preços (DGS, 2015).

Tem como principal objetivo a propagação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Português. Já relativamente aos objetivos específicos estes passam pela implementação do Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, pela avaliação da influência do Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, sobretudo no que diz respeito à qualidade e à segurança e o reconhecimento do Modelo (DGS, 2009).

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde tem um período temporal coincidente com o da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, sem desconsiderar eventuais ajustes que sejam necessários no desenvolvimento do mesmo (DGS, 2009).

Este Programa foi desenvolvido em duas fases, sendo os primeiros cinco anos destinados à sua implementação e os seguintes cinco anos à sua consolidação (DGS, 2009).

As vantagens de um Programa Nacional de Acreditação em Saúde passam por:

- 1) Articulação com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
- 2) Centralização da informação como garantia da melhoria contínua;
- 3) Razões da opção pelo Modelo ACSA - apesar do valor das escolhas feitas anteriormente, o Departamento da Qualidade na Saúde, tomou uma posição quando, ao fim de dez anos, os resultados não eram animadores (DGS, 2014).

Desta forma, tal como anteriormente referido, em 2009, a Direção-Geral da Saúde criou e desenvolveu um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, sustentável para todo o Sistema de Saúde Português, tendo em consideração a sua natureza e qualquer que fosse o tipo de unidade de saúde do SNS (DGS, 2014).

Para além disto, à data existiam dois programas de acreditação a decorrer nas unidades de saúde do SNS, o que, para a dimensão de Portugal, representava uma evidente dispersão de recursos, competências e informação, bem como uma estratégia pouco adaptada às reais necessidades do país. Procurou-se, assim, um modelo de certificação da prestação de cuidados e de qualificação e reconhecimento externo das unidades de saúde do SNS, que deveria adequar-se:

- Aos problemas na qualidade identificados;
- A todo o tipo de unidades de saúde do SNS e a todos os níveis de cuidados;
- A um sistema de saúde público e universal em que o foco está no cidadão;
- À integração, no próprio modelo, de todas as linhas estratégicas do Ministério da Saúde;
- À preferência da gestão clínica na prestação de cuidados ao utente e ao esforço de padronização dos resultados assistenciais;
- À necessidade de promover junto dos profissionais de saúde o empenho destes pelos eixos do desenvolvimento contínuo da qualidade;

- À rápida disseminação do conhecimento no maior número possível de unidades de saúde;
- À necessidade de rentabilizar recursos em termos de pessoas, tempo e custos (DGS, 2014).

Dado que a criação de raiz um modelo exclusivamente português demoraria demasiado tempo, concluiu-se que o ideal seria procurar e adotar um modelo que satisfizesse todos os requisitos suprarreferidos, que fosse bem desenvolvido e com provas dadas, preferencialmente criado por uma entidade pública semelhante à DGS, validando-o para o país (DGS, 2014).

Concluiu-se que este modelo de certificação e o seu reconhecimento público dava resposta aos grandes desafios de qualidade em Portugal, sendo ainda compatível com a integração de todos os Programas Nacionais de Saúde a decorrer no país, podendo ser adotado pelo Ministério da Saúde Português para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. O Modelo de certificação de unidade de saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), foi então aprovado, por Despacho do Ministério, passando a denominar-se por Modelo ACSA, atualmente ACSA Internacional (DGS, 2014).

4) Os acordos entre países para a adoção do Modelo ACSA – foi criada uma aliança entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha, tendo os dois países assinado entre si, em 2010, protocolos de cooperação e de cedência de autorização de utilização de direitos do Modelo ACSA, a saber:

- Protocolo entre o Ministério da Saúde de Portugal e o Ministério da Saúde de Espanha;
- Protocolo entre o Alto Comissariado para a Saúde e a Conselheria de Saúde da Andaluzia;
- Protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ver Anexo).

Estes acordos entre os países têm vindo a ser aprofundados e agilizados desde 2004 e permitem atualmente à DGS poder coordenar autonomamente todo o processo

de certificação, concedendo-lhe direitos exclusivos sobre as licenças de utilização do modelo ACSA no território nacional (DGS, 2014).

5) As comissões técnicas – criadas e a criar dentro do Plano Nacional de Acreditação em Saúde, são importantes para a sua credibilidade e representam uma das garantias de adequação de todo o processo ao Sistema de Saúde português.

O Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (Modelo ACSA) tem algumas características próprias:

- É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, visando a melhoria contínua do SNS;
- Utiliza como referência os diversos Programas de Saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, os contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas conhecidas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos;
- Refere a qualidade de forma integral, através de programas de acreditação orientados para as diversas áreas que compõem os cuidados de saúde;
- Tem uma natureza progressiva, identificando os passos dados progressivamente até à excelência. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, refletindo não só o momento atual de desenvolvimento da qualidade, mas também o seu potencial de progressão e crescimento (DGS, 2009; DGS, 2013).

Desta forma, o Modelo Nacional de Acreditação valoriza:

- Os direitos dos cidadãos preconizados pela Organização Mundial de Saúde e pela lei portuguesa;
- A segurança;
- As competências profissionais;
- A transparência na atuação;
- Os requisitos de rigor técnico e científico na prestação de cuidados de saúde;
- Os resultados dos processos de saúde;
- O parecer que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados (DGS, 2009).

Por outro lado, possui um forte instrumento informático, desenhado especificamente para este modelo, sendo uma das suas vantagens servir de suporte a todos os processos de avaliação, possibilitando que parte desta seja feita *on-line*, diminuindo o tempo da visita de avaliação e os respetivos custos (DGS, 2009).

Por fim, o modelo oficial de acreditação é baseado num conjunto de padrões de referência denominados por *standards*, que constituem um referencial de padrões de qualidade dos serviços e dos cuidados prestados ao cidadão, orientando a escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade e o seu processo de melhoria contínua. A distribuição dos *standards* em três tipologias de grupos possibilita à unidade de saúde reconhecer a prioridade de cumprimento e conseqüentemente a prossecução da sua abordagem (DGS, 2013).

Na tabela abaixo encontra-se um resumo da distribuição dos *standards*:

Tabela III – Distribuição dos *standards* que compõem o Modelo ACSA

Tipologia do Standard	Definição	Nº	%
Grupo I	Direitos dos cidadãos, questões ligadas à segurança de utentes e profissionais, princípios éticos, programas de saúde e outras prioridades do SNS.	70	25%
Grupo I – obrigatórios	Imprescindíveis a qualquer grau de certificação.	92	33%
	Total Grupo I	162	58%
Grupo II	Elementos associados a um maior grau de desenvolvimento da organização.	77	27%
Grupo III	Standards que revelam o caráter de topo que a unidade alcançou através da inovação e do desenvolvimento que proporciona à sociedade.	41	15%
	Total	280	100%

Fonte: elaborada pela autora, segundo DGS (2013).

A implementação progressiva do Programa Nacional de Acreditação em Saúde tem início na acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde, baseando-se em cinco blocos e, dentro destes, onze critérios:

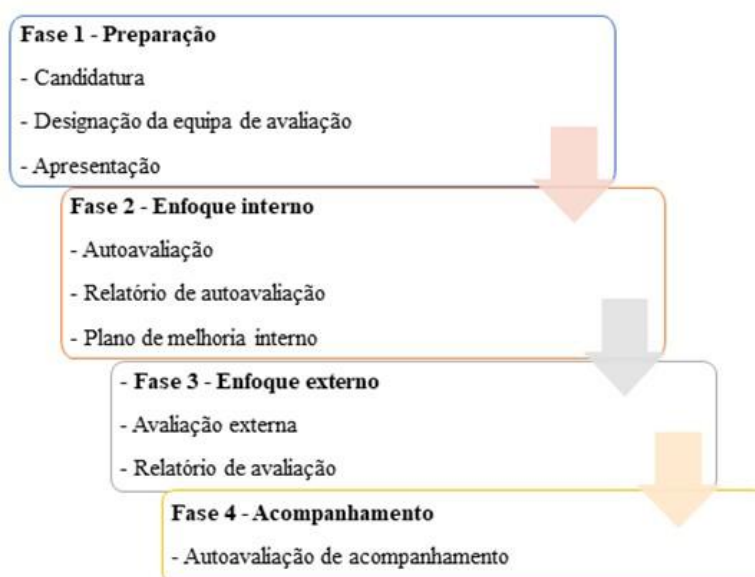
Tabela IV – Estrutura do Modelo ACSA

I. O cidadão, centro do sistema de saúde	Constitui cerca de 24% do total dos standards, incluindo os direitos, expectativas e participação dos utentes, profissionais e partes interessadas da unidade de saúde; elementos relativos à privacidade e intimidade; acessibilidade aos recursos disponíveis; inter-relação entre profissionais de diversos níveis de cuidados de saúde; atuações interdisciplinares relativas à proteção e uso da informação clínica e dos dados pessoais do utente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uteses: satisfação, participação e direitos 2. Acessibilidade e continuidade assistencial 3. Documentação clínica
II. Organização da atividade centrada no utente	Constitui cerca de 13% do total dos standards, referindo-se à atuação da unidade de saúde em relação aos Processos Assistenciais Integrados.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde 5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde 6. Direção da Unidade de Saúde
III. Os profissionais	Constitui cerca de 9% do total dos standards refletindo as práticas de gestão respeitante aos profissionais de saúde ao nível da unidade de saúde, desde o seu acolhimento, à adequação dos recursos humanos às atividades da unidade, atualização das suas competências até ao seu desenvolvimento contínuo.	<ol style="list-style-type: none"> 7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação
IV. Processos de suporte	Constitui cerca de 48% do total dos standards, visando aprofundar e avaliar a gestão da estrutura da unidade, das suas instalações, dos equipamentos e manutenção de que são alvo, a gestão das medidas de segurança para utentes e profissionais e as funcionalidades que existem para que utentes e profissionais consigam alcançar os objetivos propostos; aspetos referentes aos novos avanços tecnológicos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação e as medidas implementadas para assegurar a proteção de dados pessoais, bem como as estratégias de gestão dos riscos e de implementação de planos de qualidade específicos.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Estrutura, equipamento e fornecedores 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação 10. Sistema de Qualidade
V. Resultados	Constitui cerca de 6% do total dos standards, destinando-se a avaliar os resultados alcançados com a atividade realizada pela unidade de saúde relativamente à eficiência, à acessibilidade, à satisfação dos utentes e aos resultados assistenciais e de segurança e/ou relacionados com a qualidade técnico-científica.	<ol style="list-style-type: none"> 11. Resultados da Unidade de Saúde

Fonte: elaborada pela autora, segundo DGS (2009) e DGS (2013).

Assim, o processo de acreditação decorre nas seguintes fases:

Figura 3 – Fases do processo de acreditação do Modelo ACSA



Fonte: elaborada pela autora, segundo o Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Hospitais (versão 2) (DGS, 2013).

- Fase 1 – Pedido de adesão: a candidatura ao projeto de acreditação começa com um requerimento ao Departamento da Qualidade na Saúde, através da aplicação informática, @credita, preenchendo um formulário para iniciar o processo e com a indicação de um responsável pelo processo. É realizada uma visita local de apresentação do modelo e da aplicação informática, atribuídas as chaves de acesso, bem como o avaliador interno que acompanha a próxima fase de autoavaliação;
- Fase 2 – Autoavaliação: período com a duração máxima de 1 ano (a partir da data de abertura do projeto de certificação na aplicação @credita), representando a oportunidade para que a organização reflita sobre as suas práticas, avalie a sua situação, determine os objetivos e planifique as ações de melhoria da qualidade e da segurança, reavaliando o seu progresso dentro do prazo definido. O cumprimento dos requisitos normativos do modelo ACSA é demonstrado através de evidências que são introduzidas na aplicação informática;
- Fase 3 – Avaliação externa: os avaliadores formados no modelo fazem uma visita de avaliação à organização, sendo posteriormente elaborado um relatório que conclui a decisão de atribuição da acreditação à organização candidata e o respetivo nível. Caso a organização não concorde com a decisão, poderá recorrer, pedido uma reavaliação do processo;
- Fase 4 – Acompanhamento: tem uma vigência de 5 anos e é posterior ao atingimento da acreditação, consistindo numa continuação do processo de autoavaliação, com uma visita externa de reavaliação aos 2 e aos 4 anos. Visa assegurar que a organização mantém e melhora as boas práticas e as condições que lhe permitiram alcançar a acreditação, proporcionando ainda a oportunidade de continuar a identificar novas áreas de melhoria (DGS, 2009; DGS, 2013; DGS, 2015).

No que toca aos níveis de acreditação, dado o carácter progressivo da melhoria contínua da qualidade, os candidatos podem alcançar três níveis de acreditação:

- Acreditação Nível Bom – realização de 70% ou mais dos *standards* do Grupo I, incluindo nesta percentagem a totalidade, isto é, 100%, dos *standards* obrigatórios;
- Acreditação Nível Ótimo – realização de 100% *standards* do Grupo I e 40% ou mais dos *standards* do Grupo II;

- Acreditação Nível Excelente – realização de 100% de *standards* do Grupo I e do Grupo II e observância superior a 40% dos *standards* do Grupo III (DGS, 2009; DGS, 2013).

Tabela V - Níveis de Acreditação do Modelo ACSA

	Bom	Ótimo	Excelente
Grupo I	Igual ou superior a 70% incluindo a totalidade (100%) dos obrigatórios	100%	100%
Grupo II		Igual ou superior a 40% (incluindo todos os imprescindíveis)	100%
Grupo III			Superior a 40%

Fonte: elaborada pela autora, segundo DGS (2013).

Quando é obtida a acreditação num determinado nível (Bom ou Ótimo), a organização poderá, em menos de um ano, requerer voluntariamente a sua recertificação para obter a acreditação num nível superior (DGS, 2013).

No entanto, o último nível, excelente, não deve ser entendido como fase final, uma vez que em consequência das melhorias produzidas devido às novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização e novas exigências dos cidadãos, será feita uma revisão periódica das normas e dos diversos níveis, pelo que o que hoje pode parecer um objetivo a longo prazo, poderá vir a ser uma área de melhoria e tornar-se realidade no futuro e a excelência de hoje pode ser um aspeto banal no futuro (DGS, 2013).

3.1. A implementação do Modelo ACSA pelo Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Com base no *site* do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, consultado em dezembro de 2019 e na reunião com a Professora Doutora Maria do Céu Machado, realizada em março de 2020 foi possível obter algumas informações acerca das características do Departamento e do processo de acreditação do Modelo ACSA no mesmo.

No que diz respeito ao Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, atualmente este é constituído por vários serviços, a saber:

- Pediatria Médica;
- Neonatologia;

- Cirurgia Pediátrica;
- Genética;
- Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

A acreditação do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, através do Modelo ACSA, começou em maio de 2010, com a candidatura do Departamento à acreditação, junto da ACSA e da DGS. Começou por ser por serviços, sendo que na altura se candidataram apenas os Serviços de Neonatologia, Pediatria Médica e Cirurgia Pediátrica. Mais tarde percebeu-se que cada serviço tinha áreas em comum com os demais e que, assim, fazia mais sentido a acreditação a todo o Departamento de Pediatria. Desta forma, em 2014 foi obtida a acreditação completa do Departamento.

Importa referir a importância da experiência anterior da Professora Doutora Maria do Céu Machado, Diretora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria a essa data, no Hospital Fernando da Fonseca, EPE, onde teve a primeira experiência de um processo de acreditação com o Modelo de Acreditação *King's Fund*.

Após a aprovação pela ACSA/DGS da candidatura efetuada, em fevereiro de 2011, os Serviços de Pediatria Médica, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica iniciaram a fase de autoavaliação do processo de acreditação. Esta fase permitiu a uma equipa multidisciplinar, composta pela Diretora do Departamento, Diretor de Serviço, pelo Médico responsável pela acreditação, pelo Enfermeiro Supervisor, pelas Enfermeiras representantes, pelas Administradoras de área e pela Administradora da Acreditação refletir, analisar, avaliar, programar e decidir, sobre as questões do Modelo ACSA dedicadas à autoavaliação. Assim, identificou-se o ponto de situação, relativamente ao nível de cumprimento dos *standards* propostos no Modelo ACSA, estabeleceu-se o nível de acreditação pretendido e planificaram-se as ações necessárias a desenvolver.

Nesta preparação destacaram-se como fundamentais as formações obrigatórias, ministradas de forma transversal (médicos, enfermeiros, auxiliares, etc.), uma vez que o Modelo ACSA obriga a planos de formação a cada dois anos. Isto incrementou a igualdade e o espírito de equipa entre os diversos profissionais. Estas formações continuam até aos dias de hoje.

Foi também importante o envolvimento de outros serviços, como:

- Centro de Formação;

- Gabinete de Gestão Clínica;
- Gabinete de Qualidade;
- Gabinete de Risco;
- Gabinete de Segurança;
- Gabinete do Utente;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Serviço de Saúde Ocupacional;
- Unidade de *Stocks* e Logística;
- Unidade de Gestão Hoteleira.

A metodologia de trabalho consistia em:

- Reuniões de trabalho do Serviço – 1 a 2 vezes por semana;
- Reuniões de trabalho do Departamento – 1 vez por semana (realizadas todas as Quartas-feiras);
- Reuniões de trabalho do Departamento e Chefias – 1 vez por mês;
- Grupos de Trabalho internos e outros serviços do HSM;
- Criação de Pasta Partilhada Eletrónica;
- Oportunidade de refletir sobre o Departamento;
- Sistematizar e aferir práticas habituais e novas atitudes;
- Divulgação interna e externa do conhecimento;
- Formação e planos de desenvolvimento individual;
- Alterações estruturais.

Desta forma, a visita de auditoria externa ao Serviço de Pediatria Médica ocorreu nos dias 15 e 16 de março de 2012, tendo-se verificado 75,4% no Grupo I dos *standards* – não cumprindo um total de 15 *standards* e 90,6% dos *standards* obrigatórios do Grupo I. Para obter o nível de acreditação Bom, teria de cumprir mais 3 *standards* obrigatórios, por forma a obter os 100% necessários no Grupo I obrigatórios.

Dados os resultados atingidos, foi definido pelo Serviço, e proposto à ACSA/DGS que os 3 *standards* do Grupo I obrigatórios seriam objeto de atenção e empenho, havendo uma reavaliação externa ainda em junho de 2012.

Posteriormente à segunda avaliação externa pela ACSA/DGS, em junho de 2012, apresentaram-se os seguintes resultados:

Tabela VI - Resultados Auditoria Externa do Serviço Pediatria Médica na auditoria externa realizada a 25/06/2012

Resultados Auditoria Externa do Serviço Pediatria Médica na auditoria externa realizada a 25/06/2012	
Standard por Grupo	% de cumprimento
Grupo I	80,3%
Grupo I Obrigatório	100,0%
Grupo I Não Obrigatório	58,6%
Grupo II	0,0%
Grupo III	0,0%
Total	45,8%

Fonte: elaborada pela autora de acordo com as informações retiradas do site do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Desta forma, o Comité de Certificação da ACSA concedeu a acreditação ao Serviço de Pediatria Médica de nível Bom.

O Serviço estabeleceu que 12 *standards* do Grupo I não cumpridos, seriam alvo de atenção e empenhamento, de forma a ser implementadas medidas, visando que os mesmos fossem cumpridos ao longo desse ano e no primeiro semestre do ano de 2013.

De acordo com o resultado desta avaliação e com os prazos definidos no processo de certificação, o Comité de Certificação estabeleceu que a próxima visita de seguimento deveria realizar-se em março de 2014.

Dois anos depois, em abril de 2014, ocorreu uma nova auditoria externa, tendo os serviços sido reacreditados.

Relativamente ao Serviço de Neonatologia, a visita de auditoria externa ocorreu no dia 24 de dezembro de 2012, tendo alcançado 70,5% no Grupo I – não tendo cumprido um total de 18 *standards*; 84,4% dos *standards* obrigatórios do Grupo I. Para alcançar o nível de acreditação Bom, deveria cumprir 5 *standards* obrigatórios, por forma a obter os 100% necessários.

Estes 5 *standards* do Grupo I obrigatórios foram revistos e procederam-se às alterações necessárias. A segunda avaliação externa pela ACSA/DGS, ocorrida em junho de 2012, classificou os seguintes resultados:

Tabela VII - Resultados Auditoria Externa do Serviço de Neonatologia realizada a 25/06/2012

Resultados Auditoria Externa do Serviço de Neonatologia realizada a 25/06/2012	
<i>Standard</i> por Grupo	% de cumprimento
Grupo I	78,7%
Grupo I Obrigatório	100,0%
Grupo I Não Obrigatório	55,2%
Grupo II	21,4%
Grupo III	0,0%
Total	50,5%

Fonte: elaborada pela autora de acordo com as informações retiradas do site do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Desta forma, o Comité de Certificação concedeu a certificação de nível Bom ao Serviço de Neonatologia, tendo o serviço estabelecido que os 13 *standards* do Grupo I que não foram cumpridos, seriam alvo de atenção e empenhamento, por forma a serem implementadas medidas, visando que os mesmos fossem cumpridos ao longo desse ano e no primeiro semestre do ano de 2013.

De acordo com o resultado desta avaliação e com os prazos definidos no processo de certificação, o Comité de Certificação estabeleceu que a visita seguinte ocorreria em janeiro de 2014.

Já em relação ao Serviço de Cirurgia Pediátrica, a visita de auditoria externa ocorreu no dia 19 de março de 2013, sendo que o Serviço de Cirurgia Pediátrica pratica apenas os *standards* do Grupo I.

Desta forma, alcançaram-se 82% no Grupo I – não cumprindo um total de 11 *standards*; 93,8% dos *standards* obrigatórios do Grupo I. Para atingir o nível Bom de acreditação teria de cumprir 2 *standards* obrigatórios, por forma a obter os 100% necessários no Grupo I obrigatórios.

Dados os resultados atingidos, foi estabelecido pelo Serviço e proposto à ACSA/DGS, que os 2 *standards* do Grupo I obrigatórios seriam alvo de atenção e empenhamento, ocorrendo a reavaliação externa em junho de 2013.

