

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Impacto da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade
em Unidades de Saúde – Estudo de Caso Numa Unidade de Saúde**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Oloiva Maria Tavira da Silva e Sousa

Orientadores

Professora Doutora Carla Susana Marques

Professor Doutor António Henrique Machado Capelas



Vila Real, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Impacto da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade
em Unidades de Saúde – Estudo de Caso Numa Unidade de Saúde**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Oloiva Maria Tavira da Silva e Sousa

Orientadores

Professora Doutora Carla Susana Marques

Professor Doutor António Henrique Machado Capelas

Composição do Júri:

Presidente do júri: Professora Doutora Maria José de Matos Rainho

Vogal (Arguente): Professora Doutora Marisa José Roriz Ferreira

Vogal (Orientador): Professora Doutora Carla Susana da Encarnação Marques

Vila Real, 2018

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“... O conhecimento faz homens sábios e a humildade
faz grandes homens”.

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Agradeço especialmente a Deus, por ser uma pessoa muito importante na minha vida e dedico este trabalho ao meu marido, às minhas filhas, à minha mãe Lúcia Tavira, à minha sogra, aos meus irmãos, ao Dr. Júlio Bessa, à Dr.^a Ângela Bessa, à minha tia Madalena Tavira, ao meu tio Neto e ao Dr. José Mendes Ribeiro.

Os meus agradecimentos vão também para a Professora Doutora Carla Susana Marques, pela sua contribuição na elaboração e realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor António Henrique Machado Capelas, pelo tempo dispensado durante a elaboração e concretização desta dissertação.

À minha amiga, Dr.^a Ana Olinda dos Santos, Diretora do Gabinete da Qualidade da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, que também muito contribuiu para a concretização deste trabalho.

À Dona Teresa Carvalho, pela ajuda na revisão e formatação da dissertação.

À Dr.^a Raquel Cadilhe Pereira, Consultora da Qualidade no Hospital de São João.

Acredito que este sentimento de gratidão ficará marcado e jamais será esquecido.

A todos, o meu muito obrigada!

Resumo

Os serviços de saúde e os profissionais de saúde, para melhorar e garantir a qualidade dos serviços, precisam de ferramentas de gestão para atingir resultados satisfatórios.

Assim, o presente trabalho teve como finalidade estudar a Impacto da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), EPE, unidades hospitalares de Mirandela, Macedo de Cavaleiros e Bragança.

A razão da escolha destas unidades teve como base o SGQ e no modelo de acreditação, i.e., o *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), implementado nas unidades de Mirandela no ano de 2003 até 2015 e nas unidades de Bragança e Macedo de Cavaleiros do ano de 2006 até ao ano de 2015. Também se escolheu este tema por ser atual e muito importante para o crescimento das organizações e profissionais de saúde.

O estudo foi feito através de uma pesquisa exploratória, recorrendo a uma revisão de literatura e à aplicação de questionários adaptado à estrutura organizacional da ULSNE, EPE. E para entender o Impacto da Implementação do SGQ na ULSNE, aplicou-se a metodologia quantitativa e o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) para tratamento dos dados.

O estudo teve uma amostra de 100 questionários respondidos, representando 7,98% do total de colaboradores da ULSNE, EPE, i.e., 1 252 colaboradores. A falta de disponibilidade dos colaboradores é indicada como motivo da reduzida amostra.

A amostra reduzida e o longo tempo de resposta aos questionários (cinco meses), são apontadas como limitações do estudo. Como proposta aos próximos estudos, sugere-se: i) a continuação da pesquisa deste tema com uma amostra maior; ii) estudar o mesmo tema com questionários direcionados aos clientes e não aos colaboradores; iii) o uso da pesquisa mista como futuras investigações; e iv) uso do tema para complemento de outros trabalhos científicos.

Este trabalho contribui para o corpo de conhecimento da Gestão de Serviços de Saúde porque mostra, através da investigação científica, como a atitude dos profissionais contribui para o impacto da implementação do SGQ baseado no modelo de acreditação CHKS e como, na perspetiva dos colaboradores, o SGQ contribui para o reconhecimento social e político da

organização, para os trabalhos dos profissionais de saúde, para o melhor cuidado aos doentes e para a satisfação do doente/cliente.

E como principais resultados destacamos os seguintes: i) O impacto da implementação do SGQ na unidade de saúde; ii) *a perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação* por parte dos colaboradores é positiva; iii) relativamente à relação entre a idade dos participantes e a *Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação*, verificou-se uma correlação mais positiva e significativa ($r = .296$; $p \leq .05$); e iv) quando comparados os colaboradores do sexo feminino e do sexo masculino, relativamente à *perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação*, verifica-se que não existem diferenças significativas em função do sexo.

Desta forma, podemos concluir que a implementação do SGQ na ULSNE, EPE, resultou numa atitude e perspetiva positiva dos profissionais de saúde que trabalham nas organizações estudadas.

Palavras-chave: Sistema de Gestão da Qualidade, Programas de Acreditação, *Caspe Healthcare Knowledge System*, Impacto, Implementação, Atitude, Perspetiva, Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Abstract

Health services and health professionals, to improve and ensure the quality of services, need management tools to achieve satisfactory results.

Thus, the present study aimed to study the Impact of the Implementation of the Quality Management System (QMS) at the Local Health Unit of the Northeast (ULSNE), EPE, hospitals of Mirandela, Macedo de Cavaleiros and Bragança.

The reason for choosing these units was based on the QMS and the accreditation model, ie, Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), implemented in the units of Mirandela in the year 2003 to 2015 and in the units of Bragança and Macedo de Cavaleiros of the year from 2006 to the year 2015. We also chose this theme as it is current and very important for the growth of health organizations and professionals.

The study was done through an exploratory research, using a literature review and the application of questionnaires adapted to the organizational structure of ULSNE, EPE. And to understand the Impact of QMS Implementation at ULSNE, we applied the quantitative methodology and the Statistical Package for Social Science (SPSS) software for data processing.

The study had a sample of 100 questionnaires answered, representing 7.98% of the total employees of ULSNE, EPE, i.e., 1,252 employees. The lack of availability of employees is indicated as the reason for the reduced sample.

The reduced sample and the long questionnaire response time (five months) are indicated as limitations of the study. As proposed to the next studies, it is suggested: i) the continuation of the research of this theme with a larger sample; ii) to study the same subject with questionnaires addressed to customers and not to employees; iii) the use of mixed research as future research; and iv) use of the theme to complement other scientific works.

This work contributes to Health Service Management's body of knowledge because it shows through scientific research how the attitude of professionals contributes to the impact of the implementation of the QMS based on the CHKS accreditation model and how, from the perspective of employees, the SGQ contributes to the social and political recognition of the

organization, to the work of health professionals, to better patient care and patient / client satisfaction.

The main results are: i) The impact of the implementation of the QMS in the health unit; ii) the perspective and attitude towards quality and accreditation by employees is positive; iii) with respect to the relationship between the participants' age and the Perspective and attitude towards quality and accreditation, a more positive and significant correlation was verified ($r = .296$; $p \leq .05$); and (iv) when female and male employees are compared, with regard to the attitude and attitude towards quality and accreditation, it is verified that there are no significant differences according to sex.

In this way, we can conclude that the implementation of the QMS in ULSNE, EPE, resulted in a positive attitude and perspective of health professionals working in the organizations studied.

Keywords: Quality Management System, Accreditation Programs, Caspe Healthcare Knowledge Systems, Impact, Implementation, Attitude, Perspective, Local Health Unit of the Northeast, EPE.

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Tabelas	xv
Lista de Figuras	xvii
Listas de Abreviaturas e Siglas	xxi
1. INTRODUÇÃO - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1.1. Qualidade no setor da saúde, conceito, história e evolução	2
1.1.1 Conceito de qualidade.....	2
1.1.2. História e evolução da qualidade	2
1.1.3. Qualidade dos serviços de saúde e os recursos financeiros	6
1.2. Sistemas de gestão da qualidade	6
1.2.1. Sistemas de gestão da qualidade e as auditorias clínicas	7
1.3. Realização de auditorias clínicas efetuadas nos serviços de saúde	8
1.4. Segurança do doente	8
1.5. Finalidade da implementação dos sistemas de gestão da qualidade nas organizações de saúde e nos trabalhos dos profissionais de saúde.....	10
1.6. Objetivos das políticas da qualidade nos serviços de saúde.....	11
1.7. Manuais da qualidade dos serviços de saúde	12
1.8. Acreditação e certificação na área da saúde, aspetos gerais.....	12
1.8.1. Programa de acreditação CHKS	17
1.8.2. Perspetiva e atitude dos profissionais face à qualidade e acreditação, principais considerações	18
1.8.2.1. Na ótica dos profissionais de enfermagem	19
1.8.2.2. Na ótica dos técnicos de diagnósticos	22
1.8.2.3. Na ótica dos médicos	23
1.8.3. Não conformidade em auditoria face a acreditação em saúde	23
1.8.4. Vantagens dos programas de acreditação	24
1.8.5. Desvantagens dos programas de acreditação	26
1.8.6. Indicadores da qualidade e outras experiências para acreditação	27
1.9. Justificação do tema	30
2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	31
2.1 Modelo de análise	33

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	35
3.1. População-alvo.....	35
3.1.1. As unidades hospitalares da ULSNE EPE	35
3.1.1.1. <i>Informações da organização</i>	35
3.1.1.2. <i>Recursos humanos</i>	36
3.1.1.3. <i>Qualidade na ULSNE, EPE</i>	37
3.1.1.4. <i>Acreditação na ULSNE, EPE</i>	38
3.1.2. Técnicas de recolha e tratamento da informação	39
3.1.3. Aplicação dos questionários	40
3.1.4. Questões de ética	42
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
4.1. Introdução.....	43
4.2. Caracterização dos participantes no estudo.....	43
4.3. Análise da variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”.....	47
4.4. Análise da variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)	58
4.5. Análise da segunda dimensão da questão “Relação com o sistema de gestão da qualidade”	64
4.6. Análise da dimensão “Balanço Global (Profissionais de todos os serviços) ”	68
5. CONCLUSÃO.....	71
6. BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS.....	79
Anexo 1 – Autorização para utilização do questionário	81
Anexo 2 – Estrutura do questionário usado na pesquisa de estudo.....	83
Anexo 3 – Autorização para a realização do estudo na ULSNE, EPE.....	87
Anexo 4 – Gráficos	89

Lista de Tabelas

Tabela 1: Número de colaboradores da parte hospitalar da ULSNE, EPE	36
Tabela 2: Colaboradores por departamento e serviço da ULSNE, EPE.....	41
Tabela 3: Estatísticas descritivas da idade dos participantes, tempo de exercício na profissão e tempo de trabalho no serviço atual.....	43
Tabela 4: Estatísticas descritivas da variável: “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”	47
Tabela 5: Teste de correlação de <i>Pearson</i> entre a idade e a “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”	49
Tabela 6: Valores médios e desvio-padrão da variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”	49
Tabela 7: Estatísticas descritivas da variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade” (serviços acreditados/em acreditação)	59
Tabela 8: Valores médios e desvios-padrão na variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)” em função do sexo.....	60

Lista de Figuras

Figura 1: Principais homens que trabalharam em prol da qualidade	2
Figura 2: Evolução da qualidade.....	3
Figura 3: Percurso da qualidade na área da saúde.....	4
Figura 4: Fases da qualidade do produto.....	4
Figura 5: Ferramentas da qualidade	5
Figura 6: As sete novas ferramentas da qualidade	5
Figura 7: Homens que contribuíram para a evolução dos programas de acreditação nos hospitais	14
Figura 8: Evolução dos programas de acreditação nos hospitais	16
Figura 9: Indicadores hospitalares de qualidade	29
Figura 10: Modelo de análise de estudo.....	33
Figura 11: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE e serviços.....	36
Figura 12: Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE abrangência sistema da qualidade	37
Figura 13: Organograma da qualidade.....	38
Figura 14: Sexo dos participantes no estudo.....	44
Figura 15: Unidade de serviço de pertença dos participantes no estudo.....	44
Figura 16: Categoria profissional dos participantes no estudo	45
Figura 17: Habilitações literárias dos participantes no estudo.....	45
Figura 18: Respostas dos colaboradores à questão: “Tem experiências no âmbito da qualidade (que não a atual, caso o seu serviço já seja acreditado ou esteja em processo de acreditação)	46
Figura 19: Respostas dos participantes na questão “Participação na construção do sistema de gestão da qualidade deste serviço”	47
Figura 20: Distribuição na variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”: Histograma com curva de normalidade de distribuição.....	48
Figura 21: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.3: “A acreditação é importante para o reconhecimento social/político do serviço”	50
Figura 22: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.5: “O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para auditorias, mas que não é aplicado diariamente”	52
Figura 23: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.6: “A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda ao trabalho dos profissionais”	52
Figura 24: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.7: “Estar acreditado significa prestar melhores cuidados ao doente”	53

Figura 25: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.9: “A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto”	54
Figura 26: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.10: “A acreditação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal”	55
Figura 27: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.12: “A acreditação da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes”	56
Figura 28: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.13: “Quando acreditados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes”	56
Figura 29: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.16: “Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários”	58
Figura 30: Distribuição na variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)”: Histograma com curva de normalidade de distribuição	59
Figura 31: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.1: “Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é acreditado/está em processo de acreditação”	61
Figura 32: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.2: “Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito”	61
Figura 33: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.5: “Conheço o manual da qualidade do serviço”	62
Figura 34: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.6: “Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço”	62
Figura 35: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.8: “Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções”	63
Figura 36: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.10: “Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias”	63
Figura 37: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.1: “Como classifica o seu atual nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação?”	64
Figura 38: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.2: “Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço?”	65
Figura 39: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.3: “Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?”	66
Figura 40: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.4: “Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?”	66

Figura 41: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?"	67
Figura 42: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão da qualidade implementado neste serviço?"	67
Figura 43: Distribuição das respostas dos participantes na questão F1: “Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade”	68
Figura 44: Distribuição das respostas dos participantes na questão F3: “Aprecie o balanço global que faz relativamente à acreditação”	69

Listas de Abreviaturas e Siglas

AAS - American Academy of Sleep

ACeS - Agrupamentos de Centro de Saúde

ACSA - Agência de Calidad Sanitária de Andalucía

ARIS - *Architecture of Integrated Information System*

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

DGS - Direção-Geral da Saúde

EFQM - European Foundation for Quality Management

EPE - Entidade Pública Empresarial

HQS - Health Quality Service

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPAC - Instituto Português Acreditação

IPQ - Instituto Português da Qualidade

IQIP - *International Quality Indicator Project*

ISO - International Organization for Standardization

ISQua - International Society for Quality in Health Care

JCAHCO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JCI - Joint Commission International

KFHQS - *King's Fund Health Quality Service*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SGQ - Sistema(s) de Gestão da Qualidade

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, as organizações de saúde enfrentam muitos desafios relacionados com: i) reconhecimento social e político dos serviços; ii) segurança do doente; iii) a satisfação dos doentes/clientes; iv) aumento da produtividade; v) aumento da comunicação interna, externa; e vi) a obtenção de resultados nos serviços de saúde.

E para ultrapassar estes desafios, as organizações de saúde implementam nos seus serviços os Sistema(s) de Gestão da Qualidade (SGQ) baseados em modelos de acreditações que permitam aprimorar os seus processos de trabalho e obter maior controlo da qualidade dos serviços (Despacho nº 18226/2009, de 06 de agosto).

O sistema de saúde português, para cumprir as metas internacionais exigidas relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde a prestar aos utentes, por Despacho nº 18226/2009, de 06 de agosto, exigiu às organizações de saúde a implementação dos SGQ.

Os SGQ, quando estão acreditados, proporcionam às organizações melhores resultados, ajudam no trabalho dos profissionais de saúde e também auxiliam na resolução de problemas.

Os sistemas de acreditação não têm obrigatoriedade legal, mas são por iniciativa da organização para apoiar nos cuidados de saúde.

Assim, as organizações de saúde marcam o seu compromisso com a satisfação do doente/cliente e com a qualidade dos cuidados de saúde através do SGQ, baseados nos programas de acreditação. Existem muitos modelos direcionados aos melhores cuidados de saúde, como: i) CHKS; ii) Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO); iii) European Foundation for Quality Management (EFQM), iv) Calidad Sanitaria de Andalucía (CSA), entre outros. E dentre os vários modelos de certificação, podemos mencionar a International Organization for Standardization (ISO) 9001.

Deste modo, os modelos de acreditação implementados nas organizações saúde podem garantir nos serviços os seguintes benefícios: i) a melhoria contínua dos processos de qualidade; ii) a segurança do doente.

Para se alcançar estes benefícios, as organizações de saúde solicitam os serviços de acreditação a entidades independentes credenciadas, para acreditarem determinados serviços dentro da organização e estas entidades efetuam auditorias que consistem na inspeção dos

trabalhos dos profissionais de saúde. Estas auditorias têm como finalidade ajudar nos trabalhos dos profissionais de saúde para evitar não conformidades nos serviços de saúde.

Neste contexto, o nosso trabalho vai apenas aprofundar o modelo de acreditação CHKS.

1.1. Qualidade no setor da saúde, conceito, história e evolução

1.1.1 Conceito de qualidade

A qualidade é definida como um conjunto de ações contínuas de relações em que se faz avaliação e se preenche uma necessidade considerada implícita (qualitydigest, 2018).

1.1.2. História e evolução da qualidade

A preocupação com a qualidade de bens e serviços não é recente. Até aos dias de hoje, a história da qualidade percorreu um longo caminho e foi aprimorada por diversas vezes.



Figura 1: Principais homens que trabalharam em prol da qualidade

(Adaptado de António, Teixeira & Rosa, 2016)

Anteriormente, a qualidade estava mais direcionada para o processo de produção, mas com o tempo passou a fazer parte dos instrumentos das organizações e alargou-se a vários sectores, da saúde, da economia, da educação, entre outros.

Na área da saúde ocorreram grandes avanços que contribuíram para o aumento da qualidade nos serviços de saúde. Dentre os vários avanços, podemos destacar: i) uso de aparelhos de raio x; ii) melhoria nos procedimentos de cirurgia como transplante de órgãos; iii) inclusão de substâncias naturais e químicas nos tratamentos como foi o caso dos antibióticos; iv) diminuição da dor pela introdução de drogas lícitas como, por exemplo, a anestesia; v) introdução de hormonas nos tratamentos de saúde propriamente a insulina; vi) introdução de medicamentos para tratar infeções como é o caso da sulfonamida; vii) o uso de substâncias que o organismo não produz mas que são importantes para a saúde, como é caso das vitaminas (Rebello, 2010).

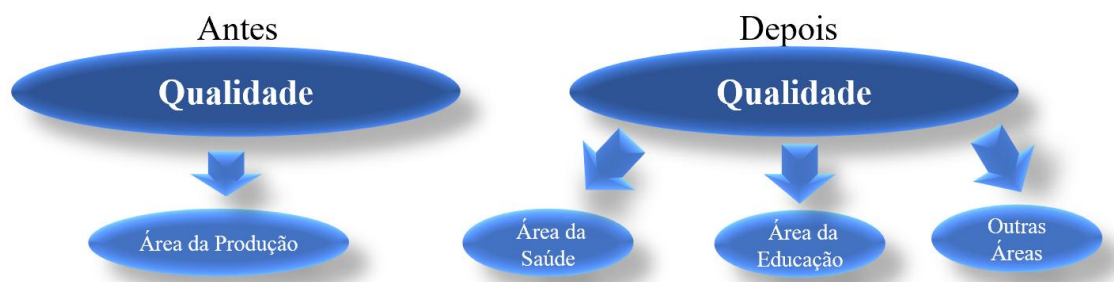


Figura 2: Evolução da qualidade

(Adaptado de Nascimento et al., 2013)

O conceito de saúde e qualidade de saúde era muito diferente do que é hoje. No império romano, as verbas públicas tinham como finalidade construir hospitais para atender toda população pobre. As escolas passaram a pesquisar mais profundamente sobre as medidas de prevenção das doenças, estudar as doenças e os resultados foram acompanhados pelo governo da república de Veneza. Os sacerdotes prestavam assistência ao doente, o cirurgião e o barbeiro realizavam operações e o médico comunicava a morte (Rebello, 2010).

No século XIX, assiste-se um grande progresso nos meios tecnológicos, nas ciências médicas e no setor industrial, provocando transformação na saúde e trazendo também bons resultados na área da saúde relacionado com aumento da qualidade (Rebello, 2010).

No século XX, a saúde continuou a ganhar mais destaque porque passou a estar associada ao progresso económico. Por isso, os governos passaram a criar leis de carácter protetor e social para todas as pessoas. Foram criadas leis de proteção e bem-estar das crianças, as doenças passaram a ser fortemente consideradas e criaram-se formas de erradicá-las (Rebello, 2010).

O avanço na medicina, o progresso tecnológico e a proteção social muito tem contribuído para a qualidade da saúde.

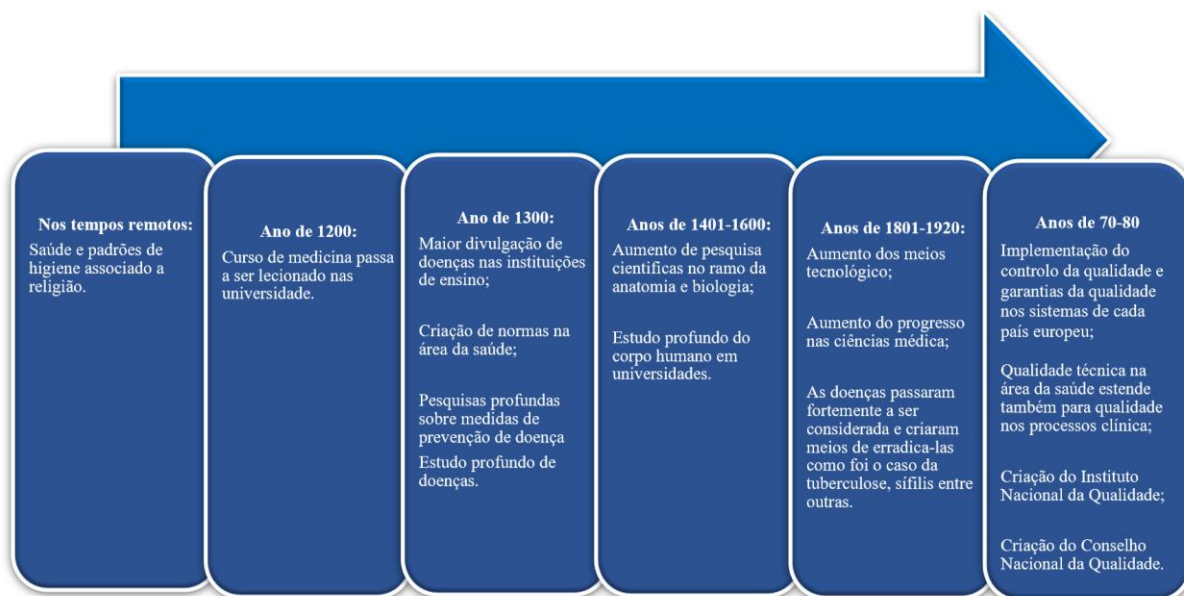


Figura 3: Percurso da qualidade na área da saúde

(Adaptado de Pisco & Biscaia, 2001; Rebello 2010; Serapioni, 2009).

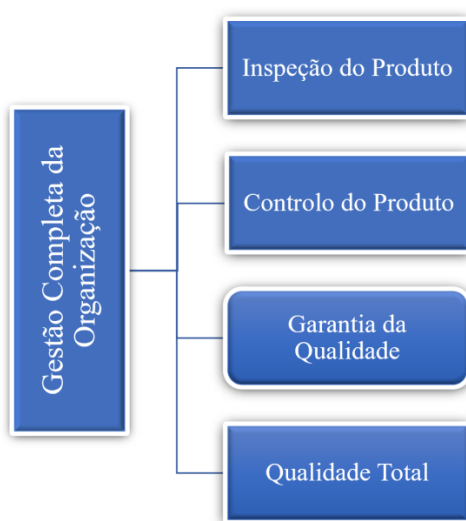


Figura 4: Fases da qualidade do produto

(Adaptado de Pires, 2012)

As ferramentas da qualidade são técnicas estatísticas importantes direcionadas à qualidade e contribuem muito para se alcançar um determinado objetivo. Estas técnicas permitem registar uma série de acontecimentos e atividades, decisões e fases úteis para haver melhorias nos processos de uma organização (António, Teixeira & Rosa, 2016).



Figura 5: Ferramentas da qualidade

(Adaptado de António et al., 2016)

As sete novas ferramentas da qualidade têm como objetivo aumentar a qualidade e prover soluções globais nos processos das organizações. Cada ferramenta tem a sua finalidade. Existem ferramentas destinadas à preparação de dados qualitativos baseados em opiniões, ideias, factos, e outras estão destinadas a dados quantitativos (António et al., 2016).



Figura 6: As sete novas ferramentas da qualidade

(Adaptado de António et al., 2016)

1.1.3. Qualidade dos serviços de saúde e os recursos financeiros

Os hospitais implementam projetos de qualidade que acarreta muitos gastos resultantes da assistência médica. Assim, os governos de muitos países estão empenhados em estimular a competitividade entre os hospitais, de forma a diminuir os gastos com estas organizações de saúde (Júnior & Vieira, 2002).

Para Feigenbaum (1985), os resultados da qualidade estão estritamente ligados com: i) a componente financeira; ii) a gestão; iii) os recursos humanos; iv) os meios; v) os procedimentos; e vi) os equipamentos.

1.2. Sistemas de gestão da qualidade

Atualmente, muitas organizações vêm os SGQ como uma ferramenta de gestão, que ajuda as empresas a obter melhores resultados e a melhor se posicionarem no mercado.

