

Universidade Aberta



A Qualidade Centrada no Utente
Estudo de Casos de Dois Hospitais Públicos

Marta Sofia Martinho Biscaia da Silva

Mestrado em Gestão

2023

Universidade Aberta



A Qualidade Centrada no Utente
Estudo de Casos de Dois Hospitais Públicos

Marta Sofia Martinho Biscaia da Silva

Mestrado em Gestão

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria do Rosário Matos Bernardo

Março, 2023



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

[Esta é a mais restritiva das nossas seis licenças principais, só permitindo que outros façam download dos seus trabalhos e os compartilhem desde que lhe sejam atribuídos a si os devidos créditos, mas sem que possam alterá-los de nenhuma forma ou utilizá-los para fins comerciais.]

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho resultou de um empenho e motivação individual, que implicou uma dedicação profunda. Contudo, sem um coletivo de apoios e boas vontades não seria certamente possível concluí-lo.

Para que o tempo não apague a dedicação e o esforço de cada um, aqui fica a devida nota através do meu mais profundo agradecimento.

À Bárbara, por toda a amizade, carinho e apoio... pelo interesse demonstrado, por todo o seu tempo dedicado à resolução de questões técnicas...

À Sofia pelo apoio, interesse e disponibilidade durante o percurso estatístico.

Aos que escutaram pacientemente tudo o que em determinada altura ninguém escuta e que continuaram a motivar-me neste percurso, nunca deixando de acreditar em mim... “Chefe”, Cândida.

Ao Gabinete da qualidade do hospital X, pela persistência e interesse na recolha dos dados, um beijinho especial para a Dr^a Maria do Carmo, Técnica Susana e Dr^a Aurora.

À Professora Doutora Maria do Rosário Matos Bernardo, minha orientadora, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade total e celeridade de apoio, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

“É impossível progredir sem mudança e aqueles que não mudam as suas mentes, não podem mudar nada”

George Bernard Shaw

DEDICATÓRIA

Ao Pedro e Maria que ressignificaram a minha existência e propósito.

Ao Pedro, por ser a palavra certa no momento incerto...por ver luz, nos momentos de sombra...por acreditar em mim e ser morada de amor e pelo cuidado aos nossos filhos quando a minha ausência se fez sentir.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer outra forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Regulamento Disciplinar da Universidade Aberta, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº215, de 6 de novembro de 2013.

I hereby declare having conducted my thesis with integrity. I confirm that I have not used plagiarism or any form of falsification of results in the process of the thesis elaboration. I further declare that I have fully acknowledged Disciplinary Regulations of the Universidade Aberta (regulation published in the official journal Diário da República, 2ª série, Nº215, de 6 de novembro de 2013)

Universidade Aberta, 16 de fevereiro de 2023

Marta Sofia Martinho Biscaia da Silva

RESUMO

Palavras-chave: Qualidade, Gestão da Qualidade em Saúde, Gestão da Qualidade Centrada no Utente, Cuidado Centrado no Utente

Aumentar a qualidade nos cuidados de saúde relaciona-se diretamente com a melhoria contínua dos cuidados centrados no utente (IOM, 2001). Estratégias que visem promover políticas de gestão da qualidade centradas no utente, são essenciais para monitorizar e garantir a implementação deste novo paradigma de saúde. Objetiva-se com o estudo, através da avaliação da perceção dos gestores com funções de qualidade em ambos os hospitais e, da análise documental das políticas de qualidade centrada no utente existentes, propor um conjunto de estratégias de melhoria da qualidade que promovem a implementação da abordagem de gestão da qualidade centrada no utente.

A metodologia de investigação utilizada assenta num paradigma interpretativo de natureza qualitativa, operacionalizada por um estudo predominantemente descritivo, comparativo e exploratório através do estudo de casos. Os instrumentos de colheita de dados foram a pesquisa documental, o questionário adaptado “*Where Do We Stand*” (IPFCC, 2008) e a entrevista. O método de tratamento foi a análise de conteúdo e a estatística descritiva com recurso ao software SPSS 29. Os resultados obtidos, reiteram a existência de uma fraca cultura de qualidade centrada no utente em ambos os hospitais tendo por base as dimensões dos cuidados centrados no utente e os determinantes organizacionais analisados. Nesse sentido, foi realizada uma proposta de estratégias de melhoria das políticas de gestão da qualidade centrada no utente para ambos os hospitais.

ABSTRACT

Keywords: Quality, Quality Management in Health, Patient-Centered Quality Management, Patient-centered care

Increasing quality in health care is directly related to continuous improvement in patient-centered care (IOM, 2001). Strategies that aimed promoting patient-centered quality management policies are essential to monitor and ensure the implementation of this new health paradigm. The objective of this study is to propose a set of quality improvement strategies that promote the implementation of patient-centered quality management approach, through the evaluation of the perception of managers with quality functions and through the documental analysis of the user-centered quality policies, in two public hospitals.

The research methodology used was based on an interpretative paradigm of a qualitative nature, operationalized by case studie, predominantly descriptive, comparative and exploratory. The instruments of data collection were documentary research, the adapted questionnaire “Where Do We Stand” (IPFCC, 2008) and the interview. The treatment method was content analysis and descriptive statistics using the SPSS 29 software. The results obtained reiterate the existence of a weak quality culture patient-centered in both hospitals based on the dimensions of patient-centered care and the organizational determinants analyzed. That result in a proposal with strategies to improve patient-centered quality management policies in both hospitals.

ÍNDICE

I.INTRODUÇÃO	1
1.1.Pertinência do Estudo	3
1.2.Estrutura da Tese	4
II.REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1.Qualidade	5
2.2.1. Gestão da Qualidade Total	5
2.2.Qualidade em Saúde	8
2.3.Qualidade Centrada no Utente	12
2.3.1.Instrumentos de Avaliação de Políticas de Qualidade Centradas no Utente	17
2.4.O Cuidado Centrado no Utente a Nível Organizacional	18
III.Metodologia	22
3.1.Modelo de Investigação	22
3.2.Questão de Investigação e Objetivos	23
a) Objetivo geral	23
b) Objetivos Específicos	23
3.3.Desenho de Estudo	23
3.4.Contextos	25
3.5.População e Amostra	25
3.6.Instrumentos de Recolha de Dados	26
3.7.Caracterização das variáveis	29
a) Variáveis independentes:	29
b) Variáveis dependentes:	32
IV.PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	33
4.1Procedimentos de Recolha de Dados	33
4.2. Tratamento de dados	34
V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	35
5.1. Apresentação e Análise dos Dados	35
5.1.1. Identificar/caracterizar as dimensões da qualidade centrada no utente que se destacam nos hospitais X e Y	35
I)Análise Documental	35
II) Questionários	38
II.1) Caracterização da População	39
a) Características Sociodemográficas	39
II.2) Dimensões da Qualidade Centrada no Utente em Análise	40
a) Perceção global dos participantes quanto à existência de CQCU na sua organização	41
b) Dimensões existentes identificadas	42
Hospital X	42
a) Dimensão 1- Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Saúde	42
b) Dimensão 2- Participação do Utente e Família enquanto Consultores da Organização	43
c) Dimensão 3- Padrões dos Cuidados de Saúde	45
d) Dimensão 4- Acesso à Informação dos Utentes e Família	45

e) Dimensão 5- Programas de Formação e educação	46
h) Dimensão 6- Investigação	46
i) Dimensão 7- Políticas de Recursos Humanos	47
j) Dimensão 8- Feedback do Utente	47
k) Dimensão 9- Fatores de influência e barreira na gestão da qualidade centrada no utente	49
Hospital Y	50
a) Dimensão 1- Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Saúde	51
b) Dimensão 2- Participação do Utente e Família enquanto Consultores da Organização	51
c) Dimensão 3- Padrões dos Cuidados de Saúde	53
d) Dimensão 4- Acesso à Informação dos Utentes e Família	54
e) Dimensão 6- Investigação	55
f) Dimensão 7- Políticas de Recursos Humanos	55
g) Dimensão 8- Feedback do Utente	56
h) Dimensão 9- Fatores de Influência e Barreira na Gestão da qualidade centrada no Utente	57
III) Análise da Entrevista Hospital X	58
5.1.2. Identificar os determinantes organizacionais existentes relacionados com a política de qualidade centrada no utente nos hospitais X e Y	60
a) Determinantes Organizacionais identificados	60
VI.DISSCUSSÃO	62
6.1. Discussão dos Resultados	62
VILESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA GQCU	69
VIII.CONCLUSÃO	74
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
X.APÊNDICES	89
Apêndice I. Questionário	90
Apêndice II. Entrevista	98
ANEXOS	100
Anexo I. Questionário “Where Do We Stand (IPFCC, 2008)	100

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Perspetiva operacional da avaliação do desenvolvimento do produto/serviço	5
Figura 2. Dimensões da Qualidade	15
Figura 3. Princípios do Cuidado Centrado no Utente	16
Figura 4. Determinantes da implementação de uma abordagem centrada no utente no nível organizacional e individual	19
Figura 5. Fatores Facilitadores e Barreiras à implementação do CCU	20
Figura 6. Abordagem organizacional no sentido da melhoria da qualidade ao feedback dos utentes	21

Tabela 1. Definições de Qualidade	6
Tabela 2. Princípios da Qualidade Total	7
Tabela 3. Princípios da Qualidade Total	9
Tabela 4. Exemplos de indicadores de estrutura, processo e resultados na dimensão de qualidade centrada no utente	12
Tabela 5. Associação de análise entre as questões, as dimensões de qualidade centrado no utente e os determinantes organizacionais associados	28
Tabela 6. Análise documental segundo as dimensões de GQCU em estudo	35
Tabela 7. Análise de conteúdo à entrevista estruturada realizada no hospital X	58
Tabela 8. Resumo dos resultados	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1- Caracterização demográfica da população do hospital X	39
Gráfico nº2- Caracterização demográfica da população do hospital Y	40
Gráfico nº3– Percepção global quanto à existência de CQCU	41
Gráfico nº4- Percepção global quanto à existência de CQCU	41
Gráfico nº 5- Subdimensões da cultura GQCU no hospital X	42
Gráfico nº6 – Análise da dimensão 1 de GQCU no hospital X	42
Gráfico nº 7 – Percepção global sobre a participação dos utentes/famílias enquanto consultores do hospital X	43
Gráfico nº 8 – Envolvimento do utente/família no âmbito da segurança em conselhos do hospital X	43
Gráfico nº9 - Envolvimento dos utentes em iniciativas no hospital X	44
Gráfico nº10- Envolvimento do Utente na Arquitetura e Design do hospital X	44
Gráfico nº11 – Padrões dos Cuidados de Saúde centrados no utente/família do hospital X	45
Gráfico nº 12 – Acesso à informação por parte do utente/família do hospital X	45
Gráfico nº 13 – Programas de formação e educação dirigidas utente/família do hospital X	46
Gráfico nº 14 – Investigação realizada no hospital X	46
Gráfico nº15 – Políticas de recursos humanos no hospital X	47
Gráfico nº16 - Monitorização do feedback do utente no hospital X	47
Gráfico nº17 – Tipo de feedback o utente monitorizado no hospital X	48
Gráfico nº18 – Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital X	48
Gráfico nº19 – Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital X	49
Gráfico nº20- Fatores Macro de Influência na GQCU no hospital X	49
Gráfico nº 21– Fatores Barreira na GQCU no hospital X	50
Gráfico nº 22 - Subdimensões da cultura GQCU no hospital Y	50