Posteriormente à segunda avaliação externa pela ACSA/DGS, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela VIII - Resultados Auditoria Externa do Serviço de Cirurgia Pediátrica realizada a 03/06/2013

Resultados Auditoria Externa do Serviço de Cirurgia Pediátrica realizada a 03/06/2013	
Standard por Grupo	% de cumprimento
Grupo I	85,2%
Grupo I Obrigatório	100,0%
Grupo I Não Obrigatório	69,0%
Grupo II	0,0%
Grupo III	0,0%
Total	48,6%

Fonte: elaborada pela autora de acordo com as informações retiradas do site do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

Assim, o Comité de Certificação da ACSA concedeu a certificação de nível Bom ao Serviço de Cirurgia Pediátrica, tendo estabelecido que os 9 *standards* do Grupo I que não foram cumpridos, seriam alvo de atenção e empenhamento, por forma a serem implementadas medidas, visando que os mesmos fossem cumpridos ao longo desse ano e no primeiro semestre do ano de 2014.

De acordo com o resultado desta avaliação e com os prazos definidos no processo de certificação, o Comité de Certificação estabeleceu que a visita seguinte ocorreria em março de 2015.

Desta forma, dado que, depois da autoavaliação, as auditorias externas ficavam previamente agendadas, havia pouco tempo para corrigir os pontos a serem melhorados.

Posteriormente, percebeu-se que todos os serviços tinham áreas em comum entre si, fazendo mais sentido proceder à acreditação de todo o departamento.

Não foi possível obter mais informações e dados sobre as acreditações seguintes. Contudo, de acordo com o documento publicado pela Direção-Geral da Saúde “Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020”, a última acreditação do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, ocorrida a 30 de janeiro de

2019, revelou 60,50% de cumprimento, obtendo um nível de acreditação Bom e sendo esta acreditação válida até 30 de janeiro de 2024:

Tabela IX - Total de Unidades Certificadas até 31 de janeiro de 2020

Serviços Hospitalares	Entidade	Nível de cumprimento (%)	Nível atual	Data da certificação	Validade do certificado
Unidade de Oncologia	Centro Hospitalar	55,66%	BOM	13/10/2016	13/10/2021
Serviço de Pediatria	Barreiro Montijo,	48,57%	BOM	07/10/2016	07/10/2021
Bloco Operatório	EPE	44,76%	BOM	23/01/2017	23/01/2022
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – Hospital Egas Moniz		64,40%	BOM	06/05/2019	06/05/2024
Serviço de Otorrinolaringologia		50,50%	BOM	06/05/2019	06/05/2024
Serviço de Neurocirurgia		55,70%	BOM	05/04/2018	05/04/2023
Serviço de Ortopedia		47,17%	BOM	07/09/2017	07/09/2022
Serviço de Nefrologia – Unidade de Transplante Renal		50,94%	BOM	31/05/2017	31/05/2022
Serviço de Cirurgia Geral III – Hospital de Santa Cruz		47,17%	BOM	31/05/2017	31/05/2022
Serviço de Gastreenterologia		52,83%	BOM	31/05/2017	31/05/2022
Serviço de Neurologia		56,60%	BOM	25/05/2017	25/05/2022
Serviço de Cirurgia Geral II – Hospital de Egas Moniz	Centro Hospitalar de Lisboa	53,77%	BOM	22/05/2017	22/05/2022
Serviço de Cirurgia Geral I – Hospital S. Francisco Xavier	Ocidental, EPE	48,11%	BOM	22/05/2017	22/05/2022
Serviço de Oncologia Médica		52,83%	BOM	10/05/2017	/10/05/2022
Serviço de Cardiologia		49,06%	BOM	02/05/2017	02/05/2022
Serviço de Cirurgia Cardiorádica		48,11%	BOM	26/04/2017	26/04/2022
Serviço de Cardiologia Pediátrica		51,43%	BOM	21/04/2017	21/04/2022
Bloco Operatório – Hospital de Egas Moniz		53,50%	BOM	20/02/2019	20/02/2024
Bloco Operatório – Hospital S. Francisco Xavier		56,00%	BOM	13/02/2019	13/02/2014
Bloco Operatório – Hospital de Santa Cruz		58,40%	BOM	13/02/2019	13/02/2024
Departamento da Mulher e da Criança	Centro Hospitalar do Baixo Vouga,	48,11%	BOM	16/08/2016	16/08/2021
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental	EPE	48,11%	BOM	16/08/2016	16/08/2021
Serviço de Nefrologia		54,20%	BOM	20/08/2019	20/08/2024
Serviço do Cento de Desenvolvimento da Criança	Centro Hospitalar e Universitário de	66,00%	BOM	08/08/2019	08/08/2024
Serviço de Oncologia Pediátrica – Hospital Pediátrico	Coimbra, EPE	64,00%	BOM	10/07/2019	10/07/2024

Fonte: elaborado pela autora, segundo o documento publicado pela Direção-Geral da Saúde “Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020”.

Tabela IX - Total de Unidades Certificadas até 31 de janeiro de 2020 (continuação)

Serviços Hospitalares	Entidade	Nível de cumprimento (%)	Nível atual	Data da certificação	Validade do certificado
Serviço de Cardiologia Pediátrica		53,50%	BOM	26/06/2019	26/06/2024
Serviço de Neurologia		57,40%	BOM	15/05/2019	15/05/2024
Centro de Responsabilidade Integrada de Oftalmologia	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	57,55%	BOM	09/11/2016	09/11/2021
Unidade de Cirurgia de Ambulatório		51,90%	BOM	26/10/2016	26/10/2021
Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos		63,73%	BOM	11/05/2016	11/05/2021
Clínica 3	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, EPE	45,28%	BOM	09/06/2016	09/06/2021
Serviço Regional de Psiquiatria Forense		45,28%	BOM	09/06/2016	09/06/2021
Hospital Padre Américo – Hospital de Amarante	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	55,60%	BOM	27/11/2019	27/11/2024
Serviço de Cardiologia		47,20%	BOM	03/07/2019	03/07/2024
Departamento de Cirurgia	Centro Hospitalar	47,50%	BOM	06/03/2019	06/03/2024
Departamento de Pediatria	Universitário de Lisboa Norte, EPE	60,50%	BOM	30/01/2019	30/01/2024
Serviço de Reumatologia		51,90%	BOM	23/11/2018	23/11/2023
Serviço de Neurocirurgia		45,30%	BOM	07/11/2017	07/11/2022
Serviço de Neurologia		44,30%	BOM	17/10/2017	17/10/2022
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação	Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	50,94%	BOM	20/01/2017	20/01/2017
Serviço de Ginecologia		59,43%	BOM	26/08/2016	26/08/2021
Área da Mulher, da Criança e do Adolescente	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE	55,40%	BOM	13/02/2019	13/02/2024
Área da Cirurgia – Unidade de Transplantação		54,00%	BOM	20/03/2019	20/03/2024
Serviço de Cirurgia Geral		47,50%	BOM	17/04/2019	17/04/2024
Serviço de Cardiologia		58,10%	BOM	06/02/2019	06/02/2024
Serviço de Cirurgia Pediátrica		44,76%	BOM	03/11/2016	03/11/2021
Serviço de Ginecologia/Obstetria	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	45,28%	BOM	10/10/2016	10/10/2021
Serviço de Pediatria/Neonatologia		44,76%	BOM	03/10/2016	03/10/2021
Serviço de Cirurgia Cardiorábrica		46,23%	BOM	22/09/2016	22/09/2021

Fonte: elaborado pela autora, segundo o documento publicado pela Direção-Geral da Saúde “Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020”.

Tabela IX - Total de Unidades Certificadas até 31 de janeiro de 2020 (continuação)

Serviços Hospitalares	Entidade	Nível de cumprimento (%)	Nível atual	Data da certificação	Validade do certificado
Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	46,23%	BOM	22/09/20216	22/09/2021
Serviço de Cirurgia Geral	Hospital de Braga	59,40%	BOM	11/01/2019	11/01/2024
Serviço de Pediatria	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	50,00%	BOM	25/01/2017	25/01/2022
Serviço de Medicina Interna	Hospital Distrital de Santarém, EPE	46,23%	BOM	25/01/2017	25/01/2022
Serviço de Cirurgia Geral	Hospital Distrital de Santarém, EPE	46,23%	BOM	25/01/2017	25/01/2022
Serviço de Anatomia Patológica	Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora	55,40%	BOM	15/01/2020	15/01/2025
Serviço de Oftalmologia	Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora	46,23%	BOM	01/03/2016	01/03/2021
Serviço de Cirurgia Geral	Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora	47,17%	BOM	15/01/2016	15/01/2021
Serviço de Pediatria	Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora	47,17%	BOM	22/12/2015	22/12/2020
Bloco Operatório – Unidade de Cirurgia de Ambulatório	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	46,20%	BOM	27/07/2018	27/07/2023
Serviço de Imunohemoterapia – Laboratório de Patologia Clínica	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	47,60%	BOM	27/07/2018	27/07/2023
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	60,40%	BOM	17/07/2019	17/07/2024
Hospital Narciso Ferreira	Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave	53,50%	BOM	14/06/2018	14/06/2023
Serviço de Pediatria – Serviço de Cirurgia Pediátrica (consulta externa, hospital de dia, internamento e urgência)	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	50,00%	BOM	30/01/2019	30/01/2024
Serviço de Cardiologia	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	44,30%	BOM	22/06/2018	22/06/2023
Serviço de Sangue e Medicina Transfusional	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	60,40%	BOM	22/06/2018	22/06/2023
Bloco Operatório – Hospital Central do Funchal	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	47,20%	BOM	14/06/2018	14/06/2023
Serviço de Cirurgia Cardiorábrica	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	44,34%	BOM	18/01/2017	18/01/2022
Serviço Medicina Intensiva	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	48,08%	BOM	17/01/2017	17/01/2022
Serviço de Ginecologia/Obstetícia	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	50,00%	BOM	05/01/2017	05/01/2022
Serviço de Anestesiologia	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM)	44,34%	BOM	05/01/2017	05/01/2022

Fonte: elaborado pela autora, segundo o documento publicado pela Direção-Geral da Saúde “Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020”.

Tabela IX - Total de Unidades Certificadas até 31 de janeiro de 2020 (continuação)

Serviços Hospitalares	Entidade	Nível de cumprimento (%)	Nível atual	Data da certificação	Validade do certificado	
Unidade de Cardiologia – Hospital do SAMS	Serviços de Assistência Médico Social - SAMS	55,40%	BOM	27/11/2019	27/11/2024	
Unidade de Imagiologia – Hospital do SAMS		47,60%	BOM	11/11/2019	11/11/2024	
Unidade de Oftalmologia – Hospital do SAMS		47,50%	BOM	29/10/2019	29/10/2024	
Unidade de Internamento de Medicina – Hospital do SAMS		54,40%	BOM	04/10/2019	04/10/2024	
Unidade de Internamento de Cirurgia – Hospital do SAMS		64,40%	BOM	31/07/2019	31/07/2024	
Unidade de Endoscopia Digestiva – Hospital do SAMS		44,34%	BOM	30/01/2017	30/01/2022	
Bloco Operatório – Hospital do SAMS		44,23%	BOM	23/11/2016	23/11/2021	
Unidade de Medicina Intensiva – Hospital do SAMS		49,06%	BOM	17/11/2016	17/11/2021	
Serviços Farmacêuticos – Hospital do SAMS		57,73%	BOM	22/07/2016	22/07/2021	
Unidade de Cirurgia de Ambulatório		Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	45,28%		01/03/2016	01/03/2021
Serviço de Urologia	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	47,50%	BOM	15/05/2019	15/05/2024	
Serviço de Medicina Interna		50,50%	BOM	09/05/2019	09/05/2024	
Serviço de Nefrologia		47,17%	BOM	14/03/2016	14/03/2021	
Serviço de Pediatria		45,71%	BOM	14/03/2016	14/03/2021	
Serviço de Gastrentologia		51,89%	BOM	14/03/2016	14/03/2021	
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente		46,15%	BOM	14/03/2016	14/03/2021	
Hospital de Dia – Hospital de Santa Luzia de Elvas		Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	50,00%	BOM	30/11/2015	30/11/2020

Fonte: elaborado pela autora, segundo o documento publicado pela Direção-Geral da Saúde “Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020”.

4. Modelo de Análise

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1995), o modelo de análise funciona como uma articulação entre a problemática estabelecida pelo investigador e o seu trabalho de explicação, sobre um campo de análise obrigatoriamente restrito e preciso (Quivy & Campenhoudt, 1995).

Desta forma, o presente estudo apresenta dois conceitos operatórios isolados: a Qualidade e o Modelo de Acreditação ACSA. Segundo os autores suprarreferidos estes conceitos são concebidos de forma empírica, através de observações diretas ou de informações por outros reunidas. Por outro lado, a construção de um conceito traduz-se, conseqüentemente, na definição das dimensões que o compõem e, posteriormente, definir os seus indicadores, através dos quais estas dimensões podem ser medidas (Quivy & Campenhoudt, 1995).

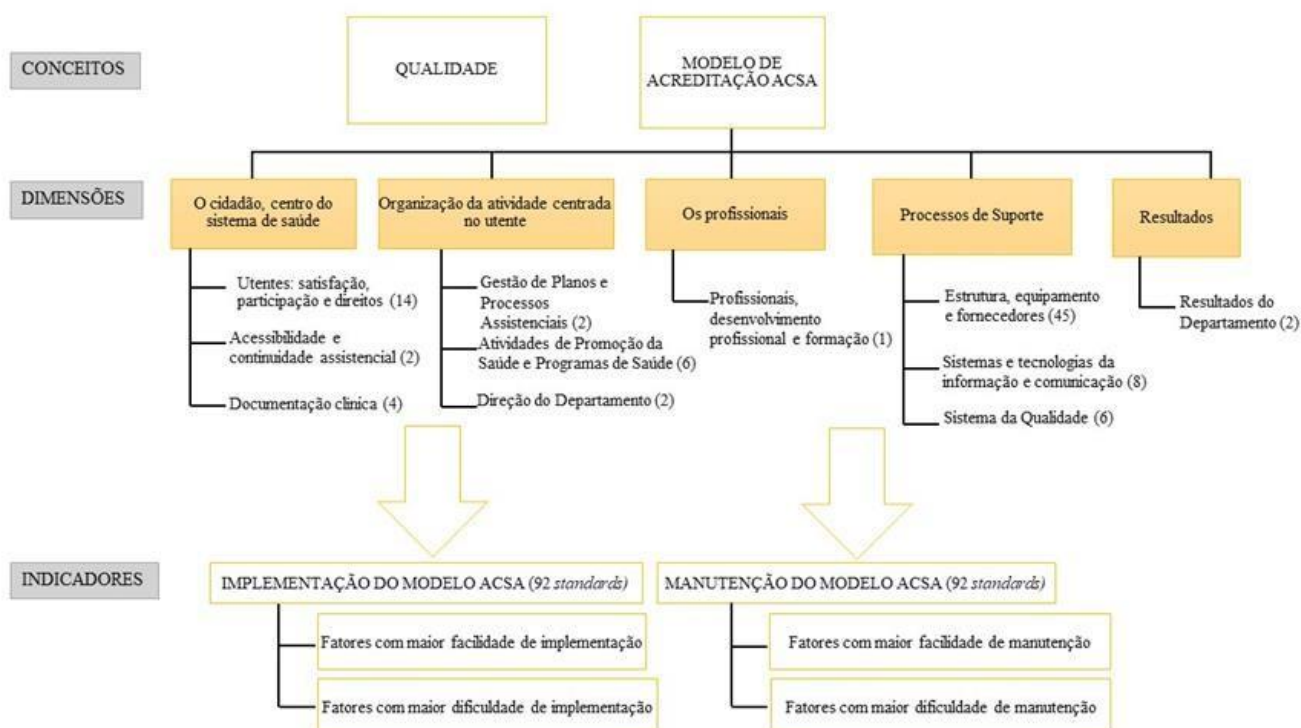
Em suma, o objetivo do modelo de análise é articular os conceitos acima referidos, dando resposta aos objetivos da investigação.

Assim, o modelo de análise, baseado no Manual de Acreditação do Modelo ACSA, assentará em cinco dimensões: O cidadão, centro do sistema de saúde; Organização da atividade centrada no utente; Os profissionais; Processos de Suporte; Resultados; divididos em onze blocos: Utentes: satisfação, participação e direitos; Acessibilidade e continuidade assistencial; Documentação clínica; Gestão de Planos e Processos Assistenciais; Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde; Direção do Departamento; Profissionais, desenvolvimento profissional e formação; Estrutura, equipamento e fornecedores; Sistemas e tecnologias da informação e comunicação; Sistema da Qualidade; Resultados do Departamento.

Será então feita uma ligação entre os conceitos e os objetivos específicos da investigação que, mais adiante, serão confrontados com os dados e resultados da observação.

A imagem abaixo descreve o modelo de análise utilizado no presente estudo de caso.

Figura 4 – Modelo de Análise



Fonte: elaborada pela autora

5. Metodologia

De acordo com Yin (2001), o estudo de caso representa um estudo empírico e inclui um amplo procedimento de lógica de planeamento, recolha e análise dos dados, podendo incluir estudos de caso único ou múltiplos, assim como métodos quantitativos e qualitativos (Ventura, 2007).

Para Gil (1995), um estudo de caso não requer um guião de delimitação rígido, mas é possível defini-lo em quatro fases: definição da unidade-caso; recolha de dados; seleção, análise e interpretação dos dados; elaboração do relatório (Ventura, 2007).

Tendo em conta o enquadramento teórico e o modelo de análise construído para dar resposta aos objetivos gerais e específicos do presente estudo, a metodologia utilizada passou por um método qualitativo, através de entrevistas exploratórias à responsável atual do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, a Dra. Celeste Barreto, e também à responsável à data do início do processo de acreditação, Professora Doutora Maria do Céu Machado; e por um método quantitativo, com aplicação de inquéritos por questionário aplicados a profissionais que estiveram envolvidos no processo inicial de acreditação e que ainda se encontram em funções no presente momento.

Em junho de 2019, ocorreu uma reunião de apresentação do projeto e objetivos de estudo no Departamento com as Dra. Ana Isabel Lopes (anterior Diretora do Departamento) e a Dra. Celeste Barreto (atual Diretora do Departamento).

Em outubro do mesmo ano, foi apresentado à Dra. Celeste Barreto a proposta de questionário com a totalidade dos *standards* obrigatórios do Modelo ACSA. Durante a reunião, a Dra. Celeste Barreto sugeriu que se reduzisse a dimensão deste questionário. Com base nestas orientações eliminaram-se questões iniciais de apresentação dos respondentes, de forma a facilitar o preenchimento do inquérito. Esta proposta foi aprovada pela Dra. Celeste Barreto e pela Professora Doutora Maria do Céu Machado.

Desta forma, as questões constantes no questionário visam perceber a perceção dos profissionais sobre a qualidade, sobre as vantagens e desvantagens do Modelo ACSA, bem como sobre a perceção sobre a utilidade do Modelo no dia-a-dia no desempenho das funções dos profissionais e ainda, a sua perceção sobre a facilidade ou dificuldade de implementação e de manutenção dos noventa e dois (92) *standards* obrigatórios do Modelo ACSA.

Em dezembro de 2019 foi preparada uma sessão de preenchimento dos questionários por profissionais do Departamento, nomeadamente médicos, enfermeiros e de administração hospitalar que fizeram parte da implementação da acreditação do Modelo ACSA.

Dada a dificuldade de estes profissionais terem disponibilidade para fazerem o preenchimento dos questionários, optou-se por preparar uma reunião de *task force* durante um dia inteiro. Esta reunião foi acordada pela Professora Doutora Maria do Céu Machado em conjunto com a Dra. Celeste Barreto, que convocou previamente os profissionais para esse dia. Foram convocados dez profissionais, dos quais duas administradoras hospitalares, dois enfermeiros e seis médicos. Foram preparados dez dossiers destinados a serem preenchidos por cada um dos profissionais. Durante o dia, a Dra. Celeste Barreto foi convocando os profissionais que preencheram e entregaram os respetivos dossiers.

Dos dez respondentes, três não tiveram oportunidade de responder em tempo útil.

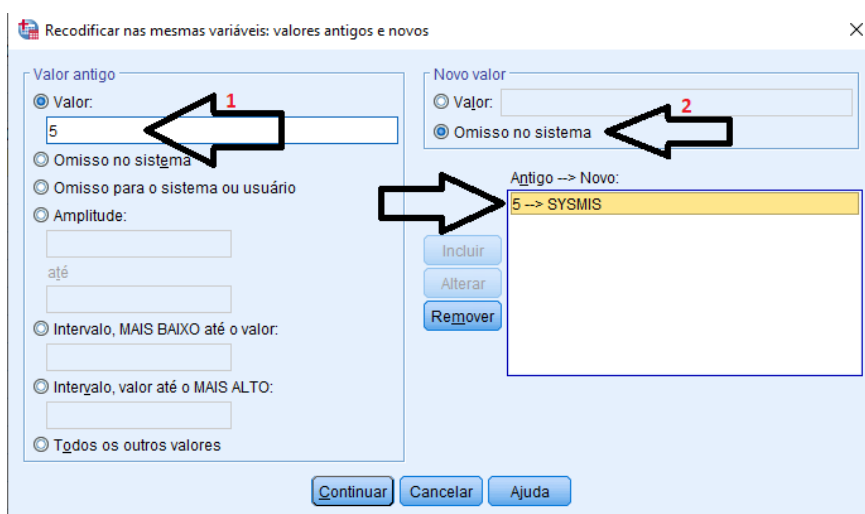
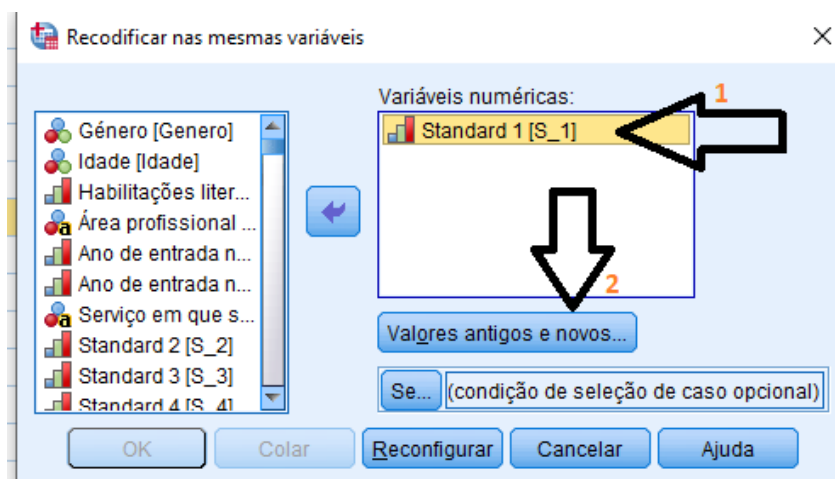
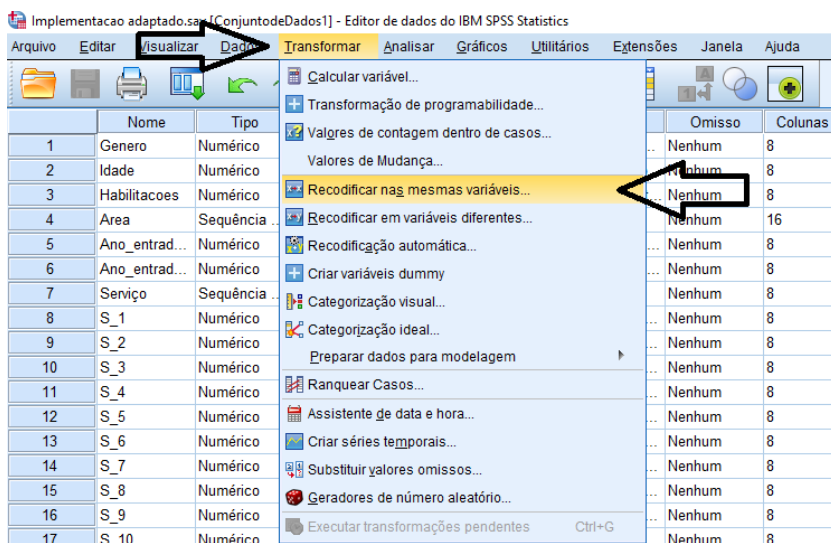
Dada a diferença entre as variáveis do questionário e o número de respondentes, optou-se por introduzir no tratamento dos questionários uma nova escala.

Foi utilizada uma escala de 0 a 4, onde 0 corresponde a maior dificuldade e 4 corresponde a maior facilidade.

A versão original que foi objeto de preenchimento pelos profissionais, assim como a versão adaptada para o tratamento de dados estão disponíveis em Anexo. Os dados dos questionários originais foram introduzidos na ferramenta estatística SPSS. Posteriormente, sobre estes dados foi feita a transformação de variável suprarreferida obtendo-se uma nova tabela de dados.

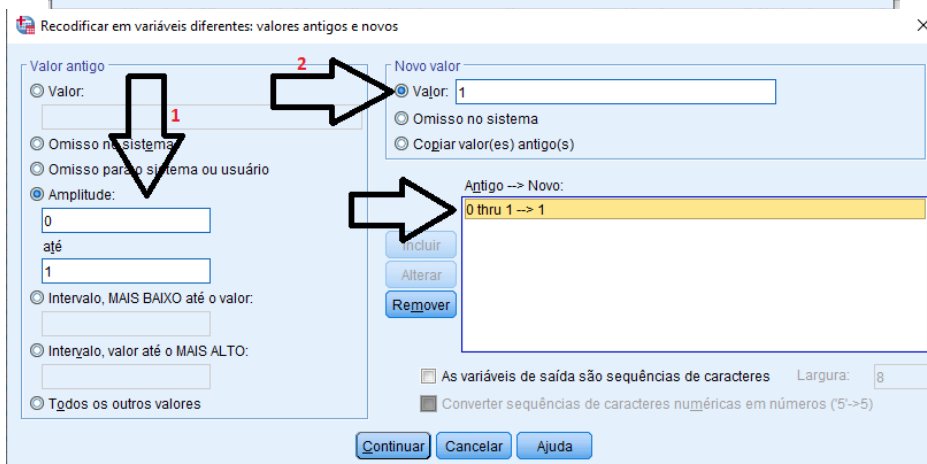
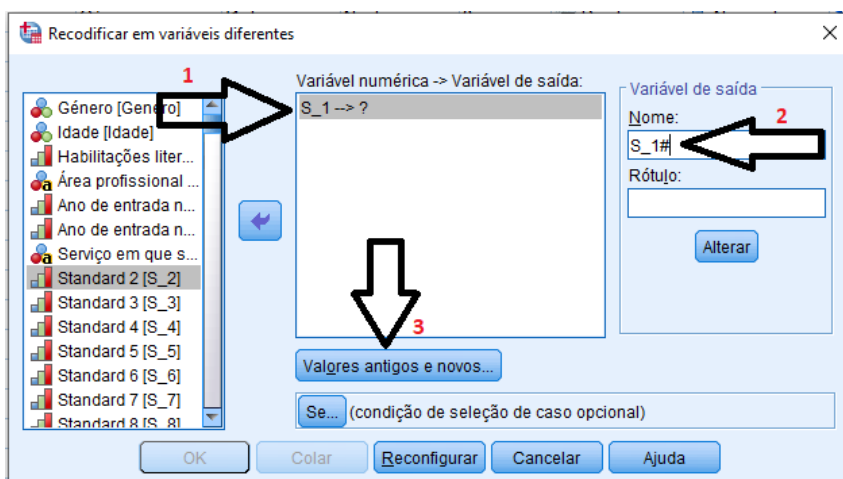
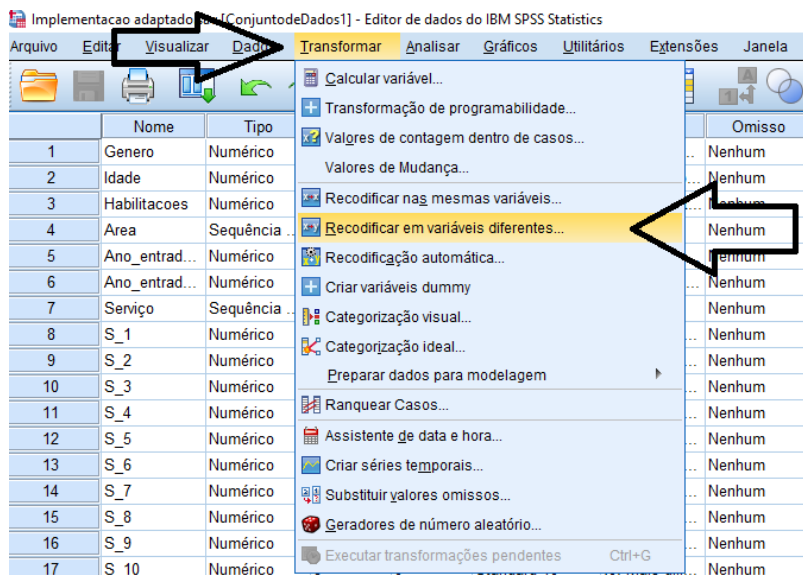
Porém, em primeiro lugar, houve a necessidade de tratar dos *missing values*, tendo sido feito da seguinte forma:

- Transformar – Recodificar nas mesmas variáveis – Valores antigos e novos – Valor antigo 5 – Novo valor omissa no sistema – Incluir - Continuar



A transformação da escala de percepção acima referida, foi feita da seguinte forma:

- Transformar – Recodificar em variáveis diferentes – Selecionar as variáveis e renomear a variável de saída – Valores antigos e novos – Amplitude 0 até 1 – Novo valor 1 – Incluir - Continuar



Esta transformação levou a que a anterior escala de 0 (mais difícil), 1, 2 (moderado), 3 e 4 (mais fácil) passasse a uma escala apenas de 1 (mais difícil), 2 (moderado) e 3 (mais fácil).

Por fim, e após os resultados obtidos em SPSS, houve lugar numa reunião com a Professora Doutora Maria do Céu Machado, enquanto responsável pela primeira implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, a 04 de março de 2020, onde se debateram os seguintes pontos:

- Análise e confirmação do processo de arranque da acreditação ACSA no departamento;
- Processo de preparação interno no departamento para se iniciarem os mecanismos de implementação do Modelo ACSA;
- Processo de preparação interno no departamento para se iniciarem os mecanismos de manutenção do Modelo ACSA;
- Análise e interpretação dos resultados obtidos pelas respostas aos inquéritos pelos profissionais que tiveram importância na implementação, manutenção e na utilização do dia-a-dia destes procedimentos.

Importa ainda referir, que, para aferir acerca da perceção da facilidade ou da dificuldade de implementação ou de manutenção de um dado *standard* procedeu-se a uma contagem individual do total de respostas para cada *standard*. Essa avaliação foi ainda realizada por área profissional.

As tabelas com os resultados dessas análises constam em Anexo.

6. Análise dos Resultados

Caracterização da Amostra

O presente estudo considerou um universo populacional de 10 pessoas respondentes ao inquérito, constituindo a totalidade das pessoas responsáveis pela introdução e manutenção do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do CHULN. Contudo apenas 7 apresentaram respostas válidas, representando uma taxa de resposta de 70%.

Conclui-se então que:

- Existe uma predominância do género feminino (71,4% dos respondentes são do género feminino e 28,6% são do género masculino).

- Todos os respondentes têm idade superior a 40 anos.
- 71,4% dos respondentes são licenciados, enquanto que 14,3% são doutorados e igualmente 14,3% são pós-graduados.
- 42,9% dos respondentes são médicos, 28,6% são enfermeiros e igualmente 28,6% são administradores hospitalares.
- Todos os respondentes iniciaram funções no Hospital de Santa Maria e, mais concretamente no Departamento de Pediatria, há mais de 10 anos.
- 85,7% dos respondentes encontram-se a exercer a sua atividade no serviço de Pediatria e apenas 14,3% no serviço de Neonatologia.

Perceção dos profissionais sobre a definição de qualidade

No que diz respeito à definição do conceito de Qualidade com três palavras à escolha do respondente, obteve-se a seguinte nuvem de palavras:

Figura 5 – Definição do conceito de Qualidade



Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Analisando estas respostas por área profissional, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela X – Definição do conceito de Qualidade por área profissional

Medicina	
Enfermagem	
Administração Hospitalar	

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Perceção dos profissionais sobre os aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA

Relativamente à enumeração dos aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA obtiveram-se as seguintes respostas:

Tabela XI – Aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA

Aspetos Positivos do Modelo ACSA	Aspetos Negativos do Modelo ACSA
Inclui processos clínicos/práticas clínicas.	Sem consequência nos financiamentos.
Potencia o trabalho em equipa.	Pouca expressão na opinião pública – desconhecimento.
Responsabiliza os profissionais do serviço a cerca da prestação e dos serviços de suporte que utiliza.	Sem valorização por parte tutela.
Melhoria continua.	Extenso.
Melhor gestão de processos e atividades.	Pouco apoio inicial.
Dirigido a profissionais e utentes.	Implementação por partes.
Transversal.	Processo dificultado inicialmente pelo desconhecimento dos processos de acreditação.
Efetividade.	
Simplicidade.	
Processo de autoavaliação.	
Propostas de melhorias de acordo com a realidade da instituição.	
Auditorias internas.	
Melhoria continua, através da cultura da participação que é consolidada – envolvimento de todos os profissionais.	
Identificação dos pontos mais críticos sujeitos a melhoria.	
Prática sistemática de procedimentos e normas escritas e sua divulgação pelos profissionais.	

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Analisando as mesmas respostas por área profissional, obteve-se a seguinte distribuição:

Tabela XII – Aspectos positivos e negativos do Modelo ACSA por área profissional

Área Profissional	Aspectos Positivos do Modelo ACSA	Aspectos Negativos do Modelo ACSA
Medicina	Transversal	Extenso
	Efetividade	Implementação por partes
	Simplicidade	Pouco apoio inicial
	Processo de autoavaliação	Processo dificultado inicialmente pelo desconhecimento dos processos de acreditação
	Propostas de melhorias de acordo com a realidade da instituição	
	Auditorias internas	
Enfermagem	Melhoria contínua	Sem consequência nos financiamentos
	Melhor gestão de processos e atividades	Pouca expressão na opinião pública – desconhecimento
	Dirigido a profissionais e utentes	Sem valorização por parte da tutela
Administração Hospitalar	Melhoria contínua, através da cultura da participação que é consolidada – envolvimento de todos os profissionais	
	Identificação dos pontos mais críticos sujeitos a melhoria	
	Prática sistemática de procedimentos e normas escritas e sua divulgação pelos profissionais.	
	Inclui processos clínicos/práticas clínicas	
	Potencia o trabalho em equipa	
	Responsabiliza os profissionais do serviço acerca da prestação e dos serviços de suporte que utiliza.	

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais

Perceção dos profissionais sobre a utilidade do Modelo ACSA no exercício das suas funções

Já relativamente à perceção dos profissionais sobre a utilidade do Modelo ACSA no dia-a-dia das suas atividades, obtiveram-se as seguintes respostas:

Tabela XIII – Perceção da utilidade do Modelo ACSA

Perceção da utilidade do Modelo ACSA
Introduz no dia-a-dia o ciclo de PDCA de forma voluntária conduzindo à introdução sistemática de melhoria nos processos.
Organização do trabalho mais adequada aos objetivos e missões das unidades.
Profissionais mais motivados por saberem que estão a fazer melhor.
Melhor resposta aos utentes.
Muito útil.
Útil para a atividade assistencial na área médica, de enfermagem e igualmente para todos os profissionais envolvidos na assistência ao doente.
Transversalidade do modelo na instituição.
Envolvimento de todos os profissionais no processo, através de uma participação muito ativa.
Discussão e divulgação de todos os circuitos, procedimentos e normas a serem implementadas.
Revisão e melhoria do processo.

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Analisando estas repostas por área profissional, obtiveram-se as seguintes conclusões:

Tabela XIV – Perceção da utilidade do Modelo ACSA por área profissional

Área Profissional	Perceção da utilidade do Modelo ACSA
Medicina	Útil para a atividade assistencial na área médica, de enfermagem e igualmente para todos os profissionais envolvidos na assistência ao doente. Transversalidade do modelo na instituição. Muito útil.
Enfermagem	Organização do trabalho mais adequada aos objetivos e missões das unidades. Profissionais mais motivados por saberem que estão a fazer melhor. Melhor resposta aos utentes.
Administração Hospitalar	Introduz no dia-a-dia o ciclo de PDCA de forma voluntária conduzindo à introdução sistemática de melhoria nos processos. Envolvimento de todos os profissionais no processo, através de uma participação muito ativa. Discussão e divulgação de todos os circuitos, procedimentos e normas a serem implementadas. Revisão e melhoria do processo.

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Perceção da facilidade e da dificuldade na implementação e na manutenção dos standards obrigatório do Modelo ACSA

Relativamente à comparação entre a perceção da facilidade e da dificuldade na implementação e na manutenção dos *standards*, foi possível construir uma listagem de acordo com a perceção dos profissionais, que se encontra em Anexo.

Desta forma, os números que não constam na tabela, correspondem a *standards* cuja resposta não foi unânime por parte dos profissionais, não sendo possível obter uma resposta única. Os resultados obtidos com perceções coincidentes foram os seguintes:

Análise das repostas não uniformes na implementação (S_25#, S_30#, S_32#, S_34#, S_38#, S_39#, S_41#, S_45#, S_68# e S_84#)

Importa então perceber quais os *standards* que não obtiveram uma resposta uniforme dos respondentes.

Estes 10 *standards* estão distribuídos em várias Dimensões e Blocos, como é apresentado de seguida:

- Dimensão II “Organização da atividade centrada no utente”

- Bloco 5 “Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde”
 - *Standard 25* – “É dada prioridade às ações de apoio à família que afetam e causam sobrecarga aos cuidadores primários.”;
- Bloco 6 “Direção do Departamento”
 - *Standard 30* – “O Departamento adapta a sua identidade corporativa às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.”;
- Dimensão IV “Processos de Suporte”
 - Bloco 8 “Estrutura, equipamento e fornecedores”
 - *Standard 32* – “Existe um arquivo específico (com acesso restrito, autorizado e registado) contendo toda a documentação legal e técnica, os projetos, os requerimentos dos organismos competentes em matéria de segurança estrutural, os registos aplicáveis, as autorizações e aprovações e as revisões legais.”;
 - *Standard 34* – “É assegurado que todas as empresas que intervêm em trabalhos relacionados com a segurança estrutural do edifício e das instalações estão homologadas e autorizadas em função da complexidade requerida.”;
 - *Standard 38* – “Quando se realizam obras ou remodelações, são seguidos os procedimentos legais, normas e especificações técnicas aplicáveis e o seu projeto é elaborado e a sua execução conduzida por responsável técnico adequadamente habilitado.”;
 - *Standard 39* – “Para a realização das obras são avaliadas as diferentes alternativas que garantem a segurança dos utentes (compartimentação contra incêndios, sinalização, vigilância de escavações, armazenamento e eliminação de materiais de construção, contaminação ambiental, desobstrução das saídas de emergência, entre outros).”;
 - *Standard 41* – “Dispõe-se de meios humanos e técnicos suficientes (próprios ou externos) para realizar as atividades de manutenção de acordo com a programação de ações preventivas que foi estabelecida.”;
 - *Standard 45* – “Existem procedimentos específicos de atuação que asseguram a qualidade do ar nas diversas dependências da unidade de saúde.”;

- *Standard* 68 – “Existe um inventário de impactes ambientais onde se descrevem as principais interações ecológicas e onde são identificados e valorizados os impactes ambientais associados à atividade, bem como as propostas de medidas corretivas e as ações a realizar para manter um programa de vigilância ambiental.”;
- Bloco 9 “Sistemas e tecnologias da informação e comunicação”
 - *Standard* 84 – “As organizações com sistemas informáticos que gerem informação crítica para as atividades a desenvolver dispõem de sistemas de alta disponibilidade (replicação de informação ou duplicação de suportes).”.

É, então, importante analisar as respostas obtidas nestes *standards* em concreto, de forma a perceber o motivo pelo qual não foi possível obter uma conclusão concreta sobre perceção dos profissionais relativamente à facilidade ou dificuldade de implementação dos mesmos.

Tabela XV – Análise dos *standards* não unânimes na implementação

Dimensão	Bloco	Standard	Total de 1 (mais difícil)	Total de 2 (Moderado)	Total de 3 (Mais fácil)	Omissos
II. Organização da atividade centrada no utente	5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	S_25#	1	3	3	0
		S_30#	0	3	3	1
	6. Direção do Departamento	S_32#	0	3	3	1
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_34#	0	3	3	1
		S_38#	0	3	3	1
		S_39#	0	3	3	1
		S_41#	2	2	2	1
		S_45#	1	2	2	2
		S_68#	3	0	3	1
		S_84#	2	2	1	2
	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação					

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Esta primeira análise permite perceber que um dos motivos para a não unanimidade de respostas em relação a estes *standards* se prende com a existência de casos omissos (respostas em branco) e perceções distintas consoante os respondentes.

Vejamos então *standard* a *standard*:

- O *standard* 25#, não apresenta nenhum valor omissivo, no entanto apresenta três respostas na categoria “Moderado” e três na “Mais fácil”;
- Os *standards* 30#, 32#, 34#, 38# e 39#, apesar de terem todos um caso omissivo, apresentam, igualmente, três respostas na categoria “Moderado” e três na “Mais fácil”;
- O *standard* 41# possui um caso omissivo e duas respostas em cada uma das opções de resposta, não sendo possível retirar uma resposta comum sobre a facilidade ou dificuldade de implementação do mesmo;
- O *standard* 45#, apresenta dois casos omissivos, uma resposta na categoria “Mais difícil”, duas na categoria “Moderado” e duas na categoria “Mais fácil”, o que, à semelhança dos restantes *standards* não permite uma resposta uniforme;
- O *standard* 68#, tem uma resposta omissiva, três respostas na categoria “Mais fácil” e três respostas na categoria “Mais difícil”, havendo uma clara disparidade entre a perceção dos profissionais;
- O *standard* 84#, possui dois casos omissivos, duas respostas na categoria “Mais difícil”, duas respostas na categoria “Moderado” e uma resposta na categoria “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma conclusão comum.

Uma análise mais detalhada dos mesmos *standards* por área profissional, permite-nos verificar que:

Tabela XVI – Análise dos *standards* não unânimes na implementação por área profissional

Dimensão	Bloco	Standards	Área Profissional			Total	Resultados				
			Administração Hospitalar	Enfermagem	Medicina						
II. Organização da atividade centrada no utente	5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	S 25#	1	0	0	1	- Profissionais da mesma categoria apresentam opiniões totalmente distintas (Médicos).				
		Total	2	2	3	7					
		S 30#	1	0	0	0		- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retirar uma conclusão única.			
		Total	2	2	2	6					
		S 32#	1	0	0	0					
		IV. Processos de suporte	6. Direção do Departamento	S 32#	2	1		2	0	- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retirar uma conclusão única.	
				Total	2	2		2	6		
				S 34#	1	0		0	0		- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retirar uma conclusão única.
				Total	2	2		2	6		
				S 38#	1	0		0	0		
8. Estrutura, equipamento e fornecedores	8. Estrutura, equipamento e fornecedores			S 38#	2	1	2	0	- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retirar uma conclusão única.		
				Total	2	2	2	6			
				S 39#	1	0	0	0			- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retirar uma conclusão única.
				Total	2	2	2	6			
				S 41#	1	1	0	1			
		Total	2	2	2	6					
		S 41#	2	1	1	0	2				
		Total	3	0	1	1	2	6			

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Tabela XVI – Análise dos *standards* não unânimes na implementação por área profissional (continuação)

Dimensão	Bloco	Standards	Área Profissional			Total	Resultados		
			Administração Hospitalar	Enfermagem	Medicina				
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_45#	1	1	0	0	- Diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar vs. medicina).		
			2	1	1	0			
			3	0	1	1			
				Total	2	2	1	5	
		S_68#	1	2	1	0	3	- Diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar vs. medicina); - A mesma área profissional apresenta perceções distintas (enfermeiros);	
			2	0	0	0	0		
			3	0	1	2	3		
				Total	2	2	2	6	
		9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_84#	1	1	1	0	2	- Diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar vs. medicina);
	2			1	0	1	2		
	3			0	0	1	1		
	Total			2	1	2	5		

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Através desta análise detalhada dos *standards* não conclusivos no processo de implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, é possível verificar, de acordo com as respostas válidas, que:

- O S_25# apresenta uma situação em que profissionais da mesma área, neste caso, medicina, têm perceções distintas face à facilidade/dificuldade de implementação do mesmo. Nas restantes áreas verificam-se respostas mais afins;
- Os S_30#, S_32#, S_34#, S_38# e S_39# apresentam apenas um “empate” entre os níveis “Moderado” e “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma conclusão única;
- O S_41# apresenta uma situação em que diferentes áreas profissionais têm perceções distintas intra-grupo e inter-grupos, neste caso a administração hospitalar e da medicina consideram igualmente “Mais difícil” a implementação do *standard*; uma situação em que a mesma área profissional apresenta perceções distintas, no caso específico da medicina, em que um médico considera “Mais fácil” e outro “Mais difícil”; e uma situação de “empate” entre os três níveis de perceção de facilidade/dificuldade de implementação do *standard*;
- O S_68# possui uma situação onde diferentes áreas profissionais têm perceções distintas, neste caso, a administração hospitalar considera “Mais difícil” e a área da medicina considera “Mais fácil” a implementação do *standard*; e uma situação em que a mesma área profissional apresenta perceções distintas, neste caso, enfermagem, em que um enfermeiro considera a implementação do mesmo “Mais difícil” e o outro “Mais fácil”;

- O S_84# possui uma situação onde diferentes áreas profissionais têm perceções distintas, neste caso a administração hospitalar considera “Mais difícil” e a área da medicina considera “Mais difícil” a implementação do *standard*.