Assim, para terem êxito logo no início da sua atividade, as organizações traçam estratégias de atuação. Uma dessas estratégias passa pela implementação de um SGQ.

Este sistema de gestão não é muito fácil de ser implementado, por isso, as organizações começam por desenhar uma arquitetura que se apoia na elaboração dos seus processos, como é o caso da arquitetura *BP- Quality*, direcionada a sistemas de informação integrada na *Architecture of Integrated Information System (ARIS)* (Georges, 2016).

Desta forma, na visão de Georges (2016), os SGQ seguem os seguintes passos:

- Controlo da documentação;
- Análise dos processos;
- Registo da documentação;
- Definição das hierarquias;
- Atribuição de tarefas a todos na organização;
- Coerência e interpelação dos processos;
- Competência e habilidades dos funcionários;
- Atribuição de responsabilidades aos funcionários;
- Acompanhamento dos processos;

- Uso de gráficos que representam as etapas a seguir (fluxogramas).

Na perspetiva de Pires (2012), os SGQ são compostos pelo manual de qualidade, manual de procedimentos e planos de qualidade. Estes SGQ, quando bem implementados, resultam em melhor satisfação dos clientes e previnem erros graves na organização (Sousa, Machado-Taylor & Rocha, 2016).

1.2.1. Sistemas de gestão da qualidade e as auditorias clínicas

Para que a qualidade perdure, é necessário manter-se um controlo de qualidade rigoroso no SGQ. E este controlo de qualidade é acompanhado por normas, por dados estatísticos que sirvam de ferramentas para a administração da organização (Feigenbaum, 1985).

O Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio, prevê que as inspeções, as acreditações e as certificações em hospitais promovem a qualidade no setor da saúde. Por isso, é importante que se realizem auditorias clínicas porque elas possibilitam o aumento da qualidade dos serviços clínicos oferecidos pelas unidades de saúde¹.

E de forma a garantir o aumento da qualidade dos serviços clínicos nas organizações de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Direção-Geral da Saúde (DGS), em cooperação com a Ordem dos Médicos, no ano de 2012, efetuou 279 auditorias externas realizadas por médicos habilitados.

Resultante destas medidas, no ano de 2013, nos serviços de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, em 860 áreas deste tipo de serviços foram realizadas auditorias internas às normas clínicas.

Quanto à área de transmissão segura de informações, a transição nos momentos de cuidados, efetuou-se 329 auditorias internas às normas clínicas e nos serviços de cirurgia 1 861 auditorias internas às normas clínicas foram realizadas.

Os dados supracitados são significativos porque mostram a adesão dos serviços clínicos às boas práticas clínicas¹.

¹ dgs.pt, 2017

1.3. Realização de auditorias clínicas efetuadas nos serviços de saúde

As auditorias clínicas tiveram o seu início nos Estados Unidos e depois estenderam-se para o Reino Unido. Estas auditorias estavam concentradas em provas técnico-científicas e Lembeck é considerado o mentor deste tipo de práticas (Sousa, 2010).

Todos os médicos treinados para a realização de auditorias clínicas devem estar devidamente preparados, de forma a avaliar as normas clínicas. Estes passam por duas etapas de treinamento, designadas por: i) preparação e teste, que implica análise e teste em unidades de saúde e análise e teste de avaliação dos procedimentos a auditar; ii) treinamento e concretização da aplicação da norma, que inclui verificação das normas clínicas, relatórios de auditoria bem como entrega de uma cópia às unidades auditadas (Diniz & Beleza, 2013).

Estas medidas na área da saúde encontram-se no acordo estabelecido no dia 05 de setembro de 2011, entre a DGS e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que visa aumentar a qualidade do sistema de saúde através do acompanhamento e elaboração de normas clínicas e treinar médicos para desenvolverem serviços de auditorias clínicas (Diniz & Beleza, 2013).

A gestão do sistema de auditorias clínicas, as normas e os procedimentos técnicos, bem como o seu acompanhamento para a sua execução, são da responsabilidade do Departamento da Qualidade na Saúde e da Divisão da Gestão da Qualidade, competências que estão consagradas no Despacho n.º 7763/2012, de 05 de junho.

Todos os anos, as técnicas variam com objetivos de abranger mais serviços, tais como: i) as prescrições médicas; ii) as terapêuticas de certas doenças; e iii) os meios de diagnóstico complementar².

1.4. Segurança do doente

O doente é o centro das atenções, por isso, é muito importante que os erros relacionados com as práticas clínicas sejam registados. E estas ações visam a prevenção nos próximos cuidados de saúde (Lage, 2010).

² dgs.pt

Na abordagem de Lage (2010), a garantia da segurança no doente passa por ações de formação e informação na classe médica, no espírito de equipa, na inspeção dos serviços clínicos e no aumento do domínio nas técnicas dos serviços de saúde.

A autora salienta, ainda, que para se evitar erros, é muito importante que se saia da teoria para a prática, ou seja, as normas clínicas vigentes na lei devem ser aplicadas na realidade de forma a criar mudança. O erro deve ser visto como prejudicial para o doente, por isso, deve-se impulsionar as práticas clínicas relacionadas com a segurança do doente e também reforçar os fatores que ajudam a evitar erros (Lage, 2010).

Segundo esta autora, todos os programas criados para prevenção de risco ao doente devem ser sempre considerados como: processos revistos, “*trigger*”, informação de acidentes e inspeção, pois são ferramentas para melhoria do doente.

A segurança do doente tem sido uma prioridade nos últimos anos, por isso, os organismos internacionais e nacionais têm-na incluído como assunto urgente nas suas agendas de trabalho³.

Na perspetiva de Sousa (2013), é muito importante ter-se um conhecimento da organização de forma a identificar as suas debilidades, de forma a evitar o risco ao doente.

O uso de *bundles* é muito importante porque é uma metodologia que visa o controlo, a gestão do tempo de “inserção”, a formação de equipas e, acima de tudo, a segurança do doente, e ajuda também a diminuir o risco de infeções (Brachine, Peterlini & Pedreira, 2012).

O Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, sob coordenação da DGS e do Departamento da Qualidade na Saúde, está direcionado à segurança e proteção do doente, prevendo medidas que evitam acidentes em cuidados de saúde.

Assim, para a segurança do doente, é muito importante considerar e aplicar medidas relacionadas com: i) sistema de identificação do doente; ii) realização de operações com pouco risco; iii) auditorias clínicas; iv) diminuição de infeções; v) Aumento da segurança na utilização da medicação; vi) assegurar a identificação inequívoca dos doentes; vii) prevenir a ocorrência de quedas; viii) prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; ix) assegurar a

³ who.int

prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e x) prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos⁴.

Todos os gestores de unidades de saúde e pessoal clínico, para garantir a proteção dos doentes, são aconselhados a orientar-se pelo Plano Nacional para Segurança dos Doentes e esta medida está enquadrada na Estratégia Nacional do Ministério da Saúde (MS) para aumento da qualidade de saúde⁴.

As unidades de saúde que prestam serviços em tratamento de saúde devem obedecer aos requisitos de cumprimento de prazos, aplicação das boas práticas estabelecidas aos cuidados de saúde e pôr em prática os meios orientados que visam o melhoramento dos serviços de saúde⁴.

A normas clínicas de saúde preveem e obrigam todas unidades de saúde, quer sejam públicas ou privadas, a garantir e incrementar as medidas de proteção nos serviços de cirurgia; nos fármacos; evitar acidentes; evitar e ter maior controlo das infeções; ter boa comunicação nos serviços; implementar meios de proteção internamente e registar corretamente o doente (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

1.5. Finalidade da implementação dos sistemas de gestão da qualidade nas organizações de saúde e nos trabalhos dos profissionais de saúde

A implementação dos SGQ tem como objetivo auxiliar as organizações de saúde e os trabalhos dos profissionais de saúde.

Por isso, o MS criou o Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio, que prevê a estratégia para a qualidade na saúde de 2015-2020. Como o próprio nome indica, esta estratégia tem como objetivo aumentar a qualidade no setor da saúde.

Neste contexto, esta ação do governo relacionada com o aumento da qualidade do ponto de vista estrutural e clínico, estende-se a todo o setor da saúde, público ou privado, e visa o seguinte: i) aumentar a qualidade dos serviços através da investigação clínica; ii) incentivar e divulgar as normas e procedimentos clínicos; iii) auditar continuamente as unidades de saúde que prestam assistência médica; iv) garantir que todos serviços de saúde sejam de qualidade, incluindo também os fármacos; v) promover cuidados de saúde mais alargados em todas as

⁴ <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>

etapas; vi) implementar práticas clínicas aplicadas através de procedimentos e técnicas que estejam em harmonia com as normas orientadas pelo órgão competente (Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio).

Na visão de Manzo, Brito e Corrêa (2012), na gestão da qualidade existe uma diferença muito grande entre resultados alcançados e resultados esperados, e isto pode ser ultrapassado com a implementação de um SGQ.

1.6. Objetivos das políticas da qualidade nos serviços de saúde

Na visão de Sousa et al. 2016, a qualidade nos serviços de saúde ocorre quando se aplicam os melhores métodos e práticas clínicas nos tratamentos de saúde e quando se seguem os princípios recomendados.

Assim, a gestão da qualidade passou a ser mais aplicada com o objetivo de melhorar cada vez mais os serviços de todas áreas funcionais, incluindo os serviços clínicos (Matos et al., 2006).

E para haver melhoria na qualidade clínica dos serviços, a DGS recomenda o seguinte: i) analisar e inspecionar os fármacos e os tratamentos clínicos; ii) aplicar processos que resultam em qualidade; iii) examinar continuamente a assistência clínica; iv) manter a segurança do doente; v) examinar com regularidade os instrumentos de qualidade e proteção relacionados com os cuidados de saúde; vi) inspecionar as indicações de medicamentos e medidas médicas com respeito á qualidade; vii) garantir os melhores instrumentos de diagnóstico⁵.

Assim sendo, a introdução de instrumentos de medida nos serviços, bem como a vigilância nas falhas dos cuidados de saúde para evitar erros constantes, e a verificação dos resultados, são estratégias nacionais para a qualidade na saúde (Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio).

Na visão de Crisp et al. (2014), a política da qualidade nos serviços de saúde tem como finalidade estar focado na patologia e no hospital para o doente receber os melhores cuidados de saúde.

Por isso, são necessárias auditorias clínicas, internas e externas, para análise da qualidade clínica visando a proteção do doente.

⁵ dgs.pt

Uma das políticas da qualidade é a realização de auditorias clínicas, pois permite o aumento da qualidade dos serviços clínicos e também permitem que as unidades de saúde sejam avaliadas e inspecionadas (Crisp et al., 2014).

Por isso, no ano de 1999, com o objetivo de aumentar a qualidade no sistema de saúde, o governo português, através do MS e do King's Fund Health Quality Service (KFHQS) que é a base do CHKS, estabeleceu uma parceria introduzindo o programa de acreditação nos seus organismos de saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

1.7. Manuais da qualidade dos serviços de saúde

Para implementar um SGQ, as organizações devem elaborar um manual da qualidade em que conste os procedimentos da qualidade. Os responsáveis da qualidade precisam acompanhar permanentemente os processos de qualidade e também deve haver periodicamente uma revisão no manual da qualidade. Assim sendo, a aplicação do SGQ numa organização deve seguir a norma de carácter técnico ISO 9000⁶.

O documento principal do SGQ é o manual da qualidade. Neste documento consta a missão, a visão, os valores da organização, bem como as funções de cada colaborador. Este manual permite que os colaboradores que entram na organização estejam integrados e os que são transferidos estejam orientados. Este documento deve ter aprovação da direção, e também deve constar os procedimentos, as orientações de trabalho e os registos que são os documentos do SGQ (Pinto & Soares, 2010).

1.8. Acreditação e certificação na área da saúde, aspetos gerais

Os modelos de acreditação são considerados instrumentos da qualidade e são um benefício futuro (Greenfield & Braithwaite, 2008).

As acreditações destinam-se apenas às organizações, ao passo que as certificações podem ser para organizações ou pessoas, e estes processos não são de carácter obrigatório (Alkhenizan & Shaw, 2012).

O reconhecimento de certificação é feito por meio de um organismo autónomo e credenciado, que emite um parecer à organização, admitindo e aceitando as suas aptidões para exercer um

⁶ iso.org

determinado serviço, porque cumpriu com os procedimentos e os parâmetros exigidos por lei (Sousa et al., 2016).

Na visão de Bonato (2011), os programas de acreditação são compostos por três níveis: i) *nível I* - condições fundamentais baseadas na qualidade dos serviços prestados, incluindo a segurança do “cliente interno e externo” e ainda o tipo de organização; ii) *nível II* - sequência com o nível I, o cuidado do doente, a gestão dos processos, os seus registos, o manual de procedimentos operacionais, treinamento aos profissionais de saúde, indicadores de qualidade; e iii) *nível III* - acompanhamentos do nível I e II, e aumento da produtividade.

Para as organizações de saúde estarem acreditadas é necessário que sejam auditadas por uma organização independente vocacionada para a acreditação, que verifica se a organização de saúde cumpriu com os procedimentos internacionais para acreditação direcionada (Al-Qahtani et al., 2012).

Na visão destes autores, as organizações de saúde acreditadas têm melhor qualidade nos cuidados de saúde que prestam, conseguem atingir as metas estabelecidas, e os doentes são melhor tratados (Al-Qahtani et al., 2012).

Para Fildman e Cunha (2006), o processo de acreditação proporciona maior satisfação aos doentes, melhora os resultados da organização, melhora os cuidados de saúde, e aumenta o desempenho da organização. Assim, as acreditações são benéficas para todos na organização.

A motivação de acreditação varia de organização para organização. Existem organizações que consideram que o processo de acreditação não atinge a expectativa, que é um processo que leva muito tempo e é dispendioso. Há também outras organizações que vêm que, com o passar do tempo, o reconhecimento da parte dos clientes passa a diminuir. Ainda outras organizações reconhecem que os procedimentos de acreditação não são trabalhosos (Al-Qahtani et al., 2012).

Os autores Greenfield e Braithwaite (2008), mencionam que os programas de acreditação variam de país para país, e estes modelos ajudam nas tomadas de decisões, mas não são reconhecidos como um processo muito importante no aumento do desempenho da organização e no aumento da qualidade em cuidados de saúde. Antes, apontam os programas de acreditação como sendo programas não acabados.

Nas organizações de saúde, os processos de acreditação estão intrinsecamente ligados à qualidade da prestação de serviço em saúde, por isso, os gestores hospitalares encaram o programa de acreditação como uma ferramenta eficiente para a gestão, porque permite maior reconhecimento da organização, satisfação dos doentes, melhores normas e procedimentos, enfrentar melhor a competitividade entre organizações do mesmo ramo, análise direta e percetiva da qualidade e enfrentar melhor os desafios (Araújo, Figueiredo & Figueiredo, 2015).

Os autores consideram, ainda, que os países aderem aos programas de acreditação com o objetivo de abranger todas organizações, melhorar a assistência médica e a proteção do doente (Smits, Supachutikul & Mate, 2014).

Na perspetiva de Manzo et al. (2012), nos modelos de acreditação, a qualidade e a satisfação dos clientes/doentes estão estritamente relacionadas.

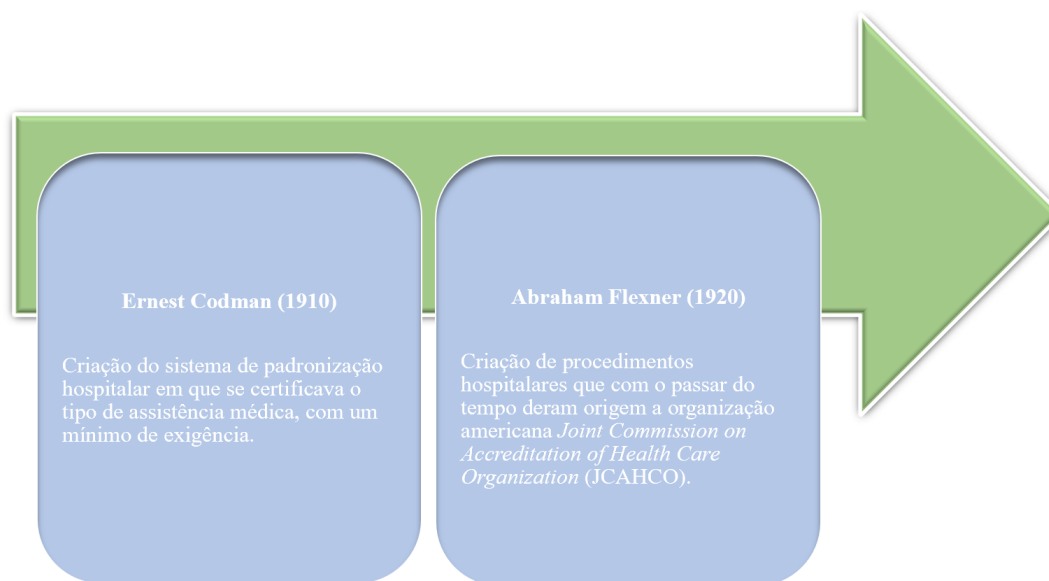


Figura 7: Homens que contribuíram para a evolução dos programas de acreditação nos hospitais

(Adaptado de Matos et al., 2006; Sousa, 2010)

Os programas de acreditação evoluíram com o tempo e foram abrangendo cada vez mais países, desenvolvidos e subdesenvolvidos (Smits et al., 2014).

Por isso, a AAS aponta as creditações como um instrumento de gestão que todos deveriam aplicar nas organizações de saúde⁷.

⁷ aas.org

Neste contexto, as acreditações e certificações de hospitais devem ser guiadas pelos modelos CHKS, Joint Commission Internacional (JCI), ACSA, EFQM e ISO 9001.

A JCI é uma organização internacional que tem como finalidade verificar se as organizações de saúde aplicam os procedimentos e normas relacionados a cuidados de saúde e proteção do doente, dando orientações de forma a atingir resultados e aumentar a qualidade dos serviços de saúde⁸.

Na visão de Donahue e van Ostenberg (2000), o objetivo de implementar este modelo JCI é alcançar bons resultados direcionados diretamente aos cuidados de saúde, à segurança do doente, educação familiar e do doente e também ao tratamento médico.

O modelo EFQM é um programa de excelência, que visa apoiar as organizações, provendo auxílio na sua gestão através de instrumentos voltados aos melhores objetivos e crescimento da organização, de forma a atingir bons resultados, tendo em conta todos os intervenientes da organização⁹.

Nabitz, Klazinga e Walburg (2000), salientam que este programa tem sido aplicado nas áreas relacionadas a tratamento médico, serviço de internamento, áreas de consultas externas, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, e também na área de reabilitação.

Quanto à ACSA, pode definir-se como o modelo de gestão hospitalar que visa controlar e incentivar o aumento dos padrões de qualidade, quer a nível das organizações de saúde, quer a nível dos profissionais de saúde, e também está concentrado na segurança do doente¹⁰.

Este programa visa estimular o melhor empenho dos profissionais de saúde, e treiná-los, para que o desempenho no trabalho aumente e se reflita em maior qualidade e resultados¹⁰.

No caso da norma ISO 9001, a gestão da qualidade serve como uma ferramenta de apoio para se obter a certificação da organização ou de um serviço. Estar certificada significa que a organização de saúde adota e aplica as normas de um SGQ, neste caso podemos dizer da norma ISO 9001.

A ISO 9001 requer, para todas organizações de saúde, antes da certificação, a implementação de um sistema de garantia da qualidade e, quando necessário, podem ser feitas alterações. A

⁸ jointcommissioninternational.org

⁹ efqm.org

¹⁰ juntadeandalucia.es

norma ISO 9000 é direcionada à gestão da qualidade para várias organizações, independentemente da sua natureza jurídica e do seu tamanho¹¹.



Figura 8: Evolução dos programas de acreditação nos hospitais

(Adaptado de França, 2000; Matos et al., 2006; Silva, 2004; Sousa, 2010)

As organizações de saúde em Portugal podem, por opção, implementar os seguintes modelos de acreditação e certificação: i) JCI; ii) CHKS; iii) EFQM; iv) ACSA; v) ISO;

Para o Instituto Português de Acreditação (IPAC), “atividade de acreditação consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade (e.g. ensaios, calibrações, certificações e inspeções)”. Este instituto, tutelado pelo Ministério da Economia, regula a atividade de acreditação em Portugal. O Decreto-Lei nº 23/2011, de 11 de fevereiro, prevê os requisitos para acreditação. O IPAC, em concordância com a instituição de Acreditação Europeia, faz avaliação técnica e de competência das organizações que trabalham em certificações e avaliação de conformidades¹².

¹¹ iso.org

¹² (ipac.pt).

A acreditação mostra que a entidade cumpre com as normas internacionais e que a sua atividade é executada seguindo os parâmetros de segurança e aptidão, e atua sob um grau desejado de técnica¹³.

1.8.1. Programa de acreditação CHKS

O sistema de acreditação CHKS tem uma longa história, que remonta a finais dos anos 80 até aos dias de hoje, e é um modelo fundado no Reino Unido. Durante muitos anos, o conceito foi sendo reestruturado com a finalidade atender aos desafios das organizações de saúde relacionadas com qualidade da saúde¹⁴.

O programa de acreditação CHKS tem duração de cinco anos e está direcionado à qualidade da saúde, à busca pela qualidade, à aplicação da realidade de cada país em relação aos procedimentos KFHQS (Pisco & Biscaia, 2001).

De acordo com estes autores, todo o tipo de modelo de sistema de gestão é seguido por caminhos ou passos para se atingir um determinado objetivo. Assim, este modelo contempla o seguinte: i) deve-se conhecer o modelo de acreditação, as suas normas e procedimentos; ii) gerir a sua aplicação incluindo as suas ferramentas; iii) análise, inspeção do programa de acreditação e informação da responsabilidade de cada instituição com o programa.

O *core business* deste modelo de acreditação abrange um leque de serviços muito importantes para garantir a qualidade de saúde nas organizações de saúde. E estes serviços ajudam a organização a atingir os resultados desejados na gestão e no atendimento ao doente; nas análises de dados e na sua interpretação; na contenção de gastos em que está envolvido o doente; na atribuição de prémios a hospitais que oferecem bons serviços de saúde¹⁴.

Informações indicam que até outubro de 2017, 11 unidades de saúde em Portugal foram certificadas e acreditadas pela CHKS¹⁴.

¹³ ipac.pt

¹⁴ chks.co.uk

1.8.2. Perspetiva e atitude dos profissionais face à qualidade e acreditação, principais considerações

Na aplicação do programa de acreditação leva-se sempre em conta as reações dos recursos humanos, as mudanças dentro da organização, a segurança e satisfação do doente, as mudanças na estrutura financeira da organização e a avaliação de procedimentos (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Na perspetiva de Greenfield e Braithwaite (2008), as reações dos técnicos de saúde à acreditação são muito variadas. A classe médica especializada encara o processo de acreditação como convincente, como uma ajuda no melhoramento de práticas clínicas, ou seja, para eles, estes programas resultam numa maior preparação dos profissionais de saúde e permitem a aquisição de mais conhecimentos.

Quanto aos órgãos sociais de uma organização, estes encaram o programa de acreditação como uma ferramenta importante na gestão, que contribui muito para a garantia da qualidade, embora seja muito dispendioso e exija muito trabalho, e também encaram o processo de trabalho muito lento.

Na visão de Alkhenizan e Saw (2012), os profissionais de saúde são críticos quanto às creditações e veem este processo como muito rigoroso e burocrático.

Mesmo assim, muitas organizações vêem o processo de acreditação como benéfico, apesar de ser desafiante para as suas organizações (Greenfield & Braithwaite, 2008). Para estes autores, os modelos de acreditação resultam nos seguintes benefícios: i) aplicação dos melhores procedimentos; ii) acesso livre a informação ligada à aplicação dos melhores cuidados de saúde; iii) melhor segurança do doente; iv) melhor gestão e espírito de equipa.

Para Al-Qahtani et al. (2012), nas organizações de saúde acreditadas, o desempenho dos profissionais de saúde é de melhor qualidade, comparativamente com organizações que não estão acreditadas, e isto também só é possível porque nas organizações acreditadas, o plano de qualidade, o reconhecimento dos profissionais e a participação dos trabalhadores são reconhecidos, o que também contribui para a aplicação de melhores práticas e técnicas de saúde.

A implementação do modelo de acreditação permite que a organização de saúde faça mudanças positivas relacionadas aos cuidados de saúde, com a gestão de equipas, com a

gestão do conhecimento e também com a gestão de pessoas e ainda com a gestão dos resultados, para que o doente seja melhor atendido. Neste processo de acreditação são elaboradas normas e procedimentos de forma a melhorar cada vez mais as práticas de saúde (Al-Qahtani et al., 2012).

Para Smits et al. (2014), os países aderem aos programas de acreditação com o objetivo de abranger todas organizações, melhorar a assistência médica e a proteção do doente. Os autores mencionam também que a melhor forma dos países subdesenvolvidos tornarem os seus sistemas de saúde apropriados e eficazes é apostar nos programas de acreditação.

Na visão de Manzo et al. (2012), o modelo de acreditação ajuda no crescimento e satisfação do trabalho dos profissionais de saúde, resultando em melhores cuidados de saúde. A acreditação também ajuda os profissionais a partilhar responsabilidades e conhecimentos.

Quanto ao autor Gozal (2013), o objetivo da implementação do programa de acreditação não deve ser económico-financeiro, mas sim de cariz humano, ou seja, de proteção do doente.

1.8.2.1. Na ótica dos profissionais de enfermagem

Os enfermeiros são profissionais muito importantes no processo de acreditação. O crescimento dos profissionais e das organizações resulta de um aprendizado permanente. Por isso, as pessoas devem aprender para estarem mais preparadas para as mudanças, incluindo os profissionais de enfermagem. Neste contexto, os que desempenham um papel de liderança devem combinar muito bem estas posições com a gestão de equipas, de forma a melhorar o atendimento ao doente e o exercício das atividades (Galvão, Sawada, Castro & Corniani, 2000).

Os supervisores da área de enfermagem, gestores da área da qualidade e técnicos de enfermagem, encaram o programa de acreditação como uma ferramenta essencial, mas também veem os programas de acreditação como muito dispendiosos quando são aplicados nas instituições de cuidados de idosos (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Para o bom atendimento nos serviços de enfermagem, é importante existir uma boa comunicação entre os profissionais, e que prevaleça o espírito de liderança nas organizações (Mendes, Trevizan, Nogueira & Hayashida, 2000).

A comunicação, o relacionamento interpessoal e o bom ambiente de trabalho contribuem muito para se atingir resultados desejados na organização (Galvão et al., 2000).

Por isso, os profissionais de enfermagem desempenham um papel muito importante no processo de acreditação, pois garantem a qualidade dos cuidados de saúde e a qualidade em assistência à saúde (Greenfield & Braithwaite, 2008).

De acordo com Matos et al. (2006), as atividades realizadas pelo especialista em enfermagem são indispensáveis para o processo de acreditação das unidades de saúde, porque quando nos serviços de enfermagem, a partilha de informação flui bem e quando todos se sentem capazes e motivados para realizar as suas tarefas, por terem bons coordenadores de enfermagem, as mudanças ocorrem, resultando em serviço com melhor qualidade. Atualmente, assiste-se a um maior desempenho e maior formação dos especialistas em enfermagem em matérias relacionadas com a administração hospitalar (Matos et al., 2006).

Na perspetiva destes autores, a profissão de enfermeiro está fortemente contextualizada com o programa de acreditação, por isso, é imperioso para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, que periodicamente se vá avaliando como os serviços são efetuados, se nestes estão a ocorrer melhorias significativas nos processos e como são alcançadas as metas.

A organização brasileira de acreditação (ONA, 2004), cit. por Matos et al. (2006), afirma que o enfermeiro tem um papel muito amplo no processo de acreditação, e muitas medidas de ação estão relacionadas com o processo de acreditação, como: i) análise e verificação contínua dos procedimentos de enfermagem ligados à assistência ao doente; ii) inspeção das normas de acompanhamento ao doente; iii) criação de parcerias que visam a realização de técnicas de procedimentos da área de enfermagem; e iv) criação de programas relacionados com o tratamento na área de enfermagem.

A área de enfermagem deve ter domínio de carácter administrativo, investigativo, de cuidados de saúde e formação, porque todas estas ações contribuem para uma melhor assistência ao doente.

Para Alkhenizan e Shaw (2012), os procedimentos da qualidade para acreditação dos hospitais variam muito entre os profissionais de saúde, devido às funções que exercem.

Ainda para estes mesmos autores, o processo de acreditação é visto por alguns profissionais de saúde como um processo muito complicado e, por isso, alguns vão mostrando resistência

às mudanças relacionadas com o processo de acreditação. Quanto aos diretores, estes vêem o processo de acreditação numa organização de saúde como uma forma de melhorar o desempenho, melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aumentar o reconhecimento da organização (Alkhenizan & Shaw, 2012).

Os autores supracitados indicam que os elementos que contribuem para a qualidade em cuidados de saúde, relacionados com os profissionais de saúde, são: i) o tempo de serviço na profissão; ii) os anos que os profissionais possuem; iii) as habitações literárias; e iv) a proveniência dos profissionais de saúde. E ainda consideram que a qualidade dos cuidados de saúde em organizações acreditadas, é melhor do que em organizações que não estão acreditadas, devido ao uso de instrumentos de gestão da qualidade.

Os enfermeiros são os especialistas que despendem a maior parte do seu tempo de trabalho a tratar dos doentes e são os que estão mais envolvidos no processo e aplicação do modelo de acreditação (Alkhenizan & Shaw, 2012).

O processo de acreditação permite que a organização, através da formação contínua dos profissionais de saúde, melhore cada vez as suas práticas clínicas ligadas aos cuidados de saúde e também permite decifrar quais serviços de saúde que precisam ser reformados. Desta forma, para que os profissionais de saúde atinjam os resultados estabelecidos, é preciso prover condições necessárias e adequadas para cumprirem com as suas tarefas, como é o caso de fornecer meios económicos, bem como motivar os recursos humanos no desempenho das suas funções (Al-Qahtani et al., 2012).

Estes autores veem os programas de acreditação nas organizações de saúde ligadas à qualidade, que mudam a maneira com que os trabalhadores desempenham as suas funções e afirmam que os modelos de acreditação e certificação trazem vantagens para as organizações.

Os enfermeiros têm um compromisso muito grande com o programa de acreditação. Eles têm a responsabilidade de, a nível das operações, fazer as coisas da melhor maneira possível e gerir os processos de forma a garantir os melhores cuidados de saúde (Matos et al., 2006).

Segundo estes autores, atualmente os enfermeiros estão cada vez mais a especializar-se em gestão com o objetivo de adquirir mais conhecimento em qualidade de saúde, e isto está a resultar em melhorias nas habilidades destes profissionais. Estas formações também têm facilitado os programas de acreditação e permitido alcançar bons resultados em qualidade na saúde.

No processo de acreditação, o enfermeiro é peça fundamental por ser o profissional que mais está envolvido nestes programas. E este processo incita a mudança na organização e aumenta a qualidade dos serviços de saúde (Matos et al., 2006).

O enfermeiro é o ator principal na temática da acreditação, porque ao longo do dia é ele o maior provedor de cuidados, conduzindo ao seu envolvimento na qualidade dos serviços (Lima & Erdmann, 2006).

Por isso, o enfermeiro deve ser detentor de habilidades, conhecimento para atingir os seus resultados, que é cuidar o doente com qualidade e aprimorar as suas funções (D'Innocenzo, Adami & Cunha, 2006).

De acordo com a abordagem de Gozal (2013), quando um profissional de saúde apresenta distúrbios de sono, influencia negativamente o exercício da sua atividade, também pode ter implicação nos cuidados de saúde e afeta a qualidade dos serviços de saúde da organização. Recomenda que os profissionais de saúde em medicina do sono, para demonstrar as suas valências devem estar credenciados na atividade que estão a exercer.

Os enfermeiros compreendem que a qualidade dos cuidados de saúde resulta dos processos de acreditação e sentem-se motivados com os modelos de acreditação nas suas organizações (Alkhenizan & Shaw, 2012).

1.8.2.2. Na ótica dos técnicos de diagnósticos

Os técnicos de diagnósticos encaram os modelos de acreditação como uma ferramenta muito interessante porque estas técnicas são mais eficazes, e trazem mais proteção e também maior motivação aos funcionários (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Para Blum, Naud, Palumbo, McIntosh e Wilcke (2010), os laboratórios médicos são organizações de saúde complexas que também têm uma função importante em manter os cuidados de saúde com boa qualidade, porque muitos tipos de tratamentos de saúde são aplicados de acordo com os resultados de exames em laboratórios, e testes mal feitos podem prejudicar o doente.

Assim sendo, os laboratórios clínicos e os profissionais de laboratórios têm uma participação importante na prestação dos serviços de saúde relacionados com exames laboratoriais e

diagnósticos de patologias. O tipo de testes realizados em laboratório define muito o tratamento médico a administrar ao doente (Blum et al., 2010).

Assim, e de acordo com os autores supracitados, nestas organizações, os profissionais de saúde devem ser detentores de experiências profissionais, habilidades, ser responsáveis, e estarem credenciados para garantirem a segurança dos utentes e dos exames laboratoriais.

São também de opinião que os técnicos de laboratório e as organizações de saúde ligadas a exames médicos devam assegurar os sistemas de qualidade nos seus trabalhos para a proteção dos doentes. Os técnicos de laboratório percebem e apoiam os programas de acreditação por trazerem muitos benefícios, tais como: i) melhoria dos serviços de laboratórios; ii) aprimoramentos nos procedimentos de laboratórios; iii) melhor segurança; e iv) mais documentação para realização dos serviços de laboratórios; v) inclusão de programas de formação.

Na visão de Alkhenizan e Shaw (2012), os técnicos de radiologia apoiam muito os programas de acreditação. Desta forma, qualquer profissional de saúde, no exercício das suas funções, pode cometer erros, por isso é imperioso que os laboratórios adotem os sistemas de qualidade de forma a proteger e garantir a proteção dos doentes e dos seus profissionais de saúde.

1.8.2.3. Na ótica dos médicos

Os médicos têm pouco conhecimento dos processos de acreditação e não apoiam muito estes programas, eles estão mais interessados com a qualidade dos seus serviços, i.e., com a qualidade no atendimento ao doente do que nos processos de acreditação (Alkhenizan & Shaw, 2012).

1.8.3. Não conformidade em auditoria face a acreditação em saúde

A auditoria é uma análise sistemática cujo objetivo é avaliar, examinar as atividades efetuada por determinada organização e verificar se as operações da empresa cumprem com os objetivos e com os procedimentos geralmente aceites (Dias, Santos, Cordenuzzi & Prochnow, 2011).

Segundo estes autores, esta disciplina está fortemente relacionada com outras áreas da ciência, incluindo a saúde. Nos serviços de saúde, a auditoria é essencial porque auxilia na melhoria da reestruturação dos processos de trabalhos com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados de saúde.

Por isso, e segundo os mesmos autores, as auditorias dos serviços de enfermagem são importantes porque permitem verificar, através dos registos e tarefas realizadas pelos enfermeiros, quais as áreas deficitárias em que se deve intervir para evitar não conformidades, mais sim melhor assistência clínica

Na perspetiva de Dias et al. (2011), a não conformidade nas atividades de enfermagem deve-se por não serem feitas todos os registos de informação do doente, as observações feitas sobre o estado de saúde do doente, a falta de ética profissional, e ainda a qualidade dos serviços clínicos de enfermagem.

Acrescentam, ainda, que a não conformidade está na base da falta de qualidade em cuidados de enfermagem, por isso, as auditorias nas organizações de saúde são indispensáveis porque permitem fazer avaliações de carácter qualitativo, quantitativo e também se realizem auditorias que abrangem aspetos de carácter financeiro e legal, relacionados com a organização.

Assim, os autores enfatizam as auditorias em enfermagem como uma forma de não haver não conformidade e, para isso, deve fazer o seguinte: i) exame de rotinas; ii) realização de formação ao pessoal; iii) informar aos profissionais a racionalizarem os recursos; iv) efetuar todos os registos das informações do doente, estado de saúde, prescrições médicas, entre outros.

Para Moreira (2012), quando se realiza um trabalho de auditoria deteta-se algumas não conformidades se estas estiverem relacionadas com os SGQ, motivando as organizações a aplicar os modelos de acreditação.

1.8.4. Vantagens dos programas de acreditação

O processo do modelo de acreditação permite que os funcionários conheçam mais um pouco sobre o ponto de situação da organização (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Segundo estes autores, o programa de acreditação possibilita ainda a implementação de normas e procedimentos, incluindo suportes documentais relacionados com a qualidade, conhecimentos de como funciona o fluxo de entradas e saídas de informação e aplicação de um conjunto de instruções onde são descritas as tarefas a realizar.

Os hospitais credenciados têm melhor reconhecimento a nível interno e externo. As alterações positivas na organização também ocorrem, resultando em melhor administração, melhor funcionamento e programação, melhor orientação dos serviços de saúde, melhor gestão de equipas, reorganização dos processos, melhor segurança do doente, maior aplicação de um sistema de gestão da qualidade mais duradouro com maior controlo da informação e documentação (Greenfield & Braithwaite, 2008).

De acordo com estudos e pesquisas realizadas, no processo de acreditação, as áreas onde se fazem mais alterações do ponto de vista organizacional, são os serviços de enfermagem, segurança e estrutura física. As áreas onde são efetuadas menos mudanças são em serviços relacionados com a atividade do pessoal médico (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Estes autores acrescentam que, pelo credenciamento, permite-se cumprir com as instruções e normas de carácter nacional relacionado com o tratamento de lesões.

Na visão destes autores, as acreditações com maior sucesso, em geral, dependem muito do tipo de gestores. Assim, gestores mais envolvidos e comunicativos com o programa de acreditação, são aqueles que trabalham por muito mais tempo na área, e que têm maiores habilidades.

Para Oliveira e Matsuda (2016), os programas de acreditação permitem a uniformização dos processos focados na gestão da qualidade e nos cuidados de saúde. E o processo de acreditação permite às organizações de saúde atingirem um grau elevado de qualidade relacionado com os cuidados de saúde, permite ainda atingir elevados níveis de segurança hospitalar.

As acreditações nos hospitais públicos oferecem aos clientes serviços de qualidade e maior desempenho dos profissionais de saúde (Camillo et al., 2016).

Em Espanha, foi realizado um estudo piloto a uma unidade de saúde que está credenciada por um período de quatro anos pela JCI e constatou-se que os programas de acreditação JCI são muitos práticos e eficazes, resultando em sucesso para a organização. Neste estudo, constatou-

se o seguinte: poupança anual traduzida em 2 674 956 €, em que 77 327 € anuais não foram gastos porque se reduziu as cesarianas; 86 375 € também não foram gastos devido à diminuição de readmissões que não ultrapassavam sete dias. Neste contexto, o hospital em quatro anos conseguiu poupar 11 354 630 €, durante os anos em que esteve credenciado pelo JCI¹⁵.

O processo de acreditação melhora a assistência médica e resulta em qualidade nos sistemas de saúde dos países subdesenvolvidos, ainda mais, estes programas provocam grandes e boas mudanças na área da medicina do sono, tratamento de traumas e tratamentos relacionados com lesões torácicas (Smits et al., 2014). Segundo estes autores, os programas de acreditação permitem também que os países ou instituições, façam ou escolham as especialidades mais urgentes a implementar.

1.8.5. Desvantagens dos programas de acreditação

O programa de acreditação, para alguns profissionais de saúde, é considerado como muito dispendioso, burocrático e pouco consistente (Greenfield & Braithwaite, 2008).

De acordo com os autores acima, profissionais seniores do programa de credenciamento apontam que, para hospitais de pequena dimensão, o processo de acreditação não é vantajoso porque a relação custo benefício é muito alta. Os doentes, em hospitais mais pequenos, em acreditação, têm um valor mais alto em relação a doentes em hospitais médios e grandes. Hospitais com falta de verbas e pessoal capacitado, dificulta a implementação de acreditação. E investigadores seniores em processo de acreditação não identificaram planos (sistemas) de medicamentos suscetíveis a enganos, resultando em dúvidas com respeito às investigações direcionadas à segurança (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Para estes autores, a melhor aplicação dos procedimentos relacionados com as normas de acreditação não significa necessariamente um maior desempenho dos serviços clínicos. E ainda mencionam que não há coerência entre acreditação e satisfação do doente com as medidas de qualidade

¹⁵ jci.org

Analisando separadamente medidas de resultados e avaliação de acreditação, mostra que não há relação nenhuma entre ambos os instrumentos de gestão, nem tão pouco com os indicadores de qualidade.

O processo de acreditação beneficia somente em normas de acreditação e não no melhoramento dos indicadores de qualidade. Segundo os autores, não há conexão entre os indicadores de qualidade e as certificações porque uma entidade pode estar certificada mas não significa que os seus indicadores de qualidade, i.e., “custo médio por paciente, o custo da cama diária, o número total de horas de funcionários por paciente, o número de horas do pessoal clínico por paciente, o percentual de horas de pessoal fornecido por volume de negócios da cama da equipe médica e percentagem dos leitos ocupados” sejam baixos (Greenfield & Braithwaite, 2008).

Acrescentam estes autores que os indicadores clínicos contribuem muito para uma melhor qualidade hospitalar e também provem uma melhor assistência ao doente. No processo de acreditação não se contempla esta ferramenta.

E que implementar melhoria de qualidade nos hospitais não significa que terão melhores indicadores de qualidade em comparação com hospitais que não implementam a melhoria de qualidade. Para o tratamento de reabilitação, estes autores mencionam que a acreditação não tem grande influência.

Manzo et al. (2012), mencionam as desvantagens das creditações: i) stresse aos profissionais de saúde; ii) não reconhecimentos dos profissionais.

Para Oliveira e Matsuda (2016), os processos de acreditação na fase de inicial, e quando for para manter este mesmo processo, têm apresentado obstáculos difíceis de ultrapassar, devidos ao *turnover* e ao tipo de organização. Os autores consideram ainda o programa de acreditação muito dispendioso.

1.8.6. Indicadores da qualidade e outras experiências para acreditação

Indicadores clínicos, desempenho clínico ou indicadores de qualidade

Os indicadores da qualidade são ferramentas que têm como objetivo acompanhar e avaliar a qualidade de um determinado serviço, através de procedimentos que permitem a inspeção dos cuidados de saúde. O uso de indicadores ajuda a fazer intervenções quando necessário, a

identificar problemas e a tomar decisões (Tronchin, Melleiro, Kurcgant, Garcia & Garzin, 2009).

O controlo e melhoria da qualidade nas organizações de saúde passou a ser encarado como uma metodologia essencial para os cuidados de saúde, por isso, as organizações de saúde, como ferramenta de trabalho, têm implementando gráficos de controlo nos seus serviços. Estes gráficos permitem detetar falhas nos cuidados de saúde e fazer alterações. Outra ferramenta de melhoria e controlo da qualidade é o estudo da dinâmica interna de uma unidade hospitalar (Clemente, Papi, Pontecorvi & Menichetti, 2016).

Por isso, os indicadores são muito importantes porque permitem medir a qualidade dos serviços através de análises de técnicas estatísticas, onde se pode verificar ocorrências em determinados tipos de serviços. Os indicadores são também importantes porque servem de medida da qualidade, acompanhamento de ações e causas de melhorias nos processos (Clemente et al., 2016).

Para estes autores, os indicadores da qualidade podem ser apresentados em forma de gráficos, histogramas, tabelas, e ajudam os decisores de cada serviço a determinar os objetivos para melhorarem cada vez mais as suas atividades. E existem serviços que usam indicadores da qualidade para entender as mudanças que vão ocorrendo nos serviços clínicos.

Numa organização que tem os serviços de cardiologia como indicadores, podem ser considerados: i) número de intervenções; ii) Sistema Europeu de Avaliação do Risco Operacional Cardíaco (EuroSCORE (ES) (Clemente et al., 2016).

Nos processos de acreditação são usadas várias ferramentas que permitem a sua efetivação, como: i) dados estatísticos; ii) investigação; iii) comunicação; e iv) modelos de trabalho. Os processos de acreditação variam de acordo com a realidade de cada país (Smits et al., 2014).

Os indicadores permitem medir, analisar e avaliar, num determinado período de tempo, as atividades desenvolvidas na área da saúde e como são executadas, tendo em conta a população ou amostra, a proveniência da informação, a finalidade, a frequência, entre outros fatores (Tronchin et al., 2009).

Na área da saúde, os indicadores são selecionados da seguinte maneira: i) indicador evento sentinela (indicador fundamental para o processo de melhoria da qualidade, segurança do

doente, melhoria dos cuidados de saúde); ii) indicador assente em taxas, coeficientes e índice (baseado em medida de avaliação profunda) (Tronchin et al., 2009).

Na perspetiva destes autores, estes indicadores servem como alertas para não conformidades e a sua aplicação depende muito tipo do serviço de saúde em que são usados. E o tipo de indicador a usar nos cuidados de saúde é fundamental, porque: i) auxilia no resultado a obter e na sua interpretação; ii) especifica e avalia a utilidade de indicador de forma prática; e iii) possibilita conhecer mais a utilidade de um indicador para os cuidados de saúde.

Para uso de um indicador deve ter-se em conta o atributo validade porque está relacionada com a identificação do tipo dos cuidados de saúde baseado na qualidade ou melhoria contínua. A validade está também direcionada com o grau em que o indicador atingir o seu objetivo. Um indicador deve ser de fácil interpretação e compreensão, o indicador deve ter muito útil para, em qualquer situação, identificar problemas específicos relacionados com a qualidade (Tronchin et al., 2009).

Desta forma, e segundo os mesmos autores, os indicadores dependem de: i) validade; ii) mensurabilidade; iii) confiabilidade; e iv) relevância.



Figura 9: Indicadores hospitalares de qualidade

(Adaptado de Bittar, 2001)

1.9. Justificação do tema

Os erros que se vão verificando no setor da saúde, relacionados ao exercício da atividade e que podem, em alguns casos, ter consequências graves para os doentes/utentes, a aplicação de procedimentos para garantir os bons serviços de saúde e a aplicação de boas práticas por parte dos funcionários, tem levado ao estudo do impacto dos SGQ nas organizações de saúde (Andrews et al., 1997; Kalra, 2011; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Pham, Aswani, Rosen & Pronovost, 2012).

E os SGQ também têm sido de grande importância para as organizações, pois de acordo com a norma ISO 9001, para muitas organizações de saúde, passou a ser em si mesmo uma estratégia de negócio. Mesmo variando a qualidade em muitas situações, as organizações aplicam estas estratégias para acrescentar valor, quer seja nos processos, produtos, nos seus clientes e em variadas situações.

Por isso, para ser aplicado numa organização, o SGQ deve partir de um plano de ação que abrange a preparação dos processos, a elaboração da documentação, a formação de pessoas de acordo com os métodos de acreditação para acompanhamento dos processos e formação da equipa de auditoria interna (Benoliel, 1999).

No caso da norma ISO 9001, é muito importante para as organizações porque permite monitorar todas as suas atividades (Carvalho & Paladini, 2012).

2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Com este trabalho científico, o objetivo principal consiste em apurar o **Impacto da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde**, tendo em conta a perspetiva e atitude dos colaboradores de uma ULSNE, EPE acerca dos SGQ. Os objetivos específicos consistem em responder às questões de investigação que serão enunciadas de seguida.

I - Questão principal:

Qual a perspetiva e atitudes dos colaboradores acerca dos SGQ na ULSNE, EPE?

II – Questões específicas:

1. Qual a perspetiva e a atitude dos colaboradores face à qualidade e acreditação?
2. Será que a idade dos colaboradores se relaciona positivamente com a sua perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação?
3. Será que há diferenças de sexos relativamente à perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação?
4. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à importância da qualidade dos serviços de saúde para o bem comum?
5. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à questão da qualidade ser sinónimo de burocracia e papelada?
6. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à importância da acreditação para o reconhecimento social/político do serviço?
7. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à questão de que as auditorias são uma forma de inspecionar os trabalhos dos profissionais?
8. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente ao SGQ relacionado com as auditorias aplicadas nos serviços?
9. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à implementação do SGQ com os trabalhos dos profissionais?
10. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação e à prestação dos melhores cuidados ao doente?

11. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à qualidade/preço?
12. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à qualidade e os grupos de pessoas?
13. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação e à obrigatoriedade legal?
14. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à implementação de um SGQ e trabalho da sua implementação?
15. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação da qualidade e satisfação dos clientes/doentes?
16. Qual é a opinião dos colaboradores quanto à acreditação dos serviços e à eficiência e organização destes serviços?
17. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à importância nas auditorias e a não conformidades?
18. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à promoção da qualidade no espírito de equipa e na colaboração entre os colegas?
19. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente aos resultados da implementação de um SGQ na compensação do tempo e empenhos necessários?
20. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à relação com o SGQ (serviços acreditados/em acreditação)?
21. Qual é a opinião dos colaboradores relativamente a implementação dos serviços acreditados/em acreditação?
22. Qual é a atitude dos colaboradores relativamente à classificação do atual nível de interesse e a motivação relativamente à qualidade e acreditação?
23. Como o colaborador classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do SGQ deste serviço?
24. Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?
25. Qual o grau de predisposição dos colaboradores com respeito às iniciativas ligadas à qualidade?

26. Como os colaboradores classificam o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?
27. Qual é a apreciação geral dos colaboradores do SGQ implementado neste serviço?
28. Qual a apreciação global que os colaboradores fazem relativamente à qualidade?
29. Qual é a apreciação global que os colaboradores fazem relativamente à acreditação?

As questões de investigação serão respondidas com base na estatística descritiva e analítica, com recurso ao programa estatístico SPSS, IBM®.

2.1 Modelo de análise

Pretende-se, com as questões colocadas por meio de questionários, obter a resposta do impacto do SGQ nas unidades de saúde e os benefícios da implementação dos programas de acreditação.

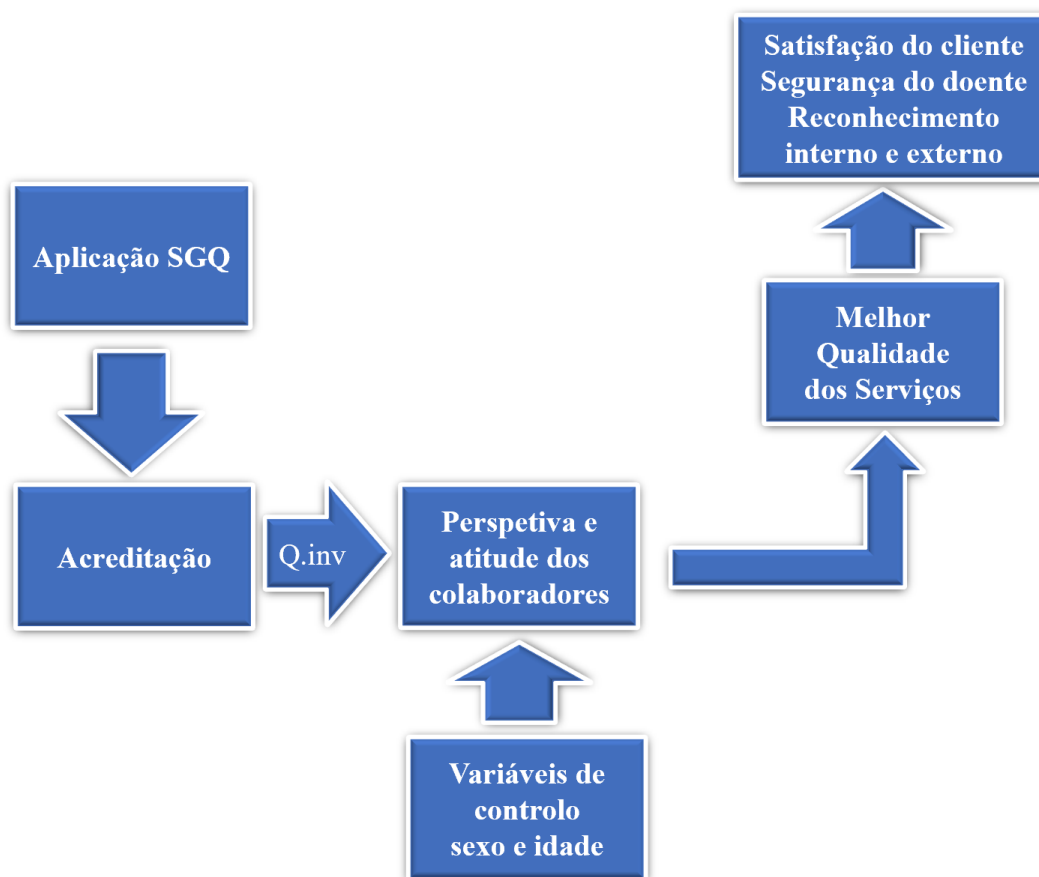


Figura 10: Modelo de análise de estudo

(Elaboração própria com base na finalidade da investigação do estudo)

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

3.1. População-alvo

3.1.1. As unidades hospitalares da ULSNE EPE

3.1.1.1. *Informações da organização*

De acordo ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, no seu artigo nº 1, a ULSNE, EPE “é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial” (p.702) e está constituída por tempo indeterminado.

A unidade de saúde do nordeste, compõe as unidades hospitalares de Macedo Cavaleiros, Mirandela, Bragança e agrupamentos de centros de saúde Alto Trás-os-Montes I – Nordeste¹⁶.

O objeto social desta unidade de saúde é prover cuidados de saúde a toda a população. Esta organização goza de atribuições e capital estatutário. Na ULSNE, EPE, os órgãos sociais são compostos por um presidente do conselho de administração, administradores, um diretor clínico e um enfermeiro diretor. Esta organização é composta ainda por um órgão de fiscalização e conselho consultivo¹⁶.

A ULSNE é composta pelas seguintes instituições de saúde: i) centro hospitalar; ii) cuidados de saúde primários; e iii) Agrupamentos de Centro de Saúde (ACeS) (Decreto-Lei nº 67/2011, de 02 de junho. Estas organizações são tuteladas pelo MS e este, por sua vez, delega entidades para monitorar, e supervisionar estas instituições com objetivo de garantir e melhor os serviços de saúde, como é o caso da DGS, a Administração Central de Sistemas de Saúde, e os Serviços Partilhados do MS.

Fazem parte das infraestruturas da ULSNE, EPE, as seguintes unidades: i) 3 unidades hospitalares: Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela; ii) 14 centros de saúde (ACeS nordeste); iii) 2 urgências médico-cirúrgicas; iv) 1 unidade de doentes crónicos de psiquiatria; v) 2 serviços de urgência básica; e vi) 1 unidade de cuidados paliativos. Estas instituições dispõem de 399_camas distribuídas em camas hospitalares agudos 375, camas de medicina

¹⁶ sns.gov.pt

intensiva 10, camas OBS 14, tem ainda: 10 berços, 8 salas de bloco operatório, 12 cadeirões de hospital de dia e 60 gabinetes de consultas¹⁷.

Na totalidade, estas instituições prestam 21 serviços, que são: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, estomatologia, gastroenterologia, ginecologia/obstetrícia, imunohemoterapia, medicina física e reabilitação, medicina interna, neurologia, nefrologia, nutricionismo, oftalmologia, oncologia médica, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, psicologia clínica, psiquiatria, urologia¹⁷.

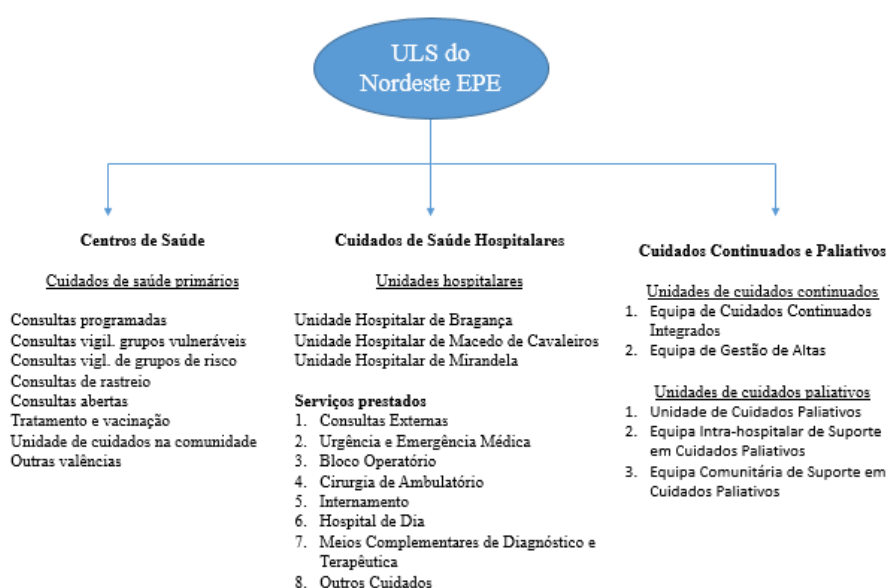


Figura 11: Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE e serviços

(Adaptado de ulsne.min-saude.pt)

3.1.1.2. Recursos humanos

Tabela 1: Número de colaboradores da parte hospitalar da ULSNE, EPE

Grupo Profissional	Nº Colaboradores
Assistente Operacional	302
Assistente Técnico	145
Pessoal de Enfermagem	444
Pessoal de Informática	10
Pessoal em formação pré-carreira Médica	76
Pessoal Médico	116
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	105
Pessoal Técnico Superior de Saúde	10
Técnico Superior	44
Total	1252

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da ULSNE, EPE.

¹⁷ ULSNE.Depart.qualidade

3.1.1.3. Qualidade na ULSNE, EPE

Para ter qualidade, esta unidade segue o modelo de acreditação. Nesta unidade de saúde, para manter a qualidade, são feitas periodicamente avaliações relacionadas com a *performance* da organização, a satisfação do doente, a diminuição de risco ao doente e os meios adequados à organização¹⁸.

As avaliações também se estendem às diversas áreas e especialidades relacionadas com a excelência clínica, como: ortopedia, ginecologia, pediatria, cirurgia ambulatória, neurologia, cardiologia, cirurgia cardíaca, cirurgia vascular e angiologia, cirurgia geral, cuidados intensivos e transversais¹⁸.

A segurança do doente é o centro das atenções e, por isso, nas avaliações também são analisados os procedimentos de segurança nas situações adversas relacionadas com infeções, fraturas de ancas, hemorragias, úlceras por pressão de estágio II e I e perfurações¹⁹.

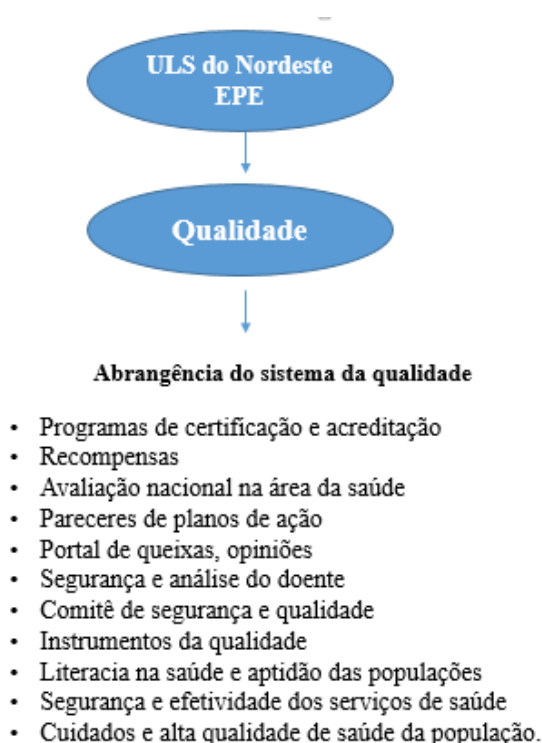


Figura 12: Unidade Local de Saúde do Nordeste EPE abrangência sistema da qualidade

(Adaptado de sns.gov.pt ULSNE EPE)

¹⁸ sns.gov.pt

¹⁹ sns.gov.pt.entidades-de-saúde

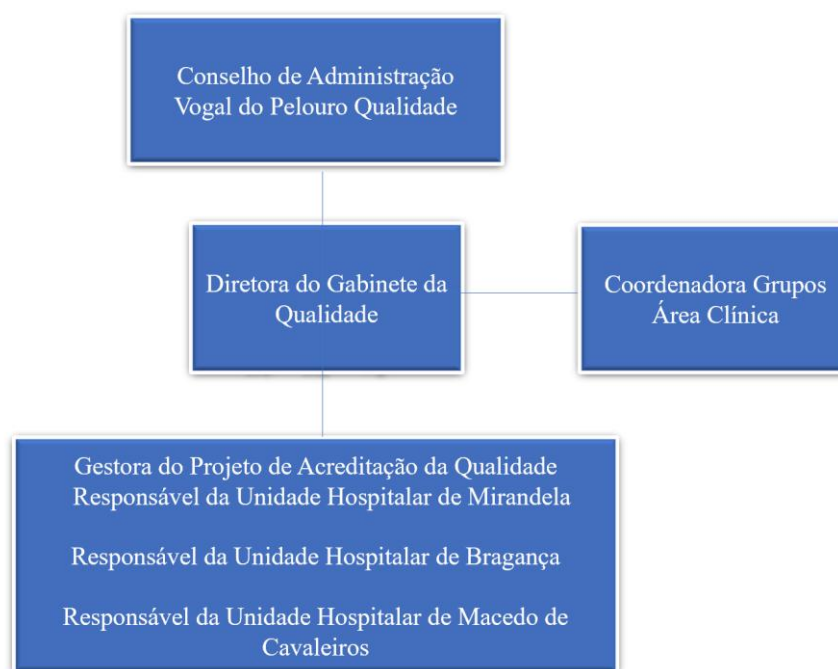


Figura 13: Organograma da qualidade
(Adaptado de ULSNE, EPE, Gabinete da Qualidade)

3.1.1.4. Acreditação na ULSNE, EPE

Os programas da ULSNE, EPE, tiveram início no ano de 2003, na unidade hospitalar de Mirandela e no ano de 2006 nas unidades hospitalares de Bragança e Macedo de Cavaleiros.

A acreditação em Mirandela foi iniciada quando ainda era hospital distrital de Mirandela e Bragança e Macedo de Cavaleiros já era centro hospitalar do nordeste. Em 2007, começou a acreditação de Macedo e Bragança e a reaccreditação de Mirandela.

Antes dos programas de acreditação CHKS na ULSNE, EPE, primeiramente efetuou-se um contacto escrito da empresa de acreditação em cuidados de saúde baseado na gestão da qualidade a CHKS e de seguida realizou-se uma reunião com o CHKS e o Conselho de Administração e a Diretora do Centro Hospitalar do Nordeste com objetivo de procederem à assinatura de um contrato onde incluía as três unidades hospitalares, uma vez que até à data só a unidade hospitalar de Mirandela é que estava no projeto de acreditação.

A duração do programa de acreditação CHKS, em cada unidade hospitalar é de cinco anos, tendo neste período realizado uma auditoria externa com objetivo de verificar se os critérios do manual do CHKS são cumpridos.

Na ULSNE, EPE, os programas de acreditação têm a duração de cinco anos. E estas unidades implementaram o modelo CHKS e não um outro modelo porque o hospital de Mirandela, em 2005, tinha passado a integrar o Centro Hospitalar Nordeste, que já estava com o programa do CHKS. O manual do CHKS seguido pelas unidades abrange as áreas clínicas e não clínicas da ULSNE, EPE. E este manual estava dividido em critério A e B, e o critério era de cumprimento obrigatório e para obter a acreditação todos os critérios recomendados deveriam ser cumpridos pela ULSNE, EPE.

3.1.2. Técnicas de recolha e tratamento da informação

A técnica utilizada no presente trabalho foi o método quantitativo por meio de questionários. As respostas dos questionários foram tratadas através do software SPSS. Neste contexto, o objetivo da aplicação dos questionários foi recolher informação com o propósito de atingir os objetivos deste estudo e responder às questões de investigação.

As dimensões do questionário foram elaboradas tendo como base o questionário utilizado na dissertação de mestrado de Raquel Cadilhe Pereira, em 2013, em Sociologia de Saúde com o tema Qualidade e Certificação em Saúde - Representações e Posições Sociais num Terreno Hospitalar, apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

As estruturas das questões estão formuladas em referência ao tema do trabalho de pesquisa e foi feita uma investigação intensiva porque se estudou de uma forma muito aprofundado o tema em estudo. Assim, para tratamento da informação da pesquisa, foi utilizado o método quantitativo.

Toda a pesquisa deve obedecer aos seguintes princípios: i) colocar o problema; ii) estabelecer os objetivos por definir as hipóteses; iii) estruturar a pesquisa; iv) usar as variáveis e conceitos para chegar à realidade; v) tratar as amostras; vi) criar questionários e formular perguntas; vii) recolher os questionários respondidos e entrevistas; viii) tratar os dados; e ix) emitir o relatório (Gil, 2008).

As amostras são elementos importantes da pesquisa de investigação quantitativa (Gil, 2008).

3.1.3. Aplicação dos questionários

Os questionários foram distribuídos aos colaboradores da ULSNE, EPE, nos diversos departamentos/serviços e obteve-se as respostas em cinco meses (janeiro a maio de 2018).

Responderam aos questionários 100 colaboradores, representando uma amostra de 7,98%, em que 43 colaboradores que responderam foram da unidade de Bragança, 32 da unidade de Mirandela e 25 da unidade de Macedo de Cavaleiros.

O inquérito por questionário estava estruturado da seguinte forma: i) caracterização do inquirido; ii) perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação; iii) relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação); iv) balanço global (profissionais de todos os serviços).

Na caracterização do inquirido, considerou-se as variáveis sociodemográficas, como: género, idade e habilitações literárias. Quanto ao perfil profissional, considerou-se: tempo de serviço, tempo de trabalho na unidade de saúde, cargo de direção/chefia/coordenação no serviço exercido, formação específica na área da qualidade, experiência específica na área da qualidade.

A aplicação dos questionários foi realizada na ULSNE, EPE, por ser uma entidade na qual implementaram o programa de acreditação, para o caso de Mirandela de 2003 a 2015, e as unidades hospitalares de Bragança e Macedo de Cavaleiros, de 2006 a 2015.

O questionário escolhido e utilizado foi autorizado pela autora original (Pereira, 2013) (Anexo 1).

O questionário é composto por oito categorias, mas devido à realidade da ULSNE, EPE, apenas foram aplicadas cinco, a saber: i) A- caracterização do inquérito; ii) D- perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação; iii) E- relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação); iv) F- balanço global (profissionais de todos os serviços) (Anexo 2). Quanto às outras categorias, não foram aplicadas porque não estavam relacionadas com a realidade das organizações, e reportam-se a: i) B- perspetivas e atitude face á qualidade e certificação e; ii) C- relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços certificados/em certificação).

Para aplicação dos questionários acima mencionados, fez-se um pedido de autorização para a realização do projeto de investigação ao Exmo. Senhor Presidente do Conselho de

Administração da ULSNE, EPE, Dr. Carlos Vaz (Anexo 3). O pedido foi atendido (Anexo 3) e se seguida solicitou-se aos colaboradores das unidades acima mencionadas o preenchimento dos mesmos.

Assim, a amostra conseguida (100 participantes) representa 7,987% de 1 252 que constituem o número total os colaboradores da ULSNE, EPE. E foram aplicados nos serviços apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Colaboradores por departamento e serviço da ULSNE, EPE

Departamento	Serviços	Trabalhadores
Apoio Clínico Técnico	Apoio Social	8
	Esterilização - Bragança	9
	Esterilização - Macedo	5
	Esterilização - Mirandela	4
	Internato Médico	37
	Nutrição e Alimentação	5
	PPCIRA Programa prevenção	3
	Serviços Farmacêuticos	17
Apoio Gestão e Logística	Apoio Conselho	2
	Apoio Geral Transportes - Bragança	35
	Apoio Geral Transportes - Macedo	22
	Apoio Geral Transportes - Mirandela	12
	Compras e Logística	11
	Contabilidade e Gestão Financeira.	4
	Gabinete de Utentes - Bragança	41
	Gabinete de Utentes - Macedo	23
	Gabinete de Utentes - Mirandela	33
	Gabinete do Cidadão	3
	Informática Comunicações	13
	Instalações e Equipamentos	26
	Qualidade	1
	Recursos Humanos	10
	Saúde e Risco Ocupacional	3
Cirurgia	Bloco Operatório - Bragança	29
	Bloco Operatório -Macedo	15
	Bloco Operatório - Mirandela	15
	Cirurgia Geral - Bragança	56
	Cirurgia Geral - Mirandela	32
	Estomatologia	2
	Oftalmologia - Bragança	4
	Oftalmologia - Mirandela	3
	Ortopedia - Bragança	25
	Ortopedia -Macedo	33
	Otorrinolaringologia	5
	Urologia	22
Cuidados Continuados e Paliativos.	Cuidados Continuados e Paliativos - Macedo	20
	Unidade Domiciliaria Cuidados Paliativos - Terra Fria	1
Cuidados Hospitalares	Anestesiologia	10
	Consulta Externa - Bragança	19
	Consulta Externa - Macedo	6
	Consulta Externa. - Mirandela	9
	Unidade Plurifuncional -Mirandela	21

Tabela 2: Colaboradores por departamento e serviço da ULSNE, EPE (continuação)

Departamento	Serviços	Trabalhadores
MCDT	Imagiologia	28
	Imunohemoterapia	1
	Patologia Clínica	34
Medicina	Cardiologia	9
	Medicina Interna -Bragança	68
	Medicina Interna - Macedo	33
	Medicina Interna - Mirandela	33
	Medicina Física	27
	Nefrologia - Bragança	20
	Neurologia	2
	Oncologia - Macedo	6
	Pneumologia	6
	Unidade Acidente Vascular Cerebral - Macedo	18
Mulher e Criança	Ginecologia e Obstetrícia	26
	Pediatria e Neonatologia - Bragança	26
	Pediatria e Neonatologia - Mirandela	14
Saúde Mental	Pedopsiquiatria	1
	Psicologia Clínica	2
	Psiquiatria	33
	UDEP	2
Urgência Emergência e Cuidados Intensivos	Medicina Intensiva	36
	Serviço Urgência Básica - Macedo	19
	Urgência Médico-Cirúrgica - Bragança	51
	Urgência - Mirandela	32

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da ULSNE, EPE.

Não foi possível a participação de todos os colaboradores por indisponibilidade, pelo que a amostra foi constituída por 100 colaboradores das unidades hospitalares de Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros.

3.1.4. Questões de ética

A aplicação dos questionários aos colaboradores das unidades hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela foi autorizada pelo Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULSNE, EPE (Anexo 3) com o dever de ser totalmente anónimo e de resposta facultativa e os questionários serem usados apenas para fins de investigação.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Neste capítulo, descrevem-se as variáveis de investigação e dá-se resposta às questões de investigação. Mostrar-se-á também a veracidade do trabalho de investigação, a apresentação dos resultados, a análise dos resultados, o tratamento dos dados das variáveis de investigação, e a discussão dos resultados obtidos com base na metodologia utilizada, neste caso a quantitativa. Novas questões de investigação para investigação futuras serão mencionadas nesta parte.

Dar-se-á a conhecer as variáveis que influenciam a perspetiva e atitude face à qualidade, à caracterização do inquirido, considerando as variáveis sociodemográficas, a relação do sistema de gestão da qualidade com a acreditação, e uma visão ou balanço global que os profissionais fazem relativamente à qualidade.

Por razões meramente estruturais e de organização deste capítulo, algumas figuras dos subcapítulos 4.3 e 4.4 foram remetidas para anexo.

4.2. Caracterização dos participantes no estudo

Primeiramente, inicia-se com a caracterização dos participantes no estudo. Os resultados da caracterização dos 100 participantes apresentam-se de seguida, sob a forma de gráficos e tabelas.

Tabela 3: Estatísticas descritivas da idade dos participantes, tempo de exercício na profissão e tempo de trabalho no serviço atual

	Idade	Tempo de exercício na profissão*	Tempo de exercício no serviço atual*
Média	42,87	18,75	11,09
Mediana	42	18	10,00
Moda	40	2	2
Desvio-padrão	8,34	8,96	7,35
Valor mínimo	26	2	2
Valor máximo	60	45	36

*Quando a resposta foi “Há mais de um ano”.

Relativamente ao sexo dos participantes no estudo, a maioria é do sexo feminino (Figura 14), com 79 %, sendo 19% colaboradores do sexo masculino e dois dos participantes não responderam a esta questão.

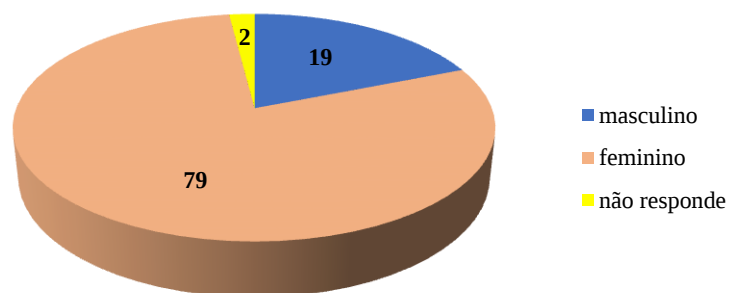


Figura 14: Sexo dos participantes no estudo

Relativamente à unidade de saúde a que pertencem os participantes do estudo, tal como se pode observar na Figura 15, encontram-se distribuídos pelas unidades de Macedo de Cavaleiros (25%), Mirandela (32%) e Bragança (43%).

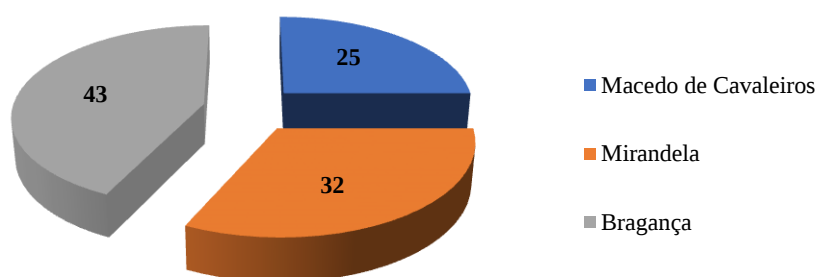


Figura 15: Unidade de serviço de pertença dos participantes no estudo

Relativamente à distribuição dos participantes pela profissão, como se pode ver pela Figura 16, a maioria dos que responderam são enfermeiros (29%), seguidos dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (23%). Só um médico respondeu ao inquérito e 14% dos que responderam indicaram como profissão “técnicos superiores”, o que significa que podem estar incluídos em algumas das outras categorias. Dois dos participantes não responderam a esta questão.

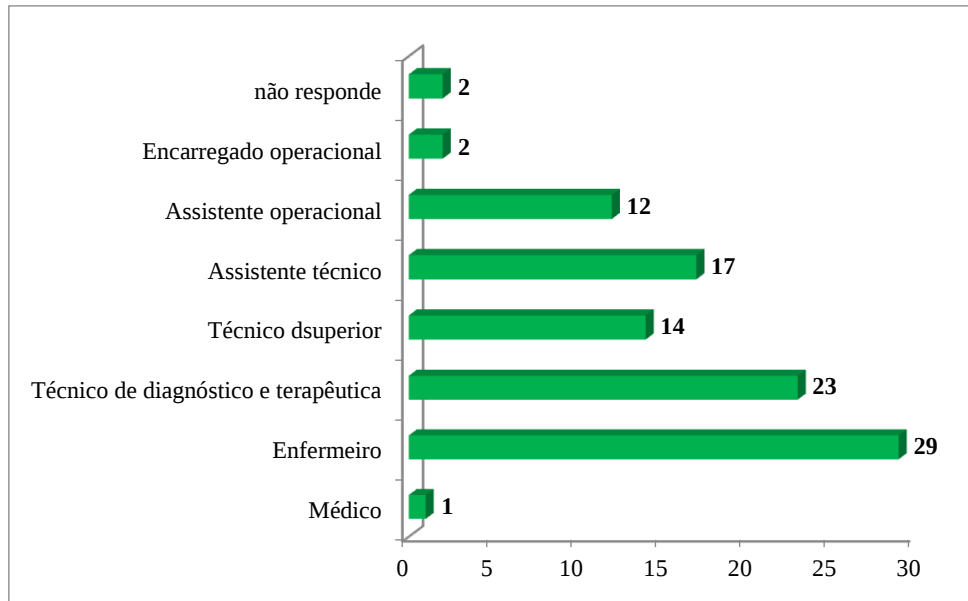


Figura 16: Categoria profissional dos participantes no estudo

Relativamente às habilitações académicas dos participantes no estudo, e como se pode observar na Figura 17, a maioria tem habilitação de nível superior, com 30% de licenciados, 12% possuindo pós-graduação e 22% possuindo mestrado.