Gráfico nº 23 – Análise da dimensão 1 de GQCU no hospital Y	51
Gráfico nº 24 – Percepção global sobre a participação dos utentes/famílias enquanto consultores do hospital Y	51
Gráfico nº25 – Envolvimento do utente/família no âmbito da segurança em conselhos do hospital Y	52
Gráfico nº26 - Envolvimento dos utentes em iniciativas no hospital Y	52
Gráfico nº27- Envolvimento do Utente na Arquitetura e Design do hospital Y	53
Gráfico nº28 – Padrões dos Cuidados de Saúde centrados no utente/família do hospital Y	53
Gráfico nº29 – Acesso à informação por parte do utente/família do hospital Y	54
Gráfico nº 30 – Programas de formação e educação dirigidas utente/família do hospital Y	54
Gráfico nº 31– Investigação realizada no hospital Y	55
Gráfico nº32- Políticas de recursos humanos no hospital Y	55
Gráfico nº33 - Monitorização do feedback do utente no hospital Y	56
Gráfico nº34- Tipo de feedback o utente monitorizado no hospital Y	56
Gráfico nº35– Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital Y	56
Gráfico nº36- Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital Y	57
Gráfico nº37- Fatores Macro de Influência na GQCU no hospital Y	57
Gráfico nº38- Fatores Barreira de Influência na GQCU no hospital Y	58
Gráfico nº39 - Determinantes Organizacionais identificados no hospital X	60
Gráfico nº 40 - Determinantes Organizacionais identificados no hospital Y	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSQH-Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

ACSS- Administração central dos Serviços de Saúde

BO- Bloco Operatório

C.A-Conselho de Administração

CCU-Cuidados Centrados no Utente

CQCU-Cuidados Qualidade Centrados no Utente

D.O- Determinantes Organizacionais

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

GQCU- Gestão da Qualidade Centrada no Utente

IOM- Institute of Medicine

IPFCC- Institute for Patient and family-Centered Care

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

QCU- Qualidade Centrada no Utente

SNS- Serviço Nacional de Saúde

I. INTRODUÇÃO

“Tende a evoluir-se da gestão assente em modelos hierárquicos e muito centralizados para modelos mais horizontais e matriciais, focados na qualidade e nos pacientes, com alto grau de participação dos profissionais nas decisões estratégicas e operativas, e com demonstração pública dos resultados obtidos”

(Rodrigues, 2022, p. 20 in Frederico & Sousa, 2022)

Qualidade enquanto conceito, tem vindo a ganhar notoriedade nas últimas décadas, embora a sua história e mais concretamente, a sua aplicabilidade à gestão das organizações exista há muitos anos, enquanto estratégia de subsistência e competitividade (Correia & Chora, 2022 in Frederico & Sousa; António, Teixeira e Rosa, 2019). A gestão da qualidade em saúde tem acompanhado esta mesma evolução, seguindo o princípio da gestão de recursos eficiente e eficaz, com vista a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e dos profissionais de saúde (Correia & Chora, 2022 in Frederico & Sousa). Para Biscaia (2000, cit in. Alves, 2006), a qualidade em saúde envolve atividades planeadas, focalizadas na definição de objetivos e na avaliação de desempenho, visando proporcionar a melhoria dos cuidados e aumento da satisfação dos utentes. A finalidade da sua avaliação prende-se com melhoria contínua dos resultados (Sousa et al., 2008).

Neste sentido, a avaliação de qualidade em saúde deve abandonar o paradigma centrado nos prestadores de saúde para direcionar-se para modelos integrados com indicadores centrados no utente enquanto parceiro essencial do serviço de saúde, resultando em políticas e práticas de gestão em saúde baseadas nas necessidades reais dos utentes (Aiken et al, 2012; Frederico & Sousa, 2022; Ferreira, 2000; Pereira et al, 2009; Veillard et al, 2015). Segundo o IOM (2001), aumentar a qualidade nos cuidados de saúde relaciona-se diretamente com a melhoria contínua dos cuidados centrados no utente, considerando para tal seis dimensões, nomeadamente: respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas; coordenação e integração; informação, comunicação e educação; conforto físico; suporte emocional; e envolvimento de família e amigos.

Assim sendo, estratégias que visem promover políticas de gestão da qualidade centradas no utente, são essenciais para monitorizar e garantir a implementação deste novo

paradigma de saúde. A qualidade centrada no utente visa promover valor público dos serviços de saúde relacionando-o com a qualidade dos cuidados e a experiência do utente (Charmel & Frampton, 2008). Por outro lado, a evidência (Hobbs & Sodomka, 2000; Isaac et al, 2010; Rathert et al, 2013) relaciona as políticas de gestão centradas no utente, com indicadores de resultados mais positivos para as organizações, nomeadamente, a satisfação dos utentes com a qualidade do serviço, a satisfação entre os profissionais de saúde com as suas funções, o aumento da qualidade e segurança dos cuidados e o aumento da qualidade de vida e bem-estar dos utentes. São também referidos outros benefícios clínicos como diminuição das taxas de readmissão, infeção hospitalar, e demora média de internamento, assim como, adesão ao tratamento e melhoria na funcionalidade (Arbuthnott & Sharpe; 2009; Boulding et al, 2011; DiGioia et al, 2007; Hobbs & Sodomka, 2000; Stone, 2008).

As políticas e orientações estratégicas de gestão da qualidade em saúde nacionais tem referenciado a necessidade da inclusão dos utentes na gestão dos sistemas de saúde *“auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde”* (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, 2015-2020, p.13552, Despacho nº5613), *“apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis (...) intervir nos processos de tomada de decisão que afetem a prestação de cuidados de saúde à população”* (Estatuto do SNS, 2022, artigo 26), *“avaliar o grau de satisfação dos utentes dos serviços de saúde, através da produção de indicadores de satisfação do utente que permitam a distribuição dos prestadores pelos diferentes níveis de rating”* (Entidade Reguladora da Saúde, 2022). Apesar da evidência científica sustentar que a centralização do utente no sistema de saúde é da maior importância na avaliação da qualidade de cuidados prestados pelas organizações de saúde, a sua integração nas políticas organizacionais continua sem estar definido e é muitas vezes negligenciado nas políticas de qualidade implementadas, ficando à consideração das organizações o desenvolvimento ou adoção de estratégias que visem promover tal cultura. Por outro lado, os contributos que a integração do utente têm na gestão da qualidade das organizações, por via do feedback acerca da qualidade dos serviços, sugestões, reclamações e satisfação, são pouco claros, sendo que o processo de avaliar a qualidade vai além dos modelos e implica uma análise posterior por parte dos peritos (Khattab & Aborumman, 2011; Rummer & Brache, 1992), pelo que a avaliação da perceção dos gestores hospitalares e peritos na área

quanto a esta temática é de todo relevante, assim como, a análise dos procedimentos inerentes à gestão da qualidade.

Enquanto profissional de saúde, com funções no âmbito da qualidade, observo diariamente na minha *praxis*, diferentes abordagens no planeamento das políticas e procedimentos internos, na prestação de cuidados e no cuidado centrado no utente, assim como, os diferentes resultados a que conduzem. Porém, formalmente não existe evidência que fundamente este construto de conhecimento, servindo este estudo o meio para tal.

Desta forma, este estudo visa contribuir para a melhoria da gestão da qualidade centrada no utente dos hospitais públicos Xe Y.

1.1. Pertinência do Estudo

“Um sistema baseado em valor requer esforços coordenados de todos os intervenientes (...) é uma mudança de cultura centralizada no doente”

(Silva, 2022, p. 22 in Frederico& Sousa, 2022)

Os hospitais são instituições diferenciadas de uma empresa comum, não só pela natureza das suas funções, mas também pela sua organização interna. Esta diferenciação assente na complexidade da atividade hospitalar, conduz a uma preocupação permanente de *“adaptação de modelos de gestão, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados, a eficiência na utilização dos recursos, bem como, a satisfação dos utentes e profissionais”* (Bernardino, 2017, p.87). O caminho do setor da saúde, deve passar por colocar o utente no centro do sistema, modificando o paradigma de gestão *“só depois de se entender e conhecer as necessidades dos utentes, se poderá criar e organizar um “modelo de serviço”, e encontrar as melhores soluções para a prestação de cuidados de saúde que necessitam, “como clientes muito valiosos”. (...) é importante que as unidades de saúde promovam qualidade dos seus serviços e desenvolvam um maior cuidado e dedicação na forma como lidam com os seus clientes”* (Bernardino, 2017, p.28).

A qualidade é um dos fatores com maior relevo na complexidade e desempenho hospitalar, visto os hospitais serem hoje organizações despertas para melhoria contínua da qualidade, promovendo sistemas de acreditação e certificação que evidenciem os serviços e cuidados prestados refletidos nos melhores resultados de saúde. No entanto, a avaliação da qualidade só será possível quando definido o que medir, sendo o utente a variável principal deste processo, pois as suas necessidades e expectativas influenciam o resultado final (Campos & Antunes, 2022 in Frederico & Sousa, 2022). Os cuidados centrados na pessoa melhoram os resultados em saúde, constituindo

benefícios para os utentes, os profissionais, o sistema de saúde e, a sociedade. Servem de ponte ao acesso, à coordenação e promoção de cuidados de saúde de qualidade, assumindo-se como promotores da inovação organizacional (Raposo & Ferreira, 2022 in Frederico & Sousa, 2022). Este estudo, que tem como questão de investigação, “*As políticas de Gestão da Qualidade dos hospitais públicos em estudo são centradas no utente?*” visa através da avaliação da perceção dos gestores organizacionais com funções de qualidade em ambos os hospitais e, da análise documental das políticas de qualidade centrada no utente existentes, propor um conjunto de estratégias de melhoria da qualidade que promovem a implementação da abordagem de gestão da qualidade centrada no utente.