Análise das respostas não uniformes na manutenção (S_6#, S_12#, S_38#, S_41#, S_46#, S_80# e S_84#)

Relativamente à análise das variáveis agregadas referentes à manutenção, verifica-se uma unanimidade em relação a todas as respostas, isto é, dos 92 *standards* obrigatórios, 81 foram considerados pelos respondentes como “Mais fáceis” e 4 foram considerados como “Moderados”, não havendo nenhum *standard* considerado como “Mais difícil”.

Os restantes 7 *standards* não obtiveram uma resposta unânime, o que não permitiu tirar conclusões acerca da facilidade ou da dificuldade de manutenção dos mesmos de forma unânime.

Estes 7 *standards* estão também distribuídos em várias Dimensões e Blocos, correspondendo aos seguintes:

- Dimensão I “O cidadão, centro do sistema de saúde”
 - Bloco 1 “Utentes: satisfação, participação e direitos”
 - *Standard* 6 – “É facultada ao utente informação atualizada sobre tempos de resposta em relação ao pedido de cuidados feito (processos cirúrgicos, provas e exames diagnósticos e consultas externas).”;
 - *Standard* 12 – “Os utentes e familiares referem que as instalações são confortáveis.”;
- Dimensão IV “Processos de suporte”
 - Bloco 8 “Estrutura, equipamento e fornecedores”
 - *Standard* 38 – “Quando se realizam obras ou remodelações, são seguidos os procedimentos legais, normas e especificações técnicas aplicáveis e o seu projeto é elaborado e a sua execução conduzida por responsável técnico adequadamente habilitado.”;

- *Standard* 41 – “Dispõe-se de meios humanos e técnicos suficientes (próprios ou externos) para realizar as atividades de manutenção de acordo com a programação de ações preventivas que foi estabelecida.”
- *Standard* 46 – “Existe um inventário atualizado de material de substituição e reparação e o mesmo é suficiente para garantir o funcionamento das instalações críticas de forma imediata e das instalações não críticas num prazo aceitável.”;
- Bloco 9 “Sistemas e tecnologias da informação e comunicação”
 - *Standard* 80 – “É garantida a transmissão de dados e informação às unidades de saúde, utilizando protocolos de comunicação pré-definidos e com o respeito pelos critérios de segurança estabelecidos por lei.”;
 - *Standard* 84 – “As organizações com sistemas informáticos que gerem informação crítica para as atividades a desenvolver dispõem de sistemas de alta disponibilidade (replicação de informação ou duplicação de suportes).”.

Importa então analisar as respostas obtidas nestes *standards* em detalhe, de forma a perceber o motivo pelo qual não foi possível obter uma conclusão concreta sobre perceção dos profissionais relativamente à facilidade ou dificuldade de manutenção dos mesmos.

Tabela XVII – Análise dos *standards* não unânimes na manutenção

Dimensão	Bloco	Standard	Total de 1 (mais difícil)	Total de 2 (Moderado)	Total de 3 (Mais fácil)	Omissos
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direitos	S_6#	3	1	3	0
		S_12#	1	3	3	0
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_38#	0	3	3	1
		S_41#	2	2	2	1
		S_46#	2	2	2	1
	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_80#	1	3	3	0
		S_84#	2	2	1	2

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Esta primeira análise permite verificar que um dos motivos da não unanimidade de respostas em relação a estes *standards* está relacionada com a existência de casos omissos (respostas em branco), acabando por, em diversos casos, existir um “empate” entre respostas. Vejamos então *standard* a *standard*:

- O *standard* 6#, não apresenta nenhum valor omissos, no entanto apresenta três respostas na categoria “Mais difícil” e três na “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma percepção comum;
- Os *standards* 12# e 38#, à semelhança do anterior, apresentam uma situação de “empate” tendo três respostas na categoria “Moderado” e três na “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma percepção comum;
- Os *standards* 41# e 46#, apresentam ambos um valor omissos e duas respostas em cada um dos níveis de facilidade/dificuldade de manutenção do *standard*, não sendo possível concluir qual a percepção dos profissionais;
- O *standard* 80# não apresenta nenhum valor omissos, no entanto possui três respostas tanto no nível “Moderado” como no nível “Mais fácil” e apenas uma resposta no nível “Mais difícil”;
- O *standard* 84#, possui dois casos omissos, duas respostas na categoria “Mais difícil”, duas respostas na categoria “Moderado” e uma resposta na categoria “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma conclusão uniforme.

Contudo, à semelhança do processo anterior, uma análise mais detalhada dos mesmos *standards* por área profissional, permite-nos verificar que:

Tabela XVIII – Análise dos *standards* não unânimes na manutenção por área profissional

Dimensão	Bloco	Standards	Área Profissional			Total	Resultados			
			Administração Hospitalar	Enfermagem	Medicina					
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	1. Utenentes: satisfação, participação e direitos	1	1	1	1	3	- A mesma área profissional apresenta perceções diferentes (administração hospitalar, enfermagem e medicina).			
		2	0	0	1	1				
		3	1	1	1	3				
		Total	2	2	3	7				
		S_12#	1	0	1	0		1	- Diferentes áreas profissionais têm perceções distintas.	
		2	1	1	1	3				
		3	1	0	2	3				
		Total	2	2	3	7				
		IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	1	0	0		0	0	- "Empate" entre os níveis Moderado e Mais fácil, não sendo possível retrair uma conclusão comum.
				2	1	2		0	3	
3	1			0	2	3				
Total	2			2	2	6				
S_41#	1			0	1	1	2	- A mesma área profissional apresenta perceções diferentes (enfermagem e medicina).		
2	2			0	0	2				
3	0			1	1	2				
Total	2			2	2	6				
9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_46#			1	1	1	0	2	- As diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar, enfermagem e medicina).	
				2	1	1	0	2		
		3	0	0	2	2				
		Total	2	2	2	6				
		S_80#	1	0	1	0	1	- As diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar, enfermagem e medicina).		
		2	1	1	1	3				
		3	1	0	2	3				
		Total	2	2	3	7				
		9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_84#	1	1	1	0	2		- As diferentes áreas profissionais têm perceções distintas (administração hospitalar, enfermagem e medicina).
				2	1	0	1	2		
3	0			0	1	1				
Total	2			1	2	5				

Fonte: elaborado pela autora, de acordo com as respostas dos profissionais.

Através desta análise detalhada dos *standards* que não apresentam respostas uniformes no processo de manutenção do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, é possível verificar, de acordo com as respostas válidas, que:

- O S_6# apresenta uma situação em que profissionais da mesma área, neste caso, quer administração hospitalar, como enfermagem e medicina, têm perceções distintas face à

facilidade/dificuldade de manutenção do mesmo. No caso da administração hospitalar e da enfermagem, um profissional considera que é “Mais difícil” a manutenção do *standard*, enquanto que o outro considera “Mais fácil”. No caso da medicina os três profissionais dividiram-se entre as três opções de resposta;

- O S_12# apresenta uma situação em que profissionais das diferentes áreas têm perceções diferentes, isto é, enquanto que os administradores hospitalares consideram entre “Moderado” e “Mais fácil” a manutenção deste *standard*, os enfermeiros classificam entre “Mais difícil” e “Moderado” e os médicos entre “Moderado” e “Mais fácil”;
- O S_38# apresenta apenas um “empate” entre os níveis “Moderado” e “Mais fácil”, não sendo possível retirar uma conclusão única;
- O S_41# apresenta uma situação em que profissionais da mesma área têm diferentes perceções relativamente à manutenção deste *standard*, ou seja, neste caso, a resposta não foi unânime entre enfermeiros e médicos, uma vez que classificaram a sua manutenção quer como “Mais fácil”, quer como “Mais difícil”;
- O S_46# possui uma situação onde profissionais de diferentes áreas têm perceções distintas, neste caso, os profissionais das áreas de administração hospitalar e de enfermagem consideram “Mais difícil” e “Moderado” a manutenção deste *standard*, ao passo que, os médicos o classificam como “Mais fácil”;
- O S_80# possui uma situação onde profissionais de diferentes áreas têm perceções distintas, neste caso, os profissionais das áreas de administração hospitalar e da medicina consideram “Mais fácil” e “Moderado” a manutenção deste *standard*, ao passo que, os enfermeiros o classificam como “Mais difícil” e “Moderado”;
- O S_84# possui uma situação onde diferentes áreas profissionais têm perceções distintas, neste caso a administração hospitalar considera “Mais difícil” e “Moderado”, a área da enfermagem considera “Mais difícil” e a área da medicina considera “Moderado” e “Mais fácil” a manutenção do *standard*.

Conclui-se então que existem três *standards* que não reuniram unanimidade nas respostas tanto na fase de implementação como na fase de manutenção, sendo eles:

- Dimensão IV “Processos de suporte”
 - Bloco 8 “Estrutura, equipamento e fornecedores”

- *Standard* 38 – “Quando se realizam obras ou remodelações, são seguidos os procedimentos legais, normas e especificações técnicas aplicáveis e o seu projeto é elaborado e a sua execução conduzida por responsável técnico adequadamente habilitado.”;
- *Standard* 41 – “Dispõe-se de meios humanos e técnicos suficientes (próprios ou externos) para realizar as atividades de manutenção de acordo com a programação de ações preventivas que foi estabelecida.”
- Bloco 9 “Sistemas e tecnologias da informação e comunicação”
 - *Standard* 84 – “As organizações com sistemas informáticos que gerem informação crítica para as atividades a desenvolver dispõem de sistemas de alta disponibilidade (replicação de informação ou duplicação de suportes).”.

Não é, assim, possível retirar uma conclusão acerca da facilidade ou dificuldade quer da implementação, quer da manutenção destes *standards* no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Contudo, importa lembrar que, relativamente à implementação, dos 92 *standards* obrigatórios, 77 foram considerados pelos respondentes como “Mais fáceis”, 4 foram considerados como “Moderados” e apenas 1 foi considerado pela maioria como “Mais difícil”. Os restantes 10 *standards* não obtiveram uma resposta unânime, o que não permitiu tirar conclusões acerca da facilidade ou da dificuldade de implementação dos mesmos.

Relativamente à manutenção, verificou-se uma unanimidade em relação a todas as respostas, isto é, dos 92 *standards* obrigatórios, 81 foram considerados pelos respondentes como “Mais fáceis” e 4 foram considerados como “Moderados”, não havendo nenhum *standard* considerado como “Mais difícil”. Os restantes 7 *standards* não obtiveram uma resposta unânime, o que não permitiu tirar conclusões acerca da facilidade ou da dificuldade de manutenção dos mesmos.

Desta forma, comparando as duas fases, é possível verificar que houve um aumento dos *standards* considerados “Mais fáceis”, bem como uma redução do número de *standards* não unânimes.

Tabela XIX - Quadro integrador das perceções sobre a implementação e manutenção dos standards do Modelo ACSA

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direitos	S_1#	Garante-se o cumprimento do conteúdo da Carta dos Direitos e Deveres do Utente do SNS.	✓			✓		
		S_2#	Os utentes são informados do seu problema de saúde e de todos os aspetos com ele relacionados.	✓			✓		
		S_3#	Os utentes que participam em projetos de investigação deram o seu consentimento informado e foram previamente informados e esclarecidos dos riscos e benefícios, das alternativas existentes à sua não participação e do direito de desistência a qualquer momento.	✓			✓		
		S_4#	O utente participa na tomada de decisões perante possíveis alternativas terapêuticas e de cuidados, garantindo-se o seu direito de se negar ao tratamento (no respeito pelas exceções contempladas na legislação em vigor).	✓			✓		
		S_5#	É facultada informação ao utente sobre a carteira de serviços, os procedimentos de acesso aos mesmos, os serviços de referência, se existentes, e os procedimentos de referenciação.	✓			✓		
		S_6#	É facultada ao utente informação atualizada sobre tempos de resposta em relação ao pedido de cuidados feito (processos cirúrgicos, provas e exames diagnósticos e consultas externas).			✓	-	-	-
		S_7#	É garantida a confidencialidade da informação de saúde do utente.	✓			✓		
		S_8#	É respeitada a intimidade dos utentes.	✓			✓		
		S_9#	São utilizados inquéritos validados para conhecer a satisfação dos utentes.	✓			✓		
		S_10#	Os utentes conhecem os nomes dos médicos e enfermeiros responsáveis pela sua assistência.	✓			✓		
		S_11#	Os utentes e familiares referem uma atitude correta no atendimento por parte de todos os profissionais.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direitos	S_12#	Os utentes e familiares referem que as instalações são confortáveis.		✓		-	-	-
		S_13#	É estabelecido e cumprido um procedimento para a gestão das sugestões e reclamações (circuitos, prazos, informações e responsáveis).	✓			✓		
		S_14#	São analisadas e investigadas as causas das reclamações e sugestões.	✓			✓		
	2. Acessibilidade e continuidade	S_15#	O Departamento tem a carteira de serviços claramente definida e devidamente autorizada.	✓			✓		
		S_16#	Está garantido o acesso aos cuidados de saúde a imigrantes.	✓			✓		
	3. Documentação clínica	S_17#	O Departamento garante a existência de um número único de processo clínico por utente.	✓			✓		
		S_18#	É garantida a confidencialidade e guarda da informação clínica e dados pessoais em todo o momento.	✓			✓		
		S_19#	Deve ser garantido o acesso/disponibilidade do processo clínico durante a prestação de cuidados de saúde	✓			✓		
		S_20#	São utilizados códigos de diagnóstico estandardizados.	✓			✓		
	II. Organização da atividade centrada no utente	4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais	S_21#	Estão identificadas e definidas as diferentes responsabilidades de atuação sobre os processos assistenciais.	✓			✓	
S_22#			Está definido um plano para a implementação e gestão dos processos assistenciais.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
II. Organização da atividade centrada no utente	5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	S_23#	É divulgada e facilitada informação sobre a oferta da carteira de serviços nas áreas da prevenção e promoção da saúde.	✓			✓		
		S_24#	Os profissionais realizam ações de promoção e educação para a saúde dentro do seu âmbito de atuação.	✓			✓		
		S_25#	É dada prioridade às ações de apoio à família que afetam e causam sobrecarga aos cuidadores primários.	-	-	-	✓		
		S_26#	Os utentes e cuidadores recebem informação suficiente e são-lhes facilitadas as ferramentas necessárias para o seu tratamento e autocuidado.	✓			✓		
		S_27#	São aplicados procedimentos e medidas para conseguir que as coberturas estabelecidas no programa de vacinação sejam atingidas.	✓			✓		
		S_28#	É assegurado o cumprimento do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e do programa “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR).	✓			✓		
	6. Direção do Departamento	S_29#	Existe um documento onde se reflete o planeamento estratégico do Departamento, priorizando os seus objetivos de acordo com uma análise prévia das suas atividades, tendo em conta as expetativas e necessidades da população que atende, os recursos existentes e o enquadramento orçamental do Departamento.	✓			✓		
		S_30#	O Departamento adapta a sua identidade corporativa às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.	-	-	-	✓		
	III. Os profissionais	7. Profissionais, desenvolvimento profissional e	S_31#	Está documentado e é aplicado um plano de integração para profissionais.	✓			✓	
















Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_32#	Existe um arquivo específico (com acesso restrito, autorizado e registado) contendo toda a documentação legal e técnica, os projetos, os requerimentos dos organismos competentes em matéria de segurança estrutural, os registos aplicáveis, as autorizações e aprovações e as revisões legais.	-	-	-	✓		
		S_33#	Realizam-se análises e informações periódicas relativas à segurança estrutural do edifício e das instalações, levadas a cabo por profissional ou entidade qualificada. As conclusões daí decorrentes são comunicadas à Direção do Departamento e desenvolvem-se as ações que forem necessárias na sequência dessas conclusões.	✓				✓	
		S_34#	É assegurado que todas as empresas que intervêm em trabalhos relacionados com a segurança estrutural do edifício e das instalações estão homologadas e autorizadas em função da complexidade requerida.	-	-	-	✓		
		S_35#	Está garantido que as instalações cumprem a legislação em vigor em matéria de prevenção de riscos, especialmente no tocante a instalações com risco potencial para a saúde dos utentes e dos trabalhadores e com repercussões significativas no meio ambiente.	✓			✓		
		S_36#	Existem procedimentos para garantir as comunicações e os abastecimentos essenciais e prioritários em caso de emergência.	✓			✓		
		S_37#	Existe um procedimento para identificar os profissionais que intervêm e acedem a zonas com instalações estratégicas. Estas zonas estão restringidas e assinaladas.	✓			✓		
		S_38#	Quando se realizam obras ou remodelações, são seguidos os procedimentos legais, normas e especificações técnicas aplicáveis e o seu projeto é elaborado e a sua execução conduzida por responsável técnico adequadamente habilitado.	-	-	-	-	-	-
		S_39#	Para a realização das obras são avaliadas as diferentes alternativas que garantem a segurança dos utentes (compartimentação contra incêndios, sinalização, vigilância de escavações, armazenamento e eliminação de materiais de construção, contaminação ambiental, desobstrução das saídas de emergência, entre outros).	-	-	-	✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_40#	Existem procedimentos para informar os utentes e profissionais sobre o alcance e duração das obras.	✓			✓		
		S_41#	Dispõe-se de meios humanos e técnicos suficientes (próprios ou externos) para realizar as atividades de manutenção de acordo com a programação de ações preventivas que foi estabelecida.	-	-	-	-	-	-
		S_42#	Quando se realizam reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, é exigido que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória.		✓			✓	
		S_43#	Dispõe-se de um plano de controlo da água para consumo humano que é utilizada no Departamento. Mediante esse plano recolhem-se dados de forma programada e documentam-se e registam-se os resultados da manutenção das instalações relacionadas, as atividades de tratamento da água levadas a cabo e as análises realizadas.	✓			✓		
		S_44#	Em relação aos produtos químicos cuja utilização representa riscos para as pessoas, existem e aplicam-se procedimentos de controlo e instruções de uso, além da existência da documentação legalmente exigida e da disponibilidade de fichas técnicas e de segurança. Garante-se a formação e/ou qualificação dos aplicadores e utilizadores, a existência de registos de saúde individuais e a autorização para o posto de trabalho do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho, bem como, se for caso disso, dos serviços de prevenção.	✓			✓		
		S_45#	Existem procedimentos específicos de atuação que asseguram a qualidade do ar nas diversas dependências da unidade de saúde.	-	-	-	✓		
		S_46#	Existe um inventário atualizado de material de substituição e reparação e o mesmo é suficiente para garantir o funcionamento das instalações críticas de forma imediata e das instalações não críticas num prazo aceitável.	✓			-	-	-
		S_47#	O Departamento garante que os utentes recebem uma alimentação adequada à sua cultura e/ou religião e aos seus costumes.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_48#	O Departamento intervém nas condições que afetam os cidadãos durante o acesso aos seus serviços, tais como iluminação, rampas de acesso, passeios, entradas com cobertura, sinalização, decoração e parqueamento.	✓			✓		
		S_49#	O Departamento atua sobre a eficácia dos circuitos de informação associados com o acesso do cidadão aos seus serviços, tanto em relação aos documentos utilizados como à sinalização e às comunicações telefónicas.	✓			✓		
		S_50#	Existem zonas de estacionamento para veículos especiais, deficientes, pessoas com mobilidade reduzida e ambulâncias, entre outros.	✓			✓		
		S_51#	Dispõe-se de meios físicos que permitem separar utentes acamados e realizar atos de observação e higiene, preservando a intimidade e a sensibilidade dos utentes e seus familiares.	✓			✓		
		S_52#	No Departamento existem espaços com condições de privacidade adequadas para prestar informação aos utentes e doentes atendidos.	✓			✓		
		S_53#	O Departamento gere as condições de conforto que afetam os cidadãos, analisando a situação existente, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.	✓			✓		
		S_54#	Dispõe-se a todo o momento de artigos de higiene pessoal e roupa em quantidade suficiente e adequados à idade do utente e ao seu estado clínico.	✓			✓		
		S_55#	Existe mobiliário para utentes e acompanhantes adequados à atividade, ao descanso e à espera (cadeiras, poltronas, bancadas, entre outros), tendo em atenção a ergonomia e facilitando os movimentos.	✓			✓		
		S_56#	A iluminação fornecida a utentes e profissionais é adequada, confortável e com intensidade suficiente.	✓			✓		
		S_57#	Existe uma lista de fornecedores na qual consta a informação comercial necessária, as condições de fornecimento e os prazos de entrega, bem como a respetiva avaliação.	✓			✓		
		S_58#	Existe um catálogo de bens com a descrição completa e discriminada dos bens a adquirir, com a descrição das suas características técnicas, classificação e nomenclatura apropriada, condições de utilização, preços e outras especificações se necessário.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_59#	Existe uma planificação de necessidades com o respetivo planeamento económico para tornar possível a renovação de instalações, de equipamentos e de bens, em consonância com a sua durabilidade e vida útil, com as necessidades globais da unidade de saúde e com a viabilidade financeira, sendo esta planificação de necessidades determinante para as decisões de compra.	✓			✓		
		S_60#	A gestão das aquisições e dos serviços contratados inclui um controlo sobre a faturação emitida pelos fornecedores e a verificação de que as mesmas estão em concordância com os controlos realizados, com os incidentes detetados, com as condições contratadas e com os resultados obtidos.	✓			✓		
		S_61#	A aquisição do equipamento baseia-se em necessidades reais, ajustando-se a pedidos com base em requisitos objetivos estabelecidos institucionalmente.	✓			✓		
		S_62#	Os utilizadores dos equipamentos médicos recebem a formação e a informação necessárias para a sua utilização e conservação.	✓			✓		
		S_63#	Nas diferentes áreas são designados os responsáveis com funções de supervisão do inventário do equipamento médico e de coordenação do circuito interno que define as responsabilidades e os procedimentos de atuação em caso de avaria ou incidentes com o funcionamento do equipamento e/ou a sua manutenção.	✓			✓		
		S_64#	Existe um responsável com a função de coordenar, manter e assegurar o bom funcionamento do equipamento de electromedicina.	✓			✓		
		S_65#	Existem procedimentos para informar sobre acidentes, incidentes e riscos associados ao uso do equipamento.	✓			✓		
		S_66#	São garantidos procedimentos para que a manutenção dos equipamentos de electromedicina se realize de acordo com as recomendações dos fabricantes e a legislação em vigor, existindo um registo documental atualizado.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_67#	São estabelecidos procedimentos que garantem a calibração dos instrumentos de medida empregues nas operações de manutenção. São cumpridas as recomendações dos fabricantes e a regulamentação legal que lhes deve ser aplicada.	✓			✓		
		S_68#	Existe um inventário de impactes ambientais onde se descrevem as principais interações ecológicas e onde são identificados e valorizados os impactes ambientais associados à atividade, bem como as propostas de medidas corretivas e as ações a realizar para manter um programa de vigilância ambiental.	-	-	-	✓		
		S_69#	Existem procedimentos específicos de controlo de produção e armazenamento de resíduos hospitalares perigosos, citostáticos, químicos, radioativos e industriais.	✓					
		S_70#	Existem procedimentos específicos de controlo de derrames produzidos por escapes acidentais de combustíveis, derrames de produtos químicos e controlo de águas residuais.	✓			✓		
		S_71#	Existem procedimentos específicos de controlo de emissões contaminantes, produzidas por gases provenientes de combustão, esterilização e refrigeração.	✓			✓		
		S_72#	São adotadas medidas de autoproteção de acordo com a regulamentação vigente e são submetidas à Autoridade Nacional de Proteção Civil/Serviço de Bombeiros, sendo atualizadas de forma periódica.	✓			✓		
		S_73#	O programa de atuação perante catástrofes internas e externas está coordenado com a Autoridade Nacional de Proteção Civil/Serviço de Bombeiros e com o Instituto Nacional de Emergência Médica.	✓			✓		
		S_74#	É mantido um programa de formação perante catástrofes internas e externas, de acordo com as medidas de autoproteção e orientado para os profissionais, onde são mencionadas as responsabilidades e atuações a seguir.	✓			✓		
		S_75#	É estabelecido um sistema de informação a utentes e utilizadores onde estão refletidas as atuações a seguir em caso de catástrofes internas e externas.	✓			✓		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
 IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e	S_76#	O Departamento analisa as suas instalações e meios de combate a incêndios e emergências e verifica a sua conformidade com a regulamentação existente. Assegura a sua manutenção e estabelece ações de melhoria, se necessário, para garantir elevados níveis de segurança.						
	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_77#	É definida e desenvolvida uma gestão dos sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação integrada e alinhada com a estratégia de redes digitais definida pelo Ministério da Saúde.						
		S_78#	São utilizados sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação.						
		S_79#	São aplicados procedimentos para garantir a validade dos dados incluídos nos sistemas de gestão da informação.						
		S_80#	É garantida a transmissão de dados e informação às unidades de saúde, utilizando protocolos de comunicação pré-definidos e com o respeito pelos critérios de segurança estabelecidos por lei.				-	-	-
		S_81#	É garantido ao cidadão o cumprimento absoluto da lei em vigor sobre proteção de dados pessoais.						
		S_82#	Está definido e implementado um documento de segurança, onde estão refletidos todos os perfis de acesso e procedimentos aplicáveis para o acesso à informação do Departamento.						
		S_83#	Existem procedimentos para realizar cópias de segurança periódicas de toda a informação relevante do Departamento.						
		S_84#	As organizações com sistemas informáticos que gerem informação crítica para as atividades a desenvolver dispõem de sistemas de alta disponibilidade (replicação de informação ou duplicação de suportes).	-	-	-	-	-	-

Dimensão	Bloco	Standard	Significado	Implementação			Manutenção		
				Mais fácil	Moderado	Mais difícil	Mais fácil	Moderado	Mais difícil
IV. Processos de suporte	10. Sistema da Qualidade	S_85#	São avaliados periodicamente os resultados dos objetivos fixados no contrato-programa e demais objetivos.		✓			✓	
		S_86#	O Departamento estabelece procedimentos seguros para a identificação dos utentes e aplica-os sistematicamente antes da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.	✓			✓		
		S_87#	O Departamento leva a cabo as ações específicas para evitar os acontecimentos potencialmente adversos.	✓			✓		
		S_88#	O Departamento regista e analisa os incidentes relacionados com acontecimentos adversos reais ou potenciais e põe em marcha as ações oportunas para prevenir o seu reaparecimento.	✓			✓		
		S_89#	O Departamento fornece informação a utentes e familiares sobre riscos potenciais, utilização segura de dispositivos médicos e controlo da infeção.	✓			✓		
		S_90#	Está estabelecido e é cumprido um procedimento de controlo de prazos de validade e condições de armazenamento e manuseamento dos dispositivos médicos e material clínico utilizados.	✓			✓		
		V. RESULTADOS	11. Resultados do Departamento	S_91#	Existe um sistema de monitorização dos resultados assistenciais.	✓			✓
S_92#	É realizado um acompanhamento periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para o Departamento.			✓			✓		

7. Discussão dos Resultados

Face aos resultados apresentados no capítulo anterior, é, então, importante, interpretar e perceber o seu significado, à luz da teoria dos diversos autores sobre estes temas.

Contudo, tal como mencionado no Subcapítulo 2.1 “A Qualidade em Saúde”, há mais de trinta anos, Donabedian sugeriu a existência de três abordagens à avaliação da qualidade dos cuidados, aos quais chamou “estrutura”, “processo” e “resultado”: uma tríade que, talvez devido à sua simplicidade e quase intuitiva persuasão, tem ganho aceitação generalizada, mesmo que nem sempre tenha sido bem compreendido ou devidamente utilizado (Donabedian, 2003).

O autor define como Estrutura as condições em que os cuidados são prestados. Estas incluem: os recursos materiais, tais como instalações e equipamento; os recursos humanos, tais como o número, a variedade e as qualificações do pessoal profissional e de apoio; as características organizacionais, tais como a organização do pessoal médico e de enfermagem, a presença de funções de ensino e investigação, tipos de supervisão e revisão de desempenho, métodos de pagamento de cuidados, etc. (Donabedian, 2003).

Já o Processo é definido pelas atividades que constituem os cuidados de saúde, incluindo o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a prevenção e a educação dos doentes, geralmente realizadas por pessoal profissional, mas incluindo também outras contribuições para os cuidados, nomeadamente por parte dos doentes e das suas famílias (Donabedian, 2003).

Por último, o Resultado que é entendido como as alterações (desejáveis ou indesejáveis) em indivíduos e populações, que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde, incluindo as mudanças no estado de saúde, as alterações nos conhecimentos adquiridos pelos doentes e familiares que possam vir a influenciar os cuidados futuros, as alterações no comportamento dos pacientes ou familiares que possam influenciar a saúde futura, a satisfação dos doentes e dos seus familiares com os cuidados prestados e recebidas e os seus resultado (Donabedian, 2003).

É então possível perceber que os vários *standards* que compõem o Modelo ACSA, anteriormente abordado no Capítulo 3 “Implementação do Modelo ACSA pela Direção-Geral de Saúde”, refletem os pontos de vista das três abordagens sugeridas por Donabedian para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao utente.

Tal como referido no Capítulo 3 “A implementação o Modelo ACSA pela Direção-Geral de Saúde, o Modelo ACSA surge para dar resposta às ineficiências relacionadas com a utilização dos modelos utilizados até então, uma vez que, à data existiam dois programas de acreditação a decorrer nas unidades de saúde do SNS, o que, tendo em conta a dimensão de Portugal, representava uma clara dispersão de recursos, competências e informação, bem como uma estratégia não adaptada à realidade específica do país.

Assim, em 2009, a Direção-Geral da Saúde criou e desenvolveu um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, sustentável para todo o Sistema de Saúde Português, tendo em consideração as suas características e qualquer que fosse o tipo de unidade de saúde do SNS.

Dadas as características do Modelo ACSA, surge então um Protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, para a utilização do Modelo em Portugal.

Desta forma, o Modelo ACSA está de acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde; o Programa Nacional de Acreditação em Saúde; o Manual de Qualidade do DQS; o Política de Segurança do DQS; os Manuais de *Standards* em vigor definidos pelo DQS; a Lista de Orientações e Documentos Normativos do DQS; Documentos legislativos existentes; Programas de Saúde; e Tabela de preços (DGS, 2014).

Através destas referências criou-se um compromisso nacional com a qualidade, sobretudo com a melhoria contínua, bem como com a difusão de boas práticas e procedimentos normalizados da qualidade, dando assim origem à implementação do Modelo ACSA, que tem como objetivo principal a generalização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Português (DGS, 2009).

Perceção dos profissionais sobre a definição de qualidade

Relativamente à definição do conceito de qualidade, Donabedian (2005), refere que a qualidade dos cuidados é difícil de definir. Contudo, este indica que qualidade pode ser quase tudo o que alguém deseja, ainda que, seja, normalmente, uma representação dos valores e objetivos atuais no sistema de cuidados médicos e na sociedade de que faz parte. Contudo, quais das diversas dimensões e critérios possíveis serão selecionados para definir a qualidade, terá uma grande influência nas abordagens e métodos que se utilizarão na avaliação dos cuidados médicos (Donabedian, 2005).

Desta forma, no que toca à perceção sobre a definição do conceito de qualidade, as palavras escolhidas pelos respondentes revelam uma linha de pensamento muito semelhante entre todos os profissionais, havendo várias referências à palavra “melhoria”, em todos os grupos. De facto, o objetivo geral do Modelo ACSA é a difusão de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Português (DGS, 2009).

A análise desta definição por área profissional permite constatar as diferenças de perceção entre os diferentes tipos profissionais. Os médicos dão maior ênfase à segurança do doente, às boas práticas, à confiança, à clareza, à coesão, à humanização e ao envolvimento, espelhando as preocupações das suas atividades quotidianas enquanto médicos. Já os enfermeiros destacam as palavras saudável (relacionada com a prevenção), conforto, rigor, organização e economia, que podem ser igualmente correlacionadas com as funções assistenciais do seu dia-a-dia. Os administradores hospitalares realçam as palavras avaliar, cultura da participação e planear igualmente conceitos inerentes às suas atividades em funções de gestão e administração no Departamento.

Por outro lado, estes pontos estão também relacionados com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e com o Modelo ACSA. Em relação à primeira, esta estratégia, para além de orientada para o utente, é também orientada para os profissionais de saúde, independentemente do seu nível de responsabilidade, desde a gestão à coordenação e operacionalização dos cuidados de saúde, sendo um instrumento que inclui todos os intervenientes no sistema de prestação de cuidados de saúde e um instrumento que tem como objetivo responsabilizar e distinguir as melhores práticas (Despacho normativo nº 5613/2015). Em relação ao segundo, o Modelo ACSA valoriza os direitos dos cidadãos preconizados pela Organização Mundial de Saúde e pelo quadro legal português; a segurança; as competências profissionais; a transparência na atuação; os requisitos de rigor técnico e científico na prestação de cuidados de saúde; os resultados dos processos de saúde; a ideia que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados (DGS, 2009).

Por outro lado, estas definições referidas pelos respondentes estão também de acordo com a abordagem de Donabedian, que refere que a qualidade nos cuidados de saúde tem dois fatores: a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática. Desta forma, o autor considera que a qualidade dos cuidados de saúde obtida é o produto dessas duas componentes. Esse produto pode caracterizar-se por diversos atributos, como a eficácia, a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Estas, de forma isolada ou numa variedade de combinações, constituem uma definição de qualidade (Donabedian, 2003).

Perceção dos profissionais sobre os aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA

Neste ponto também se verifica uma linha de opinião fortemente vincada na lógica do que é esperado da implementação e funcionamento dos modelos de qualidade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Analisando as respostas por área por profissional é possível também concluir que médicos, enfermeiros e administradores hospitalares expressam aspetos específicos relacionados com as suas atividades quotidianas da realidade profissional de cada grupo.

Os médicos expressam a sua opinião tendo em conta o próprio Modelo ACSA e o seu impacto nas suas funções. Os aspetos positivos nomeados pelos médicos (transversal; efetividade; simplicidade; processo de autoavaliação; propostas de melhorias de acordo com a realidade da instituição), correspondem a características e a objetivos do Modelo ACSA. A transversalidade pode estar relacionada com o facto de a acreditação através do Modelo ACSA poder ser requisitada por unidades de saúde com estruturas organizacionais variadas, desde centros hospitalares; hospitais; serviços hospitalares (farmácias hospitalares, Imunohemoterapia, laboratórios clínicos, imagiologia, *etc*); unidades funcionais dos cuidados de saúde primários; unidades de convalescença de curta, média e longa duração integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; unidades de saúde integradas em parcerias público-privadas e unidades de saúde com contratos ou parcerias com o Serviço Nacional de Saúde; e unidades de saúde privadas (DGS, 2015). A efetividade está relacionada com os resultados do Modelo. Tal como sugere Donabedian (2005), os resultados, em geral, constituem indicadores finais da eficácia e qualidade dos cuidados médicos. Por outro lado, a simplicidade é uma das características do Modelo, nomeadamente em relação a outros modelos de acreditação, assim como as auditorias internas, que constitui um dos detalhes do Modelo ACSA. Já os aspetos negativos referidos (extenso; implementação por partes; pouco apoio inicial; processo dificultado inicialmente pelo desconhecimento dos processos de acreditação), revelam o impacto e a influência que a implementação e a manutenção do modelo têm no desempenho das suas funções, bem como dificuldades individuais que os profissionais possam ter em relação à concretização de determinados *standards* do Modelo.

Já os enfermeiros expressam aspetos tendo em conta as consequências da utilização do Modelo. Os aspetos positivos que estes referem (melhoria contínua; melhor gestão de processos e atividades; dirigido a profissionais e utentes), fazem também parte das características e objetivos do modelo, uma vez que o Modelo ACSA visa a melhoria contínua do SNS, nomeadamente a gestão clínica, a gestão por processos, incluindo os processos assistenciais integrados, a gestão por competências e a gestão do conhecimento, sendo tanto dirigido para utentes como profissionais (DGS, 2009; DGS, 2013). Por outro lado, a melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional é também uma das prioridades estratégicas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho normativo nº 5613/2015). Relativamente aos aspetos negativos mencionados pelos profissionais (sem consequência nos financiamentos; pouca expressão na opinião pública – desconhecimento; e sem valorização por parte da tutela), estes podem ser considerados dificultadores do processo de implementação ou de manutenção do Modelo.

Os administradores, que evidenciam apenas aspetos positivos (melhoria contínua, através da cultura da participação que é consolidada – envolvimento de todos os profissionais; identificação dos pontos mais críticos sujeitos a melhoria; prática sistemática de procedimentos e normas escritas e a sua divulgação pelos profissionais; inclui processos clínicos/práticas clínicas; potencia o trabalho em equipa; responsabiliza os profissionais do serviço acerca da prestação e dos serviços de suporte que utiliza), realçam aspetos relacionados com o valor acrescentado pelo Modelo ACSA à organização, uma vez que a adoção e o desenvolvimento deste modelo garante aos cidadãos e aos profissionais a qualidade dos serviços prestados, mediante uma avaliação transparente com base em critérios validados; concede ao cidadão informação sobre os seus direitos, permitindo que este tenha elementos suficientes para refletir sobre a efetividade dos mesmos; fortalece e amplia a visão dos profissionais sobre o seu próprio ambiente de trabalho e sobre os elementos de qualidade prioritários na sua prática, permitindo-lhes formação e aprendizagem organizativa, através da gestão do conhecimento, potenciando o seu desenvolvimento profissional e pessoal; cria um ambiente de trabalho onde a segurança é uma realidade e incentiva a adoção de práticas assistenciais seguras, quer para os utentes e cidadãos quer para os profissionais e à adoção de boas práticas relativamente ao meio ambiente; desenvolve instrumentos de gestão e de melhoria da qualidade que devem ser utilizadas de forma permanente, possibilitando a instalação de uma cultura da qualidade envolvendo todos os profissionais, proativa em relação ao aparecimento e à gestão de eventos adversos e orientada para a melhoria contínua (DGS, 2013). Estes aspetos estão também alinhados com as

prioridades estratégicas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, uma vez que esta estratégia visa a melhoria da qualidade clínica e organizacional; o aumento da adesão a normas de orientação clínica; fortalecer a segurança dos doentes; uma monitoria contínua da qualidade e segurança; reconhecer a qualidade das unidades de saúde; e informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho normativo nº 5613/2015).

Perceção dos profissionais sobre a utilidade do Modelo ACSA no exercício das suas funções

Neste campo obtiveram-se igualmente respostas dentro do mesmo espectro de opinião, podendo novamente fazer-se uma análise por área profissional.

Desta forma, os médicos realçam a utilidade na atividade assistencial e a transversalidade do modelo a toda a instituição, que, como suprarreferido, são dois aspetos que caracterizam o Modelo ACSA.

Os enfermeiros destacam a organização do trabalho orientada para os objetivos e missões das unidades, bem como a motivação dos profissionais por saberem que estão a desempenhar melhor as suas funções e ainda a melhor resposta aos utentes. Estes fatores constituem benefícios da utilização deste Modelo, uma vez que, tal como mencionado no ponto anterior, a sua adoção assegura aos cidadãos e aos profissionais a qualidade dos serviços prestados e reforça e melhora a visão dos profissionais sobre o seu próprio ambiente de trabalho e sobre os elementos de qualidade prioritários na sua prática, permitindo-lhes formação e aprendizagem organizativa, através da gestão do conhecimento, potenciando o seu desenvolvimento profissional e pessoal (DGS, 2013).

Já os administradores hospitalares ressalvam a inclusão voluntária do ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), introduzindo, de forma sistemática, melhoria nos processos, o envolvimento de todos os profissionais no processo, a discussão e difusão de todos os procedimentos e normas a implementar e revisão e melhoria dos processos, uma vez que, a adoção e o desenvolvimento do Modelo ACSA desenvolve instrumentos de gestão e de melhoria da qualidade que devem ser utilizadas de forma permanente, permitindo a instalação de uma cultura da qualidade envolvendo todos os profissionais, proativa em relação ao aparecimento e à gestão de eventos adversos e orientada para a melhoria contínua (DGS, 2013).

Perceção da facilidade e da dificuldade na implementação e na manutenção dos standards

A análise das respostas permite listar quais os *standards* mais fáceis e mais difíceis de tratar durante as fases de implementação e de manutenção do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (ver Anexo).

Os *standards* numerados do S_1# aos S_92#, correspondem à perceção dos *standards* ajustados à nova escala de 1 a 3, sendo 1 o mais difícil, o 2 moderado e o 3 mais fácil, tal como referido no Capítulo 5.

Relativamente à implementação, através da análise das variáveis ajustadas suprarreferidas, verifica-se uma unanimidade em relação a todas as respostas, isto é, dos 92 *standards* obrigatórios, 77 foram considerados pelos respondentes como “Mais fáceis”, 4 foram considerados como “Moderados” e apenas 1 foi considerado pela maioria como “Mais difícil”. Os restantes 10 *standards* não obtiveram uma resposta unânime, o que não permitiu tirar conclusões acerca da facilidade ou da dificuldade de implementação do *standard*.

Relativamente à análise das variáveis agregadas referentes à manutenção, verifica-se uma unanimidade em relação a todas as respostas, isto é, dos 92 *standards* obrigatórios, 81 foram considerados pelos respondentes como “Mais fáceis” e 4 foram considerados como “Moderados”, não havendo nenhum *standard* considerado como “Mais difícil”. Os restantes 7 *standards* não obtiveram uma resposta unânime, o que não permitiu tirar conclusões acerca da facilidade ou da dificuldade de manutenção dos mesmos de forma unânime¹.

Desta forma, o aumento de *standards* considerados como “Mais fáceis” revela uma progressão entre a fase de implementação e a fase de manutenção do Modelo. Este facto pode estar relacionado com a adoção de uma cultura pela qualidade por parte de toda a organização, aumentando o empenho e compromisso de todos os profissionais para a obtenção de melhores resultados, bem como pela eliminação de barreiras que não permitiam a adequada concretização dos *standards*.

Já a diminuição do *standard* considerado como “Mais difícil”, bem como a diminuição de *standards* cujas respostas foram não unânimes, também demonstra uma melhoria entre a fase inicial de implementação e a fase de manutenção do Modelo. Em relação ao primeiro, pode sugerir-se que os fatores que dificultavam a concretização desse *standard* foram suprimidos ou

¹Os resultados da análise completa de todos os *standards* obrigatórios encontram-se em Anexo.

atenuados. Relativamente à redução dos *standards* não unânimes sugere uma maior concordância sobre a perceção dos profissionais e, uma vez que a comparação do processo se verifica favorável, também neste aspeto podemos considerar como um fator positivo em relação à comparação relativamente à implementação e à manutenção do Modelo.

Análise das respostas não uniformes na implementação (S_25#, S_30#, S_32#, S_34#, S_38#, S_39#, S_41#, S_45#, S_68# e S_84#)

No caso de médicos e enfermeiros, estes, ao não terem funções relacionadas com determinado *standard* não têm conhecimento direto e suficiente para perceber se a atividade requerida no *standard* é ou não cumprida e, assim, não é possível possuírem um nível de perceção concreto sobre a facilidade ou dificuldade de implementação do mesmo. Ainda que possam ter conhecimento sobre a existência de determinados protocolos ou procedimentos, poderão não ter o conhecimento necessário sobre a gestão e a implementação dos mesmos. Contudo, não foi encontrada base bibliográfica que sustente esta afirmação.

No caso dos administradores, ainda que o conhecimento sobre as exigências destes *standards* possa fazer parte das suas funções e/ou que tenham acesso a informações sobre procedimentos relacionados com a concretização destes *standards*, está dependente de outras estruturas do Centro Hospitalar. Tal como suprarreferido, não foi encontrada base bibliográfica que suporte esta afirmação.

Análise das respostas não uniformes na manutenção (S_6#, S_12#, S_38#, S_41#, S_46#, S_80# e S_84#)

Tal como acontece na implementação, através desta análise detalhada acerca dos *standards* cujas respostas não foram unânimes na manutenção do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, é possível dar evidência do facto de que estas respostas correspondem a *standards* que não fazem parte das funções diretas de médicos, enfermeiros e dos administradores hospitalares.

No caso de médicos e enfermeiros, estes, ao não terem funções diretas relacionadas com as atividades requeridas por um dado *standard*, não possuem conhecimento direto e suficiente para perceber se o *standard* é ou não cumprido ou de que forma a sua manutenção é realizada

e, assim, não é possível terem um nível de percepção concreto sobre a facilidade ou dificuldade de manutenção do mesmo. Ainda que estes profissionais possam ter conhecimento sobre a existência de determinados protocolos ou procedimentos, poderão não ter o conhecimento necessário sobre a gestão e a manutenção dos mesmos. Contudo, não foi encontrada base bibliográfica que suporte esta afirmação.

No caso dos administradores, ainda que estes *standards* possam fazer parte das suas funções, a concretização e manutenção dos mesmos pode estar dependente de outras entidades do Centro Hospitalar. Tal como referido acima, não foi encontrada base bibliográfica que apoie esta afirmação.

Facilitadores da mudança

Donabedian (2003), identifica algumas características gerais que permitem a monitorização da garantia da qualidade: (1) cultura, crenças, valores e pressupostos; (2) liderança; (3) patrocínio; e (4) organização.

Por cultura, crenças, valores e pressupostos, o autor entende um conjunto prevalecente de crenças e suposições sobre a importância da qualidade, comparativamente a outros objetivos concorrentes, como deve ser definida a "qualidade", quem é responsável por isso e que métodos para o melhorar são ou não aceitáveis para aqueles que têm o poder de facilitar ou dificultar a mudança (Donabedian, 2003).

Já relativamente à liderança, o autor considera que esta é uma característica significativa da cultura de uma organização, podendo também, se for empregada de forma judiciosa e persistente, modificar a própria cultura. Existem duas propriedades que afetam o sucesso a liderança. A primeira é a autoridade, que inclui a capacidade de influenciar carreiras, de recompensar ou censurar. A segunda é o carisma, ou seja, a capacidade de persuadir, motivar, inspirar confiança, para dar um exemplo pessoal de compromisso para melhorar a qualidade (Donabedian, 2003).

O patrocínio da associação profissional de relevo é outro fator que pode aumentar a probabilidade de implementação da monitorização da qualidade e de seu subsequente sucesso. Este corresponde a uma declaração de que os objetivos e métodos do esforço de monitorização são aprovados e, portanto, merecem participação e cumprimento (Donabedian, 2003).

Portanto, a organização formal pode também incluir-se nos fatores contextuais que contribuem para o sucesso da implementação, para a operação da monitorização e o respetivo reajuste da qualidade (Donabedian, 2003).

Tal como defende o autor a monitorização e o reajuste do desempenho não cria em si um compromisso com a qualidade, mas serve apenas esse compromisso. Desta forma, uma determinação genuína, persistente e inabalável de melhorar a qualidade deve estar em primeiro lugar. Se assim for, qualquer método razoável para melhorar a qualidade terá êxito. No entanto, se o compromisso com a qualidade não existir, até os métodos mais sofisticados falharão (Donabedian, 2003).

Assim, tendo em conta a entrevista realizada, em 04 de março de 2020, à Professora Doutora Maria do Céu Machado, Diretora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria aquando o início da implementação do Modelo ACSA, verifica-se a importância da experiência anterior da mesma com a acreditação do Hospital Fernando da Fonseca, EPE, através do Modelo de Acreditação *King's Fund*, estando, assim, relacionado com o fator de liderança (autoridade e carisma) que Donabedian refere, uma vez que gerou nos restantes profissionais, um sentimento de confiança e de compromisso para a melhoria da qualidade.

Por outro lado, o facto de ser o primeiro caso nacional ao nível da Pediatria gerou um grande entusiasmo e uma elevada expectativa por parte dos profissionais envolvidos. Estes empenharam-se de forma muito positiva em todo o processo, quer de implementação, quer de manutenção, criando uma cultura de comprometimento com a qualidade, por forma a corrigir eventuais pontos fracos, com o objetivo de obter avaliações cada vez mais positivas.

Importa também referir a importância de toda a preparação do projeto de implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. A estrutura de projeto de implementação foi construída por fases, com *timings* definidos e com acompanhamento por parte da DGS e da ACSA. Foi criado um subgrupo do Departamento, incluindo todos os grupos profissionais. A preparação do arranque ocorreu com formações transversais a todos os profissionais, permitindo um conhecimento geral para os diferentes grupos profissionais, bem como a realização de reuniões semanais para verificar o ponto de situação do projeto, foram também aspetos determinantes para o sucesso da implementação do Modelo ACSA no referido Departamento e, conseqüentemente para a manutenção do mesmo até aos dias de hoje.

Contudo, é importante ter em conta que o processo de implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria começou em 2011, cujo contexto e realidade eram totalmente diferentes face aos dias de hoje.

Tendo o questionário sido realizado no final de 2019, é natural que os profissionais considerem atualmente que o processo foi relativamente mais fácil do que terá sido na altura, pois neste momento estes estão totalmente envolvidos no processo e a trabalhar no sentido da melhoria, tendo sido construída, ao longo dos últimos anos, uma cultura coesa pela melhoria da qualidade no Departamento.

7. Conclusões

A presente investigação destinou-se a aprofundar os processos de implementação e de manutenção do Modelo ACSA na ótica dos médicos, dos enfermeiros e dos administradores hospitalares. Para tal, escolheu-se, como estudo de caso, o Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, por ter sido um dos primeiros organismos, a nível nacional, a implementar o Modelo ACSA e o primeiro ao nível da Pediatria a fazê-lo, bem como pelos resultados que tem atingido desde a primeira acreditação.

Desta forma, a realização deste estudo pretende responder à pergunta de partida “De que forma o Modelo ACSA foi implementado no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria e qual a perceção dos profissionais relativamente aos fatores com mais facilidade ou dificuldade de implementação deste modelo e na sua manutenção?”.

Para tal, definiu-se um conjunto de objetivos identificados para o desenvolvimento da investigação:

- Objetivos Gerais:
 1. Analisar o processo de implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte e identificar quais os *standards* obrigatórios que facilitaram e dificultaram o mesmo;

2. Analisar a visão dos profissionais de saúde do Departamento que integraram o processo de implementação do Modelo ACSA.
- **Objetivos Específicos:**
 1. Comparar a perceção dos diferentes grupos profissionais sobre o processo de acreditação;
 2. Entender quais os fatores do modelo que facilitaram ou que dificultaram o processo de implementação do Modelo ACSA;
 3. Entender quais os fatores do modelo que facilitam ou que dificultam o processo de manutenção do Modelo ACSA.

Para tal, foi construída uma metodologia composta por entrevistas exploratórias à responsável atual do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, a Dra. Celeste Barreto, bem como à responsável à data do início do processo de acreditação, a Professora Doutora Maria do Céu Machado e pela aplicação de inquéritos por questionário aos profissionais que estiveram envolvidos no processo inicial de acreditação e que ainda se encontram em funções no presente momento.

Os resultados obtidos revelam, relativamente à qualidade, uma linha de pensamento muito semelhante entre todos os profissionais, havendo várias referências à palavra “melhoria”, em todos os grupos. No entanto, cada grupo profissional realça outros aspetos, dependendo das funções que desempenham e da realidade que enfrentam no seu dia-a-dia. Assim, os médicos e os enfermeiros realçam aspetos da qualidade relacionados com a prestação dos cuidados de saúde aos utentes, enquanto que os administradores hospitalares destacam aspetos relacionados com a qualidade dos processos de suporte.

No que toca à perceção dos profissionais sobre os aspetos positivos e negativos do Modelo ACSA, também a opinião dos mesmos está de acordo com a lógica do que é esperado da implementação e funcionamento dos modelos de qualidade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Através da análise das respostas por área por profissional, é possível concluir que médicos, enfermeiros e administradores hospitalares expressam aspetos específicos relacionados com as suas atividades quotidianas, de acordo com a realidade profissional de cada grupo.

Já relativamente à perceção dos profissionais sobre a utilidade do Modelo ACSA no exercício das suas funções, também as respostas revelam o mesmo espectro de opinião, podendo

novamente fazer-se uma análise por área profissional, concluindo-se que estes revelam o impacto que a utilização do Modelo ACSA tem no desempenho das suas funções. Desta forma, tal como suprarreferido, relativamente a este ponto, os médicos e os enfermeiros dão maior ênfase a questões relativas à atividade assistencial e à motivação dos profissionais, enquanto que os administradores destacam pontos relacionados com a melhoria sistemática dos processos.

Relativamente à perceção da facilidade e da dificuldade na implementação do Modelo ACSA, importa referir que, tal como indicado no capítulo 3 “A implementação do Modelo ACSA pela Direção-Geral de Saúde”, este é composto por cinco dimensões e onze blocos.

A primeira dimensão diz respeito ao cidadão enquanto centro do sistema de saúde, sendo constituída por três blocos:

- Satisfação, participação e direitos dos utentes – relacionado com o desenvolvimento de ações e procedimentos que permita à unidade de saúde o respeito dos direitos dos cidadãos, tendo em conta as suas preferências na organização da prestação de cuidados;
- Acessibilidade e continuidade assistencial – relacionado com a capacidade da unidade de saúde em satisfazer as necessidades dos utentes de forma integral e equitativa e no menor tempo possível. Baseia-se no conceito de processo assistencial integrado e único, colocando o cidadão no centro da prestação de cuidados;
- Documentação clínica – relacionado com a gestão eficiente das fontes e recursos no que diz respeito à informação clínica.

Assim, no primeiro bloco sobre a satisfação, participação e direitos dos utentes, a resposta dos profissionais revela que, de forma genérica, foi fácil a implementação dos procedimentos. Contudo, existem duas exceções, uma relacionada com o procedimento relativo à disponibilização, ao utente, de informação atualizada sobre tempos de resposta em relação ao pedido de cuidados feitos (processos cirúrgicos, provas e exames diagnósticos e consultas externas), considerado pelos profissionais como difícil de implementar; e outra relacionada com o facto de os utentes e familiares referirem que as instalações são confortáveis, tendo sido classificado com um nível de facilidade de implementação moderado.

No segundo e no terceiro bloco, sobre a acessibilidade e continuidade assistencial e sobre a documentação clínica, os profissionais consideraram, de forma geral, que todos os procedimentos foram de fácil implementação.

A segunda dimensão está relacionada com a organização da atividade centrada no utente, sendo esta constituída por três blocos:

- Gestão de Planos e Processos Assistenciais – relacionado com a adequação da organização à implementação, ao desenvolvimento e à monitorização dos processos assistenciais, com base em critérios definidos e a adaptação de cada um deles às características locais da prestação de cuidados;
- Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde – relacionado com o empenho da unidade de saúde em capacitar os cidadãos e a comunidade envolvente com informação que lhe possibilite aumentar o seu nível de conhecimento sobre questões decisivas relativas à saúde, promovendo-a e estimulando à adoção de práticas que visem a melhoria da sua saúde;
- Direção do Departamento – relacionado com atividades desenvolvidas pela equipa diretiva, chefias intermédias e responsáveis pelos processos assistenciais designados a facilitar e potenciar o trabalho dos profissionais, no que toca ao cumprimento dos objetivos da unidade de saúde e à melhoria dos seus resultados.

Nestes três blocos, todos os procedimentos foram considerados pelos profissionais como fáceis de implementar.

A terceira dimensão é relativa aos profissionais, sendo composta por um bloco alusivo aos profissionais, ao desenvolvimento profissional e à formação, que está relacionado com o planeamento e desenvolvimento de ações que asseguram o número de profissionais necessários para a prossecução dos objetivos propostos, bem como a sua adequação permanente aos postos de trabalho e a definição dos respetivos perfis de competência. O procedimento aqui incluído foi considerado pelos profissionais como fácil de implementar.

Já a quarta dimensão relaciona-se com os processos de suporte, sendo constituído por três blocos:

- Estrutura, equipamento e fornecedores – relacionado com a existência e disponibilidade de espaços e equipamentos adequados para as atividades da unidade de saúde, assegurando um ambiente seguro e funcional para utentes e profissionais, procurando atingir os objetivos da unidade de saúde e respeitar e cumprir a legislação em vigor;

- Sistemas e tecnologias de informação e comunicação – relacionado com o desenvolvimento de sistemas e tecnologias de informação orientados para o cidadão, servindo de suporte aos processos assistenciais e não assistenciais;
- Sistema de Qualidade – relacionado com o compromisso da unidade de saúde em submeter a sua atividade a um conjunto de princípios de gestão da qualidade que conduzam à melhoria contínua, tendo em conta as estratégias da qualidade estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

No bloco relativo à estrutura, equipamento e fornecedores, os profissionais consideraram de forma geral que os procedimentos foram fáceis de implementar, à exceção do procedimento relacionado com as reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, exigindo-se que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória, cujo os profissionais consideraram que teve um grau de facilidade moderada face à sua implementação.

No bloco relativo aos sistemas e tecnologias de informação e comunicação, os profissionais também consideraram que, de forma genérica, todos os procedimentos foram fáceis de implementar, exceto o procedimento relativo à utilização de sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação que foi classificado com um nível moderado de facilidade de implementação.

Já no bloco relativo ao sistema de qualidade, os profissionais consideraram igualmente que, de forma genérica, todos os procedimentos foram de fácil implementação, exceto o procedimento sobre a avaliação periódica dos resultados dos objetivos fixados no contrato-programa e demais objetivos, que foram considerados como de facilidade moderada relativamente à sua implementação.

Por último, a quinta dimensão diz respeito aos resultados, sendo composta por um bloco relativo aos resultados do departamento que mede a eficiência e a efetividade da organização, sendo que todos os procedimentos foram considerados fáceis de implementar.

Relativamente à manutenção, na dimensão do cidadão como centro do sistema de saúde, todos os procedimentos dos três blocos foram, genericamente, considerados como fáceis de manter.

Já na dimensão da organização da atividade centrada no doente, também todos os procedimentos dos três blocos foram considerados pelos profissionais como fáceis de manter.

Na dimensão dos profissionais, no que toca ao bloco dos profissionais, desenvolvimento profissional e formação, o procedimento incluído foi considerado como fácil de manter.

Na dimensão dos processos de suporte, no bloco relativo à estrutura, equipamento e fornecedores, de forma genérica, os procedimentos foram considerados de fácil manutenção, à exceção do procedimento sobre a realização de análises e informações periódicas, relativas à segurança estrutural do edifício e das instalações, levadas a cabo por profissional ou entidade qualificada, sendo que as conclusões daí decorrentes devem ser comunicadas à Direção do Departamento e devem desenvolver-se as ações que forem necessárias na sequência dessas conclusões; e do procedimento sobre as reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, sendo exigido que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória. Estes procedimentos foram classificados com um grau moderado relativamente à facilidade da sua manutenção. Já no bloco alusivo aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação também todos os procedimentos foram considerados, de forma geral, como fáceis de manter, à exceção do procedimento sobre a utilização de sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação, tal como aconteceu na implementação, tendo sido novamente classificado com um nível moderado de facilidade de manutenção. No bloco do sistema da qualidade, todos os procedimentos foram também, de forma geral, considerados de fácil manutenção, exceto aquele que é relativo à avaliação periódica dos resultados dos objetivos estabelecidos no contrato-programa e demais objetivos, que, tal como na implementação, foi classificado com um grau moderado de facilidade, face à sua manutenção.

Por último, na dimensão dos resultados, composta pelo bloco relativo aos resultados do departamento, todos os procedimentos foram classificados com um nível fácil de implementação.

Face aos resultados obtidos recomenda-se a aplicação de um estudo deste género nas diversas unidades hospitalares que utilizam o Modelo ACSA, sobretudo ao nível da manutenção, com o objetivo de perceber quais os *standards* que, de acordo com os diversos profissionais, podem ser mais difíceis de concretizar, procurando também perceber qual o motivo e assim melhorá-

los antes da próxima reacreditação, aumentando assim, a possibilidade de obtenção de melhores resultados.

Bibliografia

- Abrantes, D. V. (2012). *A Qualidade dos Serviços de Saúde: Análise Comparativa de Diferentes Perceções*. Universidade da Beira Interior.
- Bautista, J. M., & Tangsoc, J. C. (2016). Hospital Service Quality Assessment and Analysis: A Multi-Perspective Approach. *DLSU Business & Economics Review*, 26(1), pp. 30-49.
- Bilhim, J. A. (2017). Nova Governação Pública e Meritocracia. *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp. 9-25. doi:10.7458/SPP2017849462
- Bilhim, J. (s.d.). Políticas públicas e agenda política. *Orações de Sapiência*, 1-21.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 5, pp. 319-331.
- Brito, T. R. (2015). *Qualidade em Saúde - Satisfação do Utente com o Serviço de Urgências do Hospital de Santa Maria*. Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias: Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde .
- Carvalho, M. d., & Tonet, H. C. (1994). Qualidade na administração pública. *Revista de Administração Pública*, 2, pp. 137-152.
- CHLN. (s.d.). *Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE - Missão e Valores*. Obtido em 10 de 03 de 2020, de <http://www.chln.pt/index.php/os-nosso-valores>
- Costa, G. C. (2015). *Acreditação e Certificação em Portugal - Retrato da situação portuguesa atual e comparação entre os referenciais CHKS, JCI, ACSA e ISO 9001*. Escola de Engenharia: Universidade do Minho.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2000). The New Public Service: serving rather than steering. *Public Administration Review*, 60(6), pp. 549-559.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2007). *The New Public Service*. New York: M.E.Sharpe.
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2015). The New Public Service Revisited. *Public Administration Review*, 75(5), pp. 664-672.
- DGS. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Hospitais (versão 2)*. Ministério da Saúde.

- DGS. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2015). *Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2015). *Manual de Standards: Avaliação da Qualidade - Laboratórios Clínicos*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2019). *Manual de Standards: Instituições de Saúde/Centros Hospitalares*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2020). *Unidades de Saúde Certificadas 2010-2020*. Ministério da Saúde.
- D'Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1, pp. 84-88.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Inc.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729.
- Fadel, M. A., & Filho, G. I. (2009). Perceção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), pp. 7-22.
- Ferreira, M. J. (2012). *Contributo para a Eficácia, Eficiência e Qualidade de Processos na Administração Pública*. Mestrado em Gestão e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*(33), pp. 93-111.
- Gomes, P. J. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*(2), pp. 7-18.
- Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2), pp. 93-109.
- Ministério da Saúde. (s.d.). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27*, 13550-13553.

- Negrão, M. J. (2014). *Modelo de Qualidade na Saúde: O Processo de Acreditação na USF CelsaSaúde*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia .
- Nolasco, M. I. (2004). A evolução da qualidade na Administração Pública Portuguesa. *Cadernos BAD 2*, pp. 34-47.
- Pisco, L. A. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 43-51.
- Plancha, M. d., & Saraiva, M. (2012). *Qualidade e modernização dos serviços públicos na perspectiva do cliente interno - Estudo do projecto CAT (Centro de Atendimento Telefónico) nos serviços de Finanças do distrito de Évora*. Universidade de Évora, Mestrado em Gestão . Escola de Ciências Sociais.
- Pollitt, C., Thiel, S. v., & Homburg, V. (2007). New Public Management in Europe. *Management Online Review*, pp. 1-7.
- Portela, M. C. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*, pp. 259-269.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª ed.). Gradiva.
- Reis, E. J., & al, e. (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1), pp. 50-61.
- Rodrigues, M. Â. (s.d.). Modelos de Gestão Pública: Tipologias de Governação. *Interface Administração Pública*, pp. 34-38.
- Secchi, L. (2009). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43(2), pp. 347-369.
- Secchi, L. (2013). *Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos* (2ª Edição ed.). Cengage Learning.
- SNS. (14 de fevereiro de 2017). *Certificação da qualidade - Modelo reconhecido pelo Ministério da Saúde*. Obtido em 6 de março de 2020, de <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/certificacao-da-qualidade-%E2%80%A2-modelo-reconhecido-pelo-ministerio-da-saude-6/>

Sousa, D. P., Machado-Taylor, M. d., & Rocha, L. L. (2016). Impacto dos Programas de Acreditação e da Gestão de Qualidade em Hospitais Públicos e Privados no Brasil e no Mundo: Estudo de Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 13(4), pp. 122-152.

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 20-45.

Vasconcellos, A. L., & Lucas, S. F. (2012). Gestão pela qualidade: dos primórdios aos modelos de excelência em gestão. *VIII Congresso Nacional de Excelência em Gestão*.

Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383-386.

Wu, X., Ramesh, M., Howlett, M., & Fritzen, S. (2014). *Guia de Políticas Públicas: Gerenciando Processos*. Brasília: ENAP.

Portugal, Programa do XII Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XIII Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XIV Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XV Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XVI Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XVII Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XVIII Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XIX Governo Constitucional.

Portugal, Programa do XXI Governo Constitucional.

Anexos

Programa de Governo	Estratégias de Qualidade na Saúde destacadas
<p style="text-align: center;">Programa do XII Governo Constitucional (1991-1995)</p>	<p>“Governar para o cidadão implica investir na melhoria da qualidade de vida.”</p> <p>Importa tornar serviços de saúde de maior qualidade acessível a todos, em condições de justiça, rapidez e equidade. Assim, a política de saúde do Governo tem como objetivo a criação de um Sistema de Saúde moderno, com maior eficiência e mais justo, com base numa ideia de saúde de qualidade, com maior descentralização e organizado de forma a assegurar maior liberdade de escolha dos cidadãos no que toca aos cuidados de saúde. Apesar disso, a qualidade do serviço de saúde não depende apenas das medidas impostas pelo governo, mas também dos profissionais de saúde, que devem estar motivados. Assim, o Governo procurou assegurar a dignidade dos profissionais de saúde e o acesso contínuo e atualizado a meios técnicos e de instrução, bem como providenciar condições de segurança e higiene, não desprezando a investigação científica.</p> <p>Para além destas medidas de política de saúde, há ainda que destacar alguns outros aspetos, como a intensificação da construção, a remodelação e reequipamento dos Centros de Saúde e Hospitais; a adaptação de novas formas de hospitalização, por forma a aumentar o bem-estar dos doentes, descongestionar os hospitais e racionalizar custos.</p>
<p style="text-align: center;">Programa do XIII Governo Constitucional (1995-1999)</p>	<p>Há também uma continuação do apoio aos diversos agentes da saúde e o apoio à investigação na área da saúde. Para tal, houve um incentivo de programas de formação continuada que contribuiu para a realização pessoal dos mesmos, para a dignificação das carreiras e para um aumento dos índices de prestação dos cuidados de saúde, aperfeiçoamento dos serviços, melhor qualidade dos cuidados prestados e racionalização de custos.</p> <p>A política de saúde orienta-se, fundamentalmente, para uma reforma profunda, porém gradual, do Serviço Nacional de Saúde, promovendo uma discussão alargada e a participação e colaboração dos profissionais do sector. Esta reforma pretende colocar o cidadão no centro do sistema e garantir a qualidade do atendimento, aumentando a sua eficiência e eficácia. Foram prosseguidas várias modalidades de reformas, com o objetivo de melhorar o funcionamento e aumentar a eficiência dos hospitais e unidades de saúde, dotando-os de novos modelos de gestão, que tenham por base a sua autonomia administrativa e financeira e estabelecendo, em paralelo, mecanismos de responsabilização dos seus órgãos de gestão.</p> <p>Foram também lançadas medidas destinadas a facilitar o acesso, a melhorar o funcionamento e a assegurar a qualidade dos cuidados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), das quais se destacam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão do estatuto dos hospitais e centros de saúde, com vista a uma maior autonomia de gestão, abrangendo o modelo organizacional, o financiamento e a responsabilização perante a comunidade; • Criação de legislação sobre garantia de qualidade da prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente para a creditação e licenciamento de estabelecimentos de saúde • Revisão da legislação de proteção do utilizador do sistema de saúde; • Lançamento de um programa integrado de humanização de serviços com três componentes: melhoria de instalações deterioradas e obsoletas, melhoria da equidade no acesso e atendimento; formação de profissionais de saúde e pessoal administrativo com vista a um atendimento cortês, cooperante, eficaz e eficiente.
<p style="text-align: center;">Programa do XIV Governo Constitucional (1999-2002)</p>	<p>“A saúde, a nova prioridade da política social.”</p> <p>“Chegou a hora de nos comprometermos solenemente no que toca a uma melhoria do sistema de saúde. É indispensável ao país um sistema de saúde mais eficiente, que preste melhores serviços ao cidadão qualidade reconhecida.” (Programa do XIV Governo Constitucional, 1999, p.14). Assim começa o ponto relativo à saúde, deixando clara a procura por obter um sistema de saúde mais eficiente e de qualidade reconhecida. Para tal, o Governo exigiu uma reforma profunda da Administração Pública na Saúde, uma nova relação de trabalho com o sector social e privado, uma política para as profissões de saúde.</p> <p>“Chegou a hora da promoção da saúde como grande prioridade.” (Programa do XIV Governo Constitucional, 1999, p.14). Para atingir esse fim, foi proposto um “contrato para a saúde”, com seis elementos fundamentais, que seriam avaliados e revistos anualmente para assegurar o seu bom funcionamento, sendo eles: o acesso aos cuidados de saúde; a qualidade; a proteção e segurança; a promoção da saúde; a gestão e as profissões.</p>

Programa de Governo	Estratégias de Qualidade na Saúde destacadas
<p>Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009)</p>	<p>“Saúde: um bem para as pessoas.”</p> <p>Os fatores de risco a eliminar mais facilmente são os associados à maior carga de doença: tabaco, hipertensão arterial, consumo excessivo de álcool, obesidade, colesterol. O apoio a esses programas deve assentar nas instituições e logística de Saúde Pública, negligenciadas durante anos. Na Saúde Pública destacam-se algumas medidas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforço em meios e competências os Centros Regionais de Saúde Pública; • Revisão da legislação de Saúde Pública, no sentido da sua modernização e eficiência; • Desenvolvimento de uma agenda de investigação orientada para a organização dos meios que visem mais ganhos em saúde; • Implementação da modernização do Programa Nacional de Vacinação (PNV); • Aumento da adesão às profissões de Saúde Pública e respetivas carreiras, através de incentivos quanto a regime de trabalho, remuneração, progressão, formação, diferenciação profissional e concentração de funções em atividades com impacto direto na saúde das populações. <p>Como podemos ver existe um foco, não só em aumentar a esperança média de vida, mas também a qualidade da mesma e, essencialmente, promover a importância da saúde pública e sensibilizar os cidadãos para a importância das suas ações no Saúde Pública, de modo a eliminar os fatores de risco como alcoolismo, tabagismo e obesidade os quais são os grandes causadores de vários problemas de Saúde.</p>
<p>Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2011)</p>	<p>“Saúde: um valor para todos”</p> <p>Orientação para o cidadão, assim como se tem vindo a verificar nos últimos programas. Com isto, prosseguir a reforma do SNS é imprescindível para fazer face às novas necessidades e expectativas dos cidadãos, sendo o foco da reforma acrescentar valor ao cidadão.</p> <p>“Obter ganhos em saúde é o verdadeiro caminho, também, para a sustentabilidade do sistema. As principais medidas que propomos ao País, na área da saúde, são a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de saúde, através de importantes medidas que a seguir se indicam e serão integradas no novo Plano Nacional de Saúde 2010-2016.” (Programa do XVIII Governo Constitucional, 2009, p.68).</p> <p>O programa da Saúde acompanha as mudanças económicas, sociais do país, adaptando as suas medidas e objetivos a estas.</p> <p>“A promoção de estilos de vida indutores de saúde e a informação aos cidadãos, como estímulo para a adoção de comportamentos saudáveis, constituem elementos centrais da política de saúde.” (Programa do XVIII Governo Constitucional, 2009, p.68). Desta forma, volta ainda a ser discutida a promoção da Saúde Pública, onde muitas medidas passam pela educação dos cidadãos, de modo a prevenir certos comportamentos, causadores de problemas de Saúde Pública, como a obesidade, tabagismo e vacinação.</p>
<p>Programa do XIX Governo Constitucional (2011-2015)</p>	<p>“Portugal pode orgulhar-se do posicionamento relativo do seu Sistema de Saúde em termos internacionais. No entanto, a sua sustentabilidade financeira está neste momento em causa na medida em que os seus custos têm crescido muito acima das taxas nominais de crescimento económico.”</p> <p>Assim, dois dos objetivos estratégicos são: prosseguir a melhoria da qualidade e o acesso efetivo, tendencialmente gratuito, dos cidadãos aos cuidados de saúde; e estimular o foco no cidadão na utilização e gestão do sistema, reforçando o exercício da liberdade de escolha.</p> <p>Uma das medidas propostas é a conclusão do Plano Nacional de Saúde 2011-16, pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, que procura a qualidade clínica, bem como a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis. Por outro lado, procura-se providenciar a elaboração de normas e orientações clínicas, com o objetivo de assegurar os critérios de qualidade, com base em princípios de custo-efetividade.</p> <p>Procura-se ainda “garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com padrões pré-definidos, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança”. (Programa do XIX Governo Constitucional, 2011, p.80).</p>

Programa de Governo	Estratégias de Qualidade na Saúde destacadas
Programa do XIX Governo Constitucional (2011-2015)	<p>É de realçar ainda algumas propostas: melhoria do desempenho e aumento do rigor da gestão nas Unidades Públicas de Saúde, pois a qualidade de gestão é fundamental para o serviço público, sobretudo no setor da saúde; maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema; melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde, através de políticas de investimento em sistemas de informação e da disponibilização informação pública mensal do desempenho das organizações; melhorar a transparência da informação em saúde, uma vez que o Estado deve informar os cidadãos sobre os serviços de cuidados de saúde com qualidade e segurança.</p>
Programa do XIX Governo Constitucional (2015)	<p>“O SNS completou 36 anos de existência e constitui uma das maiores conquistas do regime democrático. A perceção da qualidade do seu SNS é, por parte dos cidadãos, das mais positivas entre os diferentes serviços públicos assegurados pelo Estado.”</p> <p>Neste programa o objetivo é continuar a apostar no SNS, assegurando sustentabilidade, competitividade e excelência, através de um painel de compromissos. As medidas propostas passam por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um SNS sustentável, através: da promoção de um compromisso de saúde entre o cidadão e o Estado, em que o cidadão é um parceiro ativo do Serviço Nacional de Saúde; garantia de uma regulação que garante a equidade, transparência, o combate aos conflitos de interesse e a defesa do cidadão; entre outras; • Acesso e qualidade dos cuidados de saúde, através: da promoção de uma cultura transparente e de prestação de contas; facilitação do acesso aos cuidados de saúde às pessoas mais desfavorecidas; concretização de redução das listas de espera, melhoria da eficiência dos recursos disponíveis e liberdade de escolha e acesso; entre outras; • Rede de cuidados de saúde coerente e ao serviço dos portugueses, através: da garantia da aposta continuada no investimento de qualificação da rede de equipamentos de saúde, facilitando o acesso da população a uma rede mais qualificada e ao serviço do bem-estar do cidadão; programação de uma rede hospitalar até 2025, adequando a procura e aprovando uma hierarquização da complexidade da prestação de cuidados; da revisão do modelo de gestão das unidades de saúde, valorizando os níveis intermédios de gestão e prosseguindo e prosseguindo a integração total e eficaz entre os diferentes níveis de cuidados; entre outras; <p>Investir na saúde digital, melhorar a informação, aumentar a eficiência, através de: forte investimento na Saúde Digital, promovendo o uso de ferramentas digitais nos vários níveis do sistema de saúde; criação de uma plataforma digital onde constem os resultados da avaliação de indicadores das unidades e tempos de espera, disponível para o cidadão e que lhe permita uma escolha informada; entre outras;</p>
Programa do XXI Governo Constitucional (2015-2019)	<p>“Defender o SNS, promover a saúde.”</p> <p>A meta deste programa é reverter a situação de perda de confiança dos portugueses no SNS, devido à falta de acessibilidade, perda de qualidade e desumanização. Para isso, o SNS deve responder melhor e mais rapidamente às necessidades dos utentes. Por outro lado, a administração do SNS deve ser simples e moderna, através de um SIMPLEX da Saúde que torne a circulação do utente transparente, informada e cómoda.</p> <p>As principais medidas propostas passam por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, através da criação de um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados; implantação dos Planos Locais de Saúde provenientes do Plano Nacional de Saúde (PNS); avaliação e atualização do Programa Nacional de Vacinação, entre outras; • Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde, com a redução global do valor das taxas moderadoras; prática de políticas para os cidadãos mais fragilizados, mulheres em idade fértil e crianças, pessoas idosas e dependentes; entre outras;

Programa de Governo	Estratégias de Qualidade na Saúde destacadas
<p style="text-align: center;">Programa do XXI Governo Constitucional (2015-2019) (continuação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços, com a criação de um SIMPLEX da Saúde, de modo a simplificar os processos de acesso e utilização do SNS; modernização e integração das tecnologias de informação e as redes existentes, desenvolvendo a telemonitorização e a telemedicina; criar o Conselho Nacional de Saúde, assegurando a participação dos utilizadores do SNS no estabelecimento das políticas, incluindo as autarquias, os profissionais, os conselhos regionais e institucionais, promovendo uma cultura de transparência e prestação de contas à sociedade; entre outras; • Melhoria da gestão dos hospitais, da circulação de informação clínica e da articulação com outros níveis de cuidados e outros agentes do setor, com a reforma dos hospitais ao nível interno e no seu modelo de gestão, apoiando-se nas Unidades Autónomas de Gestão (UAG), com aposta na autonomia e responsabilidade da gestão e implementação de incentivos de desempenho; criação de Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) que facilita o acesso e a liberdade de escolha; entre outras; • Melhorar a governação do SNS, aperfeiçoando o atual modelo de contratualização, acrescentando incentivos de melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, incluídos nos contratos de gestão; reforçando a autonomia e a responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços; inclusão de medidas de transparência, com comunicação da informação sobre o desempenho do SNS, etc.; • Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, apostando em ações de promoção da saúde e de combate à doença, bem como em modelos de governação da saúde, assentados na melhoria contínua da qualidade e no reconhecimento da experiência e cooperação do utente; aprofundando e desenvolvendo modelos de avaliação das tecnologias de saúde; etc.



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

f.l.m.



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

Cláusula II

PROPRIEDADE INDUSTRIAL E INTELECTUAL

ACORDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DO MODELO ACSA

Considerando os compromissos estabelecidos pelo Tratado de Amizade e Cooperação entre Portugal e Espanha, assinado em Madrid, a 22 de Novembro de 1977, bem como o Memorando de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério da Saúde da República Portuguesa e o Ministério da Saúde e Política Social do Reino de Espanha, outorgado em Bruxelas, em 05 de Julho de 2010, que proclamou que uma das formas de cooperação deve revestir a forma de partilha de modelos de qualificação e de qualificação em saúde;

Considerando que o Memorando de Entendimento celebrado a 24/09/2010, entre o Ministério da Saúde da República Portuguesa e a Consejería de Salud da Junta de Andalucía visa a partilha e desenvolvimento de políticas em matéria de qualidade na saúde, na procura da melhoria contínua e da excelência dos cuidados prestados aos cidadãos;

Considerando que o citado Memorando de Entendimento proclama que uma das formas de cooperação deve revestir a forma de partilha de modelos de qualificação em saúde, de sistemas de apoio à gestão da qualidade e da segurança do doente;

Considerando que o Protocolo celebrado a 24/09/2010, entre a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía e a Direcção-Geral da Saúde tem como finalidade assegurar a cooperação entre os Signatários no âmbito do desenvolvimento e partilha de um modelo de certificação e de acreditação em saúde, bem como a partilha de um modelo de Observatório de Segurança do Doente, ambos desenvolvidos pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, no respeito pela natureza e organização dos sistemas de saúde de ambos os Signatários;

Considerando que o citado Protocolo proclama que, no quadro da cooperação bilateral entre ambos os Signatários, o desenvolvimento partilhado de modelos de qualificação em saúde, pode constituir a matriz para que seja incentivada a sua disseminação e implementação na União Europeia, bem como constituir uma plataforma para que seja adoptado pelos países lusófonos e países latino-americanos;

Considerando que, por determinação da Ministra da Saúde de Portugal, de 31 de Agosto de 2009, foi adoptado o Modelo de Acreditação das Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação;

Considerando os compromissos acima enunciados em matéria de cooperação bilateral no domínio da Qualidade na Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, no âmbito da celebração do presente acordo, acordam o seguinte:

Cláusula I

ÂMBITO

1. A Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, adiante designada por ACSA, concede à Direcção-Geral da Saúde de Portugal, adiante designada por DGS, e esta aceita, uma autorização de utilização pessoal, intransferível, por tempo ilimitado e exclusiva para todo o território Português, do "Programa de Acreditação de Unidades de Saúde".
2. A concessão desta autorização de utilização permitirá à DGS utilizar o "Programa de Acreditação de Unidades de Saúde", podendo adaptá-lo às necessidades específicas do Sistema de Saúde Português.
3. As partes poderão estabelecer acordos mútuos de colaboração para estender a utilização do "Programa de Acreditação de Unidades de Saúde" aos países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa.

1. A ACSA declara expressamente que o Programa de Acreditação objecto deste acordo é da sua propriedade. Nessa conformidade, os direitos derivados da Propriedade Industrial e Intelectual correspondem à ACSA. Este acordo concede, portanto, uma cessão exclusiva para o território Português, mas não concede direito algum sobre a propriedade intelectual ou industrial ou de qualquer outro tipo sobre o dito programa de acreditação.

2. A DGS adquire o compromisso de respeitar os direitos que correspondem à ACSA, assumindo as seguintes obrigações:

- Manter em bom estado todas as indicações de propriedade que figuram nos elementos constitutivos dos manuais (marcas, símbolo de Copyright) que indicam que a titularidade desses direitos são da ACSA.
- Dar conhecimento à ACSA de qualquer acto de competência desleal ou de violação dos direitos de propriedade industrial e intelectual e, em geral, adoptar todas as medidas necessárias para assegurar a confidencialidade e o respeito pelo direito de propriedade correspondente à ACSA.

Cláusula III

OBRIGAÇÕES DA ACSA

1. Autorizar a DGS a realizar todas as alterações e/ou adaptações aos manuais de acreditação objecto deste acordo que sejam necessários para a implementação do programa, adequando-o às suas necessidades.
2. Não ceder os programas de acreditação objecto deste acordo a qualquer tipo de organização, pública ou privada, para a sua utilização em território Português.

Cláusula IV

OBRIGAÇÕES DA DGS

1. Realizar as alterações e/ou adaptações aos manuais de acreditação objecto deste acordo que sejam necessários para a implementação e adaptação da mesma às suas necessidades. Se, como resultado destas transformações se obtiver uma obra "derivada", a DGS indicará sempre que a titularidade da obra original pertence à ACSA.
2. Facilitar à ACSA a metodologia empregue em tudo o que seja relativo aos programas de acreditação de unidades de saúde desenvolvidos pela DGS, comunicando, as disfunções ou limitações detectadas nos manuais cedidos neste acordo, visando a sua melhoria contínua.

Cláusula V

ALTERAÇÕES

O presente acordo pode ser alterado a qualquer momento por acordo mútuo das partes.

Cláusula VI

PRODUÇÃO DE EFEITOS

O presente acordo produz efeitos a partir da data da sua assinatura e vigora por tempo indeterminado.



Assinado em Lisboa, a 10 de Novembro de dois mil e dez, em dois exemplares, nas línguas portuguesa e castelhana.

Pe'l Direcção-Geral da Saúde


Francisco George
Director-Geral da Saúde

Pe'l Agencia de Calidad Sanitaria de

Andalucía

Antonio Torres Olivera
Director Gerente



Alto Comissariado
da Saúde



JUNTA DE ANDALUCÍA
GOBIERNO DE MÁLAGA

**MEMORANDO DE ENTENDIMENTO
ENTRE
MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA PORTUGUESA
E
CONSEJERÍA DE SALUD DA JUNTA DE ANDALUCÍA (ESPAÑA)
PARA PARTILHA DE POLÍTICAS EM MATÉRIA DE QUALIDADE NA SAÚDE**

O Ministério da Saúde da República Portuguesa representado pela Alta Comissária da Saúde, Professora Doutora Maria do Céu Machado, no âmbito da habilitação resultante no Memorando de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério da Saúde da República Portuguesa e o Ministério da Saúde e Política Social do Reino de Espanha, assinado em 05 de Julho de 2010, e das competências constantes do Decreto-Lei nº 218/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto-Lei nº 91/2010, de 22 de Julho, e a

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, representada pela Exma. Sra. Doña María Jesús Montero Cuadrado, Consejera de Salud de la Junta de Andalucía, nomeada por Decreto del Presidente 4/2009, de 23 de abril (BOJA nº 78, de 24 de abril de 2009) no exercício das suas competências atribuídas pelo artigo 63.2 da Lei 2/1998, de 15 de Junho de Salud de Andalucía e o artículo 26.1 y 2 l) da Lei 9/2007, de 22 de Outubro, da Administración da Junta de Andalucía,

adiante designados por "Signatários",

Considerando os compromissos estabelecidos pelo Tratado de Amizade e Cooperação entre Portugal e Espanha, assinado em Madrid, a 22 de Novembro de 1977, bem como o Memorando de Cooperação Técnica celebrado entre o Ministério da Saúde da

República Portuguesa e o Ministério da Saúde e Política Social do Reino de Espanha, outorgado em Bruxelas, em 05 de Julho de 2010, que tem como objectivo reforçar a cooperação entre os Signatários na área da Saúde e das Ciências BioMédicas e consigna a Qualidade e a Qualidade em Saúde, como iniciativas de cooperação preferenciais;

Considerando que o citado Memorando de Cooperação Técnica proclama que uma das formas de cooperação deve revestir a forma de partilha de modelos de qualificação e de qualificação em saúde;

Considerando que a qualidade constitui um dos pilares fundamentais para responder com sucesso às necessidades de saúde dos cidadãos e enfrentar, de forma eficaz, os novos desafios colocados aos sistemas de saúde;

Considerando que a qualidade entendida como cultura organizacional, não é, somente, um conjunto de acções, mas um sistema coerente e integrado de princípios, valores e processos que, colocando o cidadão no centro do sistema de saúde, visa contribuir para que seja assegurada a persistência de um sistema de saúde público solidário, equitativo e sustentável;

Considerando que, no contexto da prestação de cuidados de saúde, se procura a melhoria contínua e a excelência dos cuidados prestados aos cidadãos;

Considerando que a segurança do doente constitui uma componente chave da qualidade;

Considerando que, ambos os Signatários reconhecem que os desafios que se colocam no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados às suas populações, cujo perfil epidemiológico e demográfico é similar, são factores que têm um amplo campo de convergência de objectivos;

Tendo em conta que no caso da Consejería de Salud da Junta de Andalucía, a Lei Orgánica 2/2007, de 19 de Março, de reforma do Estatuto de Autonomía para a Andalucía, estabeleceu que corresponde à Comunidade Autónoma a competência exclusiva sobre a organização, funcionamento interno, avaliação, inspecção e controlo de centros, serviços e estabelecimentos de saúde;

Assumindo, assim, que o intercâmbio mútuo de conhecimentos e experiências inovadoras no âmbito da qualidade na saúde pode contribuir para o reforço da cooperação transfronteiriça.

Determinados pelas respectivas atribuições, estabelecidas por Lei, subjacentes ao objecto do presente Memorando, legalmente estatuídas,

Conscientes do interesse mútuo em fomentar e promover a cooperação nesta área, e desejando promover a cooperação no domínio da saúde,

Decidem outorgar o presente Memorando de Entendimento:

I – Objecto

O presente Memorando de Cooperação Técnica, adiante designado por Memorando, tem como finalidade assegurar a cooperação entre os Signatários no âmbito da partilha e desenvolvimento de políticas em matéria de qualidade em saúde e da segurança do doente, na procura da melhoria contínua e da excelência dos cuidados prestados aos cidadãos.

II – Âmbito de aplicação

A cooperação é desenvolvida no âmbito da partilha e desenvolvimento de modelos de qualificação em saúde, sistemas de suporte à gestão da qualidade e da segurança do doente, de harmonia com os ordenamentos jurídicos vigentes no território de ambos os Signatários.

III – Colaborações específicas

No âmbito de aplicação estabelecido no número anterior, para a estruturação e desenvolvimento do Memorando, os Signatários promovem e favorecem colaborações específicas entre:

- a) A Direcção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde;
- b) A Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucía, Fundación Pública Andaluza.

IV – Controlo e avaliação

No âmbito do controlo e avaliação do presente Memorando, os Signatários devem conciliar permanentemente as suas posições, criando para o efeito uma Comissão de Acompanhamento que integre representantes de cada uma das partes.

V – Financiamento e legislação aplicável

A formalização do presente Memorando não gera obrigações económico-financeiras para os Signatários, sem prejuízo das que forem expressas nas colaborações específicas desenvolvidas e de acordo com as disponibilidades orçamentais.

O presente Memorando, bem como as contribuições específicas desenvolvidas no seu âmbito, não poderá gerar qualquer obrigação em matéria de Direito Internacional, nem poderá resultar na alteração dos poderes conferidos aos Signatários e as suas responsabilidades inerentes, pois não cria obrigações legais para os Signatários. Em qualquer caso, o cumprimento do Memorando é celebrado em conformidade com a legislação aplicável no território de cada um dos Signatários.

VI – Alterações

O presente Memorando pode ser alterado a qualquer momento por acordo mútuo dos Signatários, desde que expreso por escrito, com a antecedência de 90 dias.

VII – Âmbito temporal de aplicação

O presente Memorando terá um período de vigência de 5 anos, contados a partir da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por períodos de 5 anos, por mútuo acordo escrito dos Signatários, assinado antes do termo do prazo da vigência anterior.

Qualquer um dos Signatários poderá manifestar a intenção de denunciar o presente Memorando mediante notificação prévia, por escrito, ao outro Signatário, com um mínimo de 90 dias do fim da data da sua vigência.

A resolução do presente Memorando, não afectará o desenvolvimento e conclusão das colaborações específicas assumidas por ambos os Signatários, que se encontrarem em execução à data que o Memorando deixar de vigorar.

Assinado no Porto, a 24 de Setembro de dois mil e dez, em dois exemplares, nas línguas portuguesa e castelhana.

Em representação do Ministério da Saúde

da República Portuguesa

Maria do Céu Machado
Alta Comissária da Saúde

Em representação da Consejería de Salud

da Junta de Andalucía

Maria Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía



Composição dos standards obrigatórios do Modelo ACSA

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	1. Utentes: satisfação, participação e direitos	S_1#	Garante-se o cumprimento do conteúdo da Carta dos Direitos e Deveres do Utente do SNS.
		S_2#	Os utentes são informados do seu problema de saúde e de todos os aspetos com ele relacionados.
		S_3#	Os utentes que participam em projetos de investigação deram o seu consentimento informado e foram previamente informados e esclarecidos dos riscos e benefícios, das alternativas existentes à sua não participação e do direito de desistência a qualquer momento.
		S_4#	O utente participa na tomada de decisões perante possíveis alternativas terapêuticas e de cuidados, garantindo-se o seu direito de se negar ao tratamento (no respeito pelas exceções contempladas na legislação em vigor).
		S_5#	É facultada informação ao utente sobre a carteira de serviços, os procedimentos de acesso aos mesmos, os serviços de referência, se existentes, e os procedimentos de referenciação.
		S_6#	É facultada ao utente informação atualizada sobre tempos de resposta em relação ao pedido de cuidados feito (processos cirúrgicos, provas e exames diagnósticos e consultas externas).
		S_7#	É garantida a confidencialidade da informação de saúde do utente.
		S_8#	É respeitada a intimidade dos utentes.
		S_9#	São utilizados inquéritos validados para conhecer a satisfação dos utentes.
		S_10#	Os utentes conhecem os nomes dos médicos e enfermeiros responsáveis pela sua assistência.
		S_11#	Os utentes e familiares referem uma atitude correta no atendimento por parte de todos os profissionais.
		S_12#	Os utentes e familiares referem que as instalações são confortáveis.
		S_13#	É estabelecido e cumprido um procedimento para a gestão das sugestões e reclamações (circuitos, prazos, informações e responsáveis).
		S_14#	São analisadas e investigadas as causas das reclamações e sugestões.
	2. Acessibilidade e continuidade assistencial	S_15#	O Departamento tem a carteira de serviços claramente definida e devidamente autorizada.
		S_16#	Está garantido o acesso aos cuidados de saúde a imigrantes.

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
I. O cidadão, centro do sistema de saúde	3. Documentação clínica	S_17#	O Departamento garante a existência de um número único de processo clínico por utente.
		S_18#	É garantida a confidencialidade e guarda da informação clínica e dados pessoais em todo o momento.
		S_19#	Deve ser garantido o acesso/disponibilidade do processo clínico durante a prestação de cuidados de saúde.
II. Organização da atividade centrada no utente	4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais	S_21#	Estão identificadas e definidas as diferentes responsabilidades de atuação sobre os processos assistenciais.
		S_22#	Está definido um plano para a implementação e gestão dos processos assistenciais.
	5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde	S_23#	É divulgada e facilitada informação sobre a oferta da carteira de serviços nas áreas da prevenção e promoção da saúde.
		S_24#	Os profissionais realizam ações de promoção e educação para a saúde dentro do seu âmbito de atuação.
		S_25#	É dada prioridade às ações de apoio à família que afetam e causam sobrecarga aos cuidadores primários.
		S_26#	Os utentes e cuidadores recebem informação suficiente e são-lhes facilitadas as ferramentas necessárias para o seu tratamento e autocuidado.
		S_27#	São aplicados procedimentos e medidas para conseguir que as coberturas estabelecidas no programa de vacinação sejam atingidas.
		S_28#	É assegurado o cumprimento do Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e do programa “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR).
	6. Direção do Departamento	S_29#	Existe um documento onde se reflete o planeamento estratégico do Departamento, priorizando os seus objetivos de acordo com uma análise prévia das suas atividades, tendo em conta as expetativas e necessidades da população que atende, os recursos existentes e o enquadramento orçamental do Departamento.
		S_30#	O Departamento adapta a sua identidade corporativa às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
III. Os profissionais	7. Profissionais, desenvolvimento profissional e formação	S_31#	Está documentado e é aplicado um plano de integração para profissionais.
		S_32#	Existe um arquivo específico (com acesso restrito, autorizado e registado) contendo toda a documentação legal e técnica, os projetos, os requerimentos dos organismos competentes em matéria de segurança estrutural, os registos aplicáveis, as autorizações e aprovações e as revisões legais.
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_33#	Realizam-se análises e informações periódicas relativas à segurança estrutural do edifício e das instalações, levadas a cabo por profissional ou entidade qualificada. As conclusões daí decorrentes são comunicadas à Direção do Departamento e desenvolvem-se as ações que forem necessárias na sequência dessas conclusões.
		S_34#	É assegurado que todas as empresas que intervêm em trabalhos relacionados com a segurança estrutural do edifício e das instalações estão homologadas e autorizadas em função da complexidade requerida.
		S_35#	Está garantido que as instalações cumprem a legislação em vigor em matéria de prevenção de riscos, especialmente no tocante a instalações com risco potencial para a saúde dos utentes e dos trabalhadores e com repercussões significativas no meio ambiente.
		S_36#	Existem procedimentos para garantir as comunicações e os abastecimentos essenciais e prioritários em caso de emergência.
		S_37#	Existe um procedimento para identificar os profissionais que intervêm e acedem a zonas com instalações estratégicas. Estas zonas estão restringidas e assinaladas.
		S_38#	Quando se realizam obras ou remodelações, são seguidos os procedimentos legais, normas e especificações técnicas aplicáveis e o seu projeto é elaborado e a sua execução conduzida por responsável técnico adequadamente habilitado.
		S_39#	Para a realização das obras são avaliadas as diferentes alternativas que garantem a segurança dos utentes (compartimentação contra incêndios, sinalização, vigilância de escavações, armazenamento e eliminação de materiais de construção, contaminação ambiental, desobstrução das saídas de emergência, entre outros).
		S_40#	Existem procedimentos para informar os utentes e profissionais sobre o alcance e duração das obras.
		S_41#	Dispõe-se de meios humanos e técnicos suficientes (próprios ou externos) para realizar as atividades de manutenção de acordo com a programação de ações preventivas que foi estabelecida.

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_42#	Quando se realizam reparações levadas a cabo por empresas externas à organização, é exigido que disponham de meios técnicos e humanos apropriados, que estejam inscritas ou registadas junto do organismo com autoridade competente e que disponham de uma política de responsabilidade civil satisfatória.
		S_43#	Dispõe-se de um plano de controlo da água para consumo humano que é utilizada no Departamento. Mediante esse plano recolhem-se dados de forma programada e documentam-se e registam-se os resultados da manutenção das instalações relacionadas, as atividades de tratamento da água levadas a cabo e as análises realizadas.
		S_44#	Em relação aos produtos químicos cuja utilização representa riscos para as pessoas, existem e aplicam-se procedimentos de controlo e instruções de uso, além da existência da documentação legalmente exigida e da disponibilidade de fichas técnicas e de segurança. Garante-se a formação e/ou qualificação dos aplicadores e utilizadores, a existência de registos de saúde individuais e a autorização para o posto de trabalho do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho, bem como, se for caso disso, dos serviços de prevenção.
		S_43#	Dispõe-se de um plano de controlo da água para consumo humano que é utilizada no Departamento. Mediante esse plano recolhem-se dados de forma programada e documentam-se e registam-se os resultados da manutenção das instalações relacionadas, as atividades de tratamento da água levadas a cabo e as análises realizadas.
		S_44#	Em relação aos produtos químicos cuja utilização representa riscos para as pessoas, existem e aplicam-se procedimentos de controlo e instruções de uso, além da existência da documentação legalmente exigida e da disponibilidade de fichas técnicas e de segurança. Garante-se a formação e/ou qualificação dos aplicadores e utilizadores, a existência de registos de saúde individuais e a autorização para o posto de trabalho do Serviço de Segurança, Higiene e Saúde do Trabalho, bem como, se for caso disso, dos serviços de prevenção.
		S_45#	Existem procedimentos específicos de atuação que asseguram a qualidade do ar nas diversas dependências da unidade de saúde.
		S_46#	Existe um inventário atualizado de material de substituição e reparação e o mesmo é suficiente para garantir o funcionamento das instalações críticas de forma imediata e das instalações não críticas num prazo aceitável.
		S_47#	O Departamento garante que os utentes recebem uma alimentação adequada à sua cultura e/ou religião e aos seus costumes.
		S_48#	O Departamento intervém nas condições que afetam os cidadãos durante o acesso aos seus serviços, tais como iluminação, rampas de acesso, passeios, entradas com cobertura, sinalização, decoração e estacionamento.
		S_49#	O Departamento atua sobre a eficácia dos circuitos de informação associados com o acesso do cidadão aos seus serviços, tanto em relação aos documentos utilizados como à sinalização e às comunicações telefónicas.
		S_50#	Existem zonas de estacionamento para veículos especiais, deficientes, pessoas com mobilidade reduzida e ambulâncias, entre outros.
		S_51#	Dispõe-se de meios físicos que permitem separar utentes acamados e realizar atos de observação e higiene, preservando a intimidade e a sensibilidade dos utentes e seus familiares.

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_52#	No Departamento existem espaços com condições de privacidade adequadas para prestar informação aos utentes e doentes atendidos.
		S_53#	O Departamento gere as condições de conforto que afetam os cidadãos, analisando a situação existente, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.
		S_54#	Dispõe-se a todo o momento de artigos de higiene pessoal e roupa em quantidade suficiente e adequados à idade do utente e ao seu estado clínico.
		S_55#	Existe mobiliário para utentes e acompanhantes adequados à atividade, ao descanso e à espera (cadeiras, poltronas, bancadas, entre outros), tendo em atenção a ergonomia e facilitando os movimentos.
		S_56#	A iluminação fornecida a utentes e profissionais é adequada, confortável e com intensidade suficiente.
		S_57#	Existe uma lista de fornecedores na qual consta a informação comercial necessária, as condições de fornecimento e os prazos de entrega, bem como a respetiva avaliação.
		S_58#	Existe um catálogo de bens com a descrição completa e discriminada dos bens a adquirir, com a descrição das suas características técnicas, classificação e nomenclatura apropriada, condições de utilização, preços e outras especificações se necessário.
		S_59#	Existe uma planificação de necessidades com o respetivo planeamento económico para tornar possível a renovação de instalações, de equipamentos e de bens, em consonância com a sua durabilidade e vida útil, com as necessidades globais da unidade de saúde e com a viabilidade financeira, sendo esta planificação de necessidades determinante para as decisões de compra.
		S_60#	A gestão das aquisições e dos serviços contratados inclui um controlo sobre a faturação emitida pelos fornecedores e a verificação de que as mesmas estão em concordância com os controlos realizados, com os incidentes detetados, com as condições contratadas e com os resultados obtidos.
		S_61#	A aquisição do equipamento baseia-se em necessidades reais, ajustando-se a pedidos com base em requisitos objetivos estabelecidos institucionalmente.
		S_62#	Os utilizadores dos equipamentos médicos recebem a formação e a informação necessárias para a sua utilização e conservação.
		S_63#	Nas diferentes áreas são designados os responsáveis com funções de supervisão do inventário do equipamento médico e de coordenação do circuito interno que define as responsabilidades e os procedimentos de atuação em caso de avaria ou incidentes com o funcionamento do equipamento e/ou a sua manutenção.
		S_64#	Existe um responsável com a função de coordenar, manter e assegurar o bom funcionamento do equipamento de electromedicina.
		S_65#	Existem procedimentos para informar sobre acidentes, incidentes e riscos associados ao uso do equipamento.
		S_66#	São garantidos procedimentos para que a manutenção dos equipamentos de electromedicina se realize de acordo com as recomendações dos fabricantes e a legislação em vigor, existindo um registo documental atualizado.
S_67#	São estabelecidos procedimentos que garantem a calibração dos instrumentos de medida empregues nas operações de manutenção. São cumpridas as recomendações dos fabricantes e a regulamentação legal que lhes deve ser aplicada.		

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
	8. Estrutura, equipamento e fornecedores	S_68#	Existe um inventário de impactes ambientais onde se descrevem as principais interações ecológicas e onde são identificados e valorizados os impactes ambientais associados à atividade, bem como as propostas de medidas corretivas e as ações a realizar para manter um programa de vigilância ambiental.
		S_69#	Existem procedimentos específicos de controlo de produção e armazenamento de resíduos hospitalares perigosos, citostáticos, químicos, radioativos e industriais.
		S_70#	Existem procedimentos específicos de controlo de derrames produzidos por escapes acidentais de combustíveis, derrames de produtos químicos e controlo de águas residuais.
		S_71#	Existem procedimentos específicos de controlo de emissões contaminantes, produzidas por gases provenientes de combustão, esterilização e refrigeração.
		S_72#	São adotadas medidas de autoproteção de acordo com a regulamentação vigente e são submetidas à Autoridade Nacional de Proteção Civil/Serviço de Bombeiros, sendo atualizadas de forma periódica.
		S_73#	O programa de atuação perante catástrofes internas e externas está coordenado com a Autoridade Nacional de Proteção Civil/Serviço de Bombeiros e com o Instituto Nacional de Emergência Médica.
		S_74#	É mantido um programa de formação perante catástrofes internas e externas, de acordo com as medidas de autoproteção e orientado para os profissionais, onde são mencionadas as responsabilidades e atuações a seguir.
		S_75#	É estabelecido um sistema de informação a utentes e utilizadores onde estão refletidas as atuações a seguir em caso de catástrofes internas e externas.
		S_76#	O Departamento analisa as suas instalações e meios de combate a incêndios e emergências e verifica a sua conformidade com a regulamentação existente. Assegura a sua manutenção e estabelece ações de melhoria, se necessário, para garantir elevados níveis de segurança.
	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	S_77#	É definida e desenvolvida uma gestão dos sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação integrada e alinhada com a estratégia de redes digitais definida pelo Ministério da Saúde.
		S_78#	São utilizados sistemas e tecnologias digitais da informação e comunicação.
		S_79#	São aplicados procedimentos para garantir a validade dos dados incluídos nos sistemas de gestão da informação.
		S_80#	É garantida a transmissão de dados e informação às unidades de saúde, utilizando protocolos de comunicação pré-definidos e com o respeito pelos critérios de segurança estabelecidos por lei.
		S_81#	É garantido ao cidadão o cumprimento absoluto da lei em vigor sobre proteção de dados pessoais.
		S_82#	Está definido e implementado um documento de segurança, onde estão refletidos todos os perfis de acesso e procedimentos aplicáveis para o acesso à informação do Departamento.
		S_83#	Existem procedimentos para realizar cópias de segurança periódicas de toda a informação relevante do Departamento.
		S_84#	As organizações com sistemas informáticos que gerem informação crítica para as atividades a desenvolver dispõem de sistemas de alta disponibilidade (replicação de informação ou duplicação de suportes).

Dimensão	Bloco	Standard	Significado
IV. Processos de suporte	10. Sistema da Qualidade	S_85#	São avaliados periodicamente os resultados dos objetivos fixados no contrato-programa e demais objetivos.
		S_86#	O Departamento estabelece procedimentos seguros para a identificação dos utentes e aplica-os sistematicamente antes da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.
		S_87#	O Departamento leva a cabo as ações específicas para evitar os acontecimentos potencialmente adversos.
		S_88#	O Departamento regista e analisa os incidentes relacionados com acontecimentos adversos reais ou potenciais e põe em marcha as ações oportunas para prevenir o seu reaparecimento.
		S_89#	O Departamento fornece informação a utentes e familiares sobre riscos potenciais, utilização segura de dispositivos médicos e controlo da infeção.
		S_90#	Está estabelecido e é cumprido um procedimento de controlo de prazos de validade e condições de armazenamento e manuseamento dos dispositivos médicos e material clínico utilizados.
V. RESULTADOS	11. Resultados do Departamento	S_91#	Existe um sistema de monitorização dos resultados assistenciais.
		S_92#	É realizado um acompanhamento periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para o Departamento.

III. Os profissionais	II. Organização da atividade centrada no utente							
	7. Profissionais, desenvolvimento	6. Direção do Departamento	5. Atividades de Promoção da Saúde e Programas de Saúde				4. Gestão de Planos e Processos Assistenciais	
S_31#	S_29#	S_28#	S_27#	S_26#	S_24#	S_23#	S_22#	S_21#
S_31#	S_29# S_30#	S_28#	S_27#	S_26#	S_25# S_24# S_23#	S_22#	S_21#	

IV. Processos de	Dimensão	Bloco	8. Estrutu	Implementação			Manutenção		
				Standards considerados Mais Fáceis	Standards considerados Moderados	Standards considerados Mais difíceis	Standards considerados Mais Fáceis	Standards considerados Moderados	Standards considerados Mais difíceis
			S_33# S_35# S_36#	S_42#			S_32# S_34# S_35#	S_33#	

	S_37#			S_36#			
	S_40#			S_37#			
	S_43#			S_39#			
	S_44#			S_40#			
	S_46#			S_43#			
	S_47#			S_44#			
	S_48#			S_45#			
	S_49#			S_47#			
	S_50#			S_48#			
	S_51#			S_49#			
	S_52#			S_50#			
	S_53#			S_51#			
	S_54#			S_52#			
	S_55#			S_53#			
	S_56#			S_54#			S_42#
	S_57#			S_55#			
	S_58#			S_56#			
	S_59#			S_57#			
	S_60#			S_58#			
	S_61#			S_59#			
	S_62#			S_60#			
	S_63#			S_61#			
	S_64#			S_62#			
	S_65#			S_63#			
	S_66#			S_64#			
	S_67#			S_65#			
	S_69#			S_66#			
	S_70#			S_67#			
	S_71#			S_68#			
	S_72#			S_69#			
	S_73#			S_70#			
S_74#	S_71#						
S_75#	S_72#						
S_76#	S_73#						
	S_74#						
	S_75#						
	S_76#						

V. Resultados		IV. Processos de suporte					Dimensão			
							Bloco		Implementação	
11. Resultados do Departamento	S_92#	10. Sistema da Qualidade	S_90#	S_88#	S_87#	S_86#	S_83#	9. Sistemas e tecnologias da informação e	S_77#	Standards considerados Mais Fáceis
								S_79#	Standards considerados Moderados	
	S_91#		S_85#					S_81#	Standards considerados Mais difíceis	
								S_82#		
								S_81#		
								S_79#		
								S_77#		
	S_92#		S_90#	S_88#	S_87#	S_86#	S_83#	S_82#	Standards considerados Mais Fáceis	
								S_78#	Standards considerados Moderados	
									Standards considerados Mais difíceis	