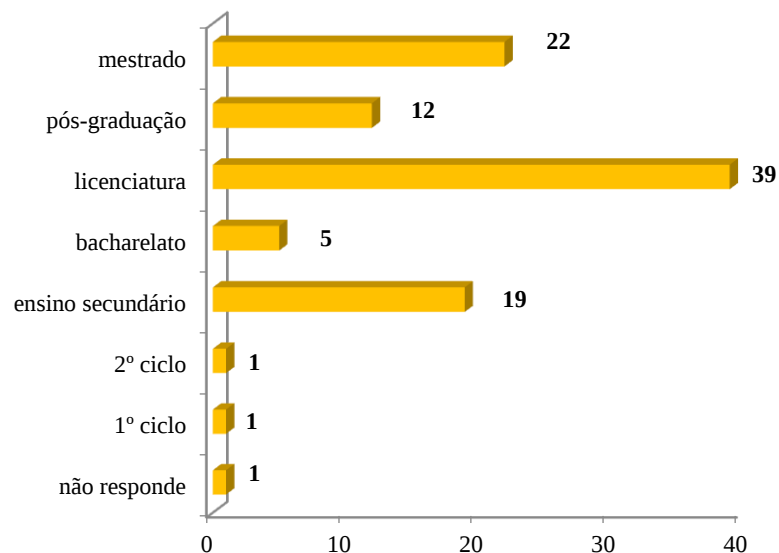


Figura 17: Habilitações literárias dos participantes no estudo

Relativamente ao tempo de exercício na profissão, verificou-se que 8% exerce há menos de um ano e 92% exerce há mais de um ano. No serviço onde trabalham atualmente, 87% dos

participantes respondeu que trabalha há mais de um ano e 13% respondeu trabalhar há menos de um ano na profissão.

À questão “Exerce algum cargo de direção/chefia/coordenação neste serviço?”, 82 participantes responderam que Não, enquanto 16 responderam que Sim. Dois dos participantes neste estudo não responderam a esta questão.

Na questão “Tem formação específica na área da qualidade?”, dos participantes que responderam, 73 disseram que Não e 25 disseram que Sim. Dois participantes não responderam a esta questão.

Na questão “Tem experiências no âmbito da qualidade (que não a atual, caso o seu serviço já seja acreditado ou esteja em processo de acreditação)”, as respostas foram majoritariamente Sim (44 %), tal como se pode observar na Figura 18.

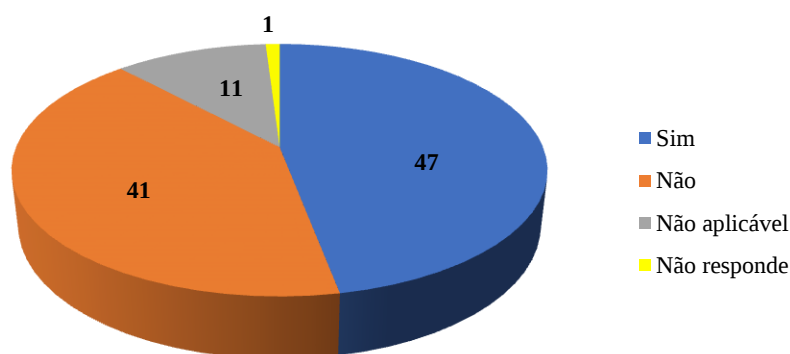


Figura 18: Respostas dos colaboradores à questão: “Tem experiências no âmbito da qualidade (que não a atual, caso o seu serviço já seja acreditado ou esteja em processo de acreditação)”

Sobre a questão de ter participado na construção do sistema de gestão da qualidade do serviço, 47 colaboradores (47,47%) responderam que Sim, enquanto 41 (41,41%) responderam que Não e 11 colaboradores (11,11%) responderam na opção “não aplicável”. Um dos participantes não respondeu a esta questão (Figura 19).

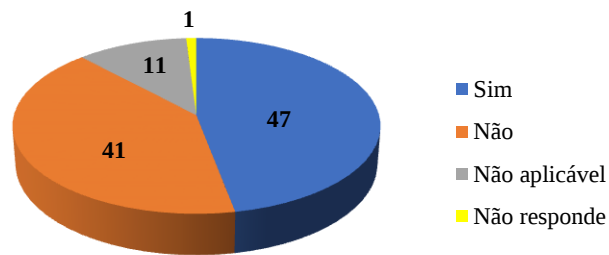


Figura 19: Respostas dos participantes na questão “Participação na construção do sistema de gestão da qualidade deste serviço”

4.3. Análise da variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”

A variável *Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação* é uma variável com valor médio de $M=57,66$, o que é indicador de uma atitude relativamente positiva dos colaboradores face à qualidade e acreditação, uma vez que o valor mínimo possível nesta variável é 0 e o valor máximo é 80. Esta dimensão foi calculada a partir da soma dos 16 itens que a compõem, invertendo a cotação dos itens D2, D4, D5, D8, D9, D10, D11 e D14. Esta variável encontra-se dentro dos limites de uma distribuição normal, o que pode ser verificado pelos valores de curtose e assimetria (Tabela 4 e Figura 20).

Tabela 4: Estatísticas descritivas da variável: “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”

N	Válido Ausente	100 0
Média		57,66
Desvio padrão		6,77
Variância		45,87
Assimetria		-,471
Erro padrão de assimetria		,241
Curtose		1,46
Erro padrão de Curtose		,478
Mínimo obtido		34,00
Máximo obtido		77,00

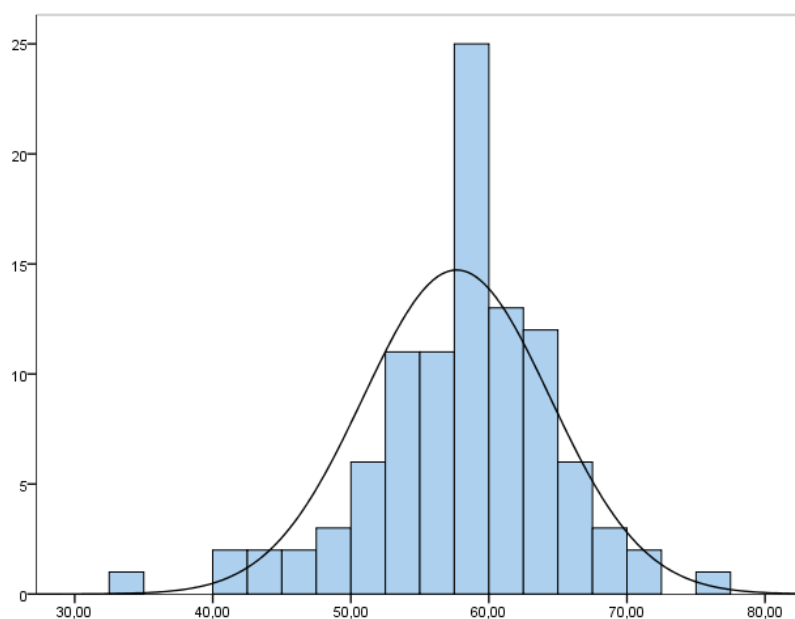


Figura 20: Distribuição na variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”: Histograma com curva de normalidade de distribuição

1. Qual a perspetiva e a atitude dos colaboradores face à qualidade e acreditação?

Esta pergunta teve resposta descritiva porque foi pela estatística descritiva (média), ou seja, na Tabela 4 e Figura 20 verificou-se que a maioria tem uma perspetiva positiva porque a média se posiciona na parte positiva, i.e., 57,66 e máximo obtido é de 77,00.

Na visão de Alkhenizan e Shaw (2012), os profissionais de saúde face à acreditação têm uma atitude favorável porque estes modelos de acreditação criam mudanças e melhoram a qualidade de todos os serviços da organização e ainda são usados como instrumento de *marketing* para as organizações.

2. Relativamente à relação da idade dos participantes com a perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação.

Verificou-se uma correlação positiva e significativa ($r = .296$; $p \leq .05$), o que significa que quanto mais idade, mais positiva é a atitude do colaborador face à qualidade e acreditação (Tabela 5). Talvez os colaboradores mais velhos, com a sua experiência, sintam mais a necessidade de acreditação da qualidade, para assegurar o bom serviço de saúde.

Tabela 5: Teste de correlação de *Pearson* entre a idade e a “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”

		Idade do colaborador
Perspetiva e atitude face à qualidade e	Correlação de <i>Pearson</i>	,296**
acreditação	<i>P</i>	,007

Conclui-se que sim pela Tabela 5 porque há uma correlação positiva e significativa – teste de correlação de *Pearson* - entre a idade e a “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”.

Tabela 6: Valores médios e desvio-padrão da variável “Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação”

	Género/sexo do colaborador	N	Média	Desvio Padrão
Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação	Masculino	19	57,14	7,96
	Feminino	79	57,79	6,59

3. Relativo à questão: “Será que há diferenças de sexos relativamente a perspetiva e atitude face a qualidade e acreditação?”

Quando comparados os colaboradores do sexo feminino e do sexo masculino, relativamente à *Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação*, verifica-se que não há muitas diferenças nas respostas dos colaboradores como espelha a Tabela 6 acima, a média do sexo masculino com respeito a esta questão é de 57,14 e a média do sexo feminino é de 57,79.

Relativamente à opinião dos colaboradores sobre a importância de assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum (corresponde à nossa questão de investigação nº 4, D1.1), verifica-se uma opinião francamente positiva, uma vez que 34 colaboradores responderam “concordo” e 60 responderam “concordo totalmente”. Também o que se pode concluir é que as respostas dos participantes na questão D1.1 estão mais distribuídas nos pontos 4 e 5 “concordo” e “concordo totalmente” (resposta descritiva, análise de frequência).

Para Al-Qahtani et al. (2012), quando estão acreditadas, as organizações de saúde prestam melhor cuidados de saúde ao doente e conseguem atingir maiores e melhores resultados.

E para haver qualidade nos serviços de saúde, é necessário adotar-se práticas clínicas e métodos mais eficazes nos cuidados de saúde (Sousa et al., 2016).

Assim, com o intuito de tornar mais eficientes e eficazes os serviços de saúde, Matos et al. (2006), recomendam a adoção da gestão da qualidade.

D.1.1 - Qual a opinião dos colaboradores relativamente à importância da qualidade dos serviços de saúde para o bem comum?

Relacionada com a variável D1.1 (Figura 1 – Anexo 4), a maioria dos colaboradores tem uma opinião positiva relativamente à importância da qualidade dos serviços de saúde para o bem comum, pois 94 colaboradores têm uma opinião positiva relacionada com esta questão. E todas as respostas estão concentradas no ponto 5 “concordo totalmente”, correspondendo a 60 colaboradores.

D1.2 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à questão da qualidade ser sinónimo de burocracia e papelada?

Na questão D1.2 (Figura 2 – Anexo 4), a maioria dos colaboradores respondeu negativamente, ou seja, “discorda” e “discorda totalmente”, correspondente a 60 colaboradores e 34 colaboradores que responderam “concordo” e “concordo totalmente”.

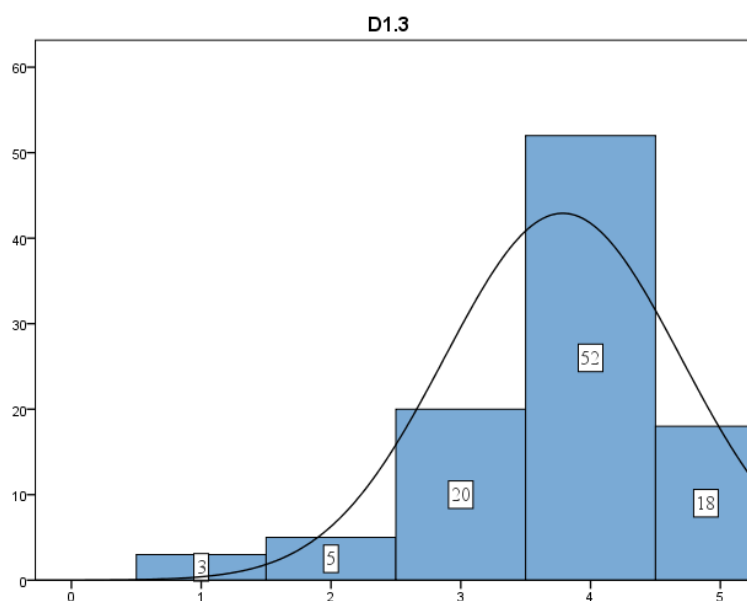


Figura 21: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.3: “A acreditação é importante para o reconhecimento social/político do serviço”

D1.3 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à importância da acreditação para o reconhecimento social/político do serviço?

Como mostra a Figura 21, correspondente à variável D1.3, a maioria dos colaboradores (70) tem opinião positiva ou muito positiva com respeito à importância da acreditação para o reconhecimento social/político do serviço.

Para Araújo et al. (2015), os programas de acreditação estão muito relacionados com o reconhecimento da organização, com a satisfação do doente e também ajudam as empresas a superarem desafios, tanto internos como externos.

D1.4 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à questão de que as auditorias são uma forma de inspecionar os trabalhos dos profissionais?

Em relação à variável D1.4 (Figura 3 – Anexo 4), verifica-se que, na opinião dos colaboradores, as respostas estão muito divididas.

De acordo ao autor Georges (2016), o SGQ é aplicado diariamente porque todas as organizações de saúde nas suas atividades contemplam as seguintes tarefas: i) controlo da documentação; ii) análises de processos; iii) registo de documentação; iv) definição de hierarquia; v) atribuição de tarefas; vi) acompanhamento dos processos; vii) atribuição de responsabilidade; viii) entre outros tarefas.

As auditorias na área da saúde são realizadas, por orientação do governo com objetivo de melhorar a qualidade dos sistemas de saúde, e isto é feito através de procedimentos técnicos e elaboração de normas clínicas (Diniz & Beleza, 2013).

Na visão de Crispe et al., as auditorias são realizadas porque são políticas de qualidade implementadas pelo MS em conjunto com a OMS com a finalidade de aumentar a qualidade dos serviços clínicos e também para verificar o controlo nestas organizações de saúde (Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio).

A auditoria relaciona-se com outras áreas científicas, incluindo a área da saúde, e este tipo de exame e análise de processos permite, quando necessário, reformular processos de trabalho com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Dias et al., 2011). Nesta conformidade, os autores ainda apontam este de trabalho como eficaz porque ajuda a evitar não conformidades nos processos de trabalho.

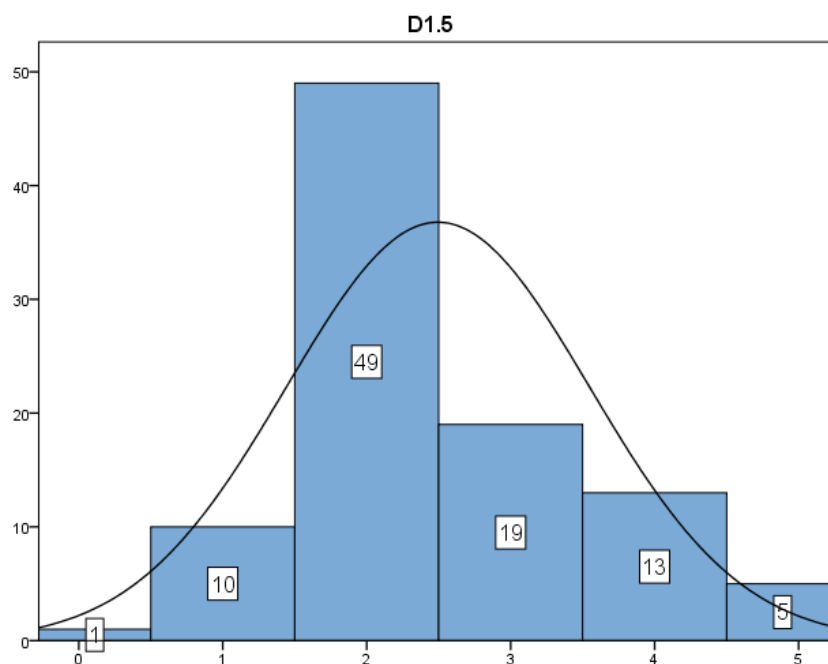


Figura 22: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.5: “O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para auditorias, mas que não é aplicado diariamente”

D1.5 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente ao SGQ relacionados com as auditorias aplicadas nos serviços?

A maioria dos colaboradores, com respeito à variável D1.5, respondeu negativamente, ou seja, 59 colaboradores responderam negativamente (Figura 22).

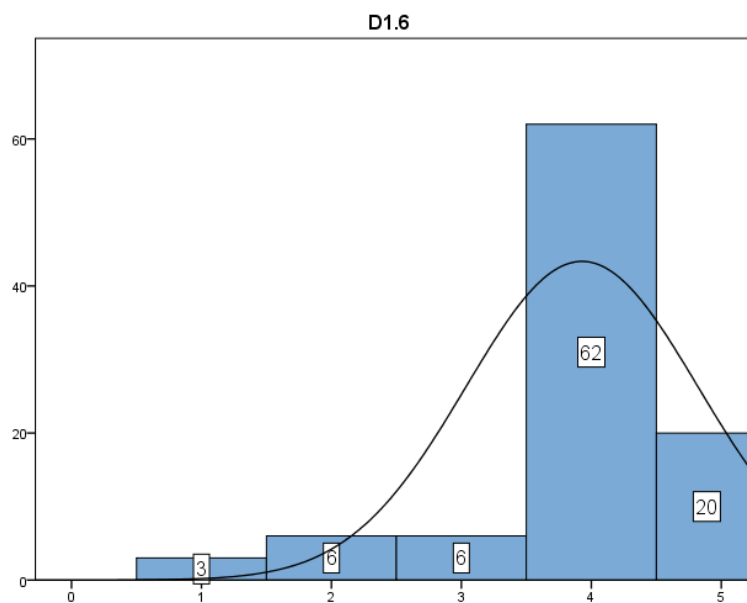


Figura 23: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.6: “A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda ao trabalho dos profissionais”

D1.6 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à implementação do SGQ com os trabalhos dos profissionais D1.6?

De acordo os resultados refletidos na Figura 23, relacionados com a variável D1.6, 82 colaboradores têm uma opinião positiva relativamente à implementação do SGQ com os trabalhos dos profissionais.

E esta opinião positiva dos colaboradores está em harmonia com a visão de Sousa et al. (2016), para eles, o êxito da organização está relacionado com a implementação do SGQ, quando estes são bem implementados resultam em melhor satisfação do doente, também evitam erros graves na organização e ajudam a superar muitos desafios nestas mesmas organizações (Sousa et al., 2016).

Também na abordagem de Fildman e Cunha (2016), estar acreditado permite às organizações de saúde atingir melhores e maiores resultados e resulta ainda em melhores cuidados de saúde ao doente e um desempenho melhor para a organização.

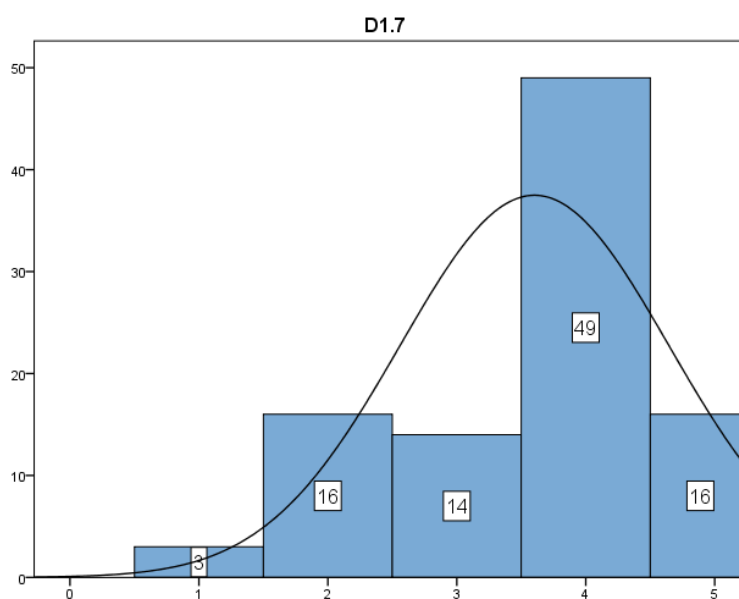


Figura 24: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.7: “Estar acreditado significa prestar melhores cuidados ao doente”

D1.7 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação e à prestação dos melhores cuidados ao doente?

Os resultados da Figura 24, relacionados com a variável D1.7, mostram que a maioria dos colaboradores (55) tem uma atitude positiva e encara que os melhores cuidados ao doente estão muito relacionados com o modelo de acreditação.

Na perspetiva de George (2016), as ferramentas de gestão, como é o caso do SGQ, ajudam as organizações de saúde a obter melhores resultados.

E para se obter melhores resultados, relacionado com prover os melhores cuidados ao doente, também é necessário a implementação de programas de acreditação baseados em SGQ.

Ainda os autores Fildman e Cunha (2006) partilham da mesma opinião, de que estar acreditado significa prestar os melhores cuidados de saúde ao doente e também aumento do desempenho das organizações de saúde.

D1.8 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à qualidade/preço?

Os colaboradores são de opinião que fazer com qualidade não é mais caro. Assim, na variável D1.8, 53 colaboradores têm uma visão que a qualidade não está relacionada com o preço (Figura 4 – Anexo 4).

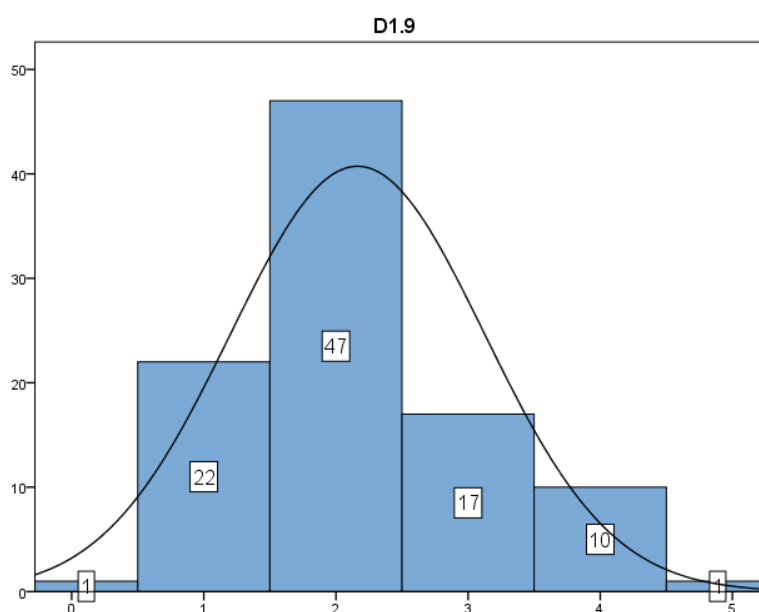


Figura 25: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.9: “A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto”

D1.9 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à qualidade e os grupos de pessoas?

Como mostra os resultados da Figura 25, a qualidade não diz respeito apenas a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto, mas diz respeito a todos. A Figura 25, relacionada com a questão D1.9, espelha que 69 colaboradores são desta opinião.

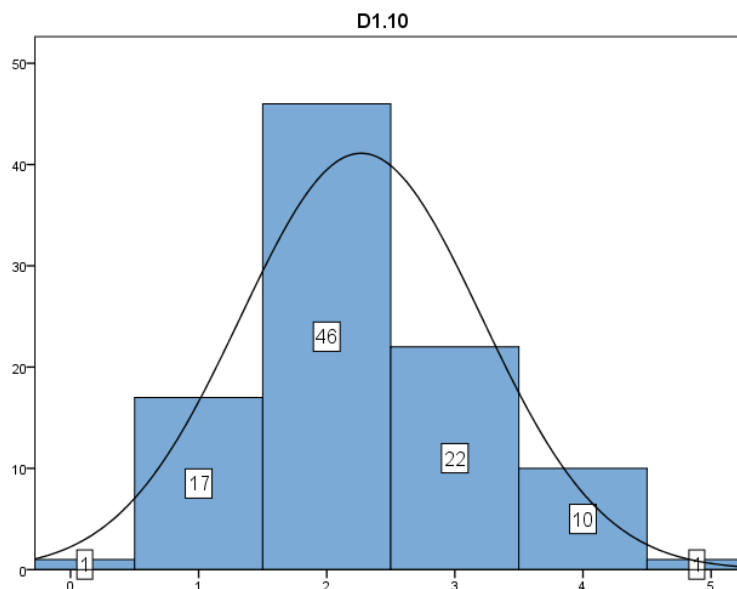


Figura 26: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.10: “A acreditação deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal”

D1.10 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação e a obrigatoriedade legal?

Para os colaboradores, estar acreditado não deve ser necessariamente por obrigatoriedade legal. Pelos resultados da Figura 26, verifica-se que 63 profissionais são de opinião que estar acreditados não deve ser necessariamente por obrigatoriedade legal.

D1.11 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à implementação de um SGQ e trabalho da sua implementação?

Para os colaboradores, eles têm uma opinião muito distribuídas como espelha a variável D1.11 (Figura 5 – Anexo 4).

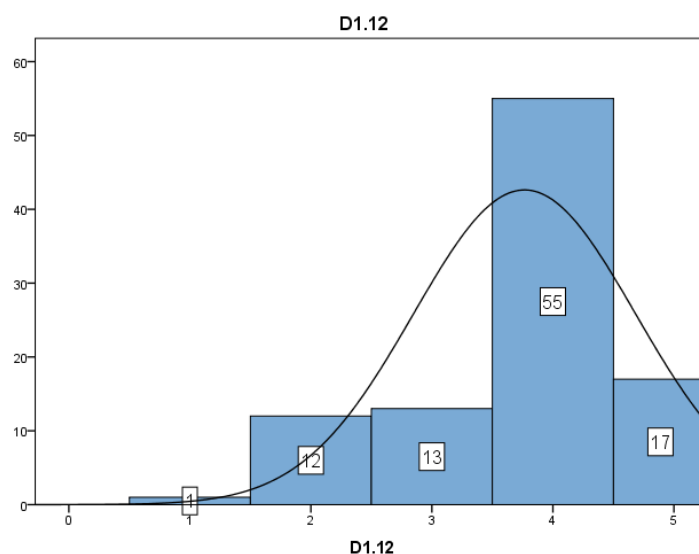


Figura 27: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.12: “A acreditação da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes”

D1.12 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à acreditação da qualidade e satisfação dos clientes/doentes?

Como mostra a Figura 27 (questão D1.12), para os colaboradores (72), a acreditação proporciona maior satisfação aos clientes/doentes.

Na visão de Fildman e Cunha (2012), a satisfação do doente também é obtida através dos programas de acreditação.

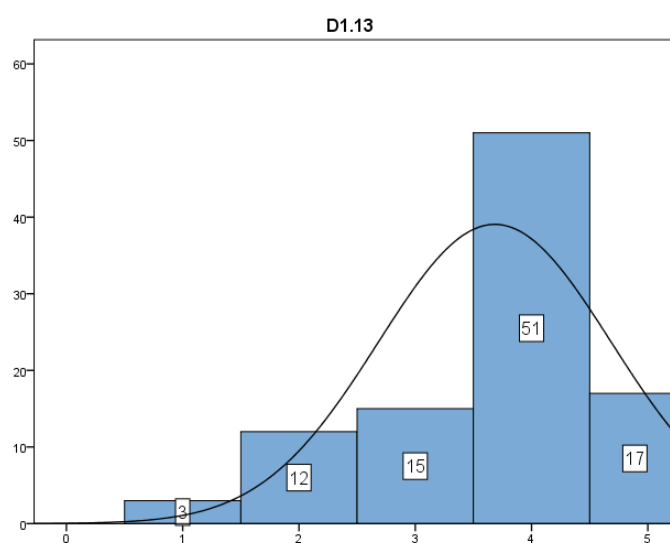


Figura 28: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.13: “Quando acreditados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes”

D1.13 - Qual é a opinião dos colaboradores quanto à acreditação dos serviços e à eficiência e organização destes serviços?

Sessenta e oito (68) colaboradores são de opinião que, quando acreditados, os serviços tornam-se mais organizados e eficazes, como mostra a Figura 28.

Os autores Matos et al. (2006), na sua abordagem chegam à mesma conclusão, i.e., serviços acreditados são mais eficazes.

E de forma a tornar mais produtivos estes mesmos serviços, Araújo et al. (2015) veem estes programas como benéficos para as organizações de saúde.

D1.14 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à importância nas auditorias e a não conformidades?

A opinião dos colaboradores está muito dividida, com base nos resultados (Figura 6 – Anexo 4), pode dizer-se que uns colaboradores têm opinião positiva e outros negativas e ainda outros estão indiferentes, ou seja, 22 colaboradores.

A não conformidade nos serviços de saúde, sobretudo nos serviços de enfermagem, ocorre porque não são feitos todos os registos das informações relacionadas com o doente e também pela baixa nos serviços em geral (Moreira, 2012).

D1.15 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à promoção da qualidade no espírito de equipa e na colaboração entre os colegas?

Relativamente à questão D1.15 (Figura 7 – Anexo 4), os resultados evidenciam que 69 colaboradores são de opinião que a qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.

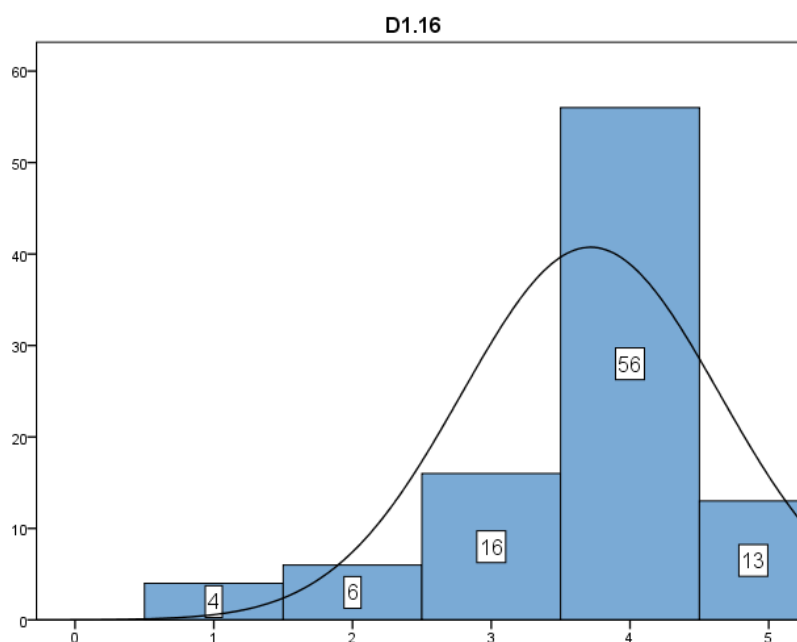


Figura 29: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.16: “Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários”

D1.16 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente aos resultados da implementação de um SGQ na compensação do tempo e empenhos necessários?

Sessenta e nove (69) colaboradores são de opinião de que o resultado da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensa o tempo e o empenho necessários, como mostra a Figura 29.

4.4. Análise da variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)”

A variável *Relação com o sistema de gestão da qualidade* é uma variável com valor médio de $M=29,77$ ($DP=16,59$), o que é indicador de uma atitude relativamente positiva dos colaboradores face à relação com o sistema de gestão da qualidade, uma vez que o valor mínimo possível nesta variável é -10 e o valor máximo é 50. Esta dimensão foi calculada a partir do somatório simples dos 10 itens que a compõem. As respostas aos itens variam numa escala tipo Likert, com o valor -1 atribuído à opção NR (não responde) e os valores entre 0 e 5 atribuídos a “nenhuma aplicabilidade” =0, até “mais elevada aplicabilidade” =5. Esta variável

encontra-se dentro dos limites de uma distribuição normal, o que pode ser verificado pelos valores de curtose/achatamento e assimetria (Figura 30 e Tabela 7).

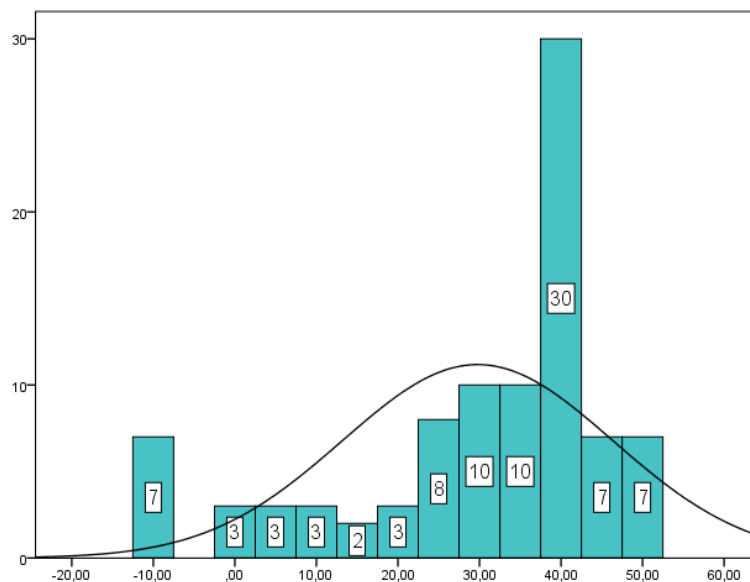


Figura 30: Distribuição na variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)”: Histograma com curva de normalidade de distribuição

O histograma acima mostra que a maior parte dos colaboradores tem uma atitude positiva (44 colaboradores) em relação ao SGQ.

Figura 30 - Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à relação com o SGQ (serviços acreditados/em acreditação)?

Tabela 7: Estatísticas descritivas da variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade” (serviços acreditados/em acreditação)

N	Válido	93
	Ausente	7
Média		29,77
Desvio padrão		16,59
Variância		275,33
Assimetria		-1,19
Erro padrão de assimetria		0,25
Curtose		0,48
Erro padrão de Curtose		0,50
Mínimo obtido		-10,00
Máximo obtido		50,00

Relativamente às diferenças entre os sexos na variável *Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)*, o teste *t* para amostras independentes não é significativo, pelo que não existem diferenças entre os sexos.

Tabela 8: Valores médios e desvios-padrão na variável “Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)” em função do sexo

Género/sexo do colaborador	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Masculino	17	31,53	17,91	4,34
Feminino	74	29,80	16,24	1,89

Relativamente à análise de correlação entre a idade e a variável *Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação)*, o teste de correlação de *Pearson* não revelou correlação significativa, pelo que a relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/em acreditação) não varia com a idade.

Em seguida apresentam-se os gráficos de barras com curva de distribuição normal das respostas nas variáveis E1.1 e E1.2 (Figuras 31 e 32), E1.3 e E1.4 (Figuras 8 e 9 – Anexo 4), E1.5 e E1.6 (Figuras 33 e 34), E1.7 (Figura 10 – Anexo 4), E1.8 (Figura 35), E1.9 (Figura 11 – Anexo 4) e E1.10 (Figura 36), que correspondem aos itens da primeira parte da dimensão *Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados ou em acreditação)*. As respostas podiam variar numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde ao nível de nenhuma aplicabilidade e 5 corresponde ao nível de aplicabilidade máxima. Existia, ainda, a possibilidade de resposta no valor -1, que corresponde a “Não se aplica/não responde”.

Pode afirmar-se, mediante a leitura dos gráficos, que a maioria dos participantes se situa numa perspetiva positiva face às questões da dimensão *Relação com o sistema de gestão da qualidade*. A maioria (mais de 50% dos que respondem em cada questão/item) responde entre a opção 4 e a opção 5 (aplicabilidade máxima), com exceção das respostas à questão E1.1, com um grande número de participantes (cerca de 20% dos que responderam) a optar pela não resposta (valor -1).

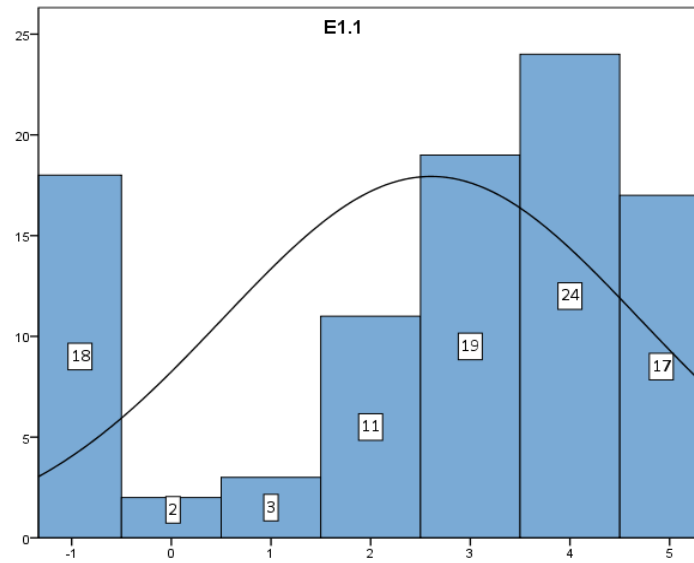


Figura 31: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.1: “Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é acreditado/está em processo de acreditação”

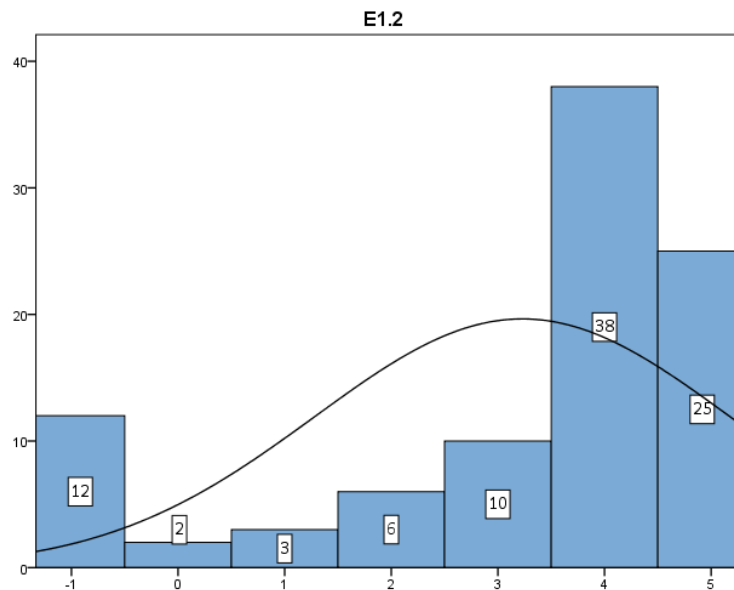


Figura 32: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.2: “Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito”

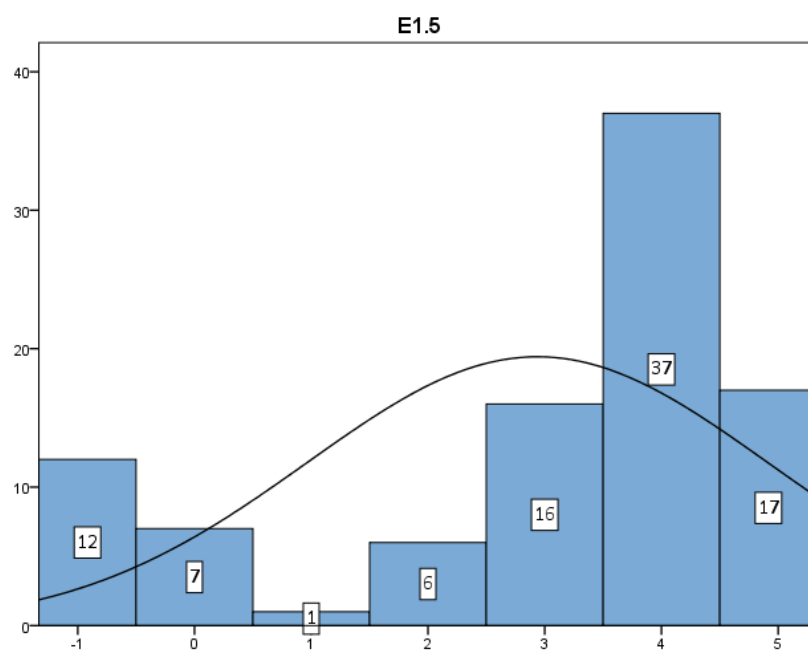


Figura 33: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.5: “Conheço o manual da qualidade do serviço”

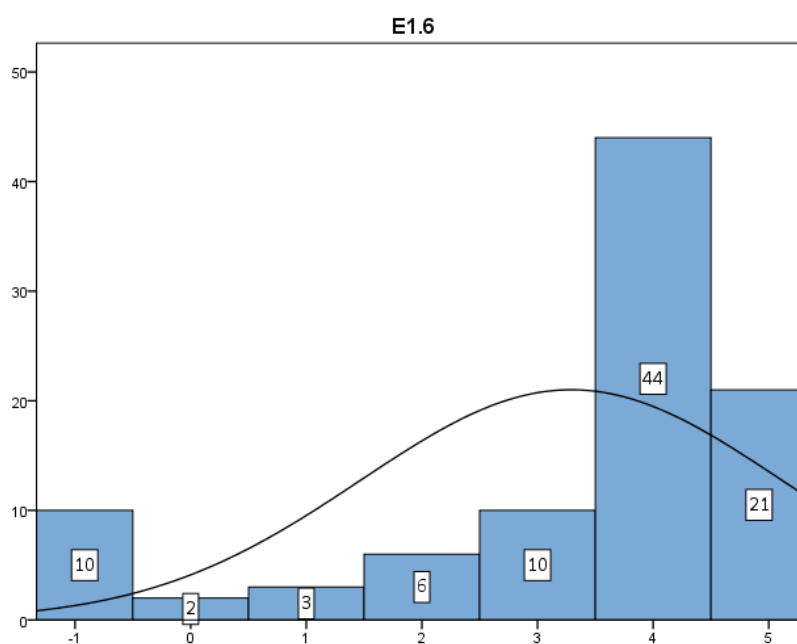


Figura 34: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.6: “Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço”

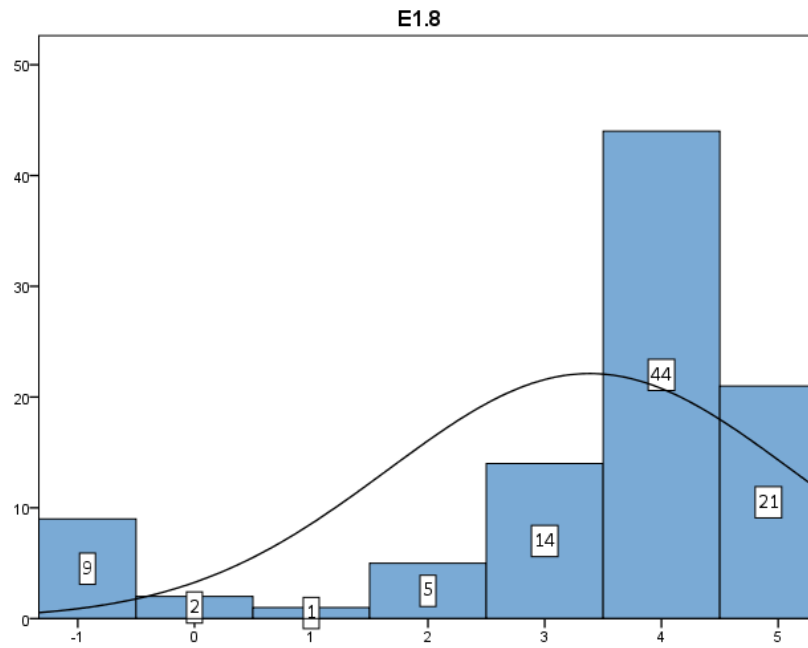


Figura 35: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.8: “Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertenço/onde exerço funções”

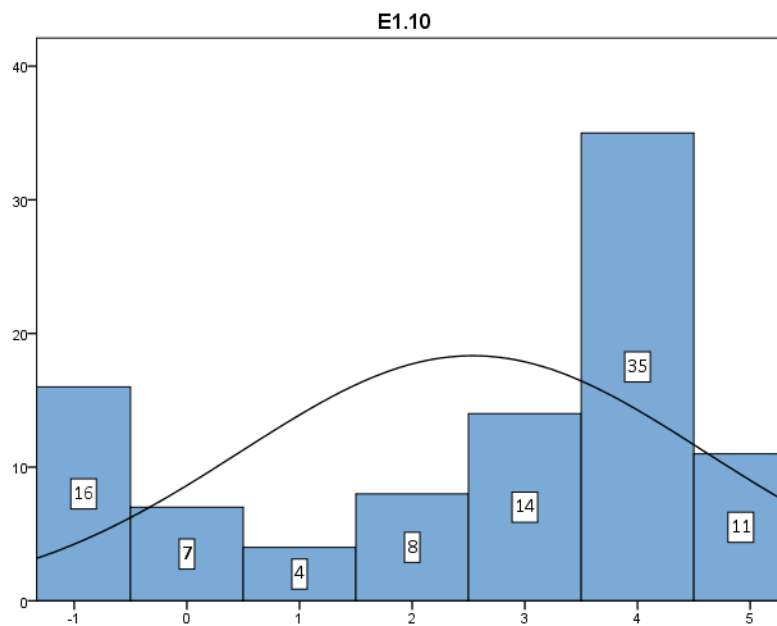


Figura 36: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.10: “Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias”

E1.1 - E1.10 Qual é a opinião dos colaboradores relativamente à implementação dos serviços acreditados/em acreditação?

De uma forma geral, pode dizer-se que os colaboradores estão habituados com estes processos, pois como mostram os histogramas acima, quando surgem problemas relacionados com processos de acreditação ou em acreditação, os profissionais ajudam a resolver os problemas que surgem, contribuem muito para a qualidade do serviço pertencente a cada área, partilham experiências e conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço, estão informados dos procedimentos, têm conhecimento do SGQ que está acreditado/está em processo de acreditação.

4.5. Análise da segunda dimensão da questão “Relação com o sistema de gestão da qualidade”

O questionário aplicado aos colaboradores das unidades de saúde participantes neste estudo incluía ainda seis questões na dimensão *Pr Relação com o sistema de gestão da qualidade*, que são analisadas em seguida através de gráficos de barras. As respostas podiam variar numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde ao nível de nenhuma aplicabilidade e 5 corresponde ao nível de aplicabilidade máxima. Como se pode verificar (Figuras 37 a 42), a atitude dos colaboradores situa-se preferencialmente no lado positivo, com maior frequência de respostas nas opções 4 e 5. Apenas na questão E2.3: *Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?*, 12 dos participantes responderam no nível 0=nenhuma aplicabilidade.

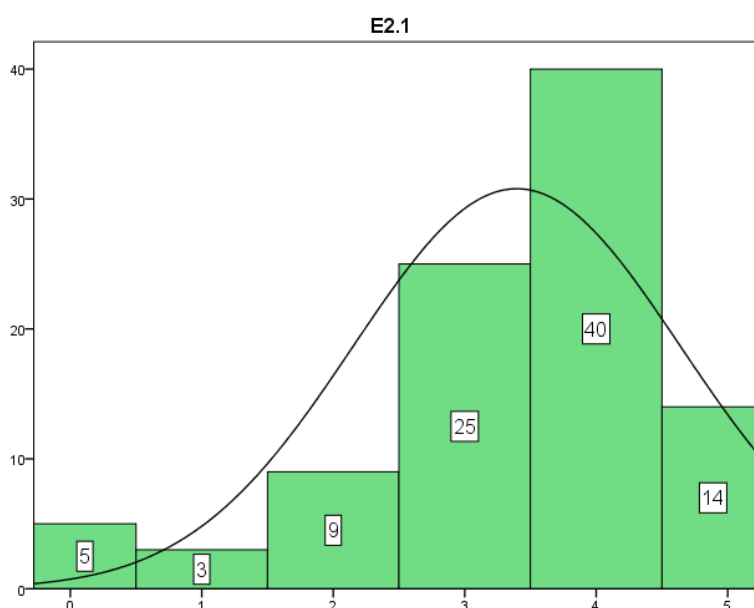


Figura 37: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.1: “Como classifica o seu atual nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação?”

E2.1 - Qual é a atitude dos colaboradores relativamente à classificação do atual nível de interesse e a motivação relativamente à qualidade e acreditação?

Cinquenta e quatro (54) colaboradores classificam que têm interesse e estão motivados relativamente à qualidade e acreditação, mostrando que a maioria das respostas são positivas.

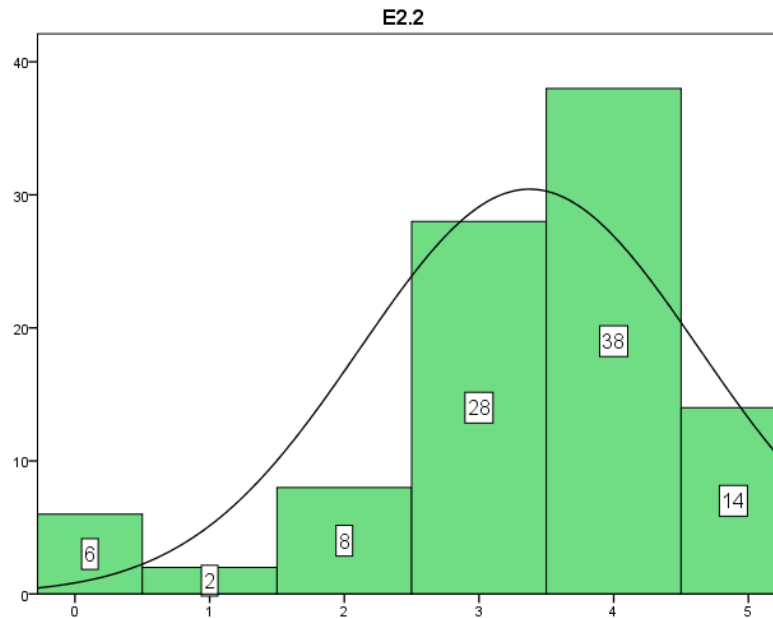


Figura 38: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.2: “Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço?”

E2.2 - Como os colaboradores classificam o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do SGQ deste serviço?

Alguns colaboradores (28) estão indiferentes, e 52 colaboradores têm interesse e estão motivados relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do SGQ dos serviços.

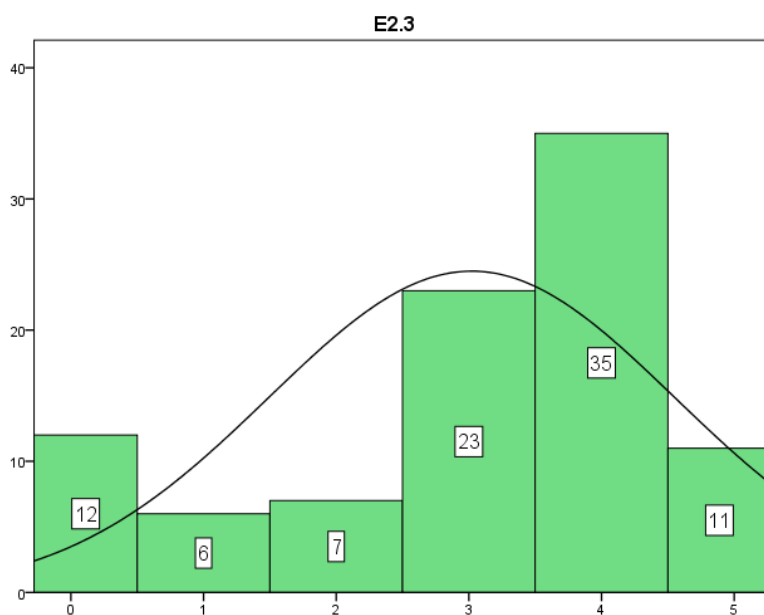


Figura 39: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.3: “Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?”

E2.3 - Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?

A resposta a esta questão está muito dividida, para alguns, o SGQ resulta em mudanças, para outros, não, e ainda para outros, estão indiferentes.

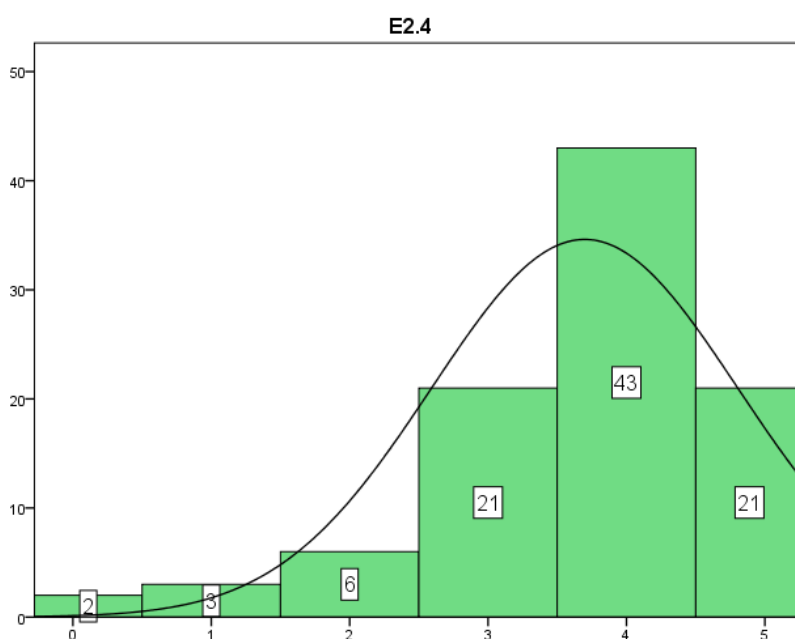


Figura 40: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.4: “Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?”

E2.4 - Qual o grau de predisposição dos colaboradores com respeito as iniciativas ligadas à qualidade?

Mais de metade dos colaboradores tem uma atitude positiva referente às iniciativas ligadas à qualidade.

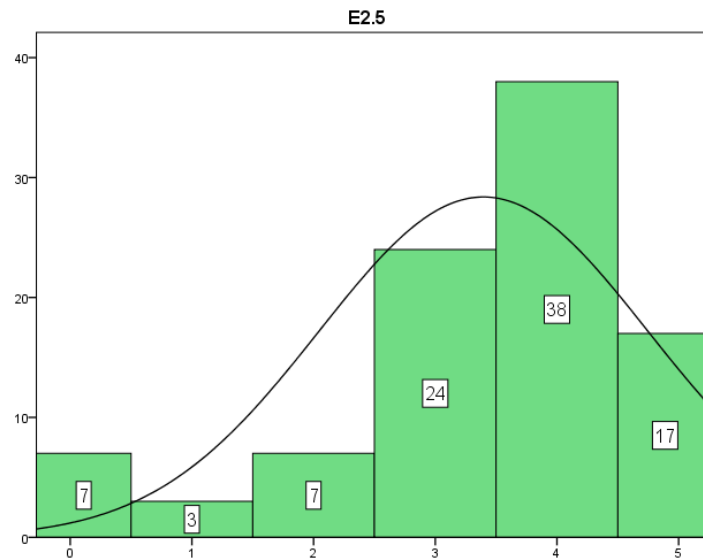


Figura 41: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?"

E.2.5 - Como os colaboradores classificam o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?

Os colaboradores classificam como positivo o envolvimento na qualidade dos serviços.

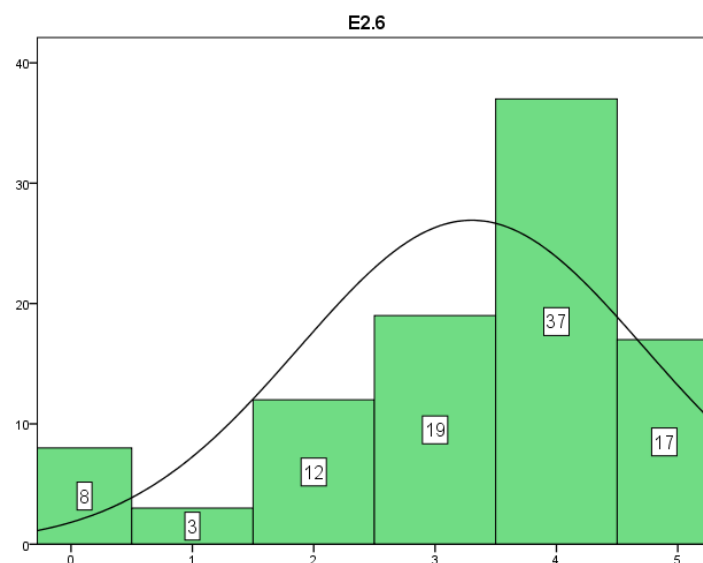


Figura 42: Distribuição das respostas dos participantes na questão E2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão da qualidade implementado neste serviço?"

E.2.6 - Qual é a apreciação geral dos colaboradores SGQ implementado neste serviço?

Mais de metade dos colaboradores (54) tem uma atitude positiva na implementação do SGQ neste serviço.

4.6. Análise da dimensão “Balanço Global (Profissionais de todos os serviços) ”

O questionário aplicado aos colaboradores das unidades de saúde participantes neste estudo incluía ainda a dimensão *Balanço Global*, com duas questões, que são analisadas em seguida através de gráficos de barras. As respostas podiam variar numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde ao nível de **muito negativo** e 5 corresponde ao nível de **muito positivo** . Como se pode verificar pelas Figuras 43 e 44, a maioria dos participantes respondeu nas opções 4 ou 5, que são o lado mais positivo nestas questões.

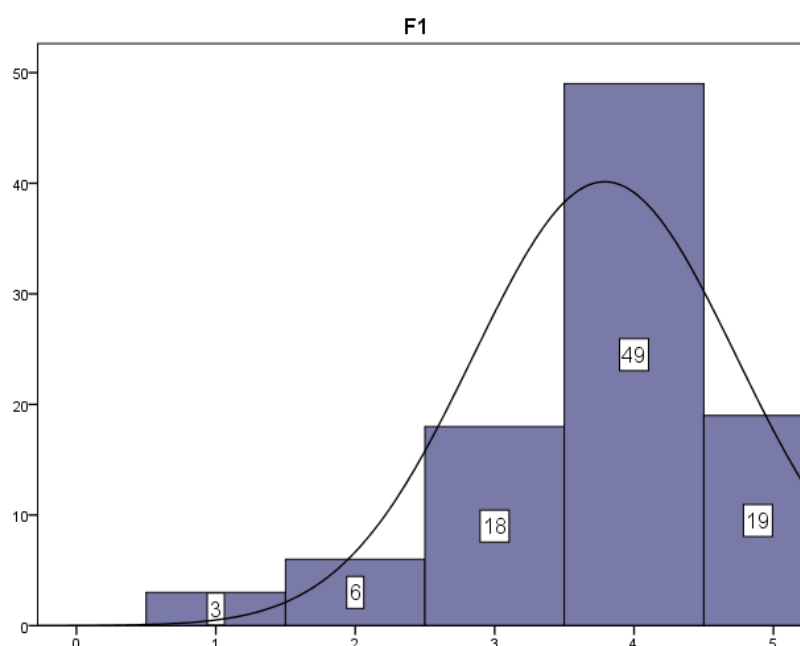


Figura 43: Distribuição das respostas dos participantes na questão F1: “Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade”

F1 - Qual a apreciação global que os colaboradores fazem relativamente à qualidade?

Conclui-se, pela Figura 43, que mais de metade (68) dos colaboradores aprecia a qualidade.

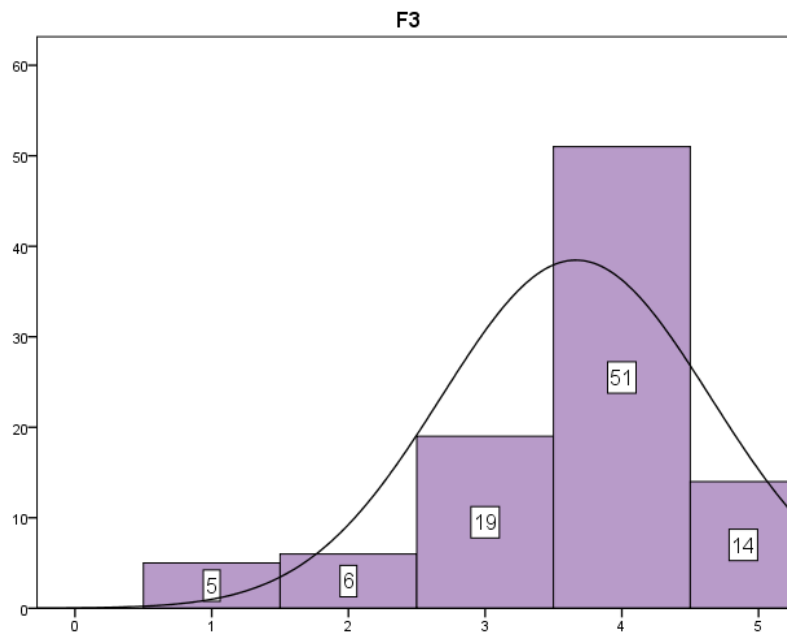


Figura 44: Distribuição das respostas dos participantes na questão F3: “Aprecie o balanço global que faz relativamente à **acreditação**”

F1- Qual é a apreciação global que os colaboradores fazem relativamente à acreditação?

De uma maneira geral, a maior parte dos colaboradores aprecia o programa de acreditação nos serviços.

5. CONCLUSÃO

Na visão de Benoliel (1999), a implementação do sistema de qualidade, embora seja voluntário, é importante para o modelo de acreditação que resulta no reconhecimento das organizações e no desenvolvimento tecnológico e científico das organizações.

A qualidade ao longo dos anos foi aprimorada, e isto só foi possível através da implementação dos processos organizações, ou seja, SGQ e modelos de acreditação na ULSNE, EPE, através de exames minuciosos aos serviços de saúde com o objetivo de se atingir resultados satisfatórios relacionados com a melhoria contínua nos cuidados de saúde, a segurança do doente e a satisfação do doente/cliente.

Este estudo realizou-se numa unidade de saúde do interior de Portugal (Nordeste) e esta população foi escolhida por ser necessário estudar de forma mais cuidadosa organizações que não são tão estudadas quanto as do litoral. O capital humano das organizações de saúde (os colaboradores), das diferentes vertentes técnicas é quem torna possível a qualidade dos serviços prestados. Assim, torna-se importante estudar a sua perspetiva e as opiniões/attitudes face ao impacto da implementação dos SGQ.

Os resultados analisados e tratados mostraram que, efetivamente, os SGQ e os modelos de acreditação, na perspetiva dos colaboradores, são benéficos para a organização. Na maioria das questões do questionário, as respostas dos colaboradores foram sobretudo positivas face à sua apreciação da importância do sistema de gestão da qualidade, o que está patente, por exemplo, na resposta à questão: “Qual a apreciação global que os colaboradores fazem relativamente à qualidade?”, em que mais de 60% dos colaboradores faz uma apreciação positiva ou muito positiva da qualidade. Ou na resposta à questão “É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum”, em que a quase totalidade dos colaboradores respondeu positiva ou muito positivamente.

Por isso, de acordo a pesquisa realizada, pode dizer-se que existem vantagens em implementar estas ferramentas de apoio à gestão hospitalar porque traz muitos benefícios às organizações e criam impacto positivo nestas mesmas organizações. No entanto, ressalva-se que, na questão “As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais”, as respostas se encontram muito divididas, o que indica que parte dos colaboradores sente que os serviços podem “aproveitar” o SGQ para os “vigiar”, por assim dizer. Também na questão

“Qualidade é sinónimo de burocracia e papelada”, as respostas encontram-se muito divididas, o que indica que alguns colaboradores sentem o peso dos processos burocráticos do SGQ.

Não se verificou diferenças de sexo na perspetiva dos colaboradores, porque a qualidade é sentida por todos de forma uniforme. Contudo, registou-se uma relação positiva entre a idade e a variável perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação. Os colaboradores mais velhos têm atitude mais positiva. No entanto, serão precisos mais estudos, com amostras maiores, para comprovar este resultado.

Este trabalho teve algumas limitações, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra, pelo que futuros trabalhos devem ser implementados para comprovar os resultados.

Também pelo facto de algumas categorias profissionais serem pouco representadas, sendo a maioria técnicos de diagnóstico e terapêutica e enfermeiros. E, também, a maioria da amostra era do sexo feminino. Em futuros trabalhos, as categorias profissionais e o sexo deverão ser balanceados, para se poder comparar a atitude relativamente ao SGQ entre os diferentes grupos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Agência de *Calidad Sanitária de Andalucía*. *Modelo de acreditação CSA*. Disponível em <https://www.juntadeandalucia.es/index.html>
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2012). The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(2), 74-80. doi: 10.4103/2230-8229.98281
- Al-Qahtani, M. F., Al-Medaires, M. A., Al-Dohailan, S. K., Al-Sharani, H. T., Al-Dossary, N. M., & Khuridah, E. N. (2012). Quality of care in accredited and nonaccredited hospitals-perceptions of nurses in the Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 87(3), 39-44. doi: 10.1097/01.EPX.0000417998.98106.9d
- American Academy of Sleep. Disponível em <https://aasm.org/accreditation/>
- Andrews, L., Stocking, C., Krizek, T., Gottlieb, L., Krizek, C., Vargish, T., & Siegler, M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *The Lancet*, 349(9048), 309-313. doi: 10.1016/S0140-6736(96)08268-2
- António, S. N., Teixeira, A., & Rosa, A. (2016). *Gestão da qualidade: De Deming ao modelo de excelência EFQM* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Araújo, C. A. S., Figueiredo, O. H. S., & Figueiredo. (2015). O que motiva os hospitais brasileiros a buscar a acreditação?. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(1). doi: 10.5585/rgss.v4i1.111
- Benoiel, M. J. (1999). Step by step implementation of a quality System in the laboratory. *Trends in Analytical Chemistry*, 18(9-10), 632-638. Disponível em http://quimica.udea.edu.co/~carlopez/cromatogc/step_imple_qac.pdf
- Bittar, O. J. N. V. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, 3(12), 15-18. Disponível em <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeII.pdf>
- Blumen, S. R., Naud, S., Palumbo, M. V., McIntosh, B., & Wilcke, B. W. (2010). Knowledge and perceptions of quality systems among vermont laboratorians. *Public Health Reports*, 125(Suppl. 2), 73-80. doi:10.1177/00333549101250S209
- Bonato, V. L., (2011). Gestão de qualidade em saúde: Melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 35(5), 319-331. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf
- Brachine, J. D. P., Peterlini, M. A. S., & Pedreira, M. L. G. (2012). Método *bundle* na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 200-210. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/25.pdf>

- Camillo, I. N. R. S., Oliveira, J. L. C., Junior, J. A. B., Cervilheri, A. H., Haddad, M. C. F. L., & Matsuda, L. M. (2016). Acreditação em hospital público: Percepções da equipe multiprofissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 451-459. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>
- Carvalho, M., & Paladini, E. (2012). *Gestão da qualidade: Teoria e casos* (2a ed. rev. e ampl.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Caspe Healthcare Knowledge Systems. *Modelo de acreditação*. Disponível em <http://www.chks.co.uk/>
- Clemente, F., Papi, M. Pontecorvi, L., & Menichetti, A. (2016). Evaluation of indices for the measurement of quality in health systems. *International Journal of Metrology and Quality Engineering*, 7(4), 405. doi: 10.1051/ijmqe/2016017
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014). *Um futuro para a saúde todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em <https://s3cdn-observadoronline.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2014/09/relatorio-saude1.pdf>
- D'Innocenzo, M., Adami, N. P., E Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 59(1), 84-88. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>
- Decreto-Lei nº 18/2017*, de 10 de fevereiro. Regula o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde do serviço nacional de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais, bem como as integradas no setor público administrativo. Diário da República, 30. Série I
- Decreto-Lei nº 23/2011*, de 11 de fevereiro. Assegura a execução das obrigações decorrentes do Regulamento (CE) n.º 765/2008, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de julho, que estabelece os requisitos de acreditação e fiscalização do mercado relativos à comercialização de produtos. Diário da República, 30. Série I
- Decreto-Lei nº 67/2011*, de 02 de junho. Extingue o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e o Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste, cria a Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos
- Despacho n.º 7763/2012*, de 05 de junho. Criação das unidades orgânicas flexíveis e equipas multidisciplinares da Direção-Geral da Saúde. Diário da República, 109. Série II
- Despacho nº 1400-A/2015*, de 10 de fevereiro. Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República, 28. Série II (1º Supl.)
- Despacho nº 18226/2009*. Designação da coordenadora do Programa Nacional de Acreditação em Saúde <https://dre.tretas.org/dre/1425424/despacho-18226-2009-de-6-de-agosto>
- Despacho nº 5613/2015*, de 27 de maio. Aprova a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Diário da República, 102. Série II

- Despacho nº 5613/2015*, de 27 de maio. Aprova a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Diário da República, 102. Série II
- Dias, T. C. L., Santos, J. L. G, Cordenuzzi, O. C. P., & Prochnow, A G. (2011). Auditoria em enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 931-937. doi: 10.1590/S0034-71672011000500020
- Diniz, J. A., & Beleza, A. (2013). Sistemas de auditorias clínicas: Relatório de atividade. Disponível em <https://www.dgs.pt/?cr=24533.i019182>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura hospitalar*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx> 14.10.2017
- Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. *Plano nacional para a segurança dos doentes*. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>.
- Donahue, K. T., & van Ostenberg, A. P. (2000). Join Commission International Accreditation: Relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 243-246. doi:org/10.1093/intqhc/12.3.243
- European Foundation for Quality Management. *Modelo EFQM*. Disponível em <http://www.efqm.org/>
- Feigenbaum, A. V. (1985). *Quality control: Principles, practice and administration*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Fildman, B., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 540-545. Disponível em <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/2329/2480>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., Castro, A. P., & Corniani, F. (2000). Liderança e comunicação: Estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(5), 34-43. doi: 10.1590/S0104-11692000000500006
- Georges, M. R. R. (2016). BP Quality: Arquitetura de referência para sistemas de gestão da qualidade. *Revista de Administração da UNIMEP*, 14(1), 1-29. doi:10.15600/1679-5350/rau.v14n1p1-29
- Gil, A., C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas-

- Gozal, D. (2013). Accreditation of sleep medicine in the Kingdom of Saudi Arabia: A critical step toward quality outcomes. *Annals of Thoracic Medicine*, 8(1), 1-2. doi: 10.4103/1817-1737.105707
- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183. doi:10.1093/intqhc/mzn005
- Instituto Português de Acreditação. *O que é acreditação*. Disponível em [http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp#O que é a Acreditação?](http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp#O%20que%20%C3%A9%20a%20Acredita%C3%A7%C3%A3o)
- Internacional Organization For Standardization. *Requisito da ISO 9001* Disponível em <https://www.iso.org/home.html>
- Joint Commission International. Definição da JCI. Disponível em <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
- Júnior, G. D., & Vieira, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: Explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 325-334. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>
- Kalra, J. (2011). *Medical errors and patient safety: Strategies to reduce and disclose medical errors and improve patient safety*. Berlim: De Gruyter.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kruskal, J. B., Anderson, S., Yam, C. S., & Sosna, J. (2009). Quality initiatives strategies for establishing a comprehensive quality and performance improvement program in a radiology department. *RadioGraphics* 29(2), 315-329. Disponível em <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.292085090>
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11-16. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1273/1/RPSP%202010%2011.pdf>
- Lei n.º 125/2004, de 31 de maio. Criação do Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC). Diário da República, 127. Série I-A
- Lima, L., & Erdmann, A. L. (2006). A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Ata Paulista de Enfermagem*, 19(3), 271-278. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a03v19n3.pdf>
- Manzo, B. F., Brito, M. J. M., & Corrêa, A. R. (2012). Implicações do processo de acreditação hospitalar no quotidiano dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 388-394. doi:10.1590/S0080-62342012000200017

- Matos, S. S., Morais, R. M., Neumann, V. N., Silva, V. C., Silva, C. T., & Alves, M. (2006). Um olhar sobre ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4):419-424. doi: org/S1415-27622006000400017
- Mendes, I. A. C., Trevizan, M. A., Nogueira, M.S., & Hayashida, M. (2000). Enfoque humanístico à comunicação em enfermeiro: O caso de uma adolescente hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 7-13. doi:10.1590/S0034-71672000000100002
- Moreira, T. A. O. (2012). *Análise da relação entre o tipo de não conformidades levantadas em auditoria e as motivações para a implementação dos sistemas de gestão da qualidade segundo a norma ISSO 9001*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Mingo.
- Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, A. J. 2000. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Healthcare*, 12(3), 191-201. doi:10.1093/intqhc/12.3.191
- Nascimento, A. P., Oliveira, M. P. V., & Zanquetto, H. (2013). Maturidade de sistemas de gestão da qualidade como um construto de segunda ordem. *Revista Gestão & Tecnologia*, 13, 23-50. doi: 10.20397/2177-6652/2013.v13i3.483
- Oliveira e Matsuda. (2016). Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 63-69. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127744318009>
- Organização Mundial de Saúde. (2005-2006). *Segurança do doente*. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43358/9241593733_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- Pereira, R. C. (2013). *Qualidade e certificações em saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pham, J. C., Aswani, M. S., Rosen, M. A., & Pronovost, P. J. (2012). Reducing medical errors and adverse events. *The Annual Review of Medicine*, 63(1), 447-463. doi: 10.1146/annurev-med-061410-121352
- Pinto, A., & Soares, L. (2010). *Sistemas de gestão da qualidade: Guia para a sua implementação*. Lisboa: Edições Sílabo
- Pires, A. R. (2012). *Sistemas de gestão: Ambiente, segurança, responsabilidade social, indústria e serviços* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A. R., (2000). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. A., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51

- Qualitydigest. (2018). *Definição da qualidade*. Disponível em <https://www.qualitydigest.com/magazine/2001/nov/article/definition-quality.html>. Visitado 17.07.18
- Rebello, L. S. (2010). Promoção da saúde: A construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em <http://books.scielo.org>
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82. doi:10.4000/rccs.343
- Serviço Nacional de Saúde. *Estatuto das ULS EPE*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/02/ULS_18_2017_estatutos.pdf
- Serviço Nacional de Saúde. *ULSNE EPE*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-nordeste-epe/>
- Silva, P. B. (2004). ISO 9001:2000 e King's Fund: Uma análise comparativa. *Qualidade em Saúde* 9, 33-35.
- Smits, H., Supachutikul, A., & Mate, K. S. (2014). Hospital accreditation: Lessons from low and middle-income countries. *Globalization and Health*, 10, 65. doi: 10.1186/s12992-014-0065-9
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24879/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cultura%20Seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Sousa, D. P. B., Machado-Taylor, M. L., & Rocha, L. L. V. (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), 122-152. Disponível em https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160220_110951.pdf
- Sousa, P. J. S. (2010). Qualidade em saúde: Da definição de políticas à avaliação de resultados. *Revista TMQ Temático I*.
- Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., Kurcgant, P., Garcia, A. N., & Garzin, A. C. A. (2009). Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 542-546. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10412/6974>

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização para utilização do questionário

UTAD - Oloiva Sousa - Pedido de autorização do uso do questionário - Trabalho de investigação - Dissertação

3 messages

Oloiva Silva <oloiva@gmail.com>
To: Raquel Cadilhe <raquelcadper@gmail.com>

Thu, Nov 9, 2017 at 2:09 PM

Prezada Dr.^a Raquel Cadilhe,

Meu nome é Oloiva Maria Tavira da Silva e Sousa, estudante da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, estou a frequentar o mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde e estou na parte da dissertação com o tema: **Impacto da Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde - Estudo de caso numa Unidade de Saúde.**

Li o seu trabalho da dissertação com o tema: **Qualidade e Certificação em Saúde: Representações e Posições Sociais Num Terreno Hospitalar** achei muito interessante e muito bem estruturado. Muitos parabéns!

Neste contexto, gostaria de usar o seu questionário para aplicação do meu trabalho de investigação, assim sendo, por favor peço a sua permissão para o uso do mesmo.

Contudo, no meu trabalho de dissertação irei referencia-la por isso.

Aguardo o seu feedback.

Melhores cumprimentos,

Oloiva Sousa

Raquel Cadilhe <raquelcadper@gmail.com>
To: Oloiva Silva <oloiva@gmail.com>

Fri, Nov 10, 2017 at 12:12 PM

Olá Oloiva,

Agradeço muito as suas palavras.

Pode utilizar o questionário para realizar a sua pesquisa (desde que faça referência ao mesmo no seu trabalho).

Já agora, teria todo o interesse em saber os resultados obtidos no seu estudo.

Bom trabalho! Estou ao dispor para o que for necessário.

Melhores cumprimentos,

Raquel Cadilhe
916573436

[Quoted text hidden]

Oloiva Silva <oloiva@gmail.com>
To: Raquel Cadilhe <raquelcadper@gmail.com>

Fri, Nov 10, 2017 at 3:26 PM

Obrigada, Raquel.

Anexo 2 – Estrutura do questionário usado na pesquisa de estudo



Inquérito nº: _____/20_____

MESTRADO DE GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE EM UNIDADES DE SAÚDE -
ESTUDO DE CASO NUMA UNIDADE DE SAÚDE
INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Este questionário realiza-se no âmbito de um estudo inserido no Mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Através do mesmo pretende-se recolher informações acerca do impacto da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde. A sua colaboração e sinceridade nas respostas é muito importante. O inquérito é totalmente anónimo e de resposta facultativa e os dados serão usados apenas para fins de investigação. O questionário demorará cerca de 5 minutos a ser preenchido. Se alguma questão lhe suscitar algum tipo de dificuldade ou não se aplicar ao seu caso, por favor seleccione a opção "NÃO SE APLICA/NÃO RESPONDE" evitando deixar respostas em branco. Muito obrigada,

Por favor preencha o questionário tendo em conta que será lido através de leitura ótica:

☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

A) Caracterização do inquirido

A1. Serviço a que pertence/em que está a exercer funções _____

A2. Categoria profissional:

☐ Médico(a) ☐ Enfermeiro(a) ☐ Técnico(a) de Diagnóstico e Terapêutica
☐ Técnico(a) Superior ☐ Assistente Técnico(a) ☐ Assistente Operacional
☐ Encarregado Operacional

A3. Há quanto tempo exerce a profissão?

☐ Menos de um ano ☐ Mais de um ano

Se a opção for mais que um ano, indique o número de anos. _____

A4. Há quanto tempo trabalha neste serviço?

☐ Menos de um ano ☐ Mais de um ano

Se a opção for mais que um ano, indique o número de anos. _____

A5. Há quanto tempo trabalha nesta unidade de saúde?

☐ Menos de um ano ☐ Mais de um ano

Se a opção for mais que um ano, indique o número de anos. _____

A6. Exerce algum cargo de direção/chefia/coordenação neste serviço?

☐ Sim ☐ Não

A7. Formação específica na área da qualidade?

☐ Sim ☐ Não

A8. Experiências no âmbito da qualidade (que não a atual caso o seu serviço já seja acreditado ou esteja em processo de acreditação)?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

A9. Participação na construção do sistema de gestão da qualidade deste serviço?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável

A10. Género

☐ Masculino ☐ Feminino

A11. Idade: _____

A12. Habilitações: ☐ 1.º Ciclo do ensino básico (4.º ano) ☐ 2.º Ciclo do ensino básico (6.º ano)
☐ 3.º Ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐ Ensino secundário (12.º ano ou eq.) ☐ Bacharelato
☐ Licenciatura ☐ Pós-graduação ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

D) Perspetiva e atitude face à qualidade e acreditação

D1. Expresse o seu grau de concordância face às seguintes afirmações:

CT - Concordo totalmente | C - Concordo | NCND - Não concordo nem discordo | D - Discordo | DT - Discordo totalmente | NANR - Não se aplica/não responde

	CT	C	NCND	D	DT	NANR
D1.1. É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum.						
D1.2. Qualidade é sinónimo de burocracias e "papelada".						
D1.3. A <u>acreditação</u> é importante para o reconhecimento social/político do serviço.						
D1.4. As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais.						
D1.5. O sistema de gestão da qualidade é algo que se faz apenas para a auditoria mas que não é aplicado diariamente.						
D1.6. A implementação de sistemas de gestão da qualidade ajuda o trabalho dos profissionais.						
D1.7. <u>Acrescentar</u> a qualidade custa mais caro.						
D1.8. Fazer com qualidade é mais caro.						
D1.9. A qualidade diz apenas respeito a um conjunto de pessoas nomeadas para tratar do assunto.						
D1.10. A <u>acreditação</u> deve ser feita apenas perante obrigatoriedade legal.						
D1.11. Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho.						
D1.12. A <u>acreditação</u> da qualidade gera uma maior satisfação por parte dos clientes/doentes.						
D1.13. Quando <u>acreditado</u> , os serviços tornam-se mais organizados e eficazes.						
D1.14. O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade.						
D1.15. A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas.						
D1.16. Os resultados da implementação de um sistema de gestão da qualidade compensam o tempo e o empenho que são necessários.						

E) Relação com o sistema de gestão da qualidade (serviços acreditados/Em acreditação)

E1. Classifique o grau de aplicabilidade das afirmações ao seu caso numa escala de 0 a 5 (sendo 0 o nível de nenhuma aplicabilidade e 5 o nível de aplicabilidade mais elevado) e NR - Não Responde

	0	1	2	3	4	5	NR
E1.1. Sei que este serviço tem/está a montar um sistema de gestão da qualidade e que é <u>acreditado</u> /está em processo de <u>acreditação</u>							
E1.2. Sei quais são os procedimentos que ao meu trabalho dizem respeito.							
E1.3. Conheço a política da qualidade do serviço.							
E1.4. Conheço os objetivos para a qualidade do serviço.							
E1.5. Conheço o manual da qualidade do serviço.							
E1.6. Partilho a minha experiência e os meus conhecimentos para a melhoria da qualidade do serviço.							

E1.7. Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução.									
E1.8. Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertencem/onde exerço funções.									
E1.9. Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço.									
E1.10. Colaboro na resolução de problemas apontados nas auditorias.									

E2. Numa escala de **0 a 5**, posicione-se face às seguintes

	0	1	2	3	4	5
E2.1. Como classifica o seu atual nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação ?						
E2.2. Como classifica o seu nível de interesse e motivação relativamente à qualidade e acreditação antes da implementação do sistema de gestão da qualidade deste serviço?						
E2.3. Qual o grau de mudança no seu trabalho que o sistema de gestão da qualidade implicou?						
E2.4. Qual o seu grau de predisposição para aderir a iniciativas ligadas à qualidade?						
E2.5. Como classifica o seu grau de envolvimento na qualidade deste serviço?						
E2.6. Qual a sua apreciação global do sistema de gestão de qualidade implementado neste serviço?						

F) Balanço Global (PROFISSIONAIS DE TODOS OS SERVIÇOS)

Numa escala de **0 a 5**, sendo 0 muito negativo e 5 muito positivo

	0	1	2	3	4	5
F1. Aprecie o balanço global que faz relativamente à qualidade:						
F3. Aprecie o balanço global que faz relativamente à acreditação:						

Comentários/Sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração!

Para qualquer esclarecimento contacte a responsável pelo estudo:

(E-mail: oloiva@gmail.com)

Anexo 3 – Autorização para a realização do estudo na ULSNE, EPE

Terão que entre o tempo
a investigar e o questionário
propósito e aplicar os col-
boradores, considerando não
haver qualquer inconveniente
em não para a ULSNE,
no momento no caso
e tratamento de informações
em dados confidenciais em
individuais.
Deve ser autorizado.

Ao Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração das
Unidades Local de Saúde do Nordeste, EPE
Dr. Carlos Vaz
Praça Cavaleiro Ferreira
5301-862 - Bragança

25.11.22

Assunto: Pedido de autorização para realização do projeto de investigação

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Exmos. Senhores,

Oloiva Maria Távira da Silva e Sousa, estudante do mestrado de Gestão dos Serviços de Saúde, sob o nº mecanográfico 63883, na Universidade Trás-os-Montes Alto Douro (UTAD), venho pelo presente solicitar a V.Exa., autorização para a realização de pesquisa de investigação do trabalho de mestrado. Esta pesquisa consiste na aplicação de um questionário aos colaboradores das Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela de forma a recolher informações relacionado com o meu projeto de investigação.

O meu trabalho de dissertação de mestrado tem, como objetivo uma pesquisa de investigação sob o tema: **"Impacto da Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde – Estudo de Caso numa Unidade de Saúde"**.

Neste contexto, remeto em anexo toda documentação do projeto de investigação.

Sem outro assunto de momento, subscrevo com elevada estima e consideração.

Melhores cumprimentos,

Vila Real aos 25 de Outubro de 2017

Oloiva Maria Távira da Silva e Sousa
Oloiva Maria Távira da Silva e Sousa
(A investigadora)

Anexo 4 – Gráficos

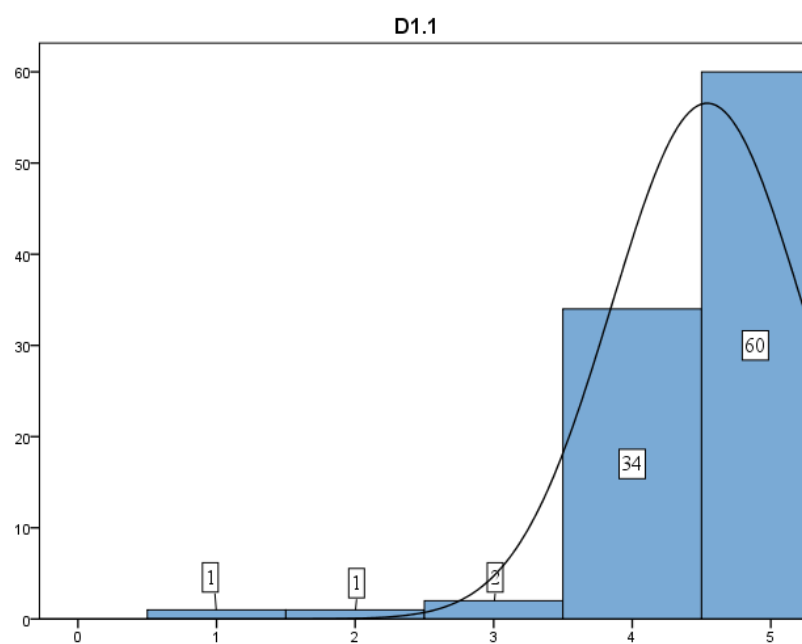


Figura 1: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.1: “É importante assegurar a qualidade dos serviços de saúde para o bem comum”

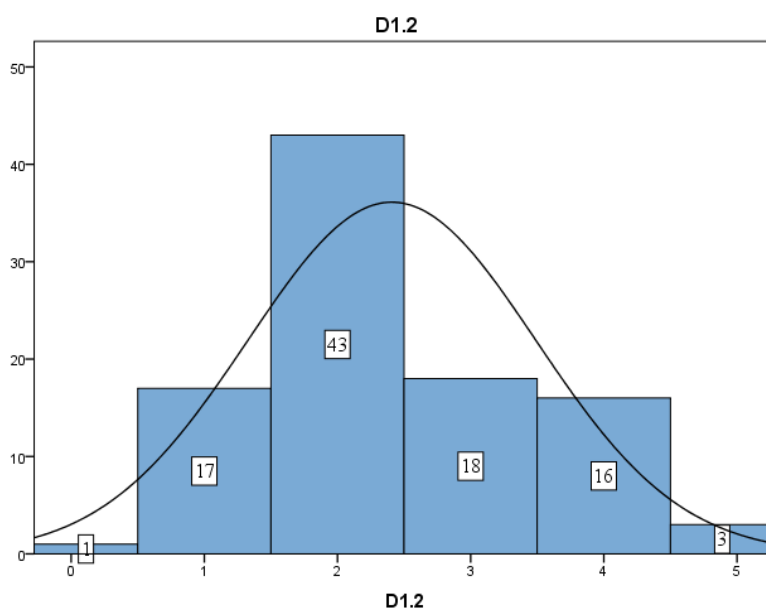


Figura 2: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.2: “Qualidade é sinónimo de burocracias e papelada”

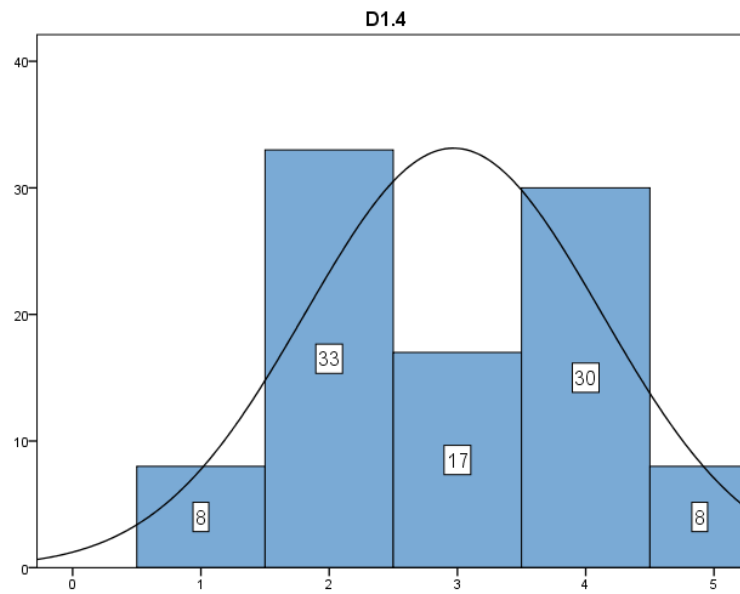


Figura 3: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.4: “As auditorias são uma forma de inspecionar o trabalho dos profissionais”

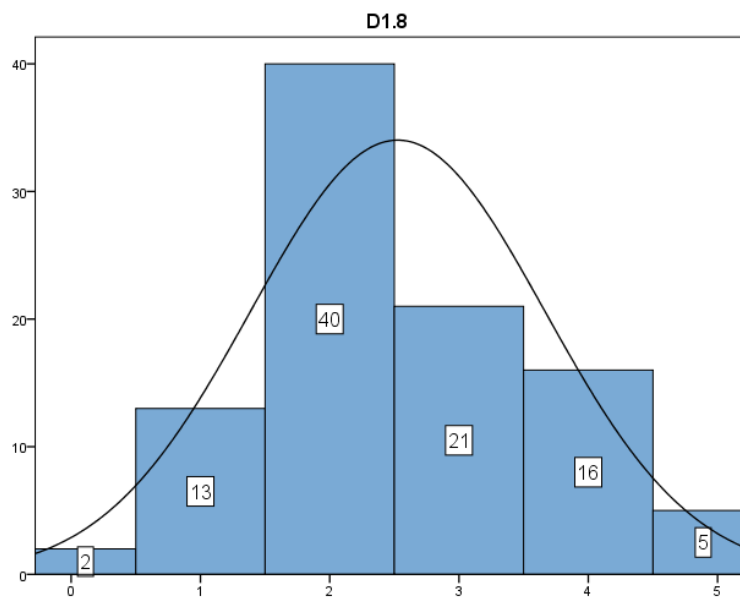


Figura 4: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.8: “Fazer com qualidade é mais caro”

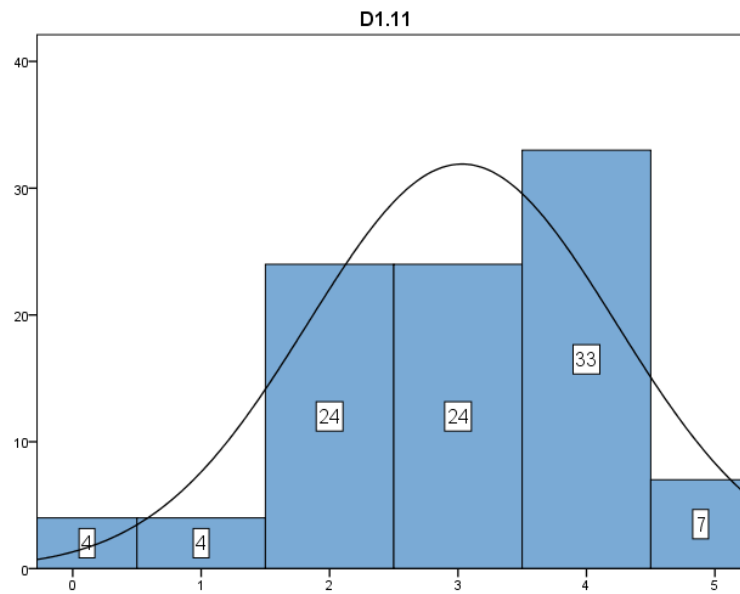


Figura 5: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.11: “Implementar um sistema de gestão da qualidade dá muito trabalho”

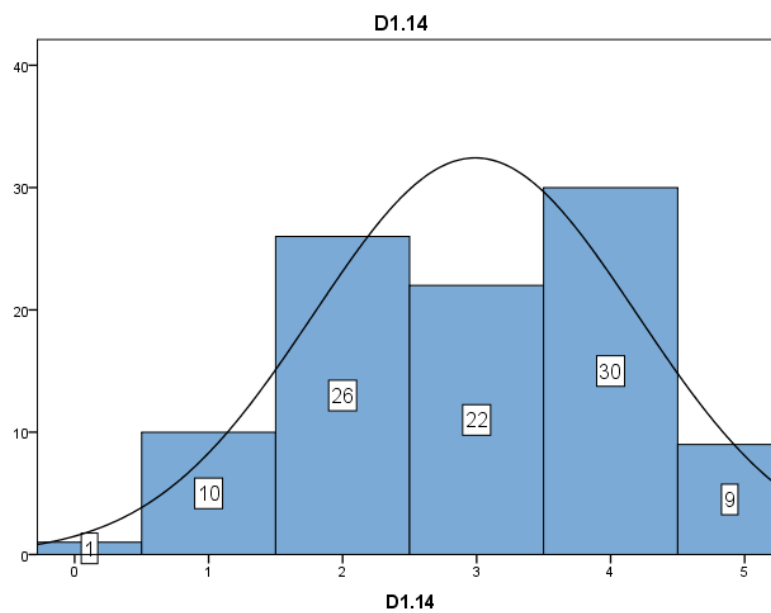


Figura 6: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.14: “O mais importante na auditoria é que não haja qualquer não conformidade”

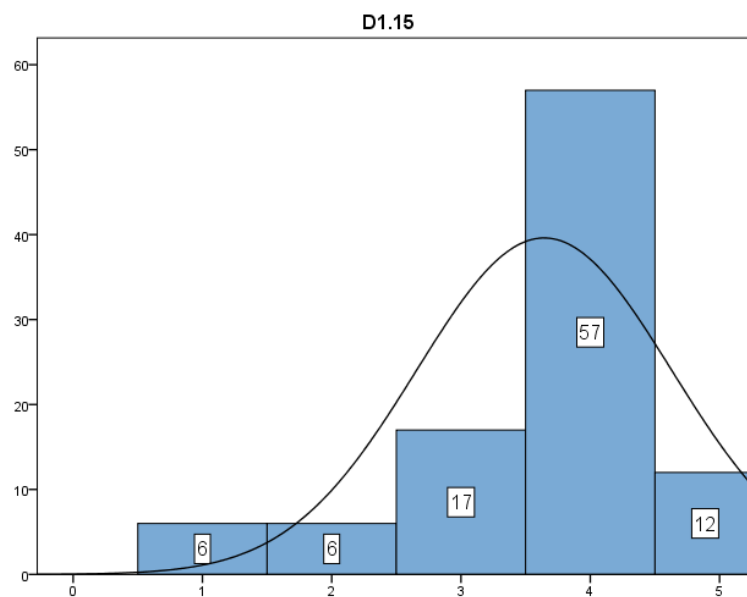


Figura 7: Distribuição das respostas dos participantes na questão D1.15: “A qualidade promove o espírito de equipa e a colaboração entre os colegas”

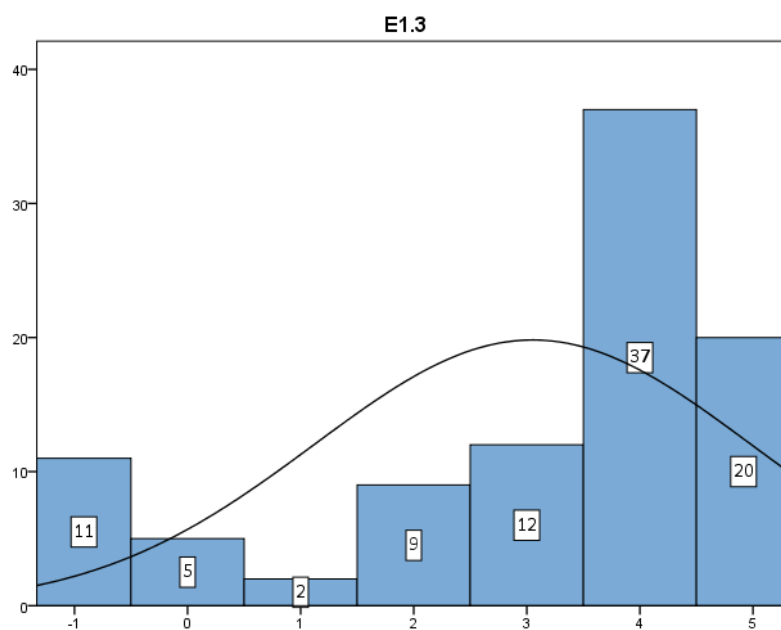


Figura 8: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.3: “Conheço a política da qualidade do serviço”

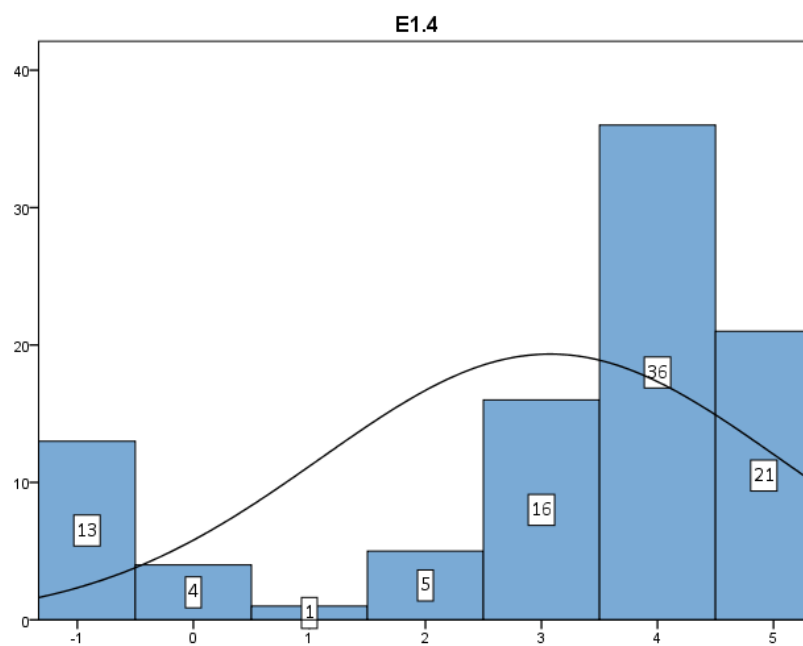


Figura 9: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.4: “Conheço os objetivos para a qualidade do serviço”

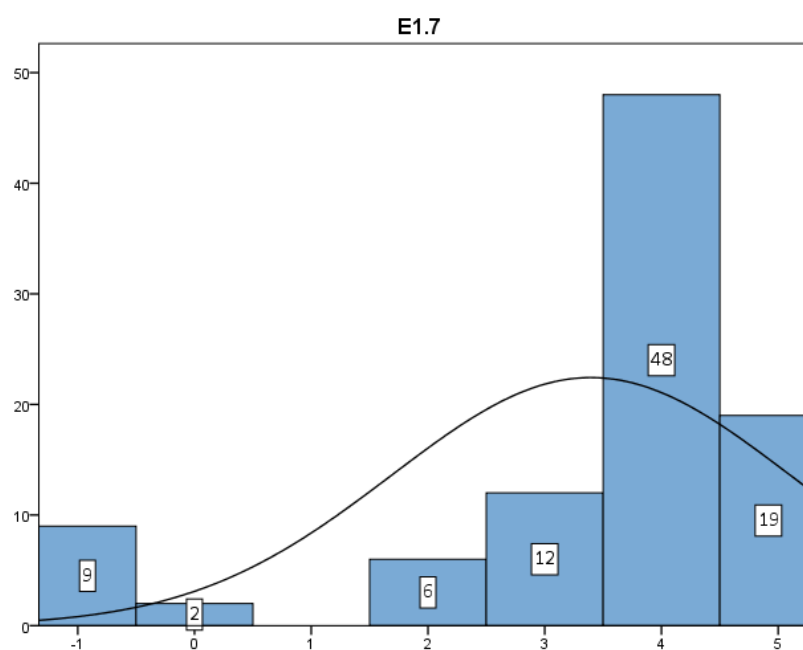


Figura 10: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.7: “Identifico problemas quando eles surgem e apresento propostas de resolução”

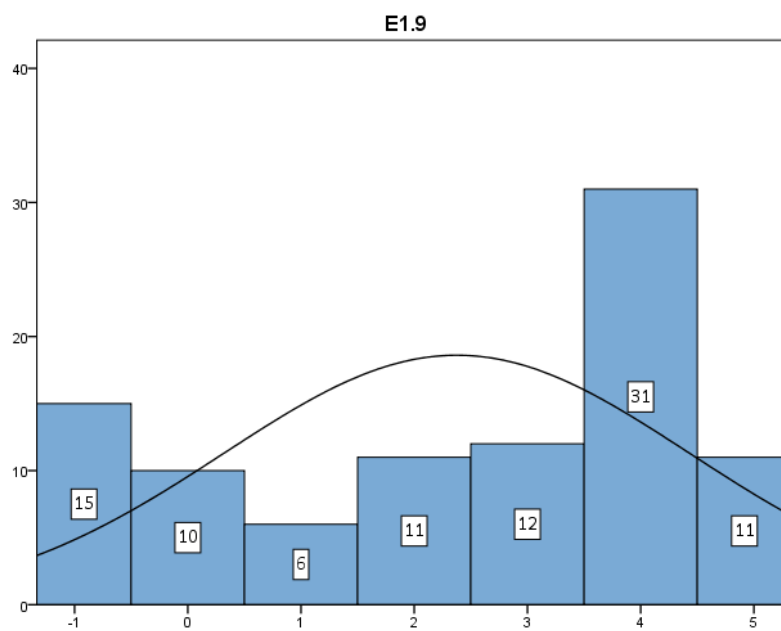


Figura 11: Distribuição das respostas dos participantes na questão E1.9: “Conheço os resultados das auditorias realizadas neste serviço”