1.2. Estrutura da Dissertação

Na Introdução é descrita a natureza, o âmbito e a pertinência do estudo. De seguida, foi desenvolvido o quadro teórico da investigação, onde são explanados os seguintes conceitos: a qualidade, a qualidade em saúde, a qualidade centrada no utente e, a qualidade centrada no utente a nível organizacional. O terceiro capítulo, constituído pela metodologia, inicia-se com a apresentação do modelo de investigação, seguido da questão e dos objetivos de investigação, com descrição pormenorizada do desenho de estudo, o contexto, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados e a caracterização das variáveis. Os procedimentos de recolha e o tratamento de dados, surgem no quarto capítulo. Subsequentemente, a apresentação e análise dos resultados, foram apresentados e analisados no quinto capítulo. De seguida, contempla-se a discussão, onde é realizada uma análise detalhada dos resultados à luz da evidência empírica existente. No capítulo sete, propõem-se um conjunto de estratégias de melhoria da cultura de qualidade centrada no utente para as organizações em estudo. Por fim, apresentam-se as principais conclusões e linhas de desenvolvimento investigacional que se retirou de todo o processo de investigação desenvolvido. Apresenta-se posteriormente os apêndices que contemplam o questionário adaptado e a entrevista integral. Nos anexos é apresentado ao leitor, o questionário original.

II. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é uma parte vital da investigação que propõe localização, análise, síntese e interpretação da investigação prévia em relação à área de estudo (Bento, 2012). Neste sentido, tendo em consideração os objetivos do estudo, a revisão bibliográfica incidiu sob os seguintes temas: a qualidade, a qualidade em saúde, a qualidade centrada no utente e, a qualidade centrada no utente a nível organizacional, partindo do geral para o particular.

2.1. Qualidade

A Qualidade, considerada como um fator estratégico na produtividade, sucesso e desempenho das organizações, aumenta a vantagem competitiva das exigências dos mercados globais (Dean & Evans, 1994), sendo fator de interesse das organizações independente do setor de atividade. A literatura não é consensual quanto à definição de qualidade, sendo que a sua implementação nas organizações segue também esta heterogeneidade (Watson & Korukonda, 1995). No que se refere às definições, estas assentam na perspetiva operacional do desenvolvimento de um produto/serviço, nomeadamente, estrutura, processo, resultados e consequências, reconhecendo-se uma evolução do carácter produtivo para um conceito abrangente onde os clientes e outros stakeholders assumem um papel ativo no processo, tanto a nível produtivo como ao nível do impacto da transferência do produto para os indivíduos ou sociedade (figura 1):

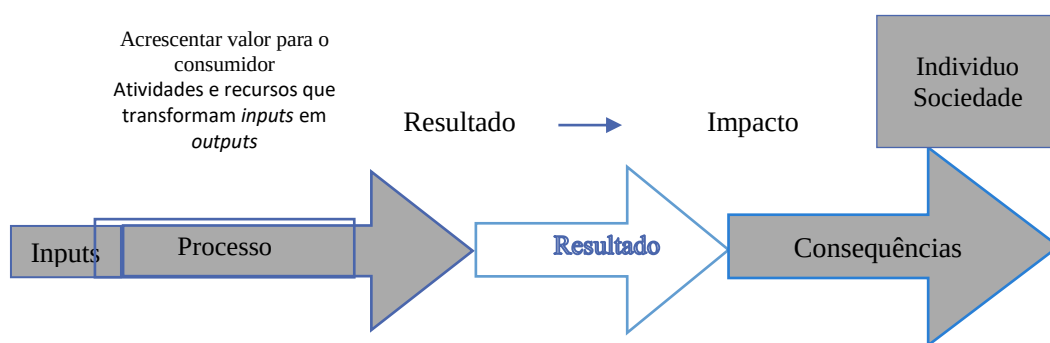


Figura 1. Perspetiva operacional da avaliação do desenvolvimento do produto/serviço
(Adaptado de António et al. 2019)

2.1.1. Gestão da Qualidade Total

Os principais teóricos (Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Ishikawa cit in António et

al, 2019), nas suas definições de qualidade, apontam como elementos-chave à mesma, a satisfação do cliente, a redução de custos, a liderança e comprometimento da gestão estratégica, o treino e educação, o trabalho em equipa e a cultura organizacional (Tabela 1).

Tabela 1. Definições de Qualidade (adaptado de António et al, 2019).

Autor	Perspetiva	Definição de Qualidade
Deming (1980)	Processo	O processo que conduz a resultados através de produtos/serviços que possam ser vendidos a consumidores que ficarão satisfeitos
Shigeo Shingo (1986,1987)	Processo	Processo de monitorização contínua e instrumentação de feedback potencial
Crosby (1979)	Resultados	Conformidade com os requisitos
Ishikawa (1984)	Resultados	Ausência de variação nas características da qualidade
Juran (1974)	Consequências	Adaptação ao uso
Taguchi (1986)	Consequências	A perda que um produto causa à sociedade depois de ser expedido e não as perdas causadas por funções intrínsecas

A introdução da gestão da qualidade total (TQM) desempenhou um papel importante no desenvolvimento da gestão contemporânea. O conceito ganhou notoriedade com a implementação desta abordagem por parte das empresas japonesas, Toyota, Canon e Honda, que aumentaram o seu valor de mercado e reconhecimento pela qualidade dos seus produtos. A TQM é uma filosofia de gestão que procura a satisfação do cliente e a melhoria contínua da qualidade de todas as funções da organização, incluindo as atividades necessárias para colocação no mercado de produtos e serviços de elevada qualidade ou de excelência, contribuindo para a redução dos custos, eliminação de atividades que não resultam em valor ou enquanto estratégia de diferenciação da organização (Mações, 2018). Steingard & Fitzgibbons (1993), definem TQM como o conjunto de técnicas e procedimentos usados para reduzir ou eliminar a variação de um processo de produção ou sistema de entrega de serviço, com vista a melhorar eficiência, confiabilidade e qualidade. Por outro lado, organizações que implementam tal filosofia, contribuem para a mudança de cultura e política organizacional de qualidade, onde o trabalho em equipa (círculos de qualidade), o envolvimento dos trabalhadores, o *benchmarking* e melhoria

contínua são elementos fundamentais para uma implementação de sucesso, assente em 10 princípios (Quadro 2):

Tabela 2. Princípios da Qualidade Total (Adaptado de Sotomayor et al, 2018)

Princípios da Qualidade Total	Conteúdo
1. Total Satisfação dos Clientes	Atendimento aos clientes Conhecimento dos clientes Avaliação sistemática dos clientes Parceria com os clientes Superação de expectativas Comparação do desempenho com outras organizações
2. Desenvolvimento de recursos humanos	Valorização do ser humano Capacitação para o trabalho Educação Motivação no trabalho Satisfação com o trabalho
3. Constância de propósitos	Persistência Continuidade Coerência nas atitudes e práticas Planeamento estratégico Alinhamento e convergência das ações
4. Gestão participativa	Incentivo à manifestação de ideias e opiniões Partilha de informações Participação nas decisões Estímulo à formação de equipas de qualidade; Liderança para orientar e facilitar
5. Aperfeiçoamento Contínuo	Predisposição para melhorias; Inovações Fixação de novas metas (desafios) Uso de Novas tecnologias
6. Garantia da Qualidade	Ações sistemáticas e planeadas Estabilidade dos processos e rotinas Fiabilidade-certificação Formalização do processo Garantia de Qualidade dos serviços
7. Delegação	Descentralização Autonomia para a tomada de decisão Decisão onde está a ação Respaldo para ações delegadas
8. Não aceitação de erros	Não se conformar com o erro Definição de erro Atitude preventiva Custo de qualidade
9. Gestão de processos	Cadeia cliente- fornecedor Mensuração através de indicadores integração de processos Ciclo PDCA
10. Disseminação de informações	Conhecimento no negócio, missão, propósito, estratégia e planos Troca de informações com o meio exterior Sistema interno de difusão de informações Credibilidade das informações Fluxo rápido e constante Transparência da organização

Associada a esta filosofia encontramos o Ciclo de PDCA (Deming, cit in António et al, 2019), modelo sequencial de quatro etapas, nomeadamente, Plan (P), Do (D), Check (C) e Act (A), que se desenvolvem no sentido dos ponteiros do relógio. Planear é antecipar o processo de decisão, através da análise das causas e consequências dos problemas, que resulta no diagnóstico da situação. Na fase seguinte, de execução, determina-se os caminhos de ação e o curso da mesma através da determinação de tarefas, dos executantes e dos tempos de execução. Na fase de controlo avalia-se os resultados obtidos e analisa-se o ponto de situação. Na fase de ação tomam-se medidas quando o problema não se encontra solucionado ou que quando voltou a surgir.

A implementação de normas de qualidade constitui um meio para a implementação de uma cultura de gestão da qualidade. Desta forma ao longo dos anos, as organizações têm-se apoiado em modelos e normas para a implementação de tal filosofia de gestão, que promovem não só a qualidade, mas também permitem às organizações, independentemente do setor, a auto-avaliação das suas atividades. De entre os existentes, destaca-se o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM), o Modelo Radar e as Normas ISO 9000, assim como, outras distinções relacionadas, como o Prémio Deming, o Prémio Malcolm Baldrige e o Prémio da Qualidade Europeu (EQA) (António et al 2019).

2.2. Qualidade em Saúde

“A governança integrada adota uma abordagem integral, estruturada e coerente que situa a qualidade das práticas assistenciais como objetivo prioritário das organizações de saúde e, deste modo, como responsabilidade prioritária de todos os dirigentes e intervenientes”

(Rodrigues, 2022, p.20 in Frederico& Sousa, 2022)

A qualidade em saúde, enquanto conceito, tem vindo a sofrer alterações ao longo das últimas décadas, sendo um dos princípios centrais das políticas de saúde (OCDE, 2019). As diferentes abordagens conceptuais, imergiram da complexidade do conceito de saúde, partindo inicialmente da qualidade na ótica do prestador de cuidados até à atualidade com o reconhecimento dos utentes e outros parceiros no processo de melhoria da qualidade em saúde (Legido- Quigley et al, 2008 cit in OCDE, 2019) (Tabela 3).

Pisco (2001), refere que o conceito de qualidade tem diferentes significados, dependendo da situação e da ênfase que lhe é atribuído (aspetos internos ou externos organizativos e destinatários do serviço prestado ou bem produzido).

Mezomo (2001), refere que a melhoria da qualidade em saúde fundamenta-se nas “(...) atividades realizadas para aumentar o valor oferecido ao cliente, através da melhoria da eficácia e da eficiência dos processos e atividades em todo o ciclo da qualidade”.

Tabela 3. Princípios da Qualidade Total (Adaptado de Sotomayor et al, 2018)

WHO (2018)	<i>"Quality health services across the world should be effective (providing evidence-based health care services to those who need them), safe (avoiding harm to people for whom the care is intended), people-centred (providing care that responds to individual preferences, needs and values) (...) in order to realize the benefits of quality health care, health services must be timely (...) equitable (...) integrated (...) and efficient (...)".</i>
Donabedian (1980)	<i>"Quality of care is the king of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts".</i>
IOM (1990)	<i>"Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge".</i>
Council of Europe (1997)	<i>"Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results, having regard to the current state of knowledge".</i>
European Commission (2010)	<i>"Good quality care is health care that is effective, safe and responds to the needs and preferences of patients".</i>

Também, Sousa et al. (2008), referem que a finalidade da avaliação da qualidade em saúde é a melhoria contínua dos resultados. Segundo Biscaia (2000, cit in. Alves, 2006), a qualidade em saúde envolve atividades planeadas, focalizadas na definição de objetivos e na avaliação de desempenho, visando proporcionar a melhoria dos cuidados e o aumento a satisfação dos utentes. Barros & Dismuke (2000), relacionam a importância da qualidade com outros fatores, nomeadamente, a gestão de custos nas organizações, o despertar da população para esta dimensão, as consequências adversas nos cuidados de saúde, qualidade enquanto fator de escolha e possíveis alterações nos mecanismos de financiamento que possam contribuir para a diminuição da qualidade.

O desafio da gestão da qualidade em saúde, parece continuar a ser na atualidade, a capacidade de integração das componentes estrutura, processo e resultados, formando o "ciclo da qualidade", dado as dificuldades em definir os standards e critérios de referência e informação necessária ao cálculo de indicadores de resultado (Donabedian, 2003).

É neste sentido que, diversos autores têm investigado o saber da qualidade enquanto serviço de saúde, quanto às suas dimensões, de forma a desenvolverem um quadro conceptual passível de ser implementado pelas organizações. Donabedian (1980), começou por distinguir três componentes da qualidade em saúde, nomeadamente, a qualidade técnica, interpessoal e amenidades. A qualidade técnica refere-se à efetividade dos cuidados de saúde resultando em

ganho de saúde. Qualidade interpessoal diz respeito à valorização das preferências e necessidades do utente. As amenidades por sua vez, abrangem as condições estruturais/físicas da organização na prestação dos cuidados. Posteriormente, Donabedian, como já referido, propôs a tríade estrutura, processo e resultado no desenvolvimento da qualidade em saúde. Ovretveit (1992), desenvolveu um sistema para melhorar a qualidade baseado em três dimensões, profissional, cliente e gestão da qualidade. A qualidade profissional assenta numa visão profissional se as necessidades do consumidor foram atendidas com recurso a técnicas e procedimentos adequados. A qualidade do cliente é a visão do beneficiário quanto à expectativa e o serviço recebido. A gestão da qualidade é a dimensão que assegura que os serviços são prestados de forma eficiente tendo em conta os recursos disponíveis. Também Grönroos (1982), distinguiu a qualidade de serviço tendo em conta a dimensão técnica e a dimensão funcional. Na prática distingue a sinergia entre o que é oferecido e recebido na dimensão técnica e o processo através da qual o serviço é oferecido e recebido (funcional). Alguns autores, direcionaram a exploração da qualidade, destacando a perceção do cliente. Thompson (1983), considera sete dimensões na avaliação do serviço de qualidade em saúde, nomeadamente, tangibilidade, comunicação, relação equipa-utente, tempo de espera, processos de admissão e alta, procedimentos de visitas e questões relacionadas com religião. Toms & Ng (1995), consideram oito dimensões que incluem empatia, compreensão da doença, respeito mútuo, dignidade, alimentação, ambiente físico e religião. Camilleri & O'Callaghan (1998), agregam as dimensões em cuidado profissional e técnico, personalização do serviço, preço, ambiente, amenidades para o utente, acessibilidade e catering. Jabnoun & Chaker (2003), no seu estudo, apresentaram dez dimensões, que incluem tangibilidade, acessibilidade, compreensão, cortesia, reabilitação, segurança, credibilidade, *responsividade*, comunicação e competência. O IOM (2001), considerou que a qualidade em saúde depende de seis dimensões, segurança, eficácia, centrado no utente, oportuna/atempada, eficiência e equidade.

Tendo em conta as diversas perspetivas teóricas, parece existir uma aceitação universal das políticas de saúde em três grandes dimensões da qualidade, nomeadamente: eficácia, segurança do utente e responsividade (centrada no utente) (OCDE, 2019). Destas imergem outras subdimensões como a aceitação, continuidade, satisfação, eficiência, acesso, tempo de espera, continuidade de cuidados, equidade, bem-estar do utente, integração, preferências do utente e, ganhos em saúde (OCDE, 2019). Estrategicamente o processo de gestão da qualidade tem que integrar as três maiores dimensões da qualidade referidas anteriormente, com o nível de cuidados

em questão (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde agudos, cuidados de saúde à doença crónica e cuidados paliativos), o tipo de atividade dentro da gestão da qualidade (definição de normas, monitorização e implementação de melhorias), a tríade de Donabedian e por fim, direcionar as estratégias para alvos estratégicos (profissionais de saúde, tecnologias de saúde, organizações, utentes e financiadores do sistema) (OCDE, 2019).

Em Portugal, com a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde, foi assumida uma visão de política de qualidade em saúde, existindo várias iniciativas com vista a melhoria da qualidade. Inicia-se também nesta perspetiva, a metodologia de acreditação e certificação dos hospitais, em parceria com outras entidades, como como exemplo, o Health Quality Service, o King's Fund e o Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia. Por outro lado, muitas organizações de saúde, no sentido da gestão, monitorização e avaliação do desempenho tem desenvolvido indicadores-chave de desempenho (*KPI's*), com vista à monitorização da atividade real das organizações de saúde. Os principais *KPI's* são desenvolvidos tendo por base valores ou padrões de referência, que podem ser utilizados na comparação de resultados, no sentido da melhoria contínua (Khalifa & Khalid, 2015). Estes autores defendem ainda a diferenciação dos indicadores por três dimensões da gestão de desempenho: níveis de gestão de desempenho (estratégicos, operacionais e táticos), dimensões do desempenho (segurança, eficácia, eficiência, oportunidade, centralização no utente e equidade) e, com base nos componentes do sistema (estrutura, processo e resultados) (Khalifa & Khalid, 2015). Estes últimos, são a base do modelo de Donabedian (1980), onde cada um dos indicadores, tem um efeito direto e indireto sobre os outros. Indicadores de estrutura reportam-se à avaliação da organização de saúde onde são prestados cuidados. Indicadores de processo, referem-se ao desempenho dos prestadores de cuidados, que incluem as metodologias de trabalho, as relações e, por último, os indicadores de resultados, que indicam a avaliação do produto final- *ganhos em saúde* (Donabedian, 1980). Esta trilogia da qualidade é complementada com os “*sete pilares da qualidade*”, que se caracterizam como atributos associados à qualidade em saúde, nomeadamente, *eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade* (Donabedian, 2003).

Direcionando a tríade de Donabedian de qualidade centrada no utente, são exemplos de indicadores os seguintes (Tabela4):

Tabela 4. Exemplos de indicadores de estrutura, processo e resultados na dimensão de qualidade centrada no utente (OCDE, 2019)

Dimension of quality	Donabedian's triad		
	Structure	Process	Outcome
Patient-centredness	Patient rights	Regular doctor spending enough time with patients during consultation	Activities of daily living
	Availability of patient information	Patient-reported experience measures (PREMs)	Patient satisfaction
			Willingness to recommend the hospital
			Patient-reported outcome measures (PROMs)

Este estudo, segue a referência de que gestão da qualidade implica todo o conjunto de atividades realizadas pela organização com o propósito de atingir e garantir a melhoria da qualidade dos seus produtos e serviços (Loureiro, 2022 in Frederino & Sousa 2022).

2.3. Qualidade Centrada no Utente

“The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and the implementing of their health care”

Declaração de Alma Ata, 1978

Como referido anteriormente a qualidade centrada no utente é uma das dimensões do paradigma da qualidade em saúde, que visa promover valor público dos serviços de saúde relacionado com qualidade dos cuidados, a experiência do utente e eficiência dos serviços de saúde (Charmel & Frampton, 2008; Horner et al, 2006; Lee, 2004; Mahdon, 2006). O valor público relaciona-se com a confiança nos serviços e no sistema de saúde público, com a participação ativa nas decisões de saúde, que consequentemente resulta numa procura contínua da qualidade dos serviços por parte das organizações (Horner et al, 2006; Mahdon, 2006). A experiência aplicada ao setor da saúde, reflete as influências da evolução das teorias económicas quanto aos modelos de negócios (Pine & Gilmore, 1999), que defendem uma abordagem que visa satisfazer as necessidades e vontades dos consumidores, o que resulta em experiências envolventes, personalizadas e memoráveis para estes. A aplicação desta abordagem ao setor de saúde valoriza a experiência do utente como um dos indicadores de resultado do serviço prestado (Lee, 2004). Das barreiras descritas na literatura na implementação de metodologias centradas no utente destaca-se o subfinanciamento dos sistemas de saúde e a limitação de recursos (IAPO, 2007), contudo, diversos estudos mais recentes, identificam esta metodologia como favorável à gestão eficiente

dos serviços de saúde e à diminuição dos custos, através das contribuições, percepções e colaboração dos utentes (Boyle & Harris, 2009; Charmel & Frampton, 2008; Piper et al, 2010). Por outro lado, a evidência (Isaac et al, 2010; Hobbs & Sodomka, 2000; Rathert et al, 2013) relaciona as políticas de gestão centradas no utente com outros indicadores de resultados mais positivos para as organizações, nomeadamente, a satisfação dos utentes com a qualidade do serviço, a satisfação entre os profissionais de saúde com as suas funções, o aumento da qualidade e segurança dos cuidados e o aumento da qualidade de vida e bem-estar dos utentes. São também referidos outros benefícios clínicos como diminuição das taxas de readmissão, das taxas de infeção hospitalar, diminuição da demora média de internamento, adesão ao tratamento e melhoria na funcionalidade (Arbuthnott & Sharpe; 2009; Boulding et al, 2011; DiGioia et al, 2007; Hobbs & Sodomka, 2000; Stone, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), classifica a qualidade centrada no utente como *responsividade*, definindo a mesma como a capacidade de o sistema de saúde atender as expectativas das utentes, respeitando os mesmos e os seus desejos, a comunicação entre profissionais de saúde e utentes e, os tempos de espera.

Para o *Picker Institute* (2022) trata-se de uma abordagem que coloca as pessoas no centro dos serviços sociais e de saúde, incluindo cuidados, apoio e capacitação. Os utentes são estimulados a desempenhar um papel ativo nos seus cuidados, sendo as suas necessidades e preferências compreendidas e respeitadas. As relações terapêuticas positivas são essenciais para um cuidado centrado na pessoa de alta qualidade, pelo que, os profissionais de saúde também fazem parte desta equação, sendo essencial, ambientes que promovam o bem-estar e motivam o profissional a prestar cuidados de saúde de qualidade. É assim, uma abordagem inovadora para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, que se fundamenta em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, utentes e famílias, independente da idade e do contexto (*Picker Institute*, 2022).

O IOM (2001) define o conceito associado à qualidade em saúde, como cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais dos utentes e que orientam todas as decisões clínicas. Considerado um dos seis domínios da qualidade dos cuidados de saúde sob o pressuposto que apenas colocando o utente no centro do sistema de saúde, pode-se oferecer os cuidados personalizados com base nas necessidades de saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados (IOM, 2001). Tais cuidados organizam-se, segundo o mesmo relatório, por níveis, do geral para o particular, a experiência do utente, o microssistema clínico, a organização e, o sistema

de saúde. **A experiência do utente**, refere-se ao nível de vivência individual de cada utente sobre os seus cuidados de saúde. Neste nível, os cuidados devem guiar-se por princípios de respeito, sinceridade e transparência na partilha contínua de informação útil, promovendo e incentivando a participação do utente e da sua família. **O microssistema clínico**, refere-se ao serviço, departamento ou característica do tipo de cuidados prestados. A este nível, deve o utente e família serem participantes ativos no desenho geral dos serviços, departamentos e programas, enquanto membros efetivos das equipas de melhoria da qualidade, promovendo a mudança dos cuidados prestados. **O nível referente à organização**, refere-se à organização como um todo. O nível organizacional sobrepõe-se ao nível do microssistema clínico, pois a organização é composta por vários serviços, departamentos e programas. Nesse nível, utentes familiares, cuidadores e consumidores devem participar como membros de pleno direito das principais comissões organizacionais, em assuntos, como segurança do utente, arquitetura, instalações e equipamentos, melhoria da qualidade, educação do utente ou família, ética e investigação. Por último, **o nível ambiental**, refere-se ao nível regulatório do sistema de saúde. As perspetivas dos utentes, famílias, cuidadores e consumidores podem participar através de pareceres, informações individuais, organizações de interesse na regulação do sistema de saúde, desenvolvimento de programas e planos de saúde, permitindo assim, direcionar os cuidados de saúde para as necessidades e expectativas dos utentes, assim como, desenvolver incentivos de reembolso para incentivar e apoiar a promoção do envolvimento dos utentes e familiares na tomada de decisões em saúde a todos os níveis.

Os princípios base dos cuidados centrados no utente encontram-se divididos em seis dimensões (figura 2), nomeadamente, respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas, coordenação e integração, informação, comunicação e educação, conforto físico, suporte emocional e, envolvimento da família e amigos (IOM, 2001).



Figura 2. Dimensões da Qualidade (Adaptado IOM, 2001; Picker Institute, 2020,2022)

Esta estrutura base, tem sido integrada e complementada pela evidência empírica, sendo usual encontrar-se outras terminologias semelhantes e relacionadas com as definidas pelo IOM (2001). Uma das organizações com maior investimento nesta área do saber é o Picker Institute, que adotou a estrutura teórica da IOM e tem vindo a complementar a mesma ao longo dos anos (Picker Institute, 2020; Tzelepis et al, 2015). A proposta mais recente divide o cuidado centrado no utente em oito princípios (figura 3), nomeadamente: rápido acesso a aconselhamento de saúde; tratamento efetivo por profissionais de confiança; continuidade dos cuidados e transições suaves; envolvimento e suporte à família e cuidadores; informação clara; comunicação e apoio no autocuidado; envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências; suporte emocional, empatia e respeito; e atenção às necessidades físicas e do ambiente (Picker Institute, 2022).

		
Rápido Acesso e Aconselhamento em Saúde	Tratamento Efetivo por Profissionais de Confiança	Continuidade dos Cuidados e Transições Suaves
Acesso aos serviços certos no momento certo caracteriza um cuidado de qualidade e que vai de encontro às necessidades dos utentes. Reflete-se na facilidade de agendamento de consultas, na demora de espera mínima para encaminhamentos e tratamentos, na	As relações terapêuticas positivas estão no centro do cuidado centrado na pessoa. Devem receber cuidados clinicamente apropriados e eficazes que atendam às suas necessidades e	Coordenação da informação na relação entre os diversos atores do sistema de saúde relativamente ao utente e na gestão dos cuidados da mesma.

disponibilidade e aconselhamento dos profissionais.		respeitem as suas preferências. As interações com os profissionais devem ser baseadas na confiança.	
			
Envolvimento e Suporte à Família e Cuidadores		Informação Clara, Comunicação e Apoio no Autocuidado	Envolvimento nas Decisões e Respeito pelas Preferências
Reconhecimento da importância das famílias, cuidadores, amigos e redes de apoio das pessoas na sua saúde e bem-estar geral. A sua participação deve ser bem-vinda e apoiada. O impacto emocional das responsabilidades de cuidar não deve ser subestimado.		Informações acessíveis, confiáveis e de qualidade no seu percurso pelo sistema de saúde. Devem ser fornecidas em momentos apropriados e devem promover a tomada de decisão dos utentes quanto aos seus cuidados de saúde.	Os utentes têm o direito de serem envolvidos nas decisões que dizem respeito à sua saúde e cuidados, devendo trabalhar em parcerias iguais e recíprocas, sendo respeitados nas suas escolhas e preferências, valores históricos, sociais e culturais.
			
Suporte Emocional, Empatia e Respeito		Atenção às Necessidades Físicas e do Ambiente	
Os profissionais devem demonstrar empatia e respeito, reconhecendo as necessidades emocionais do indivíduo. O cuidado compassivo é o que é prestado com respeito, sensibilização e valorização do utente enquanto indivíduo.		Os utentes merecem ser tratados e cuidados em ambientes seguros e confortáveis que lhes proporcionem privacidade e dignidade. Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades físicas dos utentes: controlo de dor, supervisão e assistência nas atividades e cuidados pessoais.	

Figura 3. Princípios do Cuidado Centrado no Uteute (Picker Institute, 2022).

Importa ainda referir, que outros conceitos encontram-se descritos na literatura associados ao conceito de qualidade centrada no utente, fundamentalmente por serem conceitos que dependem da parceria e colaboração entre o sistema de saúde e os utentes, famílias, cuidadores ou consumidores, nomeadamente, cuidado centrado no consumidor, cuidado centrado na pessoa, cuidado personalizado, cuidado centrado na família e cuidado centrado na relação (Goodrich, 2019; US Department of Health and Human Services, 2008; Bellchambers & Penning, 2007;

Beach & Inui, 2006. Conway, J. et al., 2006; Safran, Miller, & Beckman, 2006; Slater, 2006; Silow-Carroll et al, 2006; Law et al, 2005; Franck & Callery, 2004; Kitwood, 1997).

2.3.1. Instrumentos de Avaliação de Políticas de Qualidade Centradas no Utente

A chave para uma política de melhoria da qualidade é a sua avaliação, pois sem esta medida não se sabe de onde se parte e qual a melhoria obtida através de uma estratégia que vise a qualidade dos cuidados. Desta forma, a implementação de metodologias de qualidade centrada no utente, requerem medidas e os instrumentos que sejam sensíveis ao constructo teórico associado à qualidade centrada no utente tendo por base a percepção dos utentes e a avaliação organizacional. O instrumento de avaliação das percepções dos utentes mais comuns é o questionário padronizado, embora possam também ser utilizadas metodologias de entrevista e *focus group*. As dificuldades nestas abordagens prendem-se com a amplitude de conceitos associados e as variáveis presentes (Lewin et al, 2001). Por outro lado, a vantagem das medidas genéricas é permitir a avaliação global em várias dimensões do cuidado centrado no utente, enquanto avaliações mais específicas, com variáveis concretas, permitem o estudo aprofundado das mesmas. Dos instrumentos de avaliação das percepções dos utentes, os questionários de satisfação ou experiência no momento da alta ou após a alta, são os mais utilizados, podendo refletir diferentes medidas, nomeadamente, preferências na tomada de decisão, envolvimento do utente na tomada de decisão, percepção do envolvimento dos utentes, preparação para a auto gestão da doença crónica, medidas gerais que contribuem para a experiência do utente, medidas gerais que contribuem para a satisfação do utente e, medidas de doença específicas relacionados com o envolvimento do utente (Groene, 2011).

Além de avaliar as percepções dos utentes sobre os serviços hospitalares, ferramentas de avaliação organizacional permitem avaliar outras variáveis subjacentes que contribuem para a percepção do utente. Estas incluem fatores estruturais e de processo que conduzem ao cuidado centrado no utente (como barreiras físicas), cultura organizacional e da equipa ou políticas e procedimentos que precisam ser implementados para adotar uma metodologia centrada no utente (Groene, 2011).

Algumas das ferramentas descritas na literatura para esta avaliação organizacional são (Silva, 2014): Inventário de auto monitorização do cuidado centrado no utente e família (Institute for Family Centred Care, 2004), ferramenta avaliação do ambiente de literacia em saúde dos hospitais e centros de saúde (Harvard School of Public Health, 2006), ferramenta de auto monitorização da Planetree (Planetree, 2016), ferramenta de auto monitorização de promoção em

saúde hospitalar (OMS, 2008) e ferramenta de auto monitorização hospitalar “*Where do we stand*” (Institute for Patient-and family-Centered Care, 2008).

2.4. O Cuidado Centrado no Utente a Nível Organizacional

“A reorganização nos hospitais para o novo modelo de cuidados centrados na pessoa exige funções de gestão inovadoras e que sejam responsáveis pela adequação, oportunidade, fluxo e integração do processo de atendimento à pessoa”

(Frederico, Sousa e Ramalho, 2022, p.113 in Frederico & Sousa, 2022)

Como referido anteriormente, o cuidado centrado no utente pode organizar-se nos mais diferentes níveis do sistema de saúde. O nível referente à organização, objeto de estudo desta investigação, refere-se à organização como um todo. O nível organizacional sobrepõe-se ao nível do microsistema clínico, pois a organização é composta por vários serviços, departamentos e programas. Existem ainda autores, que defendem que o nível organizacional medeia e inclui não só o microsistema clínico, mas também o individual (Hower et al., 2019). Nesse nível, utentes familiares, cuidadores e consumidores devem participar como membros de pleno direito das principais comissões organizacionais, em assuntos, como segurança do utente, arquitetura, instalações e equipamentos, melhoria da qualidade, educação do utente ou família, ética e investigação. Contudo, apesar da importância reconhecida, a organização mantém dificuldades na mudança e transformação de uma visão tradicional do funcionamento do sistema de saúde para uma abordagem sustentada pelas preferências e objetivos de saúde dos utentes (Bokhour et al, 2018). Tal fato justifica-se pela escassez de recursos (financeiros, materiais e humanos), assim como, pelo envelhecimento da população, com o aumento da esperança média de vida, do aparecimento e manutenção de doenças crónicas, da gestão da inovação em saúde relacionada com a complexidade dos tratamentos, que em última análise, a visão redutora tradicional baseada em custos (Hower et al, 2019).

Dada a dificuldade de mudança, a evidência tem-se direcionado para o estudo de determinantes na implementação de uma abordagem centrada no utente organizacional (Fix et al., 2018, Scholl et al., 2014; Kitson et al., 2013, OMS, 2007).

Hower et al. (2019), estrutura da seguinte forma a implementação de uma abordagem organizacional centrada no utente:

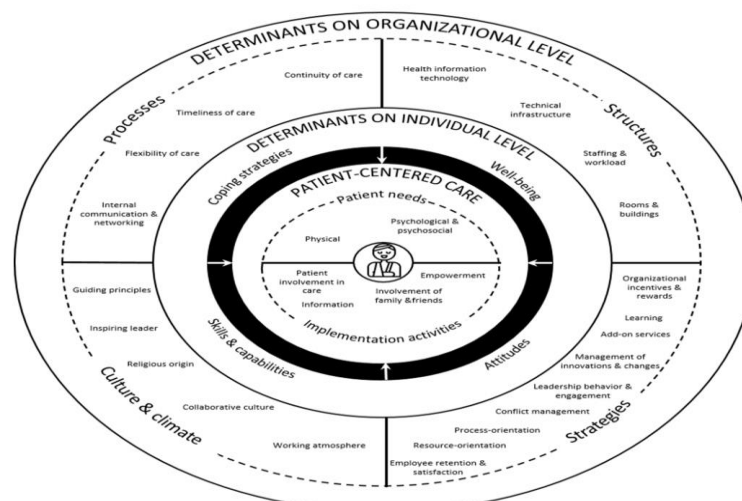


Figura 4. Determinantes da implementação de uma abordagem centrada no utente no nível organizacional e individual (Hower et al., 2019)

Outros autores (Shaller, 2007), descrevem tais determinantes, como fatores que contribuem para a implementação desta abordagem:

- Liderança: compromisso e envolvimento para unir e sustentar toda a organização em objetivos comuns;
- Visão clara, estratégica e partilhada com todos os membros;
- Envolvimento dos utentes e famílias em diferentes níveis na organização, para além dos cuidados;
- Apoio aos profissionais de saúde através da promoção de um ambiente de trabalho saudável, que envolve os mesmos em todo o processo de implementação da abordagem centrada no utente, tratando-os com respeito e dignidade;
- Medição e feedback sistemático das intervenções implementadas;
- Qualidade do ambiente construído para utentes, famílias e profissionais;
- Tecnologia de apoio que envolva utentes, famílias e profissionais nos cuidados e facilita o acesso à informação e a comunicação.

Para além dos fatores mencionados, existem ainda autores que dividem os fatores em facilitadores e barreiras à implementação da abordagem centrada no utente a nível organizacional (Nkrumah & Abekah-Nkrumah, 2019; Lloyd et al, 2018; Moore et al, 2017; Bridge et al. 2016; Luxford et al, 2011).



Figura 5. Fatores Facilitadores e Barreiras à implementação do CCU (adaptado de Nkrumah & Abekah-Nkrumah, 2019; Lloyd et al, 2018; Moore et al, 2017; Bridge et al. 2016; Luxford et al, 2011)

Tanto os determinantes organizacionais de Shaller (2007), como os fatores facilitadores e barreira da implementação do CCU, vão ser objeto de análise neste estudo de casos, como meio para formular a proposta de melhoria de GQCU.

As melhores estratégias organizacionais para promover o CCU, são aquelas que permitem criar impacto no conhecimento e experiência do utente, nos serviços de saúde e nos custos dos mesmos e por último nos comportamentos e ganhos em saúde (Picker Institute, 2020). Das estratégias possíveis adotadas pelas organizações, destaca-se: a implementação de constituições, cartas ou códigos de direitos dos utentes; o feedback dos utentes; a gestão de reclamações; o envolvimento dos utentes nos processos de melhoria da segurança; a disponibilização de informação e educação; o envolvimento do utente/família/ cuidadores nos cuidados de saúde; a representação do utente/família/ cuidadores nos níveis de governança das organizações; o envolvimento do utente no design estrutural e sinalética da organização; a otimização das consultas através de aumento de competências de comunicação; o treino dos valores organizacionais pelos profissionais de saúde; a liderança e novas estratégias de gestão; o envolvimento dos profissionais de saúde na GQCU; a promoção da satisfação dos profissionais de saúde e; o desenvolvimento de uma estratégia de cariz de responsabilização de todos os envolvidos (Altringer, 2010; Bate & Robert, 2006; Broudreux & O’Hea, 2004; Coulter, 2010; Departament of Health, 2009; Donaldson, 2008; Frampton et al, 2008; Legaré et al, 2010; Shaller, 2007).

O feedback do utente é das estratégias mais comuns, definindo-se como os pontos de vista e opiniões dos utentes sobre os cuidados de saúde por si experienciados (Instituto de Picker, 2009). O feedback figurasse nas opiniões elogios, reclamações ou satisfação, tratando-se de uma estratégia de melhoria da qualidade por parte das organizações, baseada na colheita de dados que visa análise posterior sobre os cuidados de saúde e as organizações onde estes são prestados (ACSQH, 2011; Picker Institute 2009). A sua importância relaciona-se com: a compreensão de problemas correntes dos cuidados prestados sob a perspetiva de quem utiliza os serviços, adotando iniciativas que visem colmatar os mesmos; a monitorização do impacto de estratégias de melhoria da qualidade; a responsabilidade social e; a possibilidade de utilizar o *benchmarking* na comparação de serviços e organizações (Department of Health, 2009). Os métodos mais utilizados na recolha de feedback relacionado com a monitorização da qualidade são os inquéritos. Porém, é de referir que o feedback por via de inquéritos, vai além dos inquéritos de satisfação que se encontram enraizados na cultura das organizações de saúde, visto importar não só a satisfação, mas sobretudo o que o utente experienciou.

Por outro lado, a colheita de feedback por si só não tem valor para a organização e para o utente, sendo necessário que este apoie as equipas de gestão e clínicas a identificar aspetos do serviço e dos cuidados que devem ser melhorados e a atuar sobre tal identificação. Neste sentido, as organizações devem estabelecer uma estratégia que integre o feedback dos utentes nos seus processos de gestão da qualidade (Figura 6) (Department of Health, 2009).

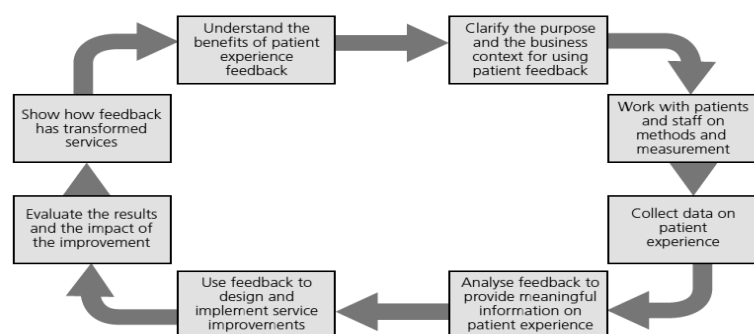


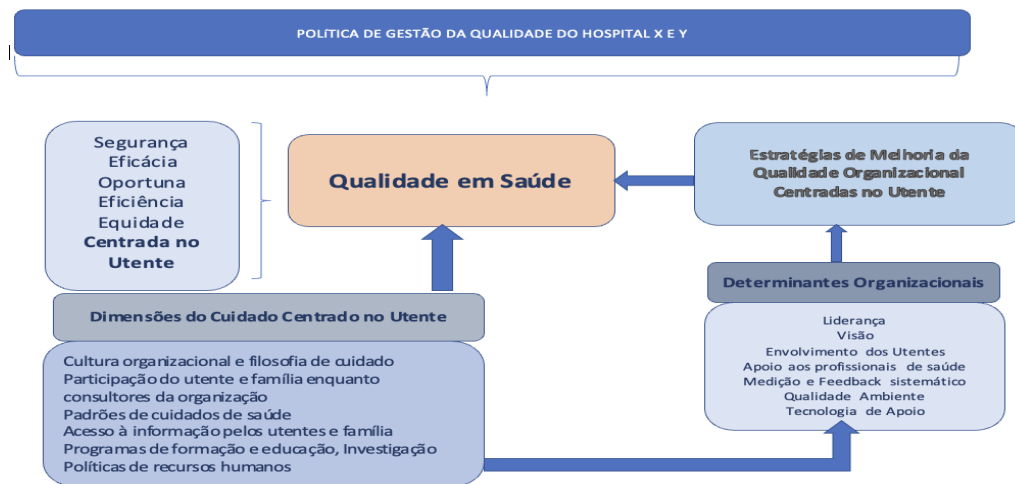
Figura 6. Abordagem organizacional no sentido da melhoria da qualidade ao feedback dos utentes (Department of Health, 2009).

Em resumo, neste capítulo, foram abordadas as linhas de orientação teórica que conduziram ao modelo de investigação que se apresenta no capítulo seguinte.

III. Metodologia

Neste capítulo descreve-se o modelo de investigação, a questão de investigação e objetivos do estudo, seguindo-se o desenho de estudo adotado, o contexto das organizações em estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados e, a caracterização das variáveis.

3.1. Modelo de Investigação



O modelo de investigação reflete o grafismo do estudo em investigação, onde se explana as relações entre os conceitos teóricos e as variáveis que se consideram pertinentes. Neste sentido, o estudo tem como tema principal a qualidade centrada no utente, numa ótica organizacional, permitindo identificar as dimensões e os determinantes organizacionais de uma abordagem de qualidade centrada no utente passíveis de intervenção no sentido da melhoria da qualidade em saúde. Desta forma, cada dimensão do cuidado centrado no utente é analisada segundo a perceção de gestores hospitalares com funções de qualidade, o que resulta numa associação direta quanto aos determinantes organizacionais vigentes em cada instituição. Adequar estratégias que visem melhorar a qualidade centrada no utente através desta análise, pressupõe ainda uma relação entre as políticas de qualidade em saúde de cada organização e os cuidados de saúde prestados.

3.2. Questão de Investigação e Objetivos

Partindo do objeto de estudo, da revisão da literatura e dos conceitos apresentados no modelo de investigação definiu-se a questão de investigação, a saber:

“As políticas de Gestão da Qualidade dos hospitais públicos do estudo são centradas no utente?”

Seguidamente foram definidos os objetivos da investigação empírica:

a) Objetivo geral:

Analisar se existe uma política de gestão da qualidade na dimensão “*responsividade- qualidade centrada no utente*” nos hospitais X e Y.

b) Objetivos Específicos:

1. Aplicar o instrumento de avaliação da política de gestão da qualidade na dimensão “*responsividade- qualidade centrada no utente*” nos hospitais X e Y;
2. Identificar/caracterizar as dimensões da qualidade centrada no utente que se destacam nos hospitais X e Y;
3. Identificar os determinantes organizacionais existentes relacionados com a política de qualidade centrada no utente nos hospitais X e Y;
4. Comparar os resultados obtidos nos hospitais X e Y;
5. Propor estratégias de melhoria das políticas de gestão da qualidade centrada no utente em ambos os hospitais.

3.3. Desenho de Estudo

A metodologia de investigação utilizada assenta num paradigma interpretativo de natureza qualitativa, operacionalizada por um estudo predominantemente descritivo, comparativo e exploratório através da estratégia de estudo de casos, partindo da questão de investigação “*As políticas de Gestão da Qualidade dos hospitais públicos X e Y são centradas no utente?*”

A investigação com base no paradigma interpretativo relaciona-se com a explicação e compreensão holística das situações, visando o desenvolvimento de conhecimento tendo em conta a situação e o contexto (Martinho, 2007). A interpretação relaciona-se em muito com a investigação qualitativa. Boggan & Biklen (1999) consideram características da metodologia qualitativa o seu carácter descritivo, o contexto natural e a atitude indutiva. Assente nesta abordagem recorreu-se como referido anteriormente, a três métodos: descritivo, comparativo e exploratório relacionados aos objetivos estipulados. O método descritivo visa, desenvolver

“estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular.” (Freixo, 2009, p.106). Importa ressaltar que tal verificação de relações não implicam a causa-efeito, estando este tipo de relação abrangida pelos estudos experimentais (Tuckman, 2000). A metodologia comparativa prevê o estabelecimento de leis e correlações entre os vários grupos e fenómenos sociais, através da comparação por via das semelhanças e/ou as diferenças (Vilelas, 2009). A utilização do método exploratório relaciona-se com o objetivo final de estabelecer estratégias de melhoria das políticas de gestão da qualidade centrada no utente. Vilelas (2009), refere que tais estudos proporcionam *“uma maior familiaridade com o problema, no sentido de torná-lo explícito ou de facilitar a formulação de hipóteses. São usados para conhecer as variáveis desconhecidas, necessárias a uma investigação mais específica e profunda.”* (Vilelas, 2009, p. 119).

A estratégia adotada foi o estudo de casos, dado a associação entre o estudo e o espaço temporal, social e físico concreto. A este sentido, Miles e Huberman (1994:440, cit in Aires, 2015) um “caso” é um fenómeno de certa espécie registado num determinado contexto. Assim, considerou-se o estudo de caso no sentido de captar de forma fidedigna a realidade organizacional existente. Para tal, recorreu-se à análise documental, a entrevistas e à recolha das perceções de profissionais com funções no âmbito da gestão da qualidade através da aplicação de um questionário de diagnóstico (IPFCC, 2008), em ambos os hospitais sobre a temática em estudo, promovendo assim uma reflexão multidimensional, que permitiu não só a descrição das dimensões de QCU identificadas pelos inquiridos, mas também os determinantes organizacionais relacionados com estes que permitem considerar estratégias de melhoria da qualidade a nível organizacional. A opção metodológica de estudo de caso, com recurso a diferentes técnicas de investigação é reconhecida na análise das diversas dimensões do cuidado centrado do utente tanto a nível individual, quanto organizacional (Blackwell et al 2017; Abuhejleh et al, 2016; McDowell, 2013; Piper et al, 2012; Hsieh, 2011; Davies et al, 2011; Schneider et al, 2010; Hsieh, 2010; Latta, 2010; Reeves & Secombe, 2008; Long et al, 2008, Shaller, 2007). Optou-se por escolher dois hospitais semelhantes quanto às suas características, de forma a compreender o fenómeno de forma mais profunda e abrangente, minimizando variáveis que possam influenciar os resultados.

3.4. Contextos

O contexto da investigação decorreu em dois hospitais públicos, escolhidos pelas suas características semelhantes e pela proximidade de contato com a investigadora.

Conceptualmente os hospitais são unidades de saúde do SNS e integram o setor empresarial do Estado ou o setor público administrativo. No caso dos hospitais escolhidos estes encontram-se integrados no setor empresarial do Estado, denominados por entidades públicas empresariais, juridicamente classificados enquanto *pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado* (Estatuto do SNS, 2022).

Não obstante à sua natureza jurídica, compreende-se ainda que os hospitais são organizações que prestam cuidados de saúde, que envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência (Estatuto do SNS, 2022).

Relativamente à estrutura organizacional dos hospitais, estes constituem-se por unidades funcionais, serviços e departamentos de ação médica, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de atividades de apoio (Estatuto do SNS, 2022).

Retomando à caracterização dos contextos, para além de partilharem a natureza jurídica, são ambos funcionalmente pertencentes à Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, localizando-se no seu território de planeamento regional dos recursos, sob tutela da Administração Central do Sistema de Saúde e da Direção Executiva do SNS. Por outro lado, pertencem ambos do mesmo grupo de classificação dos hospitais para efeitos de contratualização e financiamento (ACSS, 2022), corroborando a homogenia na atividade hospitalar desenvolvida, servindo entre 220 mil a 328 mil habitantes.

3.5. População e Amostra

Fortin (2009) define população como uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, e amostra como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos, que fazem parte de uma mesma população.

A população do estudo é constituída gestores e técnicos de saúde com funções relevantes na gestão da qualidade, desde o nível executivo ao operacional, nomeadamente, conselho de

administração, comissões de apoio e diretores e gestores funcionais de serviços, de ambos os hospitais. Foram enviados questionários a todos os profissionais legíveis para o estudo:

- 233 colaboradores no hospital x,
- 34 colaboradores no hospital y.

Da população em estudo, obteve-se uma taxa de resposta de 13,3% no hospital x e 11,8% no hospital y que correspondem a:

- 31 colaboradores no hospital x,
- 4 colaboradores no hospital y.

Sendo um estudo de caso único, não se pode extrapolar resultados com confiança para o universo, uma vez que podem não ser razoavelmente representativos, os resultados deste só se aplicam a ele próprio.

3.6. Instrumentos de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados primário foi utilizado o questionário adaptado da ferramenta de avaliação diagnóstica da política de qualidade centrada no utente “Where do We Stand” (IPFCC, 2008).

A ferramenta “Where do We Stand” foi criada pelo Institute for Patient -and family- Centred Care (IPFCC), para apoiar as organizações a diagnosticar qual a sua posição quanto à política de qualidade centrada no utente e família. É composta por 7 dimensões a avaliar: *cultura organizacional e filosofia de cuidado, participação do utente e família enquanto consultores da organização, padrões de cuidados de saúde, acesso à informação pelos utentes e família, programas de formação e educação, investigação e políticas de recursos humanos*. Cada dimensão compõe-se de questões fechadas. Esta ferramenta foi desenvolvida para ser utilizada tanto por gestores organizacionais como por colaboradores clínicos e não clínicos da organização, utentes familiares/cuidadores, o que faz todo o sentido, dado a filosofia interativa do utente inerente à mesma.

A adaptação do mesmo, prevê a adaptação /transformação das questões fechadas em abertas, que permitem justificar a afirmação, assim como, promover uma maior profundidade e conhecimento, garantindo a dinâmica de forma a não desmotivar os inquiridos. Por outro lado, a desvantagem associada prende-se com o fato de as possíveis questões condicionarem ou limitarem as mesmas (Graça, 2009).

Relativamente ao formato original do questionário, optou-se por adicionar quatro (4) questões iniciais com a intenção de conhecer o perfil dos gestores (sexo, idade, formação base e tempo de exercício na área da qualidade), assim como, duas questões finais relacionadas com a percepção do participante quanto às dimensões *feedback do utente* e *gestão da qualidade em saúde centrada no utente*, tendo por base o enquadramento teórico prévio. Desta forma, estruturalmente o questionário é composto por uma declaração de consentimento informado do participante, seguidos de duas partes, nomeadamente, a caracterização sociodemográfica e o questionário em si. Após caracterização demográfica dos participantes, seguem-se 18 questões, abertas e fechadas, associadas às respetivas categorias que contemplam e caracterizam nove variáveis nominais explanadas no questionário que por sua vez se associam aos sete determinantes organizacionais defendidos por Shaller (2007) que promovem a implementação de uma abordagem centrada no utente a este nível, como demonstrado na tabela seguinte (tabela 5).

Particularmente em relação ao instrumento de recolha de dados selecionado, são conhecidas outras ferramentas de avaliação organizacional que permitem avaliar fatores estruturais e de processo conducentes ao cuidado centrado no utente, relacionados com a cultura organizacional e de equipa, nomeadamente, o inventário de autoavaliação hospitalar de cuidado centrado no utente e família (Institute for Family Centered Care, 2004), ferramenta de avaliação e identificação de fatores facilitadores e barreiras para Informações, cuidados e serviços de saúde-ambiente de literacia em saúde de hospitais e centros de saúde (Ruddet al, 2019), ferramenta de autoavaliação Planetree (Planetree, 2017) e, ferramenta de autoavaliação para hospitais promotores de saúde (OMS, 2006). Apesar das alternativas, optou-se pelo instrumento em questão, por ser curto e contemplar as variáveis que iam de encontro aos objetivos de estudo.

Para a realização do estudo, começou-se por adaptar o questionário e validar a sua adaptação, através da realização de um pré-teste a 5 profissionais de saúde com experiência de funções no âmbito da qualidade hospitalar e que exercem funções nos hospitais em estudo. Após pré teste, foram realizadas alterações na organização do mesmo e na linguagem.

Na sequência da aplicação do questionário e da reduzida adesão dos participantes da amostra, recorreu-se também à entrevista focalizada, tendo como principal objetivo “obter e recolher dados cujo principal objetivo é compreender os significados e sentidos que os entrevistados atribuem a determinadas questões e/ou situações” (Morgado, 2013, p. 72). Neste sentido, com o intuito de amplificar o conhecimento da estratégia futura quanto à qualidade centrada no utente,

foram enviados via email, as seguintes questões abertas para 2 participantes com funções de responsabilidade nas comissões de qualidade dos respetivos hospitais:

- *Descreva brevemente iniciativas inovadoras, programas ou produtos do seu hospital ou área clínica que refletem o cuidado centrado no utente e na família e colaboração familiar/profissional.*
- *Descreva na sua opinião os benefícios/resultados decorrentes dessas inovações.*
- *Descreva brevemente os desafios ou dificuldades no seu hospital da prática da gestão da qualidade centrada no utente.*

Questões	Dimensão	Determinantes Organizacionais
1 e 2	• Cultura organizacional e filosofia de cuidado • Participação do utente e família enquanto consultores da organização • Padrões de cuidados de saúde • Acesso à informação pelos utentes e família • Programas de formação e educação • Investigação • Políticas de recursos humanos	• Sem associação direta
3	• Cultura organizacional e filosofia de cuidado	• Liderança: visão- Afirmações: 3a, 3b,3c,3d,3e;
4,5,6,7	• Participação do utente e família enquanto consultores da organização	• envolvimento dos utentes e famílias: afirmações 4ª,5ª,6ª,6b,6c,6d,6e,6f,6h,6i,6j,6k,6l,6m; • qualidade do ambiente: afirmações 7ª,7b,7c,7d,7e,7f
8	• Padrões de cuidados de saúde	• envolvimento dos utentes e famílias: afirmações 8ª,8b,8c,8d,8e;
9	• Acesso à informação pelos utentes e família	• tecnologia de apoio: afirmações 9ª, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f;
10	• Programas de formação e educação	• apoio aos profissionais de saúde: afirmações 10ª; • envolvimento dos utentes e famílias: 10b;
11	• Investigação	• envolvimento dos utentes e famílias:11ª,11b,11c,11d;
12	• Política de recursos humanos	• visão: afirmações 12ª, 12b, 12c • apoio aos profissionais de saúde;12ª,12b,12c,12e;
13,14,15,16	• Feedback do utente	• medição e feedback: afirmações 13ª,14ª,14b,14c,14d,15a
17	• Gestão Qualidade Centrada no Utente	• Fatores de Influência Macro
18	• Gestão Qualidade Centrada no Utente	• Fatores barreira à implementação

Tabela 5. Associação de análise entre as questões, as dimensões de qualidade centrada no utente e os determinantes organizacionais associados (elaborado pelo própria).

3.7. Caracterização das variáveis

Para o presente estudo foram identificadas as seguintes variáveis qualitativas nominais:

a) Variáveis independentes:

- **Idade:** idade do inquirido, em anos. As categorias da variável idade, foram agregadas em grupos etários no hospital. Assim, considerou-se, as seguintes categorias: <30 anos, 30 a 45 anos, 46 a 65 anos, e mais de 65 anos.
- **Sexo:** corresponde ao género do utente (masculino ou feminino).
- **Anos de funções na área da gestão da qualidade:** total de anos em funções na área da gestão da qualidade.
- **Cultura organizacional e Filosofia de Prestação de Cuidados de Saúde:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *” a visão, missão e valores dos cuidados da organização refletem os princípios de cuidados centrados no utente e família, promovendo parcerias com os mesmos; a organização tem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde e esta inclui como os utentes e famílias vivenciarão os cuidados; a política de qualidade da organização encontra-se divulgada/difundida por todos os elementos da mesma, incluindo, utentes/famílias e comunidade; os modelos de liderança da organização promovem a colaboração com utentes/famílias; e as políticas, programas e práticas dos profissionais da organização são consistentes com a visão de que os utentes/famílias são aliados na saúde, segurança e bem-estar dos mesmos”*.
- **Participação do utente e família enquanto consultores da organização:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, nomeadamente, as respostas cotadas com “sim” e as afirmações selecionadas.
- **Padrões de cuidados de saúde:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *“os membros da família são sempre bem-vindos no acompanhamento ao utente, tendo em conta as suas preferências, não sendo vistos como visitas”*; *os utentes e as famílias são vistas como elementos essenciais à equipa de prestação de cuidados de saúde (ex: são encorajados e apoiados na participação no plano de cuidados de saúde e tomada de decisão)*; *o médico e a equipa de saúde reforça/realça que os cuidados são*

individualizados para os objetivos, prioridades e valores do utente/família; os utentes/família (de acordo com as suas preferências), são encorajados a estar presentes e participar nas passagens de ocorrências/passagem de turno da equipa de enfermagem; e os cuidados são coordenados com os utentes/famílias e entre as diversas especialidades e departamentos”.

- **Acesso à informação pelos utentes e família:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *“os sistemas de informação asseguram que os utentes/famílias tem acesso completo, imparcial e útil a informação”*; *“os utentes/família (de acordo com as suas preferências), tem acesso atempado a lista de medicação, informação clínica (ex. resultados de MCDT’s) e nota de alta ou transferência; “os recursos educacionais e informativos estão disponíveis numa variedade de formatos, redes, línguas e diferentes níveis de leitura para a população que abrange”; “os utentes/família são encorajados a rever os seus registos clínicos e a colaborar com os profissionais de saúde na correção de erros”; “são fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança na área de saúde”; e “existe uma variedade de programas de suporte e recursos para os utentes/famílias, incluindo grupos de apoio e intervenção familiar”.*
- **Programas de formação e educação:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *“os programas de integração e formação preparam as equipas de saúde, estudantes e estagiários para uma prática clínica e colaboração centrada no utente/família e entre as diversas especialidades”; e “os utentes/famílias são envolvidos como professores em programas de orientação e educacionais”.*
- **Investigação:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *“na definição da agenda”; “na condução da Investigação”; “na análise dos dados”; e “na disseminação dos resultados”.*
- **Políticas de recursos humanos:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, *“a política de recursos humanos suporta e promove a prática de cuidados centrados no utente”; “existem políticas que asseguram que são contratados profissionais com competências e atitude centrados no utente”; “existem políticas que asseguram a existência de*

expectativas explícitas que todos os profissionais devem respeitar e colaborar com os utentes, famílias e equipas multidisciplinares de diferentes especialidades e departamentos”; e “existem estratégias para reduzir as diferenças culturais e linguísticas entre os profissionais e os utentes/famílias da população abrangida”.

- **Feedback do utente:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, nomeadamente, as respostas cotadas com “sim” e as afirmações selecionadas.
- **Liderança:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Visão clara, estratégica e partilhada com todos os membros:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Envolvimento dos utentes e famílias em diferentes níveis na organização, para além dos cuidados:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Apoio aos profissionais de saúde através da promoção de um ambiente de trabalho saudável:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Medição e feedback sistemático das intervenções implementadas:** indica o número de respostas positivas associadas à dimensão, através da seleção das seguintes afirmações, “sim”; “reclamações”; “elogios”; “opiniões”; “outros”.
- **Qualidade do ambiente construído para utentes, famílias e profissionais:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Tecnologia de apoio que envolva utentes, famílias e profissionais nos cuidados e facilite o acesso à informação e a comunicação:** indica o número de respostas positivas associadas ao determinante, de acordo com a inferência realizada entre as afirmações das dimensões da QCU e os DO.
- **Fatores de influência macro na GQCU:** indica o número de respostas positivas associadas através da seleção das seguintes palavras, “tangibilidade”; “eficácia”;

“eficiência”; “efetividade”; “responsividade”; “confiabilidade”; “competência”; “segurança”; “acesso”; e “tempo de espera”.

- **Fatores barreira na GQCU:** indica o número de respostas positivas associadas através da seleção das seguintes palavras, *“subfinanciamento do sistema de saúde”; “custos associados”; “carência de recursos humanos”; “carência de recursos materiais”; “resistência organizacional à mudança”; “não adesão dos profissionais”; e “não adesão dos utentes.*

b) Variáveis dependentes:

- **Qualidade em saúde centrada no utente:** indica o número de respostas positivas relacionadas com a GQCU obtidas através das variáveis independentes.

No capítulo seguinte procede-se a operacionalização do processo de investigação do estudo, através dos procedimentos de recolha e tratamento dos dados.

IV. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Neste capítulo, ir-se-á apresentar a operacionalização dos procedimentos de recolha de dados do estudo, assim como, os resultados obtidos e a análise dos mesmos.

4.1 Procedimentos de Recolha de Dados

A operacionalização do estudo, formalizou-se com o pedido de autorização do estudo por escrito aos Conselhos de Administração de ambos os hospitais, de acordo com os procedimentos internos de cada um. Após autorização, foi realizada consulta e posterior descrição documental sobre as políticas de gestão da qualidade centradas no utente de ambos os hospitais, através dos documentos públicos existentes on-line. De forma a operacionalizar o envio dos questