

**Sónia Cristina Duarte Silva**

**Modelo de Acreditação Integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde**

**Estudo do Caso do ACeS Porto Ocidental**



**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, 2014**



**Sónia Cristina Duarte Silva**

**Modelo de Acreditação Integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde**

**Estudo do Caso do ACeS Porto Ocidental**



**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto, 2014**



Sónia Cristina Duarte Silva

Modelo de Acreditação Integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde

Estudo do Caso do ACeS Porto Ocidental

Orientador:

Professora Doutora Ana Fonseca

Dissertação submetida à Universidade Fernando Pessoa como requisito parcial para a  
obtenção do grau de Mestre em Gestão da Qualidade

---

*“Só aqueles que arriscam ir demasiado longe ficarão a saber até onde podem ir”*

T. S. Elliot

*This is not the beginning of the end; it is just the end of the beginning.*

Winston Churchill

---

## SUMÁRIO

A implementação, monitorização e melhoria da qualidade são encaradas pelas unidades de saúde, tal como por qualquer outra organização, como uma prioridade. É através desta ferramenta que as instituições de saúde procuram garantir que estão a prestar de forma eficaz e, sobretudo eficiente, os cuidados de saúde aos utentes, indo ao encontro das suas reais necessidade e expectativas.

À luz da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS), já não basta às instituições de saúde demonstrar que se preocupam em implementar, monitorizar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tornando-se necessário que seja possível quantificar o nível de qualidade atingido, por comparação com um padrão – acreditação. Existe já, no nosso país, um Modelo Nacional para a Acreditação de Unidades de Saúde, que tem vindo a ser gradualmente implementado. No entanto, este modelo não é facilmente nem diretamente aplicável aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), organizações que dirigem os cuidados de saúde primários, uma vez que estes são constituídos não só por unidades de gestão clínica, mas também por unidades de gestão não clínica, de cariz administrativo. Torna-se então necessário desenhar um modelo de acreditação integrada que inclua requisitos relativos à governação clínica e à governação organizacional, que promova a coesão das várias unidades funcionais do ACeS e que conduza a uma maior eficiência e qualidade do serviço prestado ao utente.

O objetivo deste estudo foi aplicar ferramentas e práticas de gestão da qualidade na definição de um modelo de acreditação integrada para ACeS. Seguindo as orientações da ENQS, o modelo proposto é uma adaptação do modelo da *Agencia para la Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA).

Espera-se que o modelo de acreditação integrada proposto neste estudo possa promover a coesão entre as várias unidades dos ACeS, encorajando a aplicação de práticas de gestão integrada da qualidade e de estratégias de melhoria contínua, conduzindo os ACeS, os Cuidados de Saúde Primários e o SNS de uma forma global, pelo caminho da sustentabilidade.

**Palavras-chave:** acreditação, cuidados de saúde primários, agrupamentos de centros de saúde, gestão da qualidade.

## ABSTRACT

The implementation, control and quality improvement are seen by healthcare units, as a priority. It is through these tools that health institutions seek to ensure that they are providing effective and, above all, efficient, healthcare service to their users, aiming to fulfill their real needs and expectations, concerning healthcare.

Under the National Strategy for Quality in Healthcare, it is no longer enough to show that healthcare institutions are implementing, controlling and improving the quality of care, making it now necessary to measure the quality level attained, by comparison with a standard - accreditation. Portugal already has a National Accreditation Model for HealthCare Units, which has been gradually implemented. However, this model is not easily nor directly applicable to Local Health Clusters, organizations that provide primary health care, as these have not only clinical management units, but also non-clinical management and administrative units. Then, the aim of this work, supported by the case study of the Western Oporto Local Trust, to draw a comprehensive accreditation model, including requirements relating to clinical governance and organizational governance, promoting the cohesion of the various functional units of the LHC and leading to greater efficiency and quality of the service provided to users.

The aim of this research was to apply quality management tools and practices in the design of an integrated accreditation model for Local Health Trusts, in order to contribute to the sustainability of the Portuguese Primary HealthCare Service. Following the guidelines of the Portuguese Health Quality Strategy, the proposed model is an adaptation of the model from *Agencia para la Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)*.

The integrated accreditation model proposed in this research is expected to promote the cohesion of Local Health Trust units, encouraging integrated quality management practices and continuous improvement strategies, leading Local Health Trusts, Primary Care and HealthCare in a global perspective towards sustainability.

**Keywords:** quality management; accreditation, primary healthcare services, health clusters

**DEDICATÓRIA**

Aos meus companheiros de aventuras, Henrique e Jorge

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Ana Fonseca, pela dedicação, orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos. Foi uma grande ajuda e incentivo ao longo destes meses.

À Dra Maria José Ribas, pela orientação e partilha de conhecimentos, pelo incentivo, pelo apoio, pelo rigor na revisão dos documentos produzidos e por me fazer acreditar ser possível levar este projeto até ao final.

Ao Dr Rui Medon, por me ter permitido realizar este estudo no ACeS Porto Ocidental, pela partilha de informação e conhecimento e por ter acreditado neste projeto.

À Dra Helena Pereira e à Dra Cristina Dias do CDP do Porto, pela colaboração e rigor no desenvolvimento das tarefas a que este projeto obrigou. Sem vocês, não teria sido possível realizar tanto trabalho em tão pouco tempo.

À Dra Helena Ribeiro, coordenadora da UAG, pelo apoio, pelos recursos disponibilizados e pela colaboração na disseminação do trabalho desenvolvido.

À Dra Isabel Amorim pelo acolhimento no ACeS, pela ajuda na integração, pela forma como integrou e aceitou as sugestões que fui fazendo e, sobretudo, pelo bom humor!

À Dra Assunção Varela pelos constantes desafios lançados e pelas visitas às unidades funcionais do ACeS.

À Enfermeira Carla Ferraz, pelos “miminhos”, pelos momentos de descontração e pelos inputs que me forneceu ao longo deste período.

À Susana Lucas, Marta Costa e Joana Braga (UAG), por me terem ajudado a compreender e interiorizar o funcionamento do ACeS e, em particular, da UAG.

A todos os profissionais do ACeS pelo acolhimento, pela disponibilidade e pelo envolvimento neste projeto.

Aos meus amigos, por terem perdoado as minhas ausências e pelo apoio incondicional.

À Professora Teresa Lajinha, por ter aguentado todas as minhas dúvidas e ter respondido com tranquilidade, objetividade e simpatia a todas as minhas questões.

Ao Professor Vasco Costa por me ter desafiado a ingressar no mestrado.

À Universidade Fernando Pessoa por ter possibilitado a realização deste projeto.

Ao Jorge e ao Henrique, por me acompanharem e apoiarem em todos os momentos, por se interessarem e, sobretudo, pelo apoio, alegria e amor que me transmitiram diariamente.

Agradeço ainda a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, e a quem não dirigi anteriormente os meus agradecimentos.

Obrigada a todos!

## **SIGLAS**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeSPOc – Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental

ACHS – *Australian Council on Healthcare Standards*

ACSA – Agencia para la Calidad Sanitaria de Andaluzia

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AQS – Agência da Qualidade na Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CAF – *Common Assessment Framework*

CCHSA – *Canadian Council on Health Services Accreditation*

CCS – Conselho Clínico e de Saúde

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CNQ – Conselho Nacional da Qualidade

CQS – Comissão da Qualidade e Segurança

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

DGCSP – Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DiOr – Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional

DQS – Departamento da Qualidade em Saúde

EFQM – *European Foundation for Quality Management*

ENA – Equipa Nacional de Acreditação

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ERA – Equipa Regional de Apoio

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EUROPEP – *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice*

FCS – Fatores Críticos de Sucesso

HQS – *Health Quality Service*

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IoM – *Institute of Medicine*

IPQ – Instituto Português da Qualidade

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

ISO – *International Organization for Standardization*

ISQua – *International Society for Quality in Health Care*

JCAHO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

JCI – *Joint Commission International*

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NHS – *National Health Service*

NOC – Norma de Orientação Clínica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAS – Programa Nacional de Acreditação em Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

POC – Programas Operacionais de Emprego

QAS – Qualidade, Ambiente e Segurança

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SIG – Sistema Integrado de Gestão

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPQ – Sistema Português da Qualidade

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF - AN – Associação Nacional das USF

USP – Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

Sumário.....	I
Abstract.....	II
Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	IV
Siglas.....	VI
Índice.....	IX
Índice de Figuras.....	XI
Índice de Tabelas.....	XII
Introdução.....	1
I. Caracterização Geral do Serviço Nacional de Saúde.....	5
I.1. Breve historial.....	5
I.2. Estrutura e Funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.....	17
II. Qualidade em Saúde.....	22
II.1. Conceitos da Qualidade.....	22
II.2. Gestão da Qualidade.....	27
II.3. Modelos de avaliação da Qualidade em Saúde.....	29
II.3.1. <i>Common Assessment Framework (CAF)</i> .....	33
II.3.2. Modelo de Excelência <i>European Foundation for Quality Management (EFQM)</i> .....	35
II.3.3. Norma NP EN ISO 9001:2008.....	37
II.3.4. <i>European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)</i> ...	39
II.4. Modelos de acreditação de unidades de saúde.....	40
II.4.1. <i>King's Fund Health Quality Service</i> .....	42
II.4.2. <i>Joint Commission International (JCI)</i> .....	42
II.4.3. Modelo da <i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)</i> .....	43
II.4.4. Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional de Unidades de Saúde Familiar (DiOr) ...	45
II.5. Qualidade em Saúde em Portugal.....	46

II.5.1. Primeiros passos da Qualidade no sector da Saúde em Portugal – Século XX.....	46
II.5.2. Política de Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Século XXI.....	48
II.5.3. Outros projetos atuais .....	54
III. Estudo de Caso .....	56
III.1. Caracterização da Unidade em Estudo .....	57
III.2. Modelo de Acreditação Integrada.....	61
III.2.1. Definição do Sistema de Gestão da Qualidade .....	62
III.2.2. Definição do modelo de acreditação integrada .....	67
III.2.3 Constrangimentos à acreditação pelo modelo integrado.....	76
Conclusão .....	79
Bibliografia.....	81
Legislação.....	816

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Constituição de um SLS (fonte: Deloitte, 2011) .....	19
Figura 2 - Governação Clínica (adaptado de ACSS, 2011).....	33
Figura 3 - Área de influência do ACeSPOc .....	57
Figura 4 – Estrutura organizacional dos ACeS (adaptado de Pisco,2011).....	59
Figura 5 - Estrutura de gestão circular integrada e centrada no utente.....	63
Figura 6 - Rede de processos proposta para ACeS.....	64

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura funcional dos ACeS (adaptado de Pisco, 2011).....	16
Tabela 2 – Estrutura do Modelo ACSA para unidades de gestão clínica (adaptado de Almuedo-Paz <i>et al.</i> , 2012 e Ministério da Saúde, 2011 .....	68
Tabela 3 - Classificação dos requisitos do Modelo ACSA (adaptado de Almuedo-Paz <i>et al.</i> , 2012 e Ministério da Saúde, 2011).....	69
Tabela 4 - Níveis de Acreditação (adaptado de Almuedo-Paz <i>et al.</i> , 2012 e Ministério da Saúde, 2011) .....	69

## INTRODUÇÃO

No atual contexto de profunda crise económica e social, é essencial que as instituições de saúde reconheçam a necessidade de criar valor na saúde e de apostar na garantia da qualidade dos serviços prestados, mantendo o seu *focus* nas exigências (em constante mutação) dos *stakeholders* e apostando na sua eficiência organizacional. Isto implicará uma grande capacidade adaptativa das instituições e um grande empenho na melhoria contínua da qualidade de todos os profissionais.

É isto que se pode subentender da análise da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro), e é esta a grande oportunidade criada pela reestruturação da organização dos cuidados de saúde primários, da qual resultou a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), por aplicação do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 253/2012 de 27 de novembro e pelo Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro.

Para dar resposta à intenção expressa do Ministério da Saúde, de “potenciar a sua coesão e a qualidade da prestação de cuidados de saúde (...) consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde”, a Direção Geral de Saúde (DGS), consagra na sua Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a adoção das seguintes prioridades estratégicas de atuação (portal da Direção Geral de Saúde):

1. Qualidade clínica e organizacional;
2. Informação transparente ao cidadão;
3. Segurança do doente;
4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
5. Gestão integrada da doença e inovação;
6. Gestão da mobilidade internacional de doentes;
7. Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

O cumprimento desta Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde (ENQS) que visa então garantir a uniformidade e qualidade na prestação de cuidados de saúde, dependerá não apenas da acreditação das Unidades de Saúde, mas também da certificação e mais inequivocamente ainda da acreditação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS),

enquanto responsáveis pela gestão e qualidade do serviço prestado ao cliente/utente, à semelhança do que já se verifica em contexto hospitalar – acredita-se o Agrupamento de forma global e não cada um dos seus serviços individualmente.

Pretende-se então com este projeto, desenhar um modelo de acreditação para os ACeS, que tenha em atenção as particularidades e quesitos de cada uma das suas unidades na prestação do serviço ao cliente/utente, garantindo a qualidade do mesmo não só no seu sentido estrito, mas também respondendo e respeitando as exigências legais ambientais, de segurança e, porque não também, de responsabilidade social.

É objetivo que, o modelo de acreditação a conceber, conduza e possibilite a uma gestão sustentável e sustentada dos ACeS, (assente nos três pilares da sustentabilidade - economia, ambiente e sociedade), sem perder de vista a segurança dos doentes e profissionais, e sempre visando a melhoria continuada da qualidade do serviço prestado ao cliente/utente.

O sucesso e a qualidade do modelo de acreditação, será também fundamental para garantir aos profissionais de saúde mais tranquilidade no desenvolvimento do seu trabalho e uma mais fácil adaptação ao funcionamento das várias unidades em que possam vir a inserir-se e nas quais esteja já implementado o modelo de acreditação, que assentará na padronização dos procedimentos, numa desburocratização dos sistemas de gestão e numa clara definição de responsabilidades e funções.

Em síntese, o objetivo deste estudo será então desenvolver um modelo de acreditação integrada para ACeS suportado pelo estudo de caso do ACeS Porto Ocidental. O desenvolvimento do modelo de acreditação implicará uma análise prévia dos modelos de acreditação (nacionais e internacionais) existentes e aplicáveis à área da saúde, bem como a definição de critérios mínimos de acreditação para os ACeS e dos respetivos indicadores de gestão.

O modelo a definir deverá ter subjacente o princípio de que a gestão das unidades de saúde deverá ser encarada de forma semelhante à gestão de qualquer empresa, pelo que esta deverá ser vista de uma forma integrada, sob o ponto de vista económico, de qualidade, ambiental e de segurança (de profissionais e utentes). O ideal seria também incorporar questões relacionadas com a responsabilidade social e, porque não, inovação,

mas, por questões que se prendem com o tempo de que se dispõe para a realização deste estudo, estas duas vertentes da gestão, serão deixadas para uma fase posterior, e poderão ser implementados quando o modelo de acreditação baseado na gestão da Qualidade, Ambiente e Segurança (QAS), estiver já na sua fase “madura”.

Em suma, este estudo pretende responder, ao nível dos cuidados de saúde primários, ao que foi definido na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde como prioridade para a concretização da política da qualidade na saúde – adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação que possa vir a ser implementado oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde (DQS, 2009a).

A opção por este tema está intimamente relacionada com o conceito individual de responsabilidade social, sendo encarada como um ato de cidadania a possibilidade de contribuir para a melhoria eficaz dos serviços prestados pelas instituições de saúde e para a otimização da utilização de recursos públicos e também porque se entende que este estudo deverá ser encarado como uma estratégia importante para o Serviço Nacional de Saúde a curto/médio prazo. Neste contexto, impõem-se as seguintes questões: “Acreditando na reforma do SNS e na visão dos ACeS enquanto organizações gestoras dos CSP, fará sentido continuar a desenvolver esforços no sentido de uma acreditação individual de cada uma das suas unidades funcionais? E como se acreditam as unidades não assistenciais?”

A fundamentação deste estudo assenta na recolha bibliográfica intensiva em bibliotecas públicas, nos *sites* institucionais das organizações governamentais e não governamentais que atuam nos domínios da saúde, em revistas da especialidade, atas de congressos, teses de mestrado e doutoramento, muita dela disponível *online*, e ainda, nos testemunhos dos profissionais da área da saúde, particularmente daqueles envolvidos em questões relacionadas com a qualidade em saúde e com a acreditação das unidades de saúde.

Para traduzir o trabalho desenvolvido, este documento está organizado em 3 capítulos, que traduzem cada uma das fases de desenvolvimento do estudo de caso, seguido de um capítulo de conclusões.

No capítulo I apresenta-se a revisão da literatura relativa ao Serviço Nacional de Saúde: historial, estrutura, financiamento.

No capítulo II será desenvolvida a revisão bibliográfica relativa à Gestão da Qualidade, Qualidade em Saúde e aos modelos de avaliação e acreditação de unidades de saúde. O Capítulo III, de cariz prático, incidirá sobre o estudo de caso: caracterização da unidade em estudo, metodologia de desenvolvimento; metodologia de aplicação do modelo de acreditação integrada e principais constrangimentos à aplicabilidade do modelo proposto.

O capítulo final apresentará as conclusões e limitações do estudo, bem como referências aos condicionantes à aplicação do modelo e algumas recomendações para a implementação do Sistema Integrado de Gestão (SIG) nos ACeS visando o sucesso da acreditação e a melhoria contínua da organização. Fazem-se ainda referências a linhas de investigação futuras, nestes domínios.

## **I. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

### **I.1. Breve historial**

Os últimos anos foram férteis em rápidas e profundas transformações do SNS, que conduziram a mudanças significativas no panorama da saúde em Portugal, mudanças essas que foram particularmente significativas ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), por ação de uma das reformas mais importantes da administração pública – a reforma dos cuidados de saúde primários.

É, no entanto importante fazer aqui uma breve resenha histórica de como eram geridos os cuidados de saúde antes do SNS e a sua evolução e alterações ao longo dos 30 anos da sua existência.

A organização dos serviços de saúde sofreu, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e foi-se organizando da melhor forma com o objetivo único de responder ao aparecimento das doenças. Até à criação do SNS, a assistência médica era uma responsabilidade das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência.

O Portal da Saúde (Ministério da Saúde, 2010) apresenta um breve resumo dos acontecimentos mais relevantes em matéria de evolução dos cuidados de saúde, dos quais iremos salientar alguns que nos parecem mais relevantes para a compreensão do caminho seguido pela organização dos cuidados de saúde e, em particular, dos cuidados de saúde primários.

Em 1968, através dos Decretos-Lei nº 48357 (Estatuto Hospitalar) e 48358 (Regulamento Geral dos Hospitais), de 27 de abril, os hospitais e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação.

Em 1971 ocorre a primeira reforma do sistema de saúde e assistência (fica conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira), que pode ser entendida como um primeiro esboço do SNS. O Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência, e nele são enunciados princípios básicos dos sistema de saúde, nomeadamente o direito à saúde de todos os portugueses, sendo responsabilidade do Estado assegurar esse direito através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a quem compete a integração de todas

as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem os “centros de saúde de primeira geração”. São excluídos desta reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

No mesmo ano, é publicado o Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de setembro, que estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência (carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários). Esta medida visa, para além da organização do trabalho, efetivar uma política de saúde e assistência social.

1973 é o ano em que é criado o Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 584/73, de 6 de novembro). Este, em 1974, é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de maio).

Em 1976, estão já criadas as condições políticas, sociais e económicas necessárias para a criação do SNS, e é aprovada a nova Constituição, cujo artigo 64º dita que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, o Estado garante o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

O “Despacho Arnaut” (despacho ministerial de 29 de Julho de 1978) constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

O SNS criado em 15 de setembro de 1979 pelo então Ministério dos Assuntos Sociais é, à luz do plano legal nacional, o garante da universalidade, equidade e gratuidade tendencial dos serviços de saúde para todos os cidadãos e integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (Lei nº 56/79, 15 de setembro) (Ministério dos Assuntos Sociais, 1979). O SNS assim criado envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. O diploma estabelece ainda que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

1982 é o ano em que são criadas pelo Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho, as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que sucedem às mal sucedidas administrações distritais dos serviços de saúde, criadas pelo Decreto-Lei nº 488/75. Neste mesmo ano é oficialmente concedida ao Serviço Nacional de Saúde a autonomia administrativa e financeira (Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de setembro). Considerando que a gestão dos recursos financeiros afetos ao sector da saúde exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação, entende-se que o Serviço Nacional de Saúde, como suporte de todas as atividades do sector, deve ser dotado de autonomia administrativa e financeira.

O Decreto-Lei nº 344-A/83, de 25 de julho, aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, criando assim o Ministério da Saúde. A autonomia é ditada pela importância do sector, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem. O Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “centros de saúde de segunda geração”. Os centros de saúde surgem como unidades integradas de saúde, tendo em conta os princípios informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.

O ano de 1984 fica marcado pela criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei nº 74-C/84, de 2 de março) que põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS. Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família.

Publicado em 1986, o Decreto-Lei nº 57/86, de 20 de março, regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Este diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salvaguarda ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável.

O Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Aqui se enfatiza a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País. E se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. São disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração.

Na 2.<sup>a</sup> Revisão Constitucional (1989), a alínea a) do nº 2 do artigo 64.<sup>o</sup> é objeto de alteração, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Coloca-se assim a ênfase no princípio de justiça social e de racionalização dos recursos.

A Lei de Bases da Saúde onde, pela primeira vez, a proteção da saúde é perspetivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da

sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, é aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade. Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, mas também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde. Este documento, prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde. Destas taxas, que constituem receita do Serviço Nacional de Saúde, são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

Em 1993, é publicado o novo estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro) que procura superar a incorreta – do ponto de vista médico e organizativo – dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados. A indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta aos seus anseios e necessidades sanitárias exigem que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daqui resulta a criação das regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas. A flexibilidade na gestão de recursos impõe ainda a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais. O Decreto-Lei nº 335/93, de 29 de setembro, aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde.

No mesmo ano, é criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei nº 198/95, de 29 de julho.

Como resposta à constante procura de soluções inovadoras que permitam identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, nasce, no

mesmo ano, o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral (Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de maio). Procura-se consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde.

No mesmo ano, a Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro, define um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, entre as quais o reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem da formação geral para o nível de licenciatura.

Em 1999, é publicado o Despacho Normativo nº 61/99, que cria as agências de contratualização dos serviços de saúde. Estas agências sucedem às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo nº 46/97, vincando a distinção entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde. Às agências de contratualização cabe explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar.

Neste ano, é ainda estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de maio, criado com o intuito de potenciar a gestão dos recursos com base na complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, visando facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos. Os SLS são constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde.

Em 1999, é também estabelecido novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio. São criados assim os chamados “centros de saúde de terceira geração”, pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa

e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Prevê-se ainda a existência de associações de centros de saúde.

Com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar, pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

O Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Volvidos dois anos, este diploma será revogado, voltando a vigorar o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio.

Através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto, surgem as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.

No mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro) que oficializa a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

Com o intuito de responder às necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

Em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar (USF), dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, estabelece

o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

Em 2008, são criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os agrupamentos de centros de saúde do SNS (ACeS), cujo objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

O Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de Abril, reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. O objetivo será a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.

Do acima apresentado, podemos concluir que, ao longo dos últimos trinta anos, os cuidados de saúde foram evoluindo no sentido de valorizar a importância dos cuidados de saúde primários, como garante não só da resposta à doença, mas também como instrumento fundamental para a promoção e proteção da saúde.

De acordo com Branco e Ramos (2001) e como facilmente se depreende do exposto anteriormente, é possível identificar, na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal, quatro fases fundamentais:

- i. Uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário (1974-1975)  
O Decreto-Lei nº 413/71, estabelece os fundamentos para o SNS, criando os Centros de Saúde de primeira geração. Esta lei encara o sistema de saúde assente numa rede nacional de centros de saúde e em estratégias de prevenção.
- ii. A fase do serviço médico à periferia, de 1975 a 1982  
Os médicos recém-formados eram afastados dos grandes centros urbanos, obrigando-os ao exercício profissional, por um ano, em áreas rurais, como forma de diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais nessas regiões.  
Em 1979 foi criado o SNS, com o objetivo de assegurar o direito dos cidadãos à proteção da saúde.
- iii. A fase dos centros de saúde integrados e de expansão do SNS, desde 1983

Em 1983, é publicado o regulamento dos centros de saúde do qual resulta a integração dos centros de saúde com os postos de serviços médico-sociais.

1984 é o ano da criação da Direção Geral dos CSP e em 1990, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde, a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada pelo Estado e pelo indivíduo.

Em 1993 é aprovado o estatuto do SNS e das ARS, que passam a coordenar a atividade dos hospitais e dos centros de saúde.

1999, é o ano em que se assiste à criação dos centros de saúde de 3ª geração (Lei nº 157/99), tendo em vista a descentralização dos serviços e uma maior autonomia das unidades prestadoras de serviços. Ao perceberem a ameaça real de transferência do seu poder para os centros de saúde que passariam a ter autonomia financeira e administrativa, as Sub-regiões não permitiram a criação dos centros de saúde de 3ª geração.

iv. A fase atual, de transição

Nesta fase, assiste-se à introdução do conceito de gestão privada dos hospitais públicos, à introdução de taxas moderadoras, à criação de mecanismos de recuperação de listas de espera, em que se começa a perceber a importância da gestão da qualidade em saúde.

Em 2007, tem finalmente lugar a reforma dos CSP, surgindo as primeiras USF.

Desde a criação do SNS em 1979 até ao momento atual, os centros de saúde têm sido encarados como a infraestrutura essencial, dos CSP, cobrindo todo o território nacional. O que tem vindo a sofrer alterações, tem sido o entendimento da sua missão, podendo ser identificadas três gerações de centros de saúde:

- i. A primeira geração, iniciada em 1971 (Branco & Ramos, 2001);
- ii. A segunda geração, com início em 1983 após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral (Branco & Ramos, 2001);
- iii. A terceira geração, que nasce em 1999 (Portal da Saúde, 2010).

Conforme destacam Barbosa, P. *et al* (2013), entre 2000 e 2004 vive-se em Portugal e no âmbito dos CSP um período de estagnação da mudança iniciada, mudança essa que será relançada em 2005 com a nomeação pelo Ministro da Saúde de um Grupo Técnico cuja estratégia de atuação assentará em três vertentes:

- a) Constituição (2005) da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), externa ao aparelho burocrático da administração, mas com poder para o influenciar;
- b) Estímulo e apoio à constituição voluntária de equipas multidisciplinares auto-organizadas (20-25 elementos) capazes de mobilizar a capacidade empreendedora dos profissionais mais desejosos de mudança – as primeiras USF;
- c) Responsabilização destas equipas por objetivos contratualizados de desempenho, com monitorização e avaliação. O Decreto-Lei nº 298/2007 garantiu a estas equipas a proteção política, legislativa e administrativa face aos obstáculos surgidos anteriormente.

A partir de 2006 dá-se em Portugal uma mudança significativa na organização da atenção primária à saúde, entendida como um acontecimento extraordinário e uma rotura com a forma tradicional de conceber, transformar, organizar, gerir e prestar cuidados de saúde nos serviços públicos do país. (Barbosa, *et al.*, 2013)

Esta reforma abrange várias vertentes (Barbosa, *et al.*, 2013):

- Rede descentralizada de equipas – equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas: cuidados à pessoa e à família (Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP), cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade (Unidades de Cuidados na Comunidade – UCC), intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional (UCSP).
- Concentração de recursos e partilha de serviços – equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projetos de saúde comuns a várias unidades e ao ACeS (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP).
- Descentralização da gestão para o nível local – criação de ACeS com diretores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos (Unidade de Apoio à Gestão – UAG), obtendo economias de escala com a agregação dos anteriores centros de saúde.
- Governação clínica e de saúde – desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACeS e dos conselhos técnicos das suas unidades.
- Participação da comunidade – ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os gabinetes do cidadão e os conselhos da comunidade.

Em 2009, com mais de 200 USF em funcionamento, foram criados os ACeS, órgãos próprios de gestão local dos CSP. Os ACeS podem ser definidos como unidades de gestão, integrando um ou mais centros de saúde, responsáveis pela organização, integração e articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde primários e pela coordenação e ligação com a comunidade.

Em Portugal, existem atualmente 74 ACeS, com uma estrutura organizacional baseada em 5 tipos de unidades funcionais (Tabela 1). Os ACeS gozam de autonomia administrativa para escolher e implementar as soluções mais adequadas, com os recursos disponíveis, em resposta às necessidades da comunidade que servem.

Estas unidades baseiam-se no trabalho de equipas multidisciplinares cooperantes, com missões específicas complementares. Cada ACeS possui os seus próprios instrumentos e estrutura de gestão, como sistemas de liderança específicos, assim como governação clínica e técnica específicas, suportadas por mecanismos de participação dos cidadãos e da comunidade.

As unidades funcionais dos ACeS são geridas por quatro órgãos de gestão:

- O Diretor Executivo, nomeado pela tutela, responsável pelas atividades e pela gestão dos recursos humanos, financeiros, e materiais;
- O Conselho Executivo composto pelo Diretor Executivo, pelo Presidente do Conselho Clínico e de Saúde e pelo Presidente do Conselho da Comunidade, com capacidades específicas de gestão de atividades e regulamentos internos e sua disseminação pelo ACeS;
- O Conselho Clínico e de Saúde, responsável pela promoção da estratégia de governação clínica e de saúde do ACeS, assegurando a articulação e a participação de todas as unidades funcionais;

O Conselho da Comunidade, composto por representantes da comunidade provenientes de diversas áreas, tais como autarquias, escolas, associações de utentes, hospitais localizados na área de influência do ACeS, etc.

Tabela 1 - Estrutura funcional dos ACeS (adaptado de Pisco, 2011)

<b>ACeS:</b> prestadores de cuidados de saúde primários para uma determinada área geográfica, com autonomia administrativa, organizados em diferentes unidades funcionais com equipas multiprofissionais.	
<b>USF</b>	<b>Unidade de Saúde Familiar:</b> Unidade que oferece serviços personalizados de cuidados primários para as famílias e indivíduos, com equipas multidisciplinares e autonomia organizacional. Estas unidades são reguladas por legislação específica.
<b>UCSP</b>	<b>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados:</b> Unidade que oferece serviços personalizados de cuidados primários para as famílias e indivíduos. Têm o mesmo âmbito que as USF, mas diferentes de sistema de gestão e dinâmica de equipa. Estas unidades são hierarquicamente dependentes do Diretor Executivo e do Conselho Clínico dos ACeS.
<b>UCC</b>	<b>Unidade de Cuidados na Comunidade:</b> Unidade multidisciplinar que oferece cuidados de saúde primários e de suporte (incluindo apoio social e psicológico), a indivíduos ou famílias com maior vulnerabilidade e/ou de risco em saúde.
<b>USP</b>	<b>Unidade de Saúde Pública:</b> Unidade que monitoriza o estado de saúde local e é responsável pela recolha de informação de saúde e epidemiológica relevante para a área geográfica de atuação do ACeS.
<b>URAP</b>	<b>Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados:</b> Esta unidade coordena a prestação de cuidados específicos, partilhados com outras unidades pertencentes ao ACeS (dentistas, terapeutas, psicólogos, etc.).
<b>UAG – Unidade de Apoio à Gestão:</b> Esta unidade assegura o apoio logístico a todas as equipas e órgãos de gestão.	
<b>Gabinete do Cidadão e Unidade de Gestão das Reclamações:</b> Trabalhando muito próximo dos cidadãos, esta unidade tem responsabilidades relacionadas com a prestação de informações adequadas sobre os direitos e obrigações dos utentes dos serviços de saúde, a gestão das sugestões e reclamações sobre os serviços de saúde e para a verificação da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde.	

Tanto os ACeS como as unidades funcionais que os constituem, passam a contratualizar com a ARS objetivos referentes a um quadro de indicadores, introduzindo-se agora ao nível da gestão dos CSP os conceitos de *accountability* e avaliação de desempenho organizacional.

## **I.2. Estrutura e Funcionamento do Serviço Nacional de Saúde**

À semelhança do que acontece na Europa, em Portugal, o sistema de saúde é essencialmente de cariz público, organizando-se de forma local ou regional, como na globalidade dos países que possuem um Sistema Nacional de Saúde.

Em Portugal, o SNS assenta em dois grandes pilares: os CSP, assegurados pelos centros de saúde e os cuidados de saúde secundários, assegurados pelos hospitais.

Integram o SNS, os ACeS, os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde (ULS).

Os ACeS, centram a sua atividade nas pessoas, numa perspetiva de intervenção precoce e multidisciplinar. São as organizações que, em primeiro plano, visam a melhoria dos níveis de saúde das populações, estando para tal, organizadas de forma flexível em que as hierarquias se diluem pelo clima de corresponsabilização e autonomia dos vários grupos profissionais, potenciando-se assim as melhores práticas e os melhores serviços para os utentes. Os CSP, e consequentemente, os ACeS, são encarados e reconhecidos transversalmente como o pilar do SNS, assumindo o principal papel na prevenção da doença e na promoção da saúde, através de uma articulação eficaz e efetiva com outros serviços e/ou níveis de cuidados. Como já foi referido, os CSP têm sido objeto de reformas que assentam na reconfiguração do modelo de prestação de CSP, colocando o cidadão no centro do sistema e caminhando para níveis de autonomia superiores ao nível local, e para a melhoria contínua dos cuidados prestados ao utente, para a melhoria contínua da satisfação dos profissionais e para a sustentabilidade do SNS, particularmente, dos CSP.

Os hospitais são unidades de saúde que procuram dar resposta a situações que não podem ser tratadas ao nível dos CSP, revestindo-se os cuidados aqui prestados de um caráter mais especializado. Prestam cuidados ao nível das mais variadas valências que

compreendem o diagnóstico, tratamento e reabilitação de doentes em regime de ambulatório ou internamento. Dada a diferenciação dos serviços prestados os hospitais podem ser classificados como:

- distritais - asseguram a prestação de cuidados à população abrangida pela sua área de influência;
- centrais - para além dos serviços à população abrangida pela sua área de influência, prestam também cuidados fora desta, de acordo com as redes de referência específicas para cada especialidade médica; localizam-se nos grandes centros urbanos;
- especializados – com um número reduzido de valências; não estão diretamente acessíveis ao doente, sendo os doentes alvo de referência por outra unidade de atendimento mais geral;
- hospitais de nível 1 (cuidados continuados) – destinados a convalescentes e doentes de evolução prolongada.

Tal como aconteceu com os centros de saúde, que se agruparam em ACeS com o objetivo de obter uma maior racionalização na gestão dos recursos e potenciar a economia de escala, também se verifica ao nível hospitalar a tendência para a agregação em Centros Hospitalares, apostando na complementaridade de serviços prestados.

Em Portugal o sistema de saúde inclui prestadores públicos, privados e sociais. O SNS tem especial relevância pelo seu carácter universal. Por esta razão, o SNS tem sido, nos últimos anos, alvo de uma série de medidas e reformas que visa, como já apontamos, melhorar a eficiência e a eficácia do SNS (Deloitte, 2011).

Todas estas reformas de que o SNS foi alvo foram suportadas em quatro grandes princípios: procura de mais equidade e igualdade de oportunidades de acesso; maior solidariedade no financiamento, maior efetividade das intervenções e mais eficiência na utilização dos recursos (Nunes, 2005 citado em Pestana, 2013).

O cumprimento dos princípios acima enunciados está particularmente dificultado pelo facto de o SNS respeitar um modelo de funcionamento em tudo idêntico ao da Administração Pública, burocrático e hierárquico, não dispondo de mecanismos de autorregulação e no qual se torna particularmente difícil aplicar e utilizar os instrumentos de gestão moderna. Na tentativa de uma mudança significativa e apresentando-se como uma inovação quase radical quando comparada com os modelos de gestão tradicional da

saúde, é definido um plano estratégico no qual são estabelecidas metas concretas e objetivos mensuráveis para o SNS. Sob o ponto de vista da gestão das instituições e dos recursos, salientam-se as seguintes ideias: Sistemas Locais de Saúde (SLS) e Centros de Responsabilidade Integrada nos hospitais, Modelos de Gestão dos Centros de Saúde e Programas de Garantia da Qualidade (Ministério do Ambiente, 2005).

Os SLS são unidades funcionais de saúde formadas pelos hospitais e ACeS de uma determinada área geográfica (ver Figura 1- Constituição de um SLS). Têm por objetivo reforçar a articulação e a integração dos serviços prestados pelos hospitais e pelos ACeS e/ou outras entidades que prestam serviços na área da saúde, possibilitando a partilha e uma maior disponibilidade de recursos, culminando na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Esta nova modalidade de organização de cuidados de saúde pretende ultrapassar as distâncias e as barreiras entre os Centros de Saúde e os hospitais, facilitando uma melhor coordenação entre os serviços prestados pelas diferentes unidades, numa perspetiva de responsabilidade conjunta pela melhoria da saúde do utente.

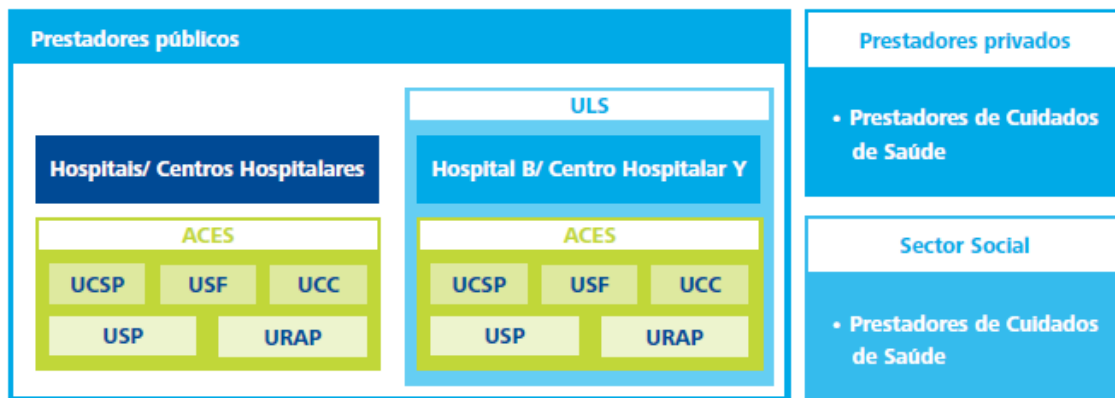


Figura 1 - Constituição de um SLS (fonte: Deloitte, 2011)

OS SLS devem ser vistos como um instrumento facilitador do percurso do utente no sistema de saúde, que seja o mais adequado para o cidadão, o mais racional para os serviços e o mais económico para o país.

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados deve ser encarada como determinante para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde prestados à população e à melhoria da eficiência e da qualidade dos sistemas de saúde. A implementação dos Programas de Garantia da Qualidade (baseados na revisão do desempenho e no estabelecimento de

metas explícitas), por incentivarem a criação de uma cultura de qualidade e permitirem o desenvolvimento dos mecanismos necessários e indispensáveis à sua sistematização conduzirão a uma melhoria da efetividade dos cuidados de saúde prestados (Ministério do Ambiente, 2005).

As diferenças existentes entre as estratégias de intervenção na saúde e na doença preconizadas pelos CSP e cuidados diferenciados dificultam a cooperação entre eles, o que não raras vezes, se traduz numa articulação pouco eficaz. Para solucionar este problema e melhorar a continuidade de cuidados, promovendo uma melhor comunicação e coordenação entre os diversos atores na saúde e no percurso clínico dos cidadãos, foram criadas as Unidades Locais de Saúde (ULS).

As ULS prestam cuidados de saúde numa determinada área geográfica, integrando CSP e cuidados diferenciados, numa entidade única de natureza público-empresarial (EPE).

A criação das ULS foi possível após a reforma que ditou a extinção das sub-regiões de saúde e simultaneamente a criação dos ACeS e visam otimizar a oferta de cuidados de saúde e aumentar a eficiência da gestão dos serviços e da utilização dos recursos na área de influência geográfica. A sua atuação assenta numa visão de mais e melhores cuidados de saúde, numa ótica de qualidade, rapidez e eficiência na satisfação das necessidades dos utentes.

Do acima exposto, facilmente se depreende que, as diversas reformas, foram sempre orientadas no sentido da melhoria da qualidade do serviço prestado ao utente e na racionalização/otimização dos recursos disponíveis.

Por este motivo, cedo se começou a aplicar a expressão “qualidade em saúde”, mas só num passado muito recente, esta começou a ser encarada como fundamental e primordial para a plena consecução dos objetivos das reformas que foram surgindo.

Não é, no entanto, de forma simples e descomplicada que a administração central e, em particular, o SNS, se iniciam no desenvolvimento e implementação de uma cultura e de um modelo de gestão que são naturais, transversais e universais nas organizações de cariz privado.

Os desafios da Qualidade em Saúde têm sido muitos, e muito difíceis de vencer, mas será importante salientar as conquistas que têm existido nestes domínios e os modelos e estratégias que têm sido adotados, temáticas estas que serão abordadas no capítulo seguinte.

## **II. QUALIDADE EM SAÚDE**

O conceito de qualidade em saúde, assim como as metodologias associadas à qualidade, têm como base os conceitos e as metodologias aplicáveis à indústria, disseminadas por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e adaptadas à saúde, principalmente por Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde é transversal a toda a história da medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e até ao momento atual.

Nas últimas décadas verificou-se a nível mundial uma tendência para analisar o erro médico, a variabilidade das práticas, o controlo de custos e insuficiência de recursos, transformando a qualidade em saúde num dos assuntos mais discutidos entre os governos e as sociedades em todo o mundo (ver por exemplo: Donabedian, 1983; OMS, 2006).

Seguindo a evolução dos conceitos de Qualidade, Saúde, e Cuidados de Saúde Primários, também o conceito de Qualidade em Saúde evoluiu, num passado recente: inicialmente determinado e avaliado pelos profissionais de saúde, passa agora a ser encarado como fortemente dependente das necessidades e expectativas dos utentes e da quantidade de recursos dispendidos para atingir um determinado padrão de qualidade (DGS, 2012).

A qualidade nos serviços de saúde tem vindo a ser encarada, de forma cada vez mais séria e premente como uma preocupação e uma responsabilidade de gestão, pelas organizações de saúde. Isto porque se compreendeu que, o cumprimento dos objetivos definidos mundialmente para a saúde – alcançar um sistema de saúde com um elevado nível de eficácia – depende do efetivo envolvimento dos profissionais com o cumprimento dos objetivos da organização de saúde, da capacidade e autonomia dos órgãos de gestão da organização de saúde para a tomada de decisão e do comprometimento desta em responder às necessidades e expectativas dos cidadão, e promoverá a médio/longo prazo a sustentabilidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde (Reyes-Alcázar, *et al.*, 2012).

### **II.1. Conceitos da Qualidade**

O entendimento do conceito de qualidade não é universal. O conceito tem evoluído ao longo dos tempos e vários têm sido os autores a propor definições, cada um refletindo

perspetivas distintas e uma abordagem diferente a um conceito também dinâmico. A multiplicidade de interpretações é o resultado de uma sociedade em constante evolução que procura adaptar o conceito de qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros setores, como o da saúde. (Pisco & Biscaia, 2001)

Pioneiro na gestão da qualidade, Deming defende que a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo cliente, e deverá traduzir as suas necessidades futuras em características mensuráveis, de modo que o produto possa ser projetado para garantir a sua satisfação, a um preço que cliente esteja disposto a pagar (Deming, 1986), o que implica que o significado de qualidade se vai alterando em consonância com as necessidades e expectativas do cliente. Os trabalhos deste autor assentam no processo de melhoria contínua dos processos produtivos, tendo desenvolvido um método de abordagem sistemática para a resolução de problema de gestão, conhecido entre os profissionais da qualidade como ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) ou ciclo de Deming. Este modelo consiste na aplicação cíclica e continuada de quatro etapas: a primeira etapa consiste na análise e planeamento das atividades ou processos a melhorar, seguida da implementação das melhorias identificadas; a terceira etapa consiste na monitorização da atividade ou processo e, por fim, a quarta etapa consiste na ação corretiva ou de melhoria concordante com os resultados observados durante o processo. Este método é a base da globalidade dos programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade e estabelece que todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ver as suas melhorias e alterações implementadas e controladas e os seus resultados critica, constante e ciclicamente avaliados.

Alinhado com a perspetiva da produção, Juran define qualidade como “adequação ao uso”, assumindo-se que os produtos se adequam às necessidades do cliente e não apresentam deficiências. Defende que a gestão da qualidade assenta em três processos: planeamento, controlo e melhoria contínua da qualidade – a trilogia de Juran – cujo objetivo fundamental se centra na prevenção e na busca pelo melhor desempenho possível. (Juran, 1988)

Alinhado com a visão de Juran e responsável pelo desenvolvimento e disseminação das preocupações da qualidade no séc. XX, Crosby (1979) afirma que os produtos/serviços devem ser fornecidos/prestados com a máxima qualidade possível, definindo qualidade

como “conformidade com os requisitos”, assentando esta visão da qualidade na prevenção das falhas (política dos zero-defeitos) como o método mais adequado para “fazer bem à primeira”, reduzindo-se assim os custos associados à correção das falhas. A grande contestação de que foi alvo a visão da qualidade de Crosby prende-se com as limitações que impõe à inovação e à melhoria dos processos.

Ishikawa (Toyota) e Feigenbaum (General Electric – Total Quality Management), desenvolvem estudos relevantes durante a década de 60 e associam a qualidade à plena satisfação do cliente (Mendes, 2012). Mais recentemente, Imperatori (1999) define qualidade como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe conferem a aptidão para satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes, conceito que pode ser encarado como multidimensional e sistemático para a busca da excelência (Mendes, 2012).

Se inicialmente a qualidade se impunha como uma preocupação relevante quase exclusiva da indústria, cada vez mais ela deve ser encarada como aplicável a todos os setores de atividade, e assumida como prioridade para os gestores e profissionais de todas as organizações e, particularmente, para os gestores e profissionais das organizações de saúde.

No entanto, o conceito de qualidade associada à prestação de cuidados de saúde, não será tão fácil de definir, dada a quantidade de variáveis presentes na prestação deste serviço.

A qualidade em saúde pode ser definida como “a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes” (Ferreira, 1991 *cit in* Mendes, 2012). A prestação de cuidados de saúde de qualidade pressupõe que as organizações de saúde sejam capazes de assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados e garantindo cuidados de saúde efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos (Biscaia, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados de saúde de qualidade, como aqueles que refletem um elevado nível de excelência profissional, realizados com riscos mínimos e com resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (OMS, 2006). Neste sentido, a OMS define como objetivos fundamentais das

políticas de qualidade em saúde, a promoção da saúde das populações, a (re)estruturação dos serviços de saúde, a utilização racional e eficiente dos recursos humanos, físicos e financeiros disponíveis e a garantia da competência profissional, de forma a satisfazer as necessidades dos cidadãos (OMS, 2006).

A definição mais consensual de qualidade em saúde é a apresentada pelo *Institute of Medicine* (IoM), vista como o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente (*Institute of Medicine*, 2001). Este conceito procura traduzir a complexidade da relação entre prestadores e utentes, na medida de em que estabelece que o serviço prestado deve corresponder às expectativas de quem o recebe, o que conduz a uma modificação do conceito de qualidade de acordo com as variáveis que assumem maior relevância para cada indivíduo, seja ele o utente, o prestador de cuidados de saúde ou o gestor (Pisco & Biscaia, 2001). Para o utente, a acessibilidade, os aspetos relacionais e a melhoria do seu estado de saúde são as variáveis mais relevantes; para o gestor, deverão ser encaradas como variáveis determinantes da qualidade, a rentabilização dos investimentos e a avaliação do desempenho e da eficiência; sob o ponto de vista do prestador de cuidados, a variável determinante da qualidade será a obtenção de resultados clínicos. Estas três perspetivas tornam a questão da qualidade em saúde difícil de abordar e, se devidamente integradas, conduzem a uma visão global da qualidade do serviço de saúde, evitando conflitos de interesses e abordagens erradas na gestão e avaliação dos processos (Pisco & Biscaia, 2001; Donabedian, 2005).

Tentando responder a esta abordagem integrada do conceito de qualidade em saúde, Donabedian define sete atributos que permitem caracterizar a complexidade da qualidade nos serviços de saúde, a saber: eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, legitimidade, otimização e equidade (Donabedian, 1988 *cit in* Ransom, *et al.*, 2008).

Complementando a visão de Donabedian, o IoM identifica seis dimensões da qualidade em saúde: efetividade, eficiência, equidade, segurança, prestação de cuidados atempada e centrada no doente (*Institute of Medicine*, 2001).

Como se percebe do exposto acima, a perspetiva dos utentes é diferente da perspetiva dos profissionais e diferente da perspetiva dos gestores e, portanto, a qualidade em saúde deverá ser analisada sob três dimensões:

- qualidade avaliada pelo utente – o que os utentes, individualmente ou em grupo, esperam do serviço;
- qualidade avaliada pelo profissional – capacidade do serviço para satisfazer as necessidades dos profissionais e monitorizar se os procedimentos e técnicas estão a ser corretamente realizados;
- gestão da qualidade – eficiente e produtiva utilização de recursos na resposta às necessidades dos utilizadores, de acordo com as autoridades e recomendações de boas práticas.

Mas porque está a sociedade tão comprometida com a qualidade dos cuidados? Apesar das suas várias definições, ela é algo reconhecido por todos e considerado pelos governos como elemento estratégico, independentemente do nível prestação de cuidados e do sistema de saúde adotado. Os principais problemas associados a baixos níveis de qualidade em saúde prendem-se com: segurança do doente, procedimentos e tecnologias ineficientes e caros, insatisfação dos utilizadores; inequidade do acesso ao serviço, longas listas de espera e reduzida efetividade (ver por exemplo: Ovretveit, 2011; Crossland, *et al.*, 2014).

Apesar da sua complexidade, a qualidade é, provavelmente mais do que em qualquer outra área, mais valorizada na saúde; corresponde a um atributo reconhecido por todos, apesar de definido de formas bem distintas por cada um dos atores, dependendo da perceção de cada um dos indivíduos relativamente ao mesmo serviço e das suas necessidades e expectativas em cada momento. Implica portanto, a gestão integrada de todas estas variáveis - as unidades prestadoras de cuidados de saúde precisam ajustar as suas atividades de forma a incorporar a gestão da qualidade nos seus sistemas de gestão e de assegurar adequada organização dos cuidados, alocação de recursos eficiente e avaliação contínua do processo, equilibrando o incremento na qualidade do serviço prestado com o controlo dos custos.

## **II.2. Gestão da Qualidade**

A gestão da qualidade surge como resposta à necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objetivo de assegurar a excelência dos seus produtos/serviços. Revela-se como um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade. Portanto, a gestão da qualidade, implica um conjunto de atividades planeadas, controladas e melhoradas desenvolvidas no âmbito de um sistema de gestão da qualidade que, assentes na política da qualidade, determinam os objetivos da organização e as responsabilidades dos *stakeholders*.

Tal como o conceito de qualidade, a gestão da qualidade evoluiu ao longo dos tempos. Na década de 1920, a gestão da qualidade assentava na inspeção da conformidade dos produtos, tendo evoluído para o controlo estatístico da produção, para sistemas de garantia da qualidade e para a gestão da qualidade integrada na gestão global das organizações (Pires, 2007). Recentemente, o conceito de gestão da qualidade evoluiu para gestão da qualidade total, conceito que assenta na satisfação de todos os *stakeholders*; desta forma, a qualidade deixa de ser vista como um atributo do produto sob a responsabilidade de um indivíduo, passando a englobar todos os processos da atividade das organizações e a ser encarada como um objetivo comum a todos os seus membros – a gestão da qualidade total visa a maximização da competitividade das organizações, através da aplicação de ferramentas e metodologias que apoiem o processo de melhoria contínua dos seus processos e a prevenção de anomalias, eliminando e/ou reduzindo os custos da sua correção.

Definem-se assim os princípios de gestão da qualidade: enfoque no cliente, visão de futuro, liderança da gestão de topo, gestão baseada em factos, melhoria contínua, estabelecimento de parcerias, participação e desenvolvimento dos colaboradores, ética, agilidade na resposta à mudança, orientação para os resultados, ação preventiva (Mendes, 2012).

A gestão da qualidade total assenta numa filosofia de gestão participativa e descentralizada, centrada no cliente, e com forte incentivo ao trabalho de equipa como meio de motivação dos colaboradores e de estímulo à inovação e melhoria dos processos. Mas, na saúde, a adoção desta filosofia pode revelar-se um pouco mais complexa:

pressupõe o efetivo envolvimento dos profissionais na busca pelos objetivos da organização de saúde, uma maior capacidade de decisão e autonomia quer dos profissionais quer das unidades de saúde, assenta no comprometimento dos profissionais com o cidadão e com a organização visando a sustentabilidade a curto, médio e longo prazo da unidade de saúde e essa visão de gestão implica necessariamente, uma mudança na cultura interna das organizações.

Neste sentido, várias têm sido as iniciativas no sentido de promover políticas de gestão da qualidade que garantam a sustentabilidade do setor da saúde; necessário será identificar os fatores críticos de sucesso (FCS) a ser considerados no arranque de qualquer processo de implementação de política ou sistema de gestão da qualidade em saúde.

Fatores críticos de sucesso são recursos internos e/ou externos da organização que se revelam como determinantes para o cumprimento dos seus objetivos. No caso das organizações de saúde, a bibliografia analisada no âmbito deste projeto é unânime e permite identificar como FCS: cuidados centrados no utente, liderança, trabalho em equipa, autonomia e responsabilidade, cuidados organizados numa visão integrada de processos, competências dos profissionais, orientação para resultados, auditoria interna e externa (ver, por exemplo, Reyes-Alcázar, *et al.*, 2012).

A gestão da qualidade em saúde pressupõe que o utente/paciente seja tratado como um cliente, o elemento central num processo de prestação de cuidados de saúde. À semelhança do que acontece noutros setores, devem ser implementados sistemas de gestão da qualidade e a análise da qualidade dos cuidados deve ser realizada segundo três dimensões diferentes: técnico-científica, relacionamento profissional/utente, características do local e dos equipamentos.

Até à década de 80, a qualidade dos cuidados era avaliada essencialmente sob a dimensão técnico-científica – a capacidade do profissional para selecionar a solução mais adequada. Entretanto, a importância da avaliação da qualidade através de processos de gestão organizacional foi ganhando a atenção dos governos e a qualidade dos cuidados passou a ser analisada não apenas em termos de boas práticas clínicas, mas também em termos da forma como os cuidados são prestados, modificando-se assim a imagem das organizações de saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

Assim, o sistema de gestão da saúde passa a ser analisado como uma ferramenta utilizada pelas organizações de saúde para promover a uma visão integrada de *inputs*, estruturas e processos de gestão, com o objetivo de se conseguirem melhores resultados em saúde, num ambiente de responsabilização pela qualidade clínica – designada por governação clínica (Campos, *et al.*, 2010; Ovretveit, 2013).

O sucesso de qualquer sistema de gestão da qualidade em saúde depende do adequado comprometimento de todos os profissionais de saúde, partilhando responsabilidades e visando excelência nos cuidados de saúde. Mas isto não é suficiente. Os utentes (como elementos centrais deste sistema), devido à sua particular perceção da qualidade, também devem estar envolvidos. Isto significa que, independentemente de dificuldade de lidar com a mudança, objetivos relacionados com a qualidade dos cuidados e a segurança dos pacientes devem ser encarados como responsabilidades partilhadas por todos, desde os utentes aos profissionais de saúde, passando pelo pessoal administrativo e pelos gestores. E todos eles contribuirão para o processo de governação clínica, combinando responsabilização (*accountability*), excelência, formação adequada, auditorias clínicas, investigação e inovação, efetividade dos cuidados e gestão do risco. A avaliação sistemática e rigorosa da qualidade dos cuidados e mecanismos de utilização racional dos recursos são fundamentais para garantir que a melhor qualidade possível está a ser atingida.

Para responder a estes fatores, vários são os modelos de gestão de qualidade disseminados e vários são também os modelos de avaliação de qualidade aplicáveis, dos quais se destacarão, no próximo capítulo, os mais populares.

### **II.3. Modelos de avaliação da Qualidade em Saúde**

Responder às exigências dos clientes obriga à manutenção de um nível organizacional de excelência cujo sucesso dependerá do empenho e envolvimento de todos os membros da organização. Para as apoiar no desenvolvimento e manutenção da qualidade no desenvolvimento das suas atividades, as organizações optam, tradicionalmente, pela implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ).

Os SGQ não são mais do que mecanismos que permitem a integração de um conjunto de elementos da organização, coordenados de forma a estabelecer e cumprir a política e os objetivos da qualidade, dando consistência aos produtos e serviços para que estes satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes, tendo em atenção os custos (Pires, 2007).

As organizações, independentemente do setor em que atuam, implementam sistemas de gestão da qualidade, estruturados de acordo com as particularidades da sua atividade e compatíveis com a sua estrutura e capacidade, com o objetivo de clarificar responsabilidades, favorecer as atividades de prevenção, evidenciar a qualidade dos seus produtos/serviços e obter uma visão sistemática e representativa de todos os processos que afetam a qualidade dos produtos/serviços fornecidos pela organização. Através da implementação do SGQ (convenientemente revisto e atualizado periodicamente), as organizações mantêm evidências (sob a forma de registos) atualizadas de todas as atividades que compõem o processo produtivo ou de prestação de serviços, o que lhes permite monitorizar os seus processos e resultados e demonstrar o cumprimento dos requisitos de qualidade da sua atividade, o que se traduz numa vantagem sob o ponto de vista da gestão estratégica. Certo será que, para que o SGQ se mantenha capaz de se adaptar às constantes modificações da atividade, é necessário que o mesmo seja conhecido e entendido a todos os níveis da organização.

No setor da saúde, a implementação de sistemas de gestão da qualidade está já bastante disseminada ao nível hospitalar, sendo que no que aos cuidados primários respeita, se verifica que apenas as USF implementam verdadeiros sistemas de gestão da qualidade (determinados pelas exigências do modelo de financiamento destas unidades), começando agora a notar-se alguma preocupação ao nível dos Conselhos Executivos dos ACeS em implementar sistemas de gestão da qualidade que facilitem a articulação entre as suas várias unidades constituintes.

A adoção desta ferramenta na gestão das unidades de saúde está amplamente justificada pela crescente complexidade dos processos e tecnologias envolvidos na prestação dos cuidados de saúde, revelando-se bastante útil para identificar, direcionar e solucionar diversos tipos de problemas nas instituições de saúde (Pires, 2007).

Os sistemas de gestão da qualidade, assentes numa filosofia de melhoria contínua da qualidade, revelam-se essenciais no apoio a processos de mudança (presentes e decorrentes de evolução do SNS) já que visam a correção de erros do sistema, a redução da variabilidade das práticas e a melhoria da sua eficiência; assentam no pressuposto da partilha de responsabilidades, na monitorização contínua dos processos, e no estabelecimento de níveis de qualidade sucessivamente superiores.

Para implementar os sistemas de gestão da qualidade, é necessário proceder previamente à definição dos requisitos e padrões de qualidade desejados que vão definir o SGQ adequado às atividades da organização (Pisco & Biscaia, 2001). Seguidamente, é necessário proceder à sistematização dos processos e fluxos de trabalho, identificando os processos críticos e medir e avaliar o nível de qualidade atual, definindo indicadores para a análise e interpretação e resultados. Inicia-se então, o processo de melhoria contínua da qualidade, através da aplicação das metodologias mais adequadas para a correção dos problemas identificados, mantendo-se, de forma cíclica e constante, a análise, monitorização e revisão dos processos identificados.

Apesar de as questões da qualidade serem tão importantes no setor da saúde como em qualquer outro setor, este possui determinadas particularidades que tornam complexa a sua gestão. Pense-se, por exemplo, no facto de, na realização desta atividade, se lidar com a vida e a morte, na reduzida literacia em saúde e/ou conhecimentos técnico-científicos para avaliar a qualidade técnica da prestação de cuidados e para gerir a sua própria saúde (Sakellarides, 2011 *cit in* Mendes, 2012).

Os *stakeholders* têm vindo a exercer sobre as organizações de saúde um elevado nível de pressão no sentido de melhorarem a eficiência e qualidade dos serviços prestados, pressões essas justificadas pela necessidade de gerir a complexidade associada a estas organizações resultante da coexistência de um grande número de profissionais com formação diferente, pela missão destas organizações e atuação numa área em constante evolução técnica e científica, pela cada vez mais elevadas expectativas dos seus “clientes”, pela complexidade dos processos que desenvolve e pelos diversos contextos em que atua; além destas questões outras concorrem para esta solicitação da sociedade: razões de cariz económico, de financiamento e eficiência, associadas às novas orientações políticas centradas em critérios de *accountability*, razões que se prendem com as

alterações demográficas e o envelhecimento da população que se tem verificado e com a crescente preocupação com o nível de satisfação dos utentes, cada vez mais exigentes com os serviços que lhes são prestados.

Se, no setor privado da saúde, estas preocupações (quase) sempre estiveram integradas na gestão estratégica, a preocupação das organizações pertencentes ao setor público é ainda recente, mas tem sido alvo de um crescente nível de atenção por parte dos gestores. Mas, o equilíbrio entre o aumento da qualidade da prestação dos cuidados e o controlo dos custos associados a essa prestação, nem sempre tem sido fácil. Numa tentativa de resolver esta “tensão”, têm vindo a ser desenvolvidas políticas e estratégias nacionais de melhoria da qualidade nos serviços de saúde, acompanhadas por reestruturações profundas ao nível da organização dos serviços, visando a utilização eficiente dos recursos e os elevados níveis de qualidade e segurança necessários para garantir a confiança dos utentes e a “boa imagem” das organizações de saúde.

Vários estudos têm comprovado que a magnitude dos custos associados à deficiente qualidade dos serviços de saúde justificam o investimento em programas de controlo e melhoria da qualidade. Por esta razão, e num passado recente, cada vez mais este setor se tem preocupado com a padronização dos processos de trabalho, através da implementação de processos de certificação e acreditação dos serviços e unidades.

Apesar da tradicional resistência aos processos de mudança, os objetivos de qualidade e segurança em saúde são cada vez mais encarados como uma responsabilidade partilhada por todos, profissionais e gestores. Daqui se depreende que os médicos desempenharão um papel fundamental no desenvolvimento da qualidade em saúde, surgindo assim o conceito de governação clínica (*clinical governance* – ver Figura 2) que corresponde ao processo através do qual as organizações de saúde e os seus profissionais se responsabilizam pela melhoria contínua e pela garantia de elevados padrões de qualidade nos seus serviços. Este conceito, iniciado no Reino Unido no *National Health Service* (NHS), é encarado como uma metodologia para a melhoria contínua das práticas clínicas, conjugando a responsabilização (*accountability*) e a excelência, com outras componentes associadas à governação clínica como a formação, as auditorias clínicas, a investigação, a abertura ao público, a efetividade clínica e a gestão do risco, e tem vindo a ser adaptada também ao SNS, particularmente aos cuidados de saúde primários.



**Figura 2 - Governação Clínica (adaptado de ACSS, 2011)**

A aplicação desta metodologia promove o envolvimento de todos os profissionais de saúde nas atividades de gestão da organização, numa perspetiva de responsabilização pela melhoria contínua e pela excelência na prestação de cuidados; promove também o envolvimento dos utentes, cada vez mais percebidos como elementos fundamentais do processo, traduzindo os princípios definidos legalmente de garantia de um sistema de saúde centrado no utente, que promove a transparência, a segurança e a decisão partilhada.

A governação clínica pressupõe o investimento na melhoria contínua, na definição de padrões de qualidade elevados e na definição de estratégias que protejam o utente, tornando assim as organizações de saúde sustentáveis, a prestação de cuidados mais segura, criando organizações capazes de motivarem os seus profissionais para a excelência. Tal só é conseguido através do desenvolvimento de uma cultura de autoavaliação e de otimização de processos, que procura incorporar *inputs* de profissionais e utentes.

### **II.3.1. Common Assessment Framework (CAF)**

A Estrutura Comum de Avaliação, também designada *Common Assessment Framework* (CAF) apresenta-se como uma metodologia simplificada de abordagem à gestão da qualidade total. Este modelo foi desenhado com base no Modelo de Excelência da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (*European Foundation for Quality*

*Management - EFQM*) com o objetivo de apoiar as organizações do setor público dos países europeus a utilizar as técnicas da gestão da qualidade. Constitui-se como um instrumento simples e de fácil utilização, adequado à autoavaliação das organizações públicas (DGAEP, 2013).

O modelo baseia-se na premissa de que os resultados de excelência no desempenho organizacional, nos efeitos para os cidadãos/clientes e para a sociedade são atingidos através da liderança que conduz a estratégia, as pessoas, as parcerias, os recursos e os processos. Este modelo analisa a organização simultaneamente por diferentes perspetivas promovendo uma análise holística do desempenho da organização (DGAEP, 2013).

A CAF está disponível no domínio público e é gratuita; visa ser o catalisador para um processo pleno de melhoria no seio da organização e tem cinco objetivos principais: introduzir uma cultura de excelência e os princípios da Gestão da Qualidade Total nas organizações da administração pública; orientá-las progressivamente para um ciclo completo e desenvolvido de PDCA; facilitar a autoavaliação das organizações públicas com o objetivo de obter um diagnóstico e identificar ações de melhoria; fazer a ligação entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade, no setor público e privado; facilitar o *benchlearning* entre organizações do setor público (DGAEP, 2013).

Desde o seu lançamento, mais de 3000 organizações públicas estão registadas como utilizadoras do modelo da CAF e milhares de outras, dentro e fora da Europa, usam-no para os seus próprios fins de desenvolvimento específico. De forma a responder às expectativas dos utilizadores e para alinhar o modelo, de modo a acompanhar o desenvolvimento e evolução da sociedade e gestão pública, a CAF foi revista três vezes, em 2002, 2006 e 2013. Nesta revisão do Modelo CAF 2013 foram aprofundados os conceitos de orientação para o cliente, desempenho público, inovação, ética, parcerias eficazes com outras organizações e responsabilidade social (DGAEP, 2013).

A estrutura do modelo assenta em nove critérios que identificam os principais aspetos a ter em conta numa análise organizacional. Os critérios 1 a 5 dizem respeito às práticas gestionárias de uma organização: os designados Meios - estes determinam o que a organização faz e como realiza as suas atividades para alcançar os resultados desejados. Nos critérios 6 a 9, os Resultados alcançados ao nível dos cidadãos /clientes, pessoas, responsabilidade social e desempenho-chave são avaliados através de medidas de

perceção e medições do desempenho. Cada critério está decomposto num conjunto de subcritérios, num total de vinte e oito, que identificam as principais questões a considerar quando se avalia uma organização. Estes, por sua vez, são ilustrados com exemplos que descrevem o conteúdo dos subcritérios mais pormenorizadamente e sugerem possíveis áreas de abordagem, tendo em vista explorar a forma como a gestão das organizações responde às exigências expressas nos subcritérios. A integração das conclusões da avaliação dos critérios de meios e de resultados nas práticas gestionárias constitui o ciclo de inovação e aprendizagem contínuas que acompanha as organizações no seu percurso em direção à excelência. Como ferramenta da Gestão da Qualidade Total a CAF subscreve os conceitos fundamentais da excelência, inicialmente definidos pela EFQM, transpondo-os para o setor público/contexto CAF e procurando melhorar o desempenho das organizações públicas com base nestes conceitos. Estes princípios fazem a diferença entre as organizações públicas burocráticas tradicionais e a organização orientada no sentido da Qualidade Total (DGAEP, 2013).

Para aplicação deste modelo, prevê-se o cumprimento de dez etapas de acordo com o “Guia de Autoavaliação – 10 passos para aplicar a CAF”, disponibilizado *online* pela Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), a saber:

- Passo 1 - Decidir como organizar e planear a autoavaliação;
- Passo 2 – Comunicar o projeto de autoavaliação;
- Passo 3 – Criar uma ou mais equipas de autoavaliação;
- Passo 4 – Organizar a formação;
- Passo 5 – Realizar a autoavaliação;
- Passo 6 – Elaborar um relatório que descreva os resultados da autoavaliação;
- Passo 7 – Elaborar um plano de melhorias baseado no relatório de autoavaliação;
- Passo 8 – Comunicar o plano de melhorias;
- Passo 9 – Implementar o plano de melhorias;
- Passo 10 – Planear a próxima autoavaliação.

### **II.3.2. Modelo de Excelência *European Foundation for Quality Management* (EFQM)**

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) é uma associação sem fins lucrativos sediada em Bruxelas, fundada em 1988 por iniciativa dos presidentes de catorze empresas, com a missão de promover a excelência nas organizações.

O Modelo de Excelência da EFQM foi concebido para apoiar as organizações no estabelecimento de um sistema de gestão adequado, capaz de otimizar o seu funcionamento, sendo utilizado pelas organizações como ferramenta de diagnóstico e autoavaliação. A excelência consiste, segundo a EFQM, na aplicação de oito conceitos fundamentais nas práticas de gestão das organizações: orientação para resultados; focalização no cliente; liderança e consistência de propósito; gestão por processos e factos; desenvolvimento e envolvimento das pessoas; aprendizagem contínua, inovação e melhoria; desenvolvimento de parcerias; responsabilidade pública (EFQM, 2014).

Este modelo caracteriza-se pelo seu cariz não prescritivo e pelo reconhecimento da existência de várias possibilidades para atingir a excelência. O modelo de excelência pressupõe a autoavaliação das organizações com base em critérios de excelência de carácter facilitador (liderança, política e estratégia, gestão das pessoas, parcerias, recursos e processos) e critérios de resultados (satisfação do consumidor, satisfação das pessoas, impacto na sociedade, resultados do negócio). Estes nove critérios são desdobrados em trinta e dois subcritérios.

O modelo baseia-se na relação entre os critérios facilitadores e os resultados procurando encontrar-se relações causa-efeito entre eles. Através do processo de autoavaliação que o modelo preconiza, as organizações são capazes de equilibrar as suas prioridades, distribuir recursos e gerar planos de negócio realistas; a autoavaliação fornece uma panorâmica completa, sistemática e regular das atividades e resultados da organização, o que permite à organização identificar os seus pontos fortes e áreas de melhoria, sendo possível definir ações de melhoria planeadas que podem ser monitorizadas (António & Teixeira, 2007).

Na prática, o modelo de excelência da EFQM assenta no pressuposto que “resultados excelentes no que respeita ao desempenho, clientes, pessoas e sociedade são atingidos através da liderança na condução da política e estratégia, a qual é transferida através das pessoas, das parcerias e os processos” (EFQM, 2014).

A metodologia de aplicação deste modelo assenta, como se referiu, na autoavaliação e no que a EFQM designa por lógica RADAR (*Results, Approach, Deployment, Assessment, Review*). Esta lógica de avaliação das organizações parte da definição das prioridades e dos resultados que as organizações pretendem atingir para, em função dos objetivos

definidos, se passar ao planeamento das melhores abordagens a desenvolver de forma sistemática, culminando o processo na monitorização dos resultados e na planificação de novas melhorias, onde necessário (EFQM, 2014).

A autoavaliação é realizada com base num questionário predefinido pelo modelo, onde as organizações identificam os pontos fortes e oportunidades de melhoria para cada subcritério, atribuindo-se uma pontuação de acordo com a matriz RADAR. Agrupando estes valores, é definida a pontuação para cada critério, sendo assim possível a quantificação da pontuação global da organização, entre 0 e 1000, que expressa o nível de excelência da organização no momento da autoavaliação (EFQM, 2014).

Apesar de não ser um modelo muito disseminado pelas organizações de saúde, este modelo tem-se revelado bastante adequado às organizações que pretendem melhorar o seu desempenho através da autoavaliação regular das suas práticas.

### **II.3.3. Norma NP EN ISO 9001:2008**

A adoção de modelos de avaliação da qualidade nas organizações e saúde, de acordo com a norma ISO 9001:2008 permite que estas organizações se certifiquem. A certificação consiste na avaliação externa por um organismo independente e acreditado, que reconhece que um profissional ou uma organização desempenha as suas funções de acordo com requisitos pré-definidos. O processo de certificação é um processo formal e voluntário, durante o qual se avalia conformidade dos processos com as boas práticas de gestão e com as políticas da melhoria contínua da qualidade.

A certificação permite o reconhecimento público e demonstra que as organizações certificadas garantem a qualidade dos seus produtos/serviços. Pode ser induzida por necessidades intrínsecas das organizações, pelos clientes, por diretivas comunitárias ou pela concorrência.

No setor da saúde, a certificação é menos comum do que a acreditação, no entanto, a grande maioria dos sistemas de gestão da qualidade implementados nas organizações, ainda que não certificados, incorporam os requisitos da ISO 9001:2008.

Com a implementação de sistemas de gestão da qualidade ISO 9001:2008 são introduzidas melhorias nos registos e na documentação, os objetivos da qualidade, o planeamento e o controlo dos processos são realizados com maior rigor.

A *International Organization for Standardization* (ISO) é uma organização não-governamental, com sede em Genebra, cuja atividade se iniciou em 1947 com o objetivo de promover a normalização e a segurança em organizações de todo o mundo, facilitar as trocas comerciais de bens e serviços e contribuir para a eficiência e efetividade das indústrias (ISO, 2014). A sua atividade consiste no desenvolvimento e publicação de normas e recomendações, não se envolvendo diretamente no processo de certificação.

As normas ISO são normas genéricas aplicáveis a qualquer organização, independentemente da sua atividade, produto ou serviço; fornecem diretrizes e requisitos, sendo as organizações responsáveis por definir a forma de os cumprir. A sua elaboração e revisão resultam do consenso de especialistas internacionais sobre as melhores práticas de gestão, que atendam a requisitos regulamentares e requisitos de qualidade dos clientes.

Embora exista uma enorme variedade de normas ISO aplicáveis aos mais diversos produtos e serviços, métodos de inspeção e ensaio, sistemas de gestão da segurança, responsabilidade social, ambiente, alimentar, etc, a família ISO 9000 (a da qualidade) continua a ser a mais comumente utilizada por se centrar num tema cada vez mais relevante para as organizações.

As normas da família ISO 9000 apresentam-se, então, como referenciais para a implementação de sistemas de gestão da qualidade, visando a satisfação dos clientes e a melhoria contínua dos processos. Esta série é constituída por normas que estabelecem requisitos (ISO 9001) e orientações (ISO 9004) para sistemas de gestão da qualidade.

Estas normas incorporam os oito princípios fundamentais da gestão da qualidade: focalização no cliente; liderança; envolvimento das pessoas; abordagem por processos; abordagem à gestão como um sistema; melhoria contínua; decisão baseada em factos e relações de mútuo benefício com os fornecedores.

A primeira versão da norma ISO 9001 surge em 1987 e está prevista para 2015 a divulgação de uma nova versão. A ISO 9001:2008 é a versão mais recente em vigor da norma e estabelece as exigências aplicáveis aos elementos constituintes de um sistema de gestão da qualidade. Está organizada em oito capítulos, nos quais se especificam os requisitos para a sua implementação e baseia-se no ciclo PDCA, responsabilizando a gestão de topo pela definição da política da qualidade, por assegurar a definição e

cumprimento dos seus objetivos, pela disponibilização dos recursos necessários para a implementação e melhoria do SGQ, que deverá ser revisto periodicamente de forma a demonstrar a sua conformidade e a assegurar que se mantém adequado e eficaz; prevê também que a realização das atividades deve ser planeada tendo em conta os processos relacionados com o cliente e a sua satisfação, assim como a satisfação de outros requisitos de produção.

#### **II.3.4. *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice (EUROPEP)***

O modelo da *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* (EUROPEP) consiste na aplicação de um questionário desenvolvido em 1995, com a colaboração de investigadores de oito países (entre os quais Portugal), e constitui-se como uma ferramenta válida para avaliar (e comparar) a qualidade dos serviços de medicina geral e familiar.

Este questionário foi desenvolvido como uma lista estruturada de 5 itens relevantes da prática de medicina geral e familiar, organizados em 38 questões: relação médico/utente (6 questões), assistência médica e técnica (5 questões), informação e apoio (4 questões), organização dos serviços (2 questões) e acessibilidade (6 questões). Sendo utilizada a Escala de Likert de 5 pontos para a resposta a cada uma das questões. As questões visam avaliar aspetos considerados importantes para a prática da medicina geral e familiar, devendo os utentes classificá-los de acordo com a sua opinião (Guimarães, 2009).

Com base nos resultados deste questionário, as organizações prestadoras de serviços de medicina geral e familiar podem identificar as áreas de melhoria, e assim adotar estratégias que visam a melhoria contínua dos cuidados prestados (Pestana, 2013).

Os modelos de avaliação da qualidade em saúde promovem a auditoria interna e externa e a melhoria contínua das organizações de saúde, mas revelam-se insuficientes para responder a uma necessidade cada vez mais premente que afeta a globalidade das organizações e, em particular, as organizações de saúde: a necessidade de mostrarem ao exterior o seu nível de correspondência relativamente a um conjunto de requisitos comuns e aplicáveis a várias organizações semelhantes – a acreditação.

Os modelos de avaliação da qualidade são insuficientes para identificar claramente as debilidades, as áreas de melhoria e as consequentes ações corretivas. Estas dimensões que refletem a eficiência dos processos e o potencial das organizações de saúde devem ser identificadas por agentes especializados nos domínios da avaliação dos cuidados de saúde (Reyes-Alcázar, *et al.*, 2012).

#### **II.4. Modelos de acreditação de unidades de saúde**

Nas últimas décadas, as políticas de qualidade em saúde sofreram uma evolução significativa, conduzindo a uma melhoria consistente da qualidade em saúde. É amplamente aceite que a autoavaliação e a melhoria contínua da qualidade devem ser complementadas com avaliações externas de acordo com requisitos universalmente reconhecidos (permitindo a comparação entre organizações de saúde) – noutras palavras, acreditação.

A recente preocupação e compromisso com a qualidade em saúde estimulou o surgimento de agências, organizações e acordos internacionais cujo objetivo principal se prende com a avaliação e a acreditação de profissionais e organizações de saúde.

A acreditação é, de acordo com a ISQua (*The International Society for Quality in Health Care*), uma metodologia de autoavaliação e auditoria externa por pares, usada pelas organizações para avaliarem o seu nível de desempenho relativamente a padrões pré-estabelecidos, e assim implementarem melhorias. É um processo formal de avaliação externa, voluntário e periódico, através do qual um organismo independente e reconhecido, geralmente uma organização não-governamental, avalia a conformidade da prestação de cuidados com padrões pré-determinados e incentiva a cultura de melhoria contínua (Rooney & Ostenberg, 1999). Os padrões que servem de base aos modelos de acreditação são desenvolvidos por equipas de especialistas internacionais que os publicam, analisam e revêm periodicamente para que se mantenham atualizados e ajustados ao nível de conhecimento, aos avanços tecnológicos e às alterações nas políticas de saúde. A acreditação permite assim o reconhecimento público das organizações de saúde pela sua prestação de cuidados baseada nas mais recentes evidências científicas e em elevados padrões de qualidade, desenvolvidos por entidades de referência (DQS, 2009a).

Sendo as organizações e, em particular, as organizações de saúde, tão resistentes à mudança, que razões poderão impulsioná-las a implementar processos de acreditação? Apesar das mudanças significativas que acarretam, dos custos associados e de evidenciarem os pontos em que as organizações são mais débeis, várias são as razões que as impelem ao envolvimento nestes processos: prestígio entre os profissionais e a sociedade; marketing; desenvolvimento organizacional voluntário; exigência legal e coerência com a política governamental (Shaw, *et al.*, 2010).

O processo de acreditação consiste na realização de uma primeira auditoria por parte da entidade acreditadora com o objetivo de verificar o grau de conformidade dos seus processos com os *standards* do modelo. Se a avaliação for satisfatória, é entregue à organização de saúde um certificado de acreditação, válido por três anos; caso a avaliação não seja satisfatória, a entidade acreditadora fará recomendações e realizará nova visita para verificar o que, entretanto, foi alterado.

Os critérios de avaliação da conformidade variam em função do modelo de acreditação selecionado pela organização de saúde. Os vários modelos de acreditação disponíveis assentam nos princípios de uniformização das práticas, de promoção da mudança, de reforço do planeamento e da integração de ações, na definição de sistemas integrados de gestão, no desenvolvimento e atualização integrada e consistente dos profissionais e no incremento da transparência de atuação das organizações (Greenfield & Braithwaite, 2008).

O governo português, no Plano Nacional de Saúde, define a acreditação como uma estratégia importante, especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Após o relatório da Organização Mundial de Saúde acerca das deficiências do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (OMS, 2010), a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (definida para o período 2009-2019) pretende promover a excelência nos cuidados de saúde, através da garantia da qualidade e da sua melhoria contínua, garantindo-se uma melhor prestação de serviços ao utente e promovendo a satisfação dos profissionais. Essa é a razão que explica o como e o porquê da importância que o Plano Nacional de Acreditação em Saúde tem vindo a ganhar.

Até a adoção do modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA), os modelos do *King's Fund Health Quality Service* e o da *Joint Commission International*

(JCI) eram os mais utilizados em Portugal para a acreditação de organizações de saúde. Por estas razões, dedica-se, neste estudo, um espaço para a caracterização e enquadramento histórico destes modelos.

#### **II.4.1. *King's Fund Health Quality Service***

O *King's Fund* é uma organização sem fins lucrativos, fundada em Inglaterra em 1897, com o objetivo de recolher e distribuir fundos para os hospitais de Londres que prestavam cuidados de saúde aos habitantes mais pobres. Nos primórdios do séc. XX, e com o objetivo de encorajar uma distribuição mais racional dos serviços de saúde, começou a inspecionar os hospitais para os quais angariava e distribuía fundos. Com a criação, em 1948, do NHS (*National Health Service*), de cariz nacional e público, o *King's Fund* pôde relevar o ser cariz de caridade e redirecionou a sua atividade para o desenvolvimento de boas práticas nas organizações de saúde, no sentido de melhorar a saúde dos londrinos (*The King's Fund*, 2013).

Nas décadas finais do séc. XX, o *King's Fund* transferiu a sua atenção para o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade em saúde, definiu políticas de investigação em saúde e estabeleceu um serviço de auditoria para as organizações de saúde. Com a criação, em 1988, do *Health Quality Service* (HQS), a sua missão centrou-se no apoio a prestadores de cuidados de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da avaliação independente e da acreditação. Em 2005, o HQS foi integrado na *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS), uma empresa especializada na gestão do conhecimento e na acreditação internacional, centrando a sua atividade nos cuidados de saúde primários (*The King's Fund*, 2013).

O programa de acreditação do CHKS define, de acordo com o seu manual de 2010, 69 normas para avaliação, distribuídas pelas seguintes áreas: gestão e liderança das organizações; funções institucionais; cuidados de saúde centrados nos doentes; serviços hoteleiros; prestação de serviços; serviços clínicos. Cada norma inclui padrões gerais e critérios específicos, estes centrados sobretudo em aspetos estruturais e processuais (*CHKS - International Accreditation*, 2014).

#### **II.4.2. *Joint Commission International* (JCI)**

Com o objetivo de permitir a acreditação voluntária dos hospitais, foi criada nos Estados Unidos em 1951 a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, com o propósito de

avaliar estas instituições. Este programa foi mundialmente bem aceite e, em 1987, a JCAH mudou a sua designação para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) cuja missão se centra na melhoria da segurança e qualidade na saúde, através da acreditação de cuidados de saúde, da certificação ou consultoria (JCI, 2014). Para avaliação das organizações de saúde, desenvolveu um processo baseado em normas; estas normas, desenvolvidas para responder às características das organizações norte-americanas, não são facilmente transpostas para implementação noutros países. Em resposta a esta dificuldade, surge a *Joint Commission International* (JCI) que, em 1999 cria o seu programa de acreditação de hospitais, tendo em atenção as características sociais, políticas, religiosas e económicas do país de origem da organização que o pretende adotar. Inicialmente, a JCI acreditava, como se referiu, apenas hospitais; atualmente alargou a sua área de atuação a outras instituições de saúde que prestam serviços domiciliários, cuidados de saúde continuados, ambulatório, cuidados de primários, serviços de transportes médicos e laboratórios de análises clínicas. As normas estabelecidas são revistas sempre que necessário por um comité internacional, podendo ser aplicadas à totalidade da organização ou a departamentos/serviços específico (JCI, 2014).

O modelo de acreditação tem como base normas centradas no doente e na gestão das organizações prestadoras de cuidados de saúde e está organizado em duas secções distintas: secção 1 – normas centradas no doente (acesso e continuidade aos cuidados de saúde; direitos dos doentes e das famílias; avaliação de doentes; prestação de cuidados aos doentes; cuidados cirúrgicos e anestésicos; gestão e utilização da medicação; educação dos doentes e das suas famílias; metas internacionais de segurança do doente) e secção 2 – normas de gestão das organizações de saúde (melhoria da qualidade e segurança dos doentes; prevenção e controlo de infeções; administração, liderança e orientação; gestão e segurança das instalações; qualificações e formação do pessoal; gestão da comunicação e informação (JCI, 2014).

#### **II.4.3. Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA)**

A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* é uma fundação pública espanhola, fundada em 2002 e tutelada pelo Ministério da Saúde Andaluz, que tem como missão a promoção do modelo acreditação, do conhecimento e da investigação no domínio da qualidade na saúde (ACSA, 2013).

O modelo definido pela Agencia tem uma série de características próprias: é coerente com a ENQS e com os planos e ferramentas de gestão em desenvolvimento e que visam a melhoria contínua do SNS (gestão clínica, gestão por processos, gestão por competências e gestão do conhecimento); tem como referência os diferentes programas de saúde, os processos assistenciais integrados, os processos de suporte, os contratos de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas, a segurança do utente e dos profissionais e as necessidades e expectativas dos cidadãos; aborda a qualidade de uma forma integral através de programas de acreditação direcionados para as diferentes áreas que compõem os cuidados de saúde; tem um carácter progressivo, identificando os passos necessários até à excelência (Almuedo-Paz, *et al.*, 2012; Ministério da Saúde, 2011).

O modelo ACSA é constituído por vários programas de acreditação (acreditação de unidades de saúde, de competências, de formação contínua, de criação de páginas web) que, em conjunto, constituem o PNAS. É um programa voluntário, transversal, progressivo e integral, desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimentos nos domínios da gestão da qualidade e da prática clínica. Este modelo baseia-se no conceito de auditoria interpares, apoiando-se numa metodologia de autoavaliação que promove o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento através de uma plataforma informática (Almuedo-Paz, *et al.*, 2012; Ministério da Saúde, 2011).

A aplicação do modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* resulta da última reforma do SNS e da operacionalização da ENQS que prevê a criação de um “programa nacional de acreditação em saúde, baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português, com o objetivo de garantir a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua (...)” (Ministério da Saúde, 2009). O Despacho n° 69/2009 aprova o modelo ACSA como modelo oficial de acreditação das instituições do SNS, escolha justificada por critérios de sustentabilidade do modelo, transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que compõem o SNS, assim como pelo facto de ter sido concebido e testado para uma população e uma organização do SNS semelhante ao português.

#### **II.4.4. Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional de Unidades de Saúde Familiar (DiOr)**

A grelha DiOr (Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional) resulta da modificação e adaptação do modelo MoniQuor (primeiro instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde) às unidades de saúde familiar (USF), como sendo uma ferramenta que permite, de forma sistemática e rigorosa, implementar linhas de orientação, monitorização e avaliação do desempenho da unidade, da satisfação dos cidadãos e dos profissionais (ACSS, 2012).

O DiOr-USF permite a autoavaliação de cada USF, o acompanhamento do seu desempenho pelo Conselho Clínico do ACeS em que está integrada ou pela Equipa Regional de Apoio (ERA) à Equipa Nacional de Acreditação (ENA).

A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF está dividida em seis temas (Organização e gestão; Informação e direitos dos utentes; Oferta assistencial; Desenvolvimento da equipa e qualidade; Instalações, saúde, higiene e segurança; Articulação, equipamentos e sistema de informação), estando presentes em cada um deles um conjunto de critérios divididos em três tipos. Na candidatura a modelo B: critérios “tipo A” são todos de cumprimento obrigatório; critérios “tipo B” terão de ser cumpridos entre 70% e 74% para se obter um resultado satisfatório, entre 75% e 90% para se obter um resultado bom e acima de 90% para se considerar um resultado excelente; e critérios “tipo C” analisam o empenho do ACES/ARS para proporcionar à USF as melhores condições de trabalho, não sendo por isso de caráter obrigatório (daí que não seja exigido o seu cumprimento) pois não dependem diretamente da USF (ACSS, 2012).

Estes são os modelos com maior relevância no panorama nacional; no entanto, importa referir pela importância que lhes vem a ser dada em contexto internacional, o modelo do *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), utilizado em países como a Itália e o Brasil e o modelo do *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS), utilizado no Médio Oriente e Ásia (Reyes-Alcázar, *et al.*, 2012).

## **II.5. Qualidade em Saúde em Portugal**

Do exposto nos capítulos anteriores, fácil será concluir sobre a significativa evolução do sistema de saúde português no passado recente.

A criação do SNS foi um marco relevante para o sistema de saúde nacional que contribuiu (e contribui ainda hoje) para o aumento da qualidade de vida da população e influencia de forma significativa a economia do país quer pelo número de cidadãos que direta ou indiretamente emprega, quer pelo peso que representa no orçamento do Estado e das famílias.

Nos últimos anos tem também sido reconhecida a importância do investimento na qualidade dos serviços públicos de saúde e dos seus profissionais, como medida para a otimização da prestação dos cuidados e, conseqüentemente, para garantir a viabilidade e a sustentabilidade do SNS como o conhecemos. Assim, torna-se imperativo que as organizações públicas de saúde, pela diversidade de serviços que prestam, pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigência do cidadão e pela referência que o estado assume perante a sociedade cada vez mais assumam a qualidade em saúde como elemento integrante e indissociável das suas políticas de gestão (Mendes, 2012).

A necessidade de implementação de sistemas de gestão da qualidade em Portugal foi identificada pela OMS, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, documento onde se declara que, até esse ano, os estados membros deveriam desenvolver sistemas de melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde e de desenvolvimento e adequado uso das tecnologias de saúde (OMS, 1978). Estes sistemas de gestão, serão, de acordo com o exposto, fundamentais para o funcionamento das organizações de saúde, e o seu sucesso, dependerá, inegavelmente, do envolvimento de todos profissionais num esforço concertado para melhorar a qualidade, corrigir erros, reduzir a variabilidade, conhecer o doente, associando esse conhecimento à prestação de cuidados.

### **II.5.1. Primeiros passos da Qualidade no sector da Saúde em Portugal – Século XX**

Os primeiros passos para o desenvolvimento de uma abordagem à qualidade na saúde em Portugal ocorrem no final da década de 1980, através de um conjunto de atividades

promovidas pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCS). Destacam-se os seminários internacionais e o programa luso-espanhol sobre garantia da qualidade em cuidados de saúde primários, organizados em parceria com a OMS, as Escolas de Saúde Pública das Universidades Livre de Bruxelas e Hebraica de Jerusalém e ainda a promoção de ações de formação e sensibilização por parte das ARS e sub-regiões (Pisco & Biscaia, 2001).

Entre 1990 e 1993, paralelamente aos projetos de investimento na formação em qualidade (promovidos pela DGS), é lançado o Programa de Ação Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais, numa parceria entre a ENSP e as comunidades europeias – primeiro projeto europeu de qualidade a nível hospitalar (Pisco & Biscaia, 2001).

Em 1993 (em substituição do Sistema Nacional de Gestão da Qualidade), nasce o Sistema Português da Qualidade (SPQ), concebido com a missão de desenvolver a qualidade em todos os setores de atividade de âmbito nacional, no centro do qual se encontra o Instituto Português da Qualidade (IPQ) – organismo gestor e coordenador do SPQ, responsável pelo desenvolvimento de atividades que promovem a dinamização da qualidade nos diversos setores de atividade, incluindo o setor da saúde. Neste mesmo ano, a DGS emite uma circular normativa onde determina a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com a função de desenvolver e implementar programas de garantia da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001). Esta iniciativa teve o mérito de despertar o interesse pela avaliação e melhoria da qualidade nas organizações e por “preparar o terreno” para iniciativas futuras neste âmbito, mas não teve efeitos práticos significativos.

Ainda na década de 1990 a Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade, criada no âmbito da DGS, promoveu diversos projetos de avaliação e garantia, de âmbito nacional e regional, dos quais se destaca o projeto de monitorização do desempenho de centros de saúde através de um conjunto de indicadores que, ao longo de três anos (1995-1997) envolveu cerca de vinte centros de saúde a nível nacional (Pisco & Biscaia, 2001).

Entre 1996-1997, o Ministério da Saúde assume a qualidade como uma prioridade e um eixo de intervenção fundamental, definindo-se assim uma verdadeira estratégia de qualidade na saúde, devidamente enquadrada no documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998 - 2002)” (Pisco & Biscaia, 2001). Este documento, génese do programa Saúde XXI, define, pela primeira vez e de forma clara,

uma política da qualidade e um Sistema Português de Qualidade na Saúde, cuja missão consistia no desenvolvimento contínuo da qualidade a nível nacional, regional e local, assente em atributos de melhoria contínua, responsabilização, participação e cooperação, e na criação de um conjunto de estruturas como o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ), o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), a Comissão Nacional de Acreditação, a Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os subsistemas do Medicamento e do Sangue (Pisco & Biscaia, 2001; Mendes, 2012). Deste programa, destacam-se a criação do IQS com o propósito de definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde e o CNQ como órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema de qualidade (Pisco & Biscaia, 2001). Apesar da sua relevância, e da existência de uma linha de financiamento dedicada aos projetos de garantia de qualidade, este programa não teve continuidade, com algumas estruturas a não serem criadas e outras a serem extintas poucos anos depois da sua criação (Ministério da Saúde, 2010).

Todas estas iniciativas não passaram de ações pontuais e dispersas, não contribuindo para a disseminação de uma verdadeira cultura de avaliação, monitorização e melhoria contínua da qualidade no SNS.

### **II.5.2. Política de Qualidade no Serviço Nacional de Saúde – Século XXI**

A verdadeira preocupação com a qualidade e a sua incorporação nas políticas e estratégias da saúde em Portugal surge apenas na viragem do século, fazendo-se aqui referência apenas às reformas mais significativas neste âmbito.

A reforma do estatuto jurídico dos hospitais contempla alguns dos princípios da qualidade e a sua aplicação à gestão hospitalar, prevendo o atendimento de qualidade como um princípio geral da prestação de cuidados de saúde, a garantia da prestação de cuidados de qualidade, com um controlo rigoroso dos recursos, como um princípio da gestão hospitalar e determina, como poderes do Estado, a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população (Lei nº 27/2002). Esta lei prevê também a celebração de contratos-programa entre os hospitais do setor público e as ARS, baseados em indicadores de atividade, qualidade e eficiência, capazes de aferir o desempenho dessas unidades. Este documento legal é também aplicável aos hospitais do setor

empresarial do Estado (EPE), que negociam os contratos-programa diretamente com o Ministério da Saúde. Esta estratégia que visa incentivar a utilização racional dos recursos e estimular níveis elevados de qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde foi alargada também aos cuidados de saúde primários através da Lei nº 28/2008 e do Decreto-Lei nº 137/2013. Em 2002, foi extinto o CNQ.

Com a missão de supervisionar a atividade das unidades de saúde no que se refere ao cumprimento das suas obrigações legais relativas a requisitos de qualidade, acesso, segurança e direitos dos utentes surge, em 2003, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Em 2006, é extinto o IQS, e as suas responsabilidades são integradas na DGS e na recém-criada Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (OMS, 2008; OMS, 2011). Desta forma, fica determinada a responsabilidade da DGS pela qualidade clínica e da ACSS pela qualidade organizacional.

No âmbito da ACSS, é criada em 2007, a Agência da Qualidade na Saúde (AQS), cujo objetivo era implementar a política da qualidade do sistema de saúde; esta agência viu a sua atividade cessar em 2009, tendo sido substituída pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), que agrega as competências do IQS e da AQS, coordenando a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS), projetada para o decénio. Em 2009 é também criado o Conselho para a Qualidade na Saúde, constituído por especialistas na área da qualidade na saúde, com a missão de apoiar o DQS na materialização da estratégia nacional para a qualidade na saúde, dando apoio às suas decisões e emitindo recomendações no sentido de serem atingidos os objetivos nacionais (DGS, 2014).

O IQS liderou alguns dos mais relevantes projetos nacionais no âmbito da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente:

- MoniQuor – Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde: foi o primeiro instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo como principal objetivo a disseminação de princípios de melhoria da qualidade na gestão e na organização dessas unidades de saúde, envolvendo todos os profissionais na identificação e resolução de problemas; este instrumento de avaliação foi mais tarde melhorado, modificado e adaptando dando origem modelo DiOr de avaliação e acreditação de USF (ver secção II.4.4);

- Programa Nacional de Acreditação Hospitalar – Parceria IQS/KFHQS: o protocolo assinado em 1999 entre o IQS e o KFHQS, visava a acreditação voluntária dos hospitais públicos com a finalidade de, num prazo de 5 anos, ser criada uma norma portuguesa de acreditação reconhecida pelo King’s Fund, e baseada nos seus manuais (ver secção II.4.1);
- Projetos de melhoria contínua;
- Manual da Qualidade para a Admissão e Acompanhamento dos Utentes: iniciado no ano 2000, este projeto teve como objetivo melhorar os procedimentos no âmbito do atendimento e circuito do utente nas instituições de saúde (Pisco & Biscaia, 2001). Este projeto, apoiado pelo IQS e pelo grande envolvimento e empenho dos profissionais, terminou ao fim de três anos;
- Avaliação da satisfação dos utentes;
- Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde;
- QualiGest – Qualidade na gestão: este modelo de autoavaliação da qualidade e de promoção da modernização e da excelência nos serviços de saúde, foi lançado pelo IQS em 1999 e desenvolvido em parceria com a APQ, com base no modelo de excelência da EFQM; este projeto não teve resultados práticos mensuráveis;
- Normas de Orientação Clínica: em 2001, o IQS iniciou a publicação do Manual de Normas de Orientação Clínica, visando as práticas clínicas baseadas na evidência;
- Publicações no âmbito da qualidade: o ano 2000 marca o início da publicação da revista “Qualidade em Saúde” e do boletim informativo sobre qualidade; estas edições terminaram com a extinção do IQS em 2006.

A extinção do IQS em resultado da reestruturação da Administração Pública, coincide com as recomendações da OMS para a definição e estratégias nacionais, sustentáveis a longo prazo, para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, facto que acendeu a discussão em torno da temática da qualidade em saúde e esteve na génese da incerteza quanto ao futuro das políticas de qualidade na saúde em Portugal.

Alguns anos após a extinção do IQS, em 2009, é criado o DQS que, integrado na DGS tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade de acordo com os objetivos definidos pela ENQS, assumindo a responsabilidade por (DGS, 2014): coordenação de

programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional e de promoção da segurança do doente; coordenação dos fluxos de mobilidade de doentes portugueses e estrangeiros; vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença; definição e monitorização de indicadores para a avaliação do desempenho das unidades de saúde; monitorização e avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde; elaboração e divulgação de orientações e normas de boas práticas em saúde; acompanhamento e coordenação do sistema de qualificação das unidades de saúde em conformidade com programa nacional de acreditação em vigor (modelo ACSA).

O DQS é, no momento atual, a entidade responsável pela qualidade no SNS, estando-lhe atribuída a competência de planear e executar a política nacional de qualidade na saúde, assim como de operacionalizar a ENQS.

O Ministério da Saúde publica periodicamente o Plano Nacional de Saúde (PNS), documento orientador do funcionamento e da operacionalidade do SNS. No que respeita ao desenvolvimento destes instrumentos, tem havido grandes melhorias: o PNS 2004-2010 define, pela primeira vez, indicadores e metas, programas prioritários, estabelece uma comissão interministerial de acompanhamento e estruturas dedicadas à sua operacionalização e desenvolvimento, transformando Portugal num dos primeiros países europeus a realizar uma avaliação externa e independente do seu PNS e do seu SNS (DGS, 2012).

A avaliação da relevância, execução e impacto do PNS 2004-2010 realizada pela OMS em 2010, concluiu que este não estava suficientemente focado na qualidade e segurança dos serviços de saúde, que o acompanhamento dos processos assistenciais e dos seus resultados e erros não havia sido convenientemente realizado, que os incentivos financeiros e não financeiros não tinham sido considerados na implementação de normas clínicas e que, apesar das auditorias clínicas aleatórias realizadas pelo Ministério da Saúde, as estratégias para garantir a segurança do doente eram pouco claras. Em suma, a OMS concluiu que este era um plano com escassos objetivos e resultados na qualidade em saúde (OMS, 2010).

Em resposta às considerações da OMS e aos desafios impostos pelas alterações demográficas, pela sustentabilidade económica e ambiental e globalização, surge (como uma tentativa de revisão dos objetivos e objeto do contrato social nacional) o PNS 2012-

2016 que propõe constituir-se como alicerce para o Sistema de Saúde do Século XXI, porquanto procura identificar a contribuição dos *stakeholders* para a maximização dos ganhos em saúde e clarificar os objetivos estratégicos do SNS, estabelecendo para tal uma lógica que permita identificar os ganhos em saúde, definir as metas e os indicadores, assim como um enquadramento para programas prioritários de saúde, de âmbito regional, local e setorial, promovendo a integração e articulação de esforços e a criação de sinergias (DGS, 2012).

Desta forma, o PNS pretende ultrapassar o âmbito da prestação de cuidados, mobilizando recursos e capacidades de outros setores sociais relevantes para a obtenção de ganhos em saúde.

Um dos eixos estratégicos para o SNS definidos no atual PNS é, precisamente, o reforço da qualidade em saúde, que assenta (DGS, 2012):

- Na governação integrada, que abrange a governação clínica, empresarial, financeira, da informação e a gestão do risco. A governação clínica refere-se ao desempenho profissional e competência técnica, à utilização eficiente dos recursos, gestão do risco e satisfação do doente. A governação empresarial refere-se aos processos pelos quais os serviços de saúde dirigem e controlam as suas funções de modo a garantir o cumprimento dos seus objetivos organizacionais e através dos quais se relacionam com os seus parceiros e com a comunidade. Os sistemas de informação são instrumentos e melhoria da qualidade e redução de custos. A segurança vista como uma das principais dimensões da qualidade. A gestão do risco encarada como um instrumento para a garantia da qualidade;
- Em mecanismos de influência – Normas de Orientação Clínica (NOC) e Organizacionais; aspetos estruturais – arquitetura e ambiente; modelos de financiamento; planeamento dos recursos humanos; cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade;
- Em processos assistenciais integrados que colocam o cidadão (suas necessidades e expectativas) no centro do SNS e englobam todas as atuações dos profissionais de saúde. A abordagem por processos assistenciais integrados permite ordenar e otimizar os fluxos de trabalho, uniformizando as práticas e valorizando os resultados;

- Na participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, incluindo na gestão da doença crónica.

Incorporando o PNS, importa também aqui referir, no âmbito da perspetiva histórica da qualidade na saúde, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, em vigor desde 2009 (Despacho nº 14223/2009) com um horizonte temporal de 10 anos, também ela visando a promoção da excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da qualidade e da melhoria contínua quer para benefício dos cidadão, quer para satisfação dos profissionais de saúde. A sua missão é “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade”, para tal sendo definidas como prioridades estratégicas de atuação: qualidade clínica e organizacional; informação transparente ao cidadão; segurança do doente; qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; gestão integrada da doença e inovação; gestão da mobilidade internacional de doentes e avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS (DQS, 2009a).

A ENQS é o resultado das insistentes recomendações internacionais para a implementação de estratégias nacionais para a qualidade e segurança nos serviços de saúde, e operacionalizada pelo DQS e veio atribuir a devida importância à problemática da qualidade na saúde.

Ainda antes da definição da ENQS surgem em Portugal, os primeiros programas de acreditação em saúde. Recorde-se que a acreditação em saúde tem como objetivo o reconhecimento público da qualidade atingida nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, através da avaliação objetiva da competência por pares (DQS, 2009).

O primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais em Portugal, teve o seu início em 1999 (aquando da criação do IQS) e baseou-se na metodologia *King's Fund* (KF), tendo surgido de um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS). Em 2004, fruto da orientação estratégica da melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. adotou o modelo *Joint Commission International* (JCI) para a acreditação dos hospitais. Até 2009, vinte e sete hospitais tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, dos quais treze obtiveram acreditação e dos quinze em processo de acreditação pelo JCI, dois obtiveram acreditação (DQS, 2009).

Entretanto, no contexto da ENQS e em resultado das últimas reformas no setor da saúde, coube ao DQS a missão de adotar e adaptar um modelo nacional de acreditação em saúde, sustentável e adaptável às características do sistema de saúde português (DGS, 2012). A escolha recaiu sobre o modelo da acreditação da *Agencia para la Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA), aprovado como modelo oficial de acreditação das instituições de saúde do SNS (Despacho n° 69/2009).

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) atualmente em vigor (e com horizonte temporal coincidente com a ENQS) tem como objetivo a implementação faseada do modelo ACSA e a avaliação o seu impacto nas organizações (e no SNS) através da monitorização de indicadores e da realização de inquéritos de satisfação. A implementação deste modelo pressupõe a sua divulgação, a formação dos profissionais e de auditores, a adaptação dos manuais normativos, a criação de comissões para aplicação do modelo e a revisão periódica, em parceria com a ACSA (DQS, 2009).

### **II.5.3. Outros projetos atuais**

Para além do PNAS e todas as outras atividades no âmbito da qualidade promovidas pelo DQS existem outros projetos que pretendem contribuir para a melhoria da qualidade na saúde, nomeadamente:

- Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)

Parceria Siemens-JCI realiza, desde 2006, a avaliação da qualidade das organizações de saúde em Portugal, através da definição e análise de indicadores de qualidade relativos à excelência clínica, à segurança do doente e à satisfação do utente; os resultados desta avaliação dos níveis de qualidade das organizações de saúde são transformados em *ranking* e tornados públicos. (ERS, 2014)

- BI-USF

O BI das USF é um dispositivo de gestão do conhecimento disponibilizado pela Associação Nacional das USF (USF-AN) que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria sustentada. Assenta numa visão de saúde caracterizada por atributos como identidade (reforço e afirmação), capacitação (inclusão, participação e autonomia), ganhos em saúde (eficiência e satisfação), melhoria contínua (desenvolvimento e sustentabilidade) e transparência (cidadania). Profissionais de saúde,

utentes e cidadãos em geral, têm acesso a informação acerca da sua USF, das USF do seu ACeS e das restantes USF a nível nacional, sendo possível a comparação do desempenho das USF através da utilização de uma Matriz de Maturidade Organizacional que cruza a performance das USF nas dimensões: desempenho assistencial e governação clínica e de saúde (USF-AN, 2014).

- Auditorias clínicas às Normas de Orientação Clínica

Auditoria clínica corresponde à tentativa de melhorar os cuidados de saúde prestados, avaliando o desempenho dos prestadores desses cuidados por comparação com padrões de desempenho desejados e predefinidos. Permitem então aos profissionais medir o seu desempenho, reconhecer boas práticas e introduzir melhorias às suas práticas clínicas sempre que necessário, analisando-se o cumprimento de requisitos constantes das Normas de Orientação Clínica emitidas pela DGS (MGFamiliar, 2014).

- Gabinete do Cidadão – SIM-Cidadão

SIM-Cidadão, é a designação dada pelo Ministério da Saúde ao Sistema de Gestão das Sugestões e Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, que tem como missão “dar voz ao utente do SNS e tornar o sistema de sugestões e reclamações mais eficiente, melhorando o atendimento e prestação de cuidados aos cidadãos com base nas suas sugestões, elogios e reclamações” (ERS, 2014). É um sistema em rede que envolve todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde, que tem como finalidade a recolha, registo, análise e tratamento de todas as exposições dos utentes, quer através do Livro Amarelo, quer através do Gabinete do Cidadão. É um instrumento importante para a monitorização dos níveis de satisfação dos utentes e uma fonte de informação relevante relativamente à perspectiva dos utilizadores quanto ao funcionamento dos serviços de saúde (ERS, 2014).

### III. ESTUDO DE CASO

O modelo ACSA foi traduzido e adaptado para o Sistema Nacional de Saúde em 2011 (Ministério da Saúde, 2011), mas devido à crise económica (e aos custos envolvidos no processo de acreditação), o programa de acreditação tem vindo a ser lentamente implementado – dados da Associação Nacional das USF combinados com dados do Ministério da Saúde mostram que em Setembro de 2014 existiam cerca de 10 USF acreditadas num total de cerca de 350, e nenhum outro tipo de unidade de cuidados primários acreditada (DGS, 2014; USF-AN, 2014).

Esta pequena percentagem de unidades acreditadas, especialmente quando definida uma política de acreditação nacional, obriga a uma séria reflexão acerca do modelo de acreditação adotado e especialmente acerca da forma como ele é percebido pelos profissionais. Pressupondo que a acreditação de unidades de cuidados de saúde primários terá um impacto significativo na qualidade dos cuidados e na segurança dos utentes (El-Jardali, *et al.*, 2014; Elnour, *et al.*, 2014) e após o investimento no modelo, deverá ser realizada uma revisão da estratégia de acreditação e do próprio modelo de acreditação. Um modelo de acreditação integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde focado na otimização dos recursos e na simplificação do procedimento de implementação, deverá resultar num modelo *open access*, mais próximo das necessidades dos profissionais, auxiliando-os a assegurar e demonstrar que as expectativas dos utentes estão a ser consideradas no sistema de gestão da unidade de saúde, conduzindo à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O desenvolvimento deste modelo de acreditação integrada foi o objetivo do presente trabalho, e será detalhado nas secções seguintes.

A metodologia para definição do modelo de acreditação integrada para agrupamentos de saúde, assentou num intenso trabalho de campo realizado através do estudo do caso do Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental (ACeSPOc).

Assim, no âmbito do presente trabalho, foi proposto ao ACeSPOc a participação na sua atividade quotidiana durante o período de tempo necessário à recolha da informação e à construção do modelo, e a colaboração para o desenvolvimento e implementação do sistema de gestão da qualidade desta organização, dentro das competências e permissões concedidas pela Direção Executiva.

Foi possível, desta forma, conhecer a metodologia de funcionamento, as potencialidades e limitações, a articulação entre as diversas unidades, os diversos estádios do desenvolvimento da gestão da qualidade em cada unidade.

### III.1. Caracterização da Unidade em Estudo

O ACeSPOC é uma organização local gestora de diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, criada a partir da Portaria nº 273/2009, cuja sede (onde o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e a UAG desenvolvem a sua atividade principal) está localizada na freguesia de Lordelo do Ouro, sendo o seu âmbito de atuação, a gestão de serviços de saúde na área do Porto Ocidental (União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória; União das Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos; Freguesia de Ramalde) – ver Figura 3.

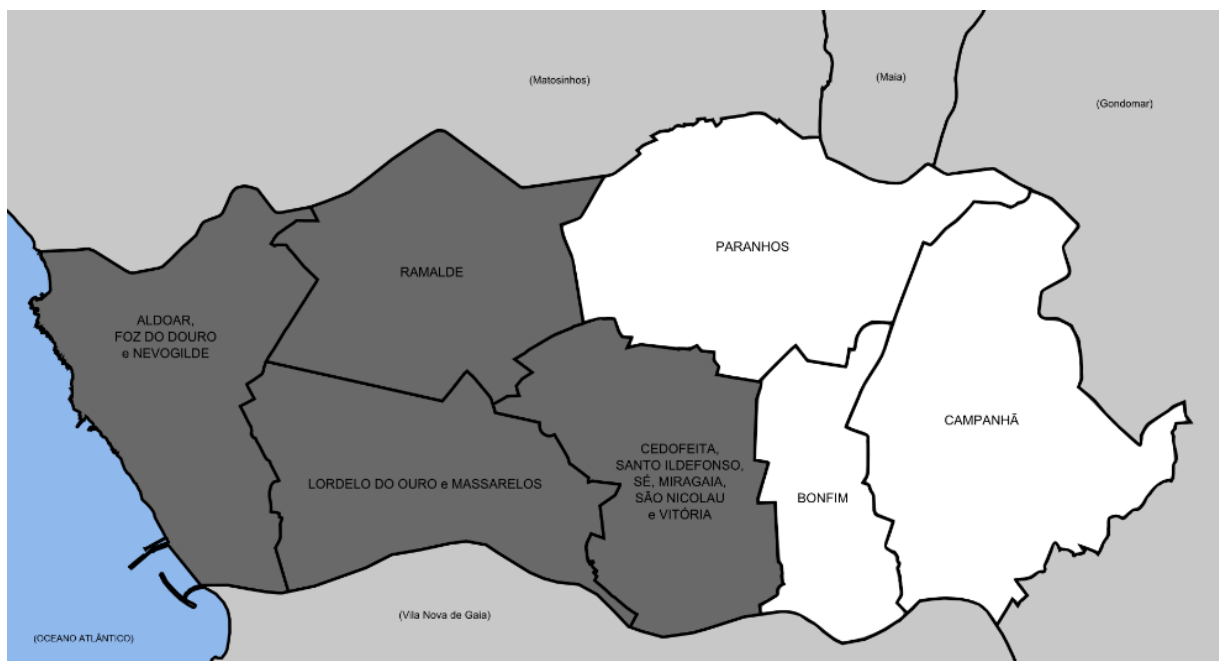


Figura 3 - Área de influência do ACeSPOC

As 29 unidades que compõem este ACeS (26 unidade prestadoras de cuidados de saúde e 3 unidades de apoio), servem uma população de mais de 170.000 utentes, através da atividade de cerca de 504 profissionais.

No seio deste ACeS encontram-se unidades com âmbitos bastante diversificados. Ele é composto por: 9 Unidades de Saúde Familiar (USF), 6 Unidades de Cuidados de Saúde

Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), 2 unidades prestadoras de serviço - CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico) e CAD VIH/SIDA (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce HIV), e uma 1 unidade prestadora de serviços não clínicos (UAG – Unidade de Apoio à Gestão), que apoia a gestão e o funcionamento de todas as unidades do ACeS.

Os serviços de saúde prestados pelo ACeSPOc incluem:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, gestão de situações de doença aguda, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, saúde do adulto e do idoso, cuidados domiciliários (médicos e de enfermagem), articulação com outras unidades e hospitais – atividades no âmbito das USF e UCSP;
- Cuidados domiciliários preventivos e curativos, reabilitação, preparação para o parto e para a parentalidade; cuidados continuados integrados – atividades no âmbito da UCC;
- Nutrição, pediatria, psicologia clínica, saúde oral e serviço social – atividades no âmbito da URAP;
- Monitorização da saúde da população; identificação das necessidades de saúde; planos e informação em saúde pública, vigilância epidemiológica, investigação, vacinação, programas de saúde ocupacional e ambiental, autoridade de saúde – domínio de atuação da USP;
- Programas de cessação tabágica, programas de educação em saúde (literacia em saúde), apoio a crianças e jovens em risco, formação – responsabilidade partilhada por todas as unidades do ACeS.

A estrutura de governação atual do ACeSPOc, corresponde ao modelo tradicional de hierarquia vertical, como apresentado na Figura 4.

Apoiado em valores como: cortesia, ética, cooperação, efetividade/eficiência, o ACeSPOc tem como missão garantir aos Cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, cumprindo o Plano Nacional de Saúde e maximizando assim os seus ganhos em saúde, esperando ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de saúde, com Equipas de Saúde

motivadas e comprometidas com a satisfação dos utentes, promovendo o desenvolvimento dos seus Profissionais e da Comunidade (ACeSPOc, 2013).

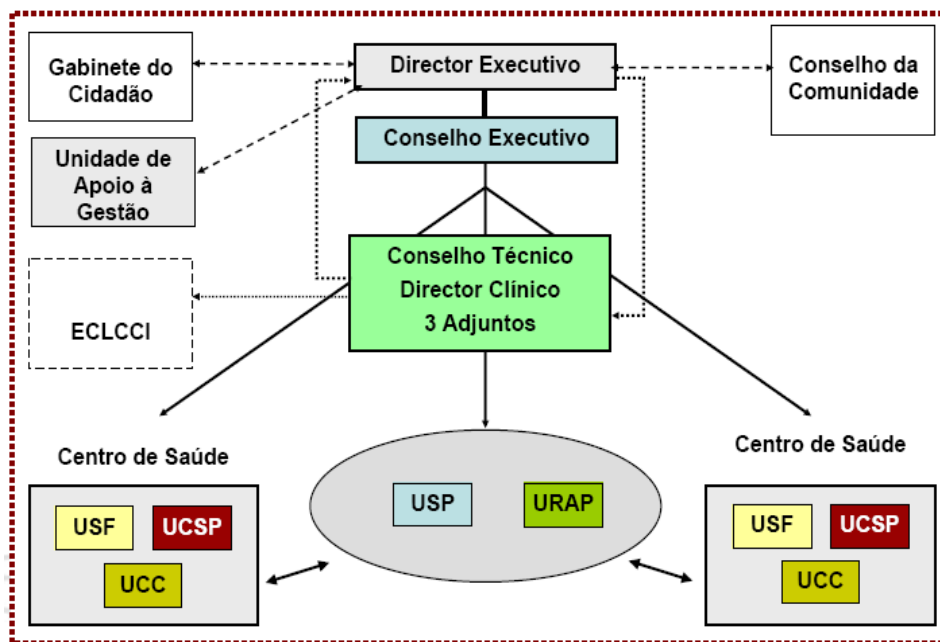


Figura 4 – Estrutura organizacional dos ACeS (adaptado de Pisco,2011)

O ACeSPOc incentiva todas as suas unidades funcionais a desenvolverem a sua própria cultura organizacional e a implementarem sistemas de gestão da qualidade que lhes permitam desenvolver um espírito de colaboração, de autoavaliação, de procura da melhora contínua dos resultados em saúde da comunidade que servem, contribuindo assim para o cumprimento dos objetivos do próprio ACeS, definidos na sua Carta de Missão e no Plano de Atividades para o triénio 2013-2015.

Apesar de disseminada por todos os profissionais e por todos os órgãos de gestão do ACeS, a função “Gestão da Qualidade” recai sobre a alçada do Conselho Clínico e de Saúde (CCS), constituído por 4 profissionais (no caso do ACeSPOc: 1 médico de família, 1 médico de saúde pública, 1 enfermeiro e 1 higienista oral), que tem como funções: avaliar a efetividade dos cuidados de saúde prestados; fornecer diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes; propor ao diretor executivo a realização de

auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos; apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica; verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACeS; organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação; decidir sobre conflitos de natureza técnica (Decreto-Lei nº 28/2008).

Os órgãos de gestão do ACeSPOc, desde cedo se comprometeram com a melhoria contínua da qualidade e, tendo como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde de excelência aos seus utentes, fizeram nascer o Grupo Mais Qualidade, como estrutura voluntária de apoio ao CCS em matéria de qualidade, promovendo “o prazer de trabalhar, aprender, ensinar e investigar em ambientes mais eficientes e agradáveis, criados pelos próprios profissionais” (ACeSPOc, 2013).

Apesar de reconhecerem que é função do Conselho Clínico fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, perceberam também que é necessário assumir a Qualidade como Cultura da Organização.

O Grupo Mais Qualidade procura então apoiar e colaborar com as restantes unidades do ACeS no desenvolvimento e promoção da cultura de qualidade, mas a sua atividade é pouco sistemática e os resultados longe do objetivo perseguido pelo ACeSPOc: a implementação progressiva de um Sistema de Acreditação da Qualidade em todo o ACeS que seja uniforme, horizontal, integral e orientado para os resultados, permitindo que a autoavaliação se transforme em aprendizagem e melhoria, através da partilha de experiências de Qualidade (ACeSPOc, 2013).

O Despacho nº 3635/2013 obriga a que todos os ACeS definam anualmente um plano de ação que explicita as atividades e o planeamento que a instituição pretende desenvolver de forma a responder às prioridades estratégicas e ações definidas na ENQS. Segundo o mesmo documento, cada unidade de saúde deve assegurar, através da criação de uma comissão ou de comissões já existentes na área da qualidade e segurança, a promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades previstas no plano de ação anual – surge assim oficialmente a Comissão da Qualidade e Segurança do ACeS, que passa a atuar em paralelo com o Grupo de Gestão do Risco, no âmbito do Grupo Mais Qualidade e sob a alçada do CCS.

### **III.2. Modelo de Acreditação Integrada**

É importante referir que os Agrupamentos de Centros de Saúde incluem não apenas unidades de gestão clínica, mas também unidades não clínicas, de carácter administrativo. Assim sendo, o Modelo Nacional para a Acreditação de Unidades de Saúde não lhes é facilmente ou diretamente aplicável. Para ultrapassar esta dificuldade, o modelo proposto neste estudo incorpora princípios da ISO 9001, amplamente aceites e relativos à gestão organizacional. O sucesso da aplicação deste modelo está fortemente dependente da capacidade das organizações públicas prestadoras de Cuidados de Saúde Primários para gerir e ultrapassar potenciais problemas como a resistência à mudança, falta de liderança e envolvimento e gestão de pessoas inadequada.

O desenvolvimento do modelo de acreditação integrada para os ACeS decorreu de um trabalho faseado nas seguintes etapas:

- 1) analisar e refletir sobre a bibliografia existente nesta área, sobre os modelos de acreditação e certificação, e sobre o estado atual da qualidade na saúde;
- 2) desenhar um sistema de gestão da qualidade no ACeS que incorpore e respeite os vários SGQ já implementados em algumas unidades assistenciais, e que coloque todas as unidades a responder às necessidades do cidadão de forma articulada e global;
- 3) identificar os requisitos que poderão conduzir à acreditação integrada de um ACeS, no âmbito do SGQ anteriormente definido;
- 4) desenhar um modelo de acreditação integrada que seja aplicável, relevante e em que todos (profissionais e utentes e ARS) acreditem e confiem e que possa diferenciar os Agrupamentos de Centros de Saúde, promovendo a sua tão falada e desejada autonomia de gestão.

Neste âmbito, foi necessário conviver de perto com as várias unidades, em particular com a UAG, que por ter um cariz mais administrativo, mais tradicional e por ser constituída por elementos provenientes das estruturas centrais da administração pública, apresenta mais dificuldades em lidar com e gerir a mudança, ao nível da comunicação e do trabalho em equipa e, muitas vezes não reconhece que existe para colaborar com as restantes unidades no serviço que prestam ao utente (em vez de existir para ser “servida” pelas unidades do ACeS).

Foram também realizadas visitas a USF, tendo sido possível integrar a equipa auditora (auditorias DiOr) do ACeS e a Comissão para a Qualidade em Saúde (CQS) – exigida pela administração central).

Este contacto próximo com as estruturas de gestão do ACeS, nomeadamente o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e a CQS (a qual o autor integra atualmente, em regime de voluntariado), facilitou a partilha de informação e conhecimento com as estruturas da qualidade das várias unidades, proporcionando um conhecimento mais efetivo das particularidades relacionadas com a implementação do modelo ACSA.

### **III.2.1. Definição do Sistema de Gestão da Qualidade**

É aceite globalmente que os Sistemas de Gestão da Qualidade conduzem à melhoria contínua das organizações. Esta observação é válida também para as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Em Portugal, a implementação de sistemas de gestão da qualidade iniciou-se ao nível hospitalar, mas foi gradualmente ganhando importância nos CSP. Para assegurar a melhoria contínua, essencial em qualquer sistema de gestão da qualidade, é necessário definir requisitos de qualidade adequados, nos quais o sistema de gestão da qualidade assentará. À identificação dos requisitos de qualidade, segue-se a sistematização de processos e fluxos de trabalho, identificação de processos-chave, diagnóstico da qualidade, definição de indicadores de qualidade, assim como das metodologias para resolver os problemas encontrados. Como em qualquer sistema de gestão da qualidade, deverá ser mantido de forma contínua o ciclo PDCA.

O SGQ permite a avaliação da performance por comparação com objetivos e expectativas pré-definidos, resultando na identificação de pontos fortes e áreas de melhoria.

O ponto de partida para a aplicação do modelo de acreditação integrado proposto é a implementação efetiva na globalidade do ACeS, de um SGQ ISO 9001:2008, cujo sucesso estará fortemente dependente da implementação de planos de qualidade em todas as unidades, sem exceção, do ACeS.

Para definir e implementar um SGQ torna-se então necessário definir a estrutura de governação da organização. Atualmente, e como já foi referido, a estrutura de governação dos ACeS segue o modelo tradicional de hierarquia vertical (Figura 4).

Para assegurar a efetividade do SGQ (e consequentemente a do modelo de acreditação), torna-se necessário redesenhar a estrutura de governação do ACeS, para que esta reflita a alteração do paradigma de governação que agora passará a uma estrutura de cuidados integrados centrada no utente – Figura 5.



**Figura 5 - Estrutura de gestão circular integrada e centrada no utente**

O modelo do sistema de gestão da qualidade da ISO 9001, pressupõe que a unidade de saúde se organize sobre a perspetiva da gestão integrada de processos.

Para responder a esta exigência, definiu-se para o ACeSPOc, a rede de processos apresentada na Figura 6.

É importante referir nem todos os ACeS são exatamente iguais nem estão organizados exatamente da mesma forma, mas todos possuem as mesmas unidades básicas pelo que é desejável que definam e ajustem a estrutura de gestão à sua realidade particular, para que consigam responder aos requisitos da ISO 9001:2008 e do modelo de acreditação integrado. A rede de processos proposta (e que se pressupõe ajustável aos vários ACeS) permitiu definir a metodologia de implementação do modelo ACSA, nomeadamente no que respeita a questões que não são diretamente consideradas nos requisitos do modelo e se relacionam com:

- Profissionais não-clínicos;
- Resultados relacionados com a performance organizacional;
- Gestão da organização;

- Gestão da informação pessoal dos utentes;
- Gestão das reclamações;
- Articulação entre as várias unidades e entre outros níveis de cuidados de saúde.

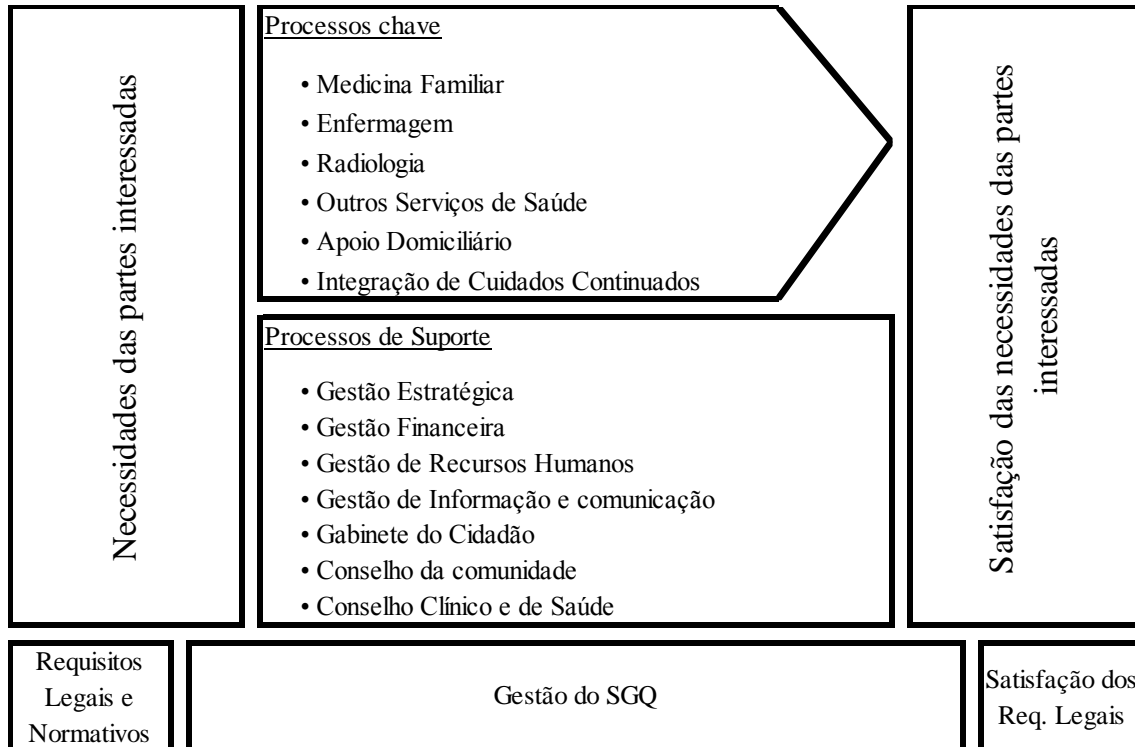


Figura 6 - Rede de processos proposta para ACeS

A implementação do SGQ ISO 9001:2008 pressupõe, não só a definição da rede de processos do ACeS, mas também de objetivos SMART que se constituem, se não como as mais, pelo menos como questões de grande importância e de grande reflexão no caminho do ACeS para a acreditação.

Como referido anteriormente, um dos objetivos estratégicos de médio prazo do ACeSPOc é a acreditação integrada do ACeS. Reconhecendo que este não será um caminho fácil de percorrer, definiu-se (no âmbito da atividade desenvolvida na CQS) a necessidade de implementação do SGQ no ACeSPOc, passando a constar do Plano de Ação para o ano de 2014 (devidamente aprovado pelo CCS e pela DGS) a implementação do Plano de Gestão da Qualidade da UAG, unidade que se acredita criar mais resistência à mudança, onde as especificidades da administração pública são mais evidentes e onde os profissionais são mais relutantes em aceitar a importância da qualidade, especialmente quando avaliada sob a perspetiva do utente.

Para dar cumprimento ao plano de ação aprovado, foi então necessário observar as práticas da UAG e definir procedimentos de trabalho, sistematizar práticas, melhorar a comunicação entre os setores da UAG, tendo sido desenvolvidos alguns dos procedimentos operacionais específicos da UAG.

A UAG está organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACeS e presta apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e de saúde e às unidades funcionais. Desenvolve as suas funções em articulação com os serviços de apoio da ARS respetiva, nomeadamente através da utilização de recursos partilhados. Para responsável pela UAG, o diretor executivo nomeia um técnico superior licenciado, com experiência e formação preferencial nas áreas de economia, gestão ou administração e experiência na área da saúde.

Esta unidade é composta por 8 profissionais do SNS permanentemente ao serviço da UAG e alguns profissionais temporários colocados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) ao abrigo dos Programas Ocupacionais de Emprego (POC), em número variável. Os profissionais desta unidade foram selecionados de entre profissionais de outras unidades funcionais do ACeS e também dos serviços administrativos da ARS, de acordo com o seu perfil profissional e pessoal, pelo diretor executivo do ACeS.

Apesar de ter um responsável máximo a coordenar a sua atividade, ela funciona como se de dois departamentos distintos se tratasse, subdividindo-se numa unidade de gestão de recursos humanos (na qual 3 profissionais do ACeS desempenham as suas funções e onde habitualmente colaboram 2 POC) e numa unidade de gestão financeira (à qual estão afetos 5 profissionais do ACeS e sempre que possível, 2 ou 3 POC), cada uma com chefias próprias, estilos de liderança completamente distintos e relações interpessoais também elas muito díspares.

Esta clivagem compromete logo à partida o trabalho em equipa, a intersubstituição (princípio relevante na gestão dos ACeS) e o cumprimento de todas as tarefas legalmente preconizadas no Regulamento dos ACeS, que por não serem claramente relacionadas com gestão de pessoas ou gestão financeira, ficam um pouco deixadas “em terra de ninguém”, comprometendo o bom funcionamento do ACeS e a correta articulação entre todas as suas unidades funcionais, o que resulta claramente numa redução da qualidade de serviço prestado ao utente.

Diga-se que, na verdade, o funcionamento desta UAG não tem sido alvo de grandes reclamações nem por parte dos utentes, nem por parte dos restantes profissionais: os órgãos de gestão do ACeS acomodaram-se a sobreviver sem o apoio administrativo (a não ser em situações pontuais) da UAG; nos restantes casos, os profissionais da UAG adotam a postura de resposta imediata a solicitações urgentes, comprometendo a sua eficácia e a satisfação dos seus profissionais, relegando para segundo plano as atividades planeadas e que, segundo é o seu entendimento, correspondem às suas funções.

Esta UAG é também uma unidade a várias velocidades e com várias posturas de trabalho e sentimentos relativamente à organização em que se inserem. Note-se que nela convivem profissionais da clássica administração pública (e que perante as constantes reduções salariais e reestruturações estão cada vez mais desmotivados para a realização das suas tarefas), profissionais de várias idades, com distintas habilitações académicas, profissionais sem qualquer vínculo à organização, temporários, que trabalham apenas pelo valor do subsídio de desemprego e que realizam, muitas vezes, trabalho altamente qualificado que nenhum dos outros profissionais do ACeS está habilitado a realizar, alguns que vêem a mudança como uma oportunidade e outros que preferem continuar a trabalhar como sempre o fizeram.

O que de ainda mais significativo ressalta é o facto de os profissionais encararem a UAG como o princípio e fim do seu trabalho, não entendendo que existem única e simplesmente para responder a necessidades e requisitos dos seus clientes que podem ser: outros colaboradores da UAG e/ou do ACeS, os órgãos de gestão do ACeS, as restantes unidades funcionais dos ACeS, a ARS ou outros organismos da Administração Pública e, no limite, o próprio utente (embora neste caso particular, as interações diretas sejam muito reduzidas).

Do exposto acima, se percebe que existirão por parte dos profissionais do ACeS, e em particular da UAG, inúmeros constrangimentos à implementação de um SGQ.

Ainda no âmbito da CQS, e com o objetivos do desenvolvimento e implementação de um SGQ integrado e único para o ACeS, foram desenvolvidos alguns dos procedimentos obrigatórios da ISO 9001 (nomeadamente o procedimento Controlo de Documentos e Registos) do ACeSPOc para disseminação pelas unidades, de forma a uniformizar os

modelos e a codificação dos documentos, facilitando-se assim a comunicação no interior no ACeSPOc e clarificando a comunicação com o exterior.

Com o objetivo de melhorar a comunicação no interior do ACeSPOc e a articulação da prestação de cuidados entre as várias unidades e entre o ACeS e outros níveis de cuidados de saúde (procurando incrementar a qualidade do serviço prestado ao utente), foi também necessário colaborar no desenvolvimento do Manual de Articulação do ACeS.

Para além destas atividades e para dar cumprimento ao definido pela AGS no plano de ação para o ano de 2014, foi também necessário realizar ações de formação em qualidade para alguns grupos de profissionais do ACeSPOc, com o intuito de os sensibilizar para a importância da gestão da qualidade, eliminar alguns preconceitos e envolvê-los na gestão da qualidade do ACeS.

Estas ações de formação, em conjunto com as auditorias realizadas permitiram confirmar que, de facto, o modelo ACSA não responde de forma satisfatória a um processo de acreditação de um ACeS completo e, evidenciar alguns (sérios) constrangimentos à melhoria da qualidade do serviço no seio do ACeS, essencialmente relacionados com: falta de cultura de qualidade; estrutura da organização; indefinição de funções; distribuição dos recursos humanos; conflitos resultantes das relações interpessoais; liderança; objetivos pouco claros; desresponsabilização; inadequada gestão das afinidades.

As questões aqui apresentadas demonstram que apesar de poder transformar-se numa tarefa hercúlea, a implementação do SGQ no ACeSPOc é essencial para otimizar a sua gestão e melhorar de forma efetiva a qualidade do serviço prestado ao utente.

### **III.2.2. Definição do modelo de acreditação integrada**

As teorias de gestão atuais tendem a tratar a gestão da qualidade nas organizações como um sistema complexo que orienta, monitoriza e melhora a qualidade numa perspetiva integradora de todos os setores da empresa/organização.

Assim, se se assumir que um ACeS possa ser visto e tratado como uma empresa e as unidades que o compõem como departamentos no seio dessa empresa, será então lógico, em vez de realizar 20-30 processos de acreditação para cada uma das unidades do ACeS, fazer convergir os vários sistemas de gestão das unidades que compõem o ACeS num só

e assim realizar apenas um processo de acreditação, que possa ser considerado válido para a totalidade do ACeS, tomando-se aqui como referência e base para o desenvolvimento do modelo de acreditação integrada, o modelo adotado pelo governo português como Modelo Nacional de Acreditação – o Modelo ACSA.

De acordo com o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, o modelo ACSA agrega cinco dimensões da qualidade (os cinco blocos de *standards* – Tabela 2), cada uma delas definida através de um conjunto de requisitos sobre os quais incidirá a avaliação para a acreditação (Ministério da Saúde, 2011).

**Tabela 2 – Estrutura do Modelo ACSA para unidades de gestão clínica (adaptado de Almuedo-Paz *et al.*, 2012 e Ministério da Saúde, 2011)**

I – O cidadão, centro do Sistema de Saúde		
1. Utentes: satisfação, participação e direitos	2. Acessibilidade e continuidade assistencial	3. Documentação clínica
II – Organização da atividade centrada no utente		
4. Gestão de planos e processos assistenciais integrados	5. Atividades de promoção da saúde e programas de saúde	6. Direção da unidade de gestão clínica
III – Os profissionais		
7. Os profissionais, desenvolvimento profissional e formação		
IV – Processos de Suporte		
8. Estrutura, equipamentos, fornecedores	9. Sistemas e tecnologias da informação e comunicação	10. Sistema da Qualidade
V – Resultados		
11. Resultados da unidade de gestão clínica		

Os requisitos que compõem o modelo estão divididos em três grupos, em função do seu nível de exigência e grau de complexidade – ver Tabela 3 (Almuedo-Paz, *et al.*, 2012; Ministério da Saúde, 2011).

**Tabela 3 - Classificação dos requisitos do Modelo ACSA (adaptado de Almuedo-Paz *et al.*, 2012 e Ministério da Saúde, 2011)**

<b>Tipo de Requisito</b>	<b>Definição</b>
Grupo I	Requisitos que correspondem a elementos prioritários do SNS, que contemplam direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança dos utentes e profissionais e princípios éticos a respeitar em todas as atuações da prestação de cuidados.
Grupo II	Requisitos que correspondem a elementos associados a um maior nível de desenvolvimento da organização tais como sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e reorganização dos espaços e fluxos de trabalho.
Grupo III	Requisitos que demonstram que a unidade de gestão clínica cria inovação e desenvolvimento para a sociedade em geral.

Cada unidade de saúde pode atingir, de forma progressiva, três níveis de acreditação - Bom, Ótimo e Excelente – (ver Tabela 4), em função do cumprimento dos requisitos incluídos em cada grupo (Ministério da Saúde, 2011).

**Tabela 4 - Níveis de Acreditação (adaptado de Almuedo-Paz *et al.*, 2012 e Ministério da Saúde, 2011)**

	Bom	Ótimo	Excelente
Grupo I	70%	100%	100%
	Incluindo obrigatórios		
Grupo II		40%	100%
Grupo III			40%

O processo de acreditação desenvolve-se em diversas fases: inicia-se com o pedido de adesão e candidatura ao DQS (com a nomeação de um gestor de projeto - nomeado pelo DQS - e de um facilitador interno do processo de acreditação - pertencente à unidade de gestão candidata ao processo de acreditação e por ela selecionado) na qual são criadas as condições necessárias para o arranque da fase seguinte – a fase de autoavaliação.

A fase de autoavaliação, a mais importante de todo o processo, desenvolve-se no período de um ano e tem como objetivo a realização de uma reflexão interna na qual as organizações deverão identificar os seus pontos fortes e as áreas de melhoria, avaliando

o seu grau de cumprimento dos requisitos, determinando os objetivos da acreditação e planeando as ações de melhoria necessárias; durante o período de desenvolvimento da fase de autoavaliação as unidades de saúde vão registando os seus progressos numa plataforma informática que suporta a aplicação do modelo. No final desta fase, a unidade candidata à acreditação será alvo de uma auditoria externa (fase 3), realizada com base na observação e análise de documentação, para evidenciar a validade das informações introduzidas na plataforma e a conformidade com os requisitos do manual. Após esta avaliação é elaborado um relatório do qual consta o nível de acreditação atribuído à unidade em análise, o que corresponde à fase 4 de aplicação do modelo de acreditação. É assim emitido um certificado com validade de 5 anos que atesta a conformidade da unidade com os requisitos do modelo de acreditação. Durante o período de vigência do certificado são realizadas auditorias de acompanhamento (para garantir a continuidade das boas práticas) que poderão resultar na suspensão do certificado ou na atribuição de um nível mais elevado de acreditação – fase 5. Findos os cinco anos, a renovação do certificado ocorre após a realização de nova auditoria total (Ministério da Saúde, 2011; Almuedo-Paz, *et al.*, 2012).

Teoricamente, o modelo ACSA poderia ser usado para este propósito; mas este não foi desenhado para aplicar a unidades não-clínicas, tal como a UAG que não tem contacto direto com os pacientes, tornando impossível a integração destas unidades em processos de acreditação ACSA.

Torna-se portanto necessário adaptar o modelo ACSA, para que possa ser usado para este propósito. A adaptação do modelo que se propõe, e que resultou do estudo do caso do ACeSPOc, assenta nos seguintes pressupostos:

- O ACeS é uma organização com departamentos distintos (unidades de saúde, serviços de apoio, unidades não-clínicas) e alguns dos seus departamentos desenvolvem a sua atividade em locais geograficamente distintos;
- Todas as unidades e serviços do ACeS devem desenvolver, implementar, monitorizar e melhorar, Planos de Gestão da Qualidade devidamente integrados e articulados no Sistema de Gestão da Qualidade desenhado para o agrupamento como um todo;
- O modelo pode (deve) incluir requisitos adequados a unidades clínicas e não-clínicas;

- A existência de unidades em diferentes estádios de maturidade no que à gestão da qualidade respeita, não poderá comprometer a acreditação do ACeS;
- Todas as unidades devem implementar os seus próprios planos de gestão da qualidade, baseados e orientados pelo SGQ do ACeS.

Contudo, existem algumas questões que necessitam de um cuidado especial na adaptação do modelo de forma a maximizar a sua aceitabilidade e aplicabilidade:

- Algumas USF foram criadas antes do ACeS em que foram integradas, pelo que os seus sistemas de gestão da qualidade se encontram em estados de desenvolvimento superiores ao do SGQ a implementar no ACeS, na sequência do processo de acreditação; este facto poderá originar nessas USF, alguma resistência à integração do seu SGQ neste SGQ global e uniforme que poderá ser visto como um retrocesso na gestão da qualidade. Por outro lado, estas USF desenvolveram já a sua identidade organizacional e estão habituadas a trabalhar de forma autónoma e independente das restantes unidades do ACeS;
- Existem algumas unidades que nunca se preocuparam com a gestão da qualidade, pelo que não têm cultura qualidade ou hábitos de gestão da qualidade;
- Algumas unidades e serviços ainda manifestam alguma relutância em aceitar a sua integração num ACeS e, muitas vezes, não reconhecem a legitimidade da estrutura de governação do ACeS;
- A autonomia do ACeS relativamente à administração central é, muitas vezes, difícil de operacionalizar;
- Uma grande parte dos profissionais de saúde (clínicos ou não) não reconhece a importância da gestão da qualidade nos serviços públicos.

O modelo de acreditação para ACeS que aqui se propõe, usa o modelo ACSA para unidades de gestão clínica aplicado a todo o ACeS. O nível de acreditação a atribuir ao ACeS no final do processo de acreditação será determinado pelo nível de cumprimento de requisitos, considerando as unidades com pior desempenho. Exemplo: na avaliação do requisito 01.09 – A unidade possui e publica um guia para o utente com informações sobre o seu funcionamento – se alguma unidade não cumprir este requisito, admite-se que o ACeS não cumpre este requisito; como este requisito não pertence ao grupo dos requisitos obrigatórios, não irá comprometer a acreditação do ACeS podendo, no entanto, influenciar o nível de acreditação obtido. O não cumprimento de um requisito obrigatório,

por qualquer das unidades do ACeS levará à conclusão de não cumprimento de requisito pelo ACeS o que comprometerá a totalidade do processo de acreditação. Apesar de parecer penalizador para as unidades que demonstram uma boa performance, a longo prazo, a cooperação entre as várias unidades que daqui advém, contribuirá para que o ACeS consiga realizar positivamente a sua acreditação, resultará num incremento dos níveis de qualidade do ACeS e na otimização eficaz da articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, o que se espera possa originar benefícios relevantes para o funcionamento do ACeS, para o Sistema Nacional de Saúde e, especialmente, para os utentes e para a sociedade de uma forma geral.

As especificidades das unidades não-clínicas – UAG e Gabinete do Cidadão – serão geridas assumindo-se que alguns dos requisitos do modelo ACSA não se aplicarão a estas unidades, não ficando o processo de acreditação do ACeS comprometido pelo não cumprimento destes requisitos por estas unidades.

Como referido no subcapítulo anterior, e à semelhança do que acontece nas restantes organizações, as questões mais relevantes na gestão da qualidade dos ACeS e das duas unidades, prendem-se com a definição de objetivos. Esta questão deve ser analisada de duas formas distintas, consoante se tratem de objetivos globais do ACeS ou objetivos individuais das unidades funcionais.

Na definição dos objetivos e indicadores do ACeS, o Conselho Clínico e o Conselho Executivo, efetuam uma reflexão intensa relativamente ao seu posicionamento no mercado, à sua performance em qualidade, à sustentabilidade do ACeS e das suas unidades funcionais. Simultaneamente, deverão ser tidos em consideração e incorporados no SGQ os objetivos e indicadores definidos e contratados com a Administração Regional de Saúde, necessários para cumprir os objetivos de saúde (e económicos). Para além destes, deverão também ser definidos objetivos relacionados especificamente com os requisitos modelo ACSA e o nível de acreditação que o ACeS pretende atingir.

As unidades que integram o ACeS deverão seguir um procedimento idêntico: tendo por base o seu histórico e resultados em qualidade, informação proveniente dos órgãos administrativos e de gestão do ACeS, as unidades deverão efetuar uma reflexão interna que permita identificar os seus objetivos individuais. Estes objetivos deverão ser definidos e negociados com o Conselho Clínico do ACeS para se assegurar que estão

alinhados com os objetivos globais do ACeS e garantir o comprometimento dos órgãos de gestão do ACeS (especialmente no que se refere à disponibilização de recursos) com os objetivos individuais das unidades. Apesar de parecer bastante simples, não o é, na verdade – um ACeS é um grupo de mais de 20 unidades, os seus recursos não são ilimitados e a autonomia (definida legalmente) não é, de facto, efetiva. Nesta fase, será produtivo que unidades com o mesmo âmbito de atuação e do mesmo tipo tentem discutir e concertar entre si estratégias de grupo e objetivos complementares que permitam a otimizar a utilização dos recursos e potenciar os resultados do ACeS, em cada uma das diversas áreas em que se enquadram os objetivos definidos.

Depois deste passo importante e sensível de definição de objetivos, todas as unidades devem desenvolver os seus planos de qualidade, refletindo os objetivos acordados e os respetivos indicadores para monitorização, recursos necessários e metodologia de monitorização e controlo. Estes planos devem ser aprovados não apenas pelos órgãos de gestão das unidades, mas também pelo Conselho Executivo do ACeS. Se realizada devidamente, a agregação dos planos de qualidade de todas as unidades resultará no sistema de gestão da qualidade do ACeS.

Controlar o sistema de gestão da qualidade do ACeS não é, de todo, fácil ou simples. O que se propõe neste estudo é a aplicação de ferramentas com as quais os profissionais se sintam confortáveis – autoavaliação e auditoria externa – mas com algumas variações, resultando num controlo “passo a passo” que deverá acontecer tanto o nível das unidades como do ACeS, de acordo com as seguintes etapas:

- autoavaliação;
- auditoria interna interpares;
- auditoria interna realizada por auditores externos.

Vários modelos de acreditação (incluindo o modelo ACSA, o modelo do *Australian Council on Healthcare Standards*, o modelo da *Haute Autorité de Santé* e o modelo *Accreditation Canada*) descrevem a autoavaliação como a pedra basilar de qualquer processo de acreditação (Almuedo-Paz, *et al.*, 2012), e isso é o que também se defende nesta investigação.

O processo de autoavaliação permitirá às unidades avaliar o cumprimento dos seus planos de qualidade, para que lhes seja possível assegurar que os objetivos definidos estão a ser convenientemente atingidos, especialmente os relacionados com os requisitos obrigatórios e de referência do modelo ACSA. Este processo de autoavaliação deve ser realizado de forma sistemática e regular e os seus resultados deverão ser comunicados ao Conselho Clínico para análise.

A partir dos relatórios de autoavaliação e do plano de qualidade definido, deverão ser realizadas regularmente auditorias interpares, por profissionais do ACeS, preferencialmente lideradas por um profissional pertencente a uma unidade com características similares às da unidade a ser auditada.

Anualmente, deverá ser realizada uma auditoria externa para verificar o cumprimento do plano de qualidade e, em particular, o cumprimento dos requisitos do modelo ACSA aplicáveis à unidade. O resultado deste processo de auditoria externa será determinante para a acreditação do ACeS.

Baseado nas informações acerca do processo de autoavaliação das unidades, o Conselho Clínico, apoiado pela CQS, deve realizar uma autoavaliação global do sistema de qualidade do ACeS, identificando eventuais desvios e definindo as correspondentes ações corretivas.

Tal como definido para as unidades, o ACeS deverá também ser alvo de auditorias realizadas por equipas pertencendo a outros ACeS.

De acordo com os resultados destas auditorias internas, o ACeS decidirá se está ou não em condições de se propor a um processo de avaliação externa, diretamente relacionado com o processo de acreditação. Esta auditoria externa, realizada por auditores certificados ACSA, nomeados pelo Ministério da Saúde, consiste na observação e recolha de evidências apresentadas pelo ACeS e resulta na identificação do nível de acreditação obtido, dos pontos fortes e das áreas potenciais de melhoria do ACeS.

O cumprimento da estratégia descrita deverá assegurar o envolvimento global e integral de todos os profissionais do ACeS, desde a gestão de topo aos grupos de profissionais, sendo expectável que permita que o processo de acreditação seja encarado como positivo, como um motor para o desenvolvimento do ACeS, como uma oportunidade para traçar

novos caminhos para a melhoria da qualidade do serviço prestado, através da integração das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais.

Após a visita de avaliação, os auditores deverão remeter ao ACeS, um relatório de progresso, identificando o grau de cumprimento dos requisitos e as recomendações de melhoria. Este relatório deverá ser criteriosamente analisado pelo Conselho Clínico, de forma a definir diretrizes para a revisão anual do plano de qualidade das unidades.

O processo de acreditação integrada do ACeS pode desenvolver-se de forma progressiva e gradual, sendo que, no final de cada ciclo do processo o ACeS será classificado em um de três possíveis níveis de acreditação – Bom, Ótimo e Excelente – dependendo dos requisitos do modelo ACSA que o SGQ consiga cumprir.

Espera-se que em cada avaliação periódica da equipa de avaliação externa ACSA (2 e 4 anos após a data da acreditação), sejam conseguidas melhorias nas unidades e, conseqüentemente, no ACeS.

Da experiência obtida no estudo do caso do ACeSPOc e da revisão bibliográfica efetuada no âmbito deste estudo, poderá assumir-se que a primeira fase de autoavaliação (fase de diagnóstico para as unidades que não têm qualquer cultura de qualidade ou plano de gestão implementado) poderá prolongar-se por um período de cerca de 12 meses – possivelmente um pouco menos para as USF ou outras unidades que já tenham implementados planos de gestão da qualidade.

É também expectável, especialmente nas USF, que uma percentagem significativa das áreas de melhoria identificadas possam ser planeadas e implementadas ainda durante a fase de autoavaliação, nomeadamente aquelas que não dependam ou conflituem com os interesses e necessidades de outras unidades.

Constatou-se que as USF já possuem sistemas de gestão da qualidade centrados no utente e que estão comprometidas com a melhoria contínua. Apesar de a partilha de informação e experiência com o exterior não serem aspetos caracterizadores da cultura destas unidades, o comprometimento destas unidades para com o processo de acreditação do

ACeS pode ser determinante, assim como poderá ser crucial a colaboração com outras unidades, nomeadamente UCSP e UAG.

Se forem tidas em conta as considerações anteriores, será possível aplicar à totalidade do ACeS, o programa de acreditação definido pela ACSA e oficialmente assumido como modelo de acreditação nacional.

### **III.2.3 Constrangimentos à acreditação pelo modelo integrado**

A implementação do modelo de acreditação integrado será, conforme se depreende do exposto acima, alvo de significativos constrangimentos, que ocorrem a vários níveis e a várias dimensões do ACeS.

Neste subcapítulo salientam-se aqueles cuja existência poderá comprometer não apenas a acreditação integrada do ACeS, mas também a correta realização das funções para as quais a organização existe, contrariando a visão que os órgãos de gestão do ACeS têm do propósito da organização e da forma como ele deverá ser desenvolvido e inclusivamente o propósito para o qual foram criados pela Administração Central.

#### **1. Autonomia do ACeS**

A falta de autonomia do ACeS relativamente à administração central (prevista no diploma que cria os ACeS, como se referiu) dificulta a gestão dos recursos, em particular dos recursos humanos, não sendo o Diretor Executivo do ACeS totalmente e efetivamente “livre” para fazer as suas escolhas em termos de competências e número de efetivos. Os recursos humanos são, como é sabido, peça fundamental no sucesso de qualquer sistema de gestão da qualidade e, portanto, em qualquer processo de acreditação.

#### **2. Reconhecimento do ACeS como organização gestora das unidades funcionais**

Não será possível a implementação de um sistema de gestão integrador (e, conseqüentemente, a realização de uma acreditação integrada) se continuarem a existir unidades que não reconhecem a autoridade do ACeS, que não reconhecem os órgãos de gestão destes como seus também, continuando assim a realizar a sua atividade de acordo com os seus próprios objetivos e diretrizes, independentemente de estes serem ou não compatíveis e estarem ou não alinhados com os objetivos do ACeS.

### 3. Liderança

É necessário assegurar que os líderes dos vários níveis de gestão e unidades do ACeS têm as competências pessoais e técnicas necessárias para gerir e envolver as suas equipas no cumprimento das orientações estratégicas e de qualidade do ACeS e que estão efetivamente comprometidos com os objetivos do ACeS e das equipas em que estão inseridos, e não exclusivamente com o cumprimento dos seus objetivos individuais.

### 4. Cultura tradicional da Administração Pública

É necessário eliminar de uma vez a tradicional cultura da administração pública, do emprego certo e sem responsabilização. As unidades funcionais do ACeS deverão perceber, tal como aconteceu com as USF, que o paradigma mudou: é necessário trabalhar em equipa, em prol das necessidades do “cliente”, cumprindo objetivos numa perspetiva de otimização dos recursos, assegurando-se a melhoria contínua dos ganhos em saúde.

### 5. Comunicação

Não será possível assegurar a melhoria contínua da qualidade do serviço se não forem definidos claramente os fluxos de informação, se não for melhorada a comunicação intra e inter departamentos e unidades funcionais do ACeS.

### 6. Funções, responsabilidades e autoridades

Os constrangimentos apresentados anteriormente deixam transparecer que, no interior do ACeS, não é clara a definição de funções, responsabilidade e autoridades. O sucesso de qualquer sistema de gestão está, como é sabido, dependente da clarificação desta situação.

### 7. Recursos humanos – formação, competências pessoais e profissionais e efetivos

Para garantir o funcionamento pleno do SGQ do ACeS e, bem assim, poder avançar para um processo de acreditação bem sucedido, será necessário: garantir o número de efetivos necessário e suficiente para realizar as tarefas inerentes ao propósito desta organização (a crise que se vive atualmente em Portugal tem vindo a provocar uma redução significativa no número de efetivos, em particular no que respeita a profissionais não-clínicos); garantir a estabilidade e a continuidade dos profissionais que se mostram competentes na realização das funções que lhes são atribuídas (a utilização de POC em determinadas tarefas implica uma rotatividade e uma instabilidade que nem sempre são benéficas para a organização); garantir que o Diretor Executivo do ACeS não seja obrigado a “herdar” profissionais em processo de mobilidade da ARS ou de outras unidades e que possa

escolher aqueles com a formação, as competências pessoais e profissionais que entende relevantes para pertencer à equipa e desempenhar corretamente as suas competências, havendo lugar a uma avaliação de desempenho justa, efetiva e com consequências práticas para os profissionais.

#### 8. Cultura de qualidade

A existência de unidades (e profissionais) em vários estádios de desenvolvimento no que respeita à qualidade pode dificultar a aceitação por parte das unidades (e profissionais) mais evoluídos do SGQ integrador. Torna-se, portanto, fundamental, levar todos ao mesmo patamar, incentivando a partilha de experiência e conhecimento e promovendo a colaboração entre profissionais e unidades, numa perspetiva de elevar o nível de qualidade de todas as unidades para um patamar equivalente facilitando a acreditação integrada.

#### 9. Relações interpessoais e gestão das afinidades

É importante gerir no ACeS os conflitos que resultam das relações interpessoais, essencialmente intragrupos profissionais, promovendo-se um clima de transparência, liberdade, equidades, trabalho em equipa e cooperação, não havendo lugar a “estatutos especiais” ou preferências decorrentes de relações pessoais, nem tão-pouco se levantem questões “territoriais” ou de promoção pessoal. Estas situações, comprometem a comunicação, põem em causa a efetivação das responsabilidades e autoridades definidas e, portanto, afetam o SGQ a comprometem a acreditação do ACeS.

## CONCLUSÃO

Este estudo pretende ser uma contribuição para responder, ao nível dos cuidados de saúde primários, ao que foi definido como prioridade pelo governo português – adotar e adaptar um modelo de acreditação nacional e independente que possa ser implementado nos Agrupamentos de Centros de Saúde, através de um plano nacional de acreditação.

O modelo decorrente do presente estudo baseia-se na afirmação de que a gestão de unidades de saúde deve ser vista de forma semelhante à gestão de qualquer outra organização: de forma integrativa, atendendo a critérios económicos, de qualidade, ambientais e de segurança (tanto de utentes como de profissionais). Portanto, este modelo de acreditação deverá estar mais próximo da realidade, ser mais fácil de implementar, e constituir-se como uma ferramenta útil para o caminho dos cuidados de saúde primários para a sustentabilidade.

As maiores dificuldades associadas ao desenvolvimento deste estudo estão relacionadas com a motivação dos profissionais (clínicos e não clínicos) para a gestão da qualidade, que muitas vezes encaram estes processos como “ameaças” à sua autonomia e às hierarquias estabelecidas.

Embora todos os envolvidos nos cuidados de saúde primários afirmem que é essencial garantir a qualidade na área da saúde, implementar e manter sistemas de gestão de qualidade e integrar programas de acreditação, muitas vezes essas afirmações não têm efeitos práticos uma vez que existem deficiências organizacionais, quer nas competências e capacidades de liderança, quer na comunicação e formação adequada em matéria de gestão da qualidade e da sua importância para as organizações e para os profissionais. Nestes casos, não importa a qualidade, o âmbito de aplicação, ou a intenção do sistema de gestão concebido para o ACeS, pois dificilmente a sua implementação resultará na melhoria da qualidade dos serviços prestados e do atendimento ao utente. Assim, recomenda-se atenção especial a estes aspetos.

É expectável que o processo de acreditação integrada num Agrupamento de Centros de Saúde seja uma contribuição importante para encorajar as unidades que o compõem a abraçar a gestão da qualidade e a melhoria contínua, contribuindo de forma efetiva para assegurar a sustentabilidade do ACeS e, conseqüentemente, dos Cuidados de Saúde

Primários. Para incrementar o sucesso deste processo de acreditação, a autonomia prevista para o ACeS deverá ser assegurada, reconhecida e encarada de forma natural por todas as unidades sob a sua responsabilidade. O processo de acreditação integrado do ACeS pode ser mais demorado do que os processos de acreditação individuais das unidades, mas os seus resultados serão muito mais evidentes.

Como linhas de investigação futuras nestes domínios, salienta-se a possibilidade de serem incluídos novos requisitos refletindo as especificidades das unidades não clínicas (baseados no modelo EFQM e na ISO 9001) e a realização de testes à robustez do modelo proposto através de um processo de validação de campo. A incorporação de requisitos relacionados com a responsabilidade social e a inovação poderão também representar trabalho de investigação futuro de relevo por potenciarem a capacidade de resposta do ACeS às constantes mudanças sociais, tecnológicas e económicas.

## BIBLIOGRAFIA

ACeSPOc, 2013. *Carta de Missão*. Disponível na intranet do ACeSPOC [consultado agosto 2013]

ACSA, 2013. *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia*. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/index.html> [consultado outubro 2013].

ACSS, 2011. *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde*. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14\\_gov\\_clinica\\_e\\_de\\_saude.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_gov_clinica_e_de_saude.pdf) [consultado em março 2014]

ACSS, 2012. *Guia para Para Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF: DiOr-USF*, Lisboa: ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde.

Almuedo-Paz, A., Núñez-Garcia, D., Reyes-Alcázar, V. & Torres-Olivera, A., 2012. *The ACSA Accreditation Model: Self-Assesment as a Quality Improvement Tool, Quality Assurance and Management*, Prof Mehmet Savsar (Ed.), ISBN: 978-953-51-0378-3, InTech.

António, N. S. & Teixeira, A., 2007. *Gestão da Qualidade. De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. 1ª edição ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Barbosa, P., Ramos, V. & Escoval, A., 2013. *Observatório IberoAmericano de Políticas e Sistemas de Saúde*. Disponível em: [http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde-em-Portugal\\_28out13.pdf](http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde-em-Portugal_28out13.pdf) [consultado novembro 2013].

Biscaia, J. L., 2000. *Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual*. Qualidade em saúde vol. 0, pp. 6-10.

Branco, A. G. & Ramos, V., 2001. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 2, pp. 5-12.

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, V. A., 2010. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade dos cuidados e dos serviços.*, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

CHKS - International Accreditation, 2014. *CHKS*. Disponível em: <http://www.chks.co.uk/> [Consultado junho 2014].

Crossland, L., Janamian, T. & Jackson, C. L., 2014. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 4 agosto, Issue 201, pp. S47-S51.

Deloitte Touche Tohmatsu Limited, 2011. *Saúde em Análise - uma visão para o Futuro*, s.l.: s.n.

Deming, W. E., 1986. *Out of the crisis*. Cambridge: MIT.

DGAEP, 2013. *Estrutura Comum de Avaliação*. Disponível em: <http://www.caf.dgaep.gov.pt/> [consultado outubro 2013].

DGS, 2010. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf> [consultado outubro.2013]

DGS, 2014. *Departamento da Qualidade na Saúde*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> [consultado fevereiro 2014].

Donabedian, A., 1983. *Quality, Cost, and Clinical Decisions*, s.l.: American Academy of Political and Social Science.

Donabedian, A., 2005. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 9 novembro, 83(4), pp. 691-729.

DQS, 2009a. *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx> [consultado outubro 2013].

DQS, 2009. *Programa Nacional de Acreditação em saúde*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> [consultado outubro 2013].

EFQM, 2014. *European Foundation for Quality Management*. Disponível em: <http://www.efqm.org/> [consultado junho 2014].

El-Jardali, F.; Hemadeh, R.; Jaafar, M.; Sagherian, L.; El-Skaff, R.; Mdeihly, R.; Jamal, D.; Ataya, N., 2014. The impact of accreditation in primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BioMed Central Health Services Research*, February.

Elnour, A.; Hernan, A.; Ford, D.; Clark, S.; Fuller, J.; Johnson, J.; Dunbar, J., 2014. Surveyor's perceptions of the impact of accreditation on patient safety in general practice. *Medical Journal of Australia*, August, Issue 201, pp. S56-S58

ERS, 2014. *Portal da Entidade Reguladora da Saúde*. Disponível em [www.ers.pt/pages/57](http://www.ers.pt/pages/57) [consultado janeiro 2014]

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

Guimarães, M. d. C. V., 2009. *Satisfação do utente e qualidade apercebida. Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Tese de Mestrado em Qualidade.

Institute of Medicine, 2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808> [consultado fevereiro 2014].

ISO, 2014. *International Organization for Standardization*. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home.html> [consultado março 2014].

JCI, 2014. *Joint Commission International*. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/> [consultado março 2014].

Juran, J. M., 1988. *Juran's quality control handbook*. New York: McGraw-Hill.

Mendes, V. d. M. P., 2012. *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Lisboa: Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

MGFamiliar, 2014. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/index.htm> [consultado fevereiro 2014]

Ministério da Saúde, 2010. *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> [consultado novembro 2013].

Ministério da Saúde, 2011. *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: Gestão Clínica*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521> [consultado junho 2013].

Ministério do Ambiente, 2005. *Programa Operacional Saúde - QCA III - Revisão Intercalar 2004*, Lisboa: Direção Geral do Desenvolvimento Regional.

OMS, 1978. *WHO - Declaration of Alma-Ata*. In: *International Conference on Primary Care*. Disponível em: [www.int/hpr/docs/almaata.html](http://www.int/hpr/docs/almaata.html) [consultado dezembro 2013].

OMS, 2006. *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems.*, s.l.: WHO Press.

OMS, 2008. *EOHSP – Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. Available at: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/98233/E91397.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf) [consultado janeiro 2014].

OMS, 2010. *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2011/01/avaext.pdf> [Consultado novembro 2013].

OMS, 2011. *EOHSP – Health systems in transition : Portugal health system review*. Disponível em: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf) [consultado janeiro 2014].

Ovretveit, J., 2011. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *Quality and Safty*, Issue 20, pp. 18-23.

Ovretveit, J., 2013. Contemporary Quality Improvement. *Cadernos de Saúde Pública*, march, pp. 424-426.

Pestana, E. A., 2013. *Avaliação do impacto nos utentes da marca AQR – Estudo no ACeS Nordeste*, Bragança: Instituto Politécnico de Bragança (Dissertação de Mestrado).

Pires, A., 2007. *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. 3ª edição ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L. & Biscaia, J. L., 2001. Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático nº 2, pp. 43-51.

Pisco, L., 2011. Reforma da atenção Primária e Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp 2841-2852.

Ransom, S. B., Joshi, M. S. & Nash, D., 2008. *The healthcare quality book: vision, strategy and tools*. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press.

Reyes-Alcázar, V., Torres-Olivera, A., Núñez-Grcía, D. & Almuedo-Paz, A., 2012. Critical Success factors for Quality Assurance in Healthcare Organizations. *Quality Assurance and Management*, Prof. Mehmet Savsar (Ed.), ISBN: 978-953-51-0378-3, InTech.

Rooney, A. & Ostenberg, P., 1999. *Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade: licenciamento, acreditação e certificação: abordagem à qualidade de serviços de saúde*. Disponível em: [http://www.hciproject.org/sites/default/files/Licenciamento\\_Acredita%C3%A7%C3%A3o\\_Certifica%C3%A7%C3%A3o\\_2000.pdf](http://www.hciproject.org/sites/default/files/Licenciamento_Acredita%C3%A7%C3%A3o_Certifica%C3%A7%C3%A3o_2000.pdf) [consultado outubro 2013].

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

The King's Fund, 2013. *The King's Fund*. Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/> [consultado 2013].

USF - AN: Associação Nacional das USF, 2014. *BIUSF - Gestão do Conhecimento em Saúde/USF*. Disponível em <http://www.biusf.pt/Pages/HomePage.aspx> [consultado em fevereiro 2014]

## **LEGISLAÇÃO**

Decreto-Lei nº 48357, 27 de abril de 1968

Decreto-Lei nº 48358, 27 de abril de 1968

Decreto-Lei nº 413/71, 27 de setembro

Decreto-Lei nº 414/71, 27 de setembro

Decreto-Lei nº 584/73, 6 de novembro

Decreto-Lei nº 203/74, 15 de maio

Decreto-Lei nº 488/75, 4 de setembro

Decreto-Lei nº 254/82, 29 de junho

Decreto-Lei nº 357/82, 6 de setembro

Decreto-Lei nº 344-A/83, 25 de julho

Decreto-Lei nº 74-C/84, 2 de março

Decreto-Lei nº 57/86, 20 de março

Decreto-Lei nº 19/88, 21 de janeiro

Decreto-Lei nº 11/93, 15 de janeiro

Decreto-Lei nº 335/93, 29 de setembro

Decreto-Lei nº 198/95, 29 de julho

Decreto-Lei nº 117/98, 5 de maio

Decreto-Lei nº 156/99, 10 de maio

Decreto-Lei nº 157/99, 10 de maio

Decreto-Lei nº 60/2003, 1 de abril

Decreto-Lei nº 173/2003, 1 de agosto

Decreto-Lei nº 309/2003, 10 de dezembro

Decreto-Lei nº 101/2006, 6 de junho

Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de agosto

Decreto-Lei nº 28/2008, 22 fevereiro

Decreto-Lei nº 81/2009, 2 de abril

Decreto-Lei nº 253/2012, 27 de novembro

Decreto-Lei nº 137/2013, 7 de outubro

Despacho Ministerial, 29 de julho de 1978

Despacho Normativo nº 97/83, 22 de abril

Despacho Normativo nº 61/99, 12 de novembro

Despacho Normativo nº 46/97, 8 de agosto

Despacho nº 69/2009, 31 de agosto

Despacho nº 14223/2009, 24 de junho

Despacho nº 3635/2013, 7 de março

Lei nº 56/79, 15 de setembro

Lei nº 48/90, 24 de agosto

Lei nº 157/99, 14 de setembro

Lei nº 27/2002, 8 de novembro

Lei nº 28/2008, 22 de fevereiro

Portaria nº 273/2009, 18 de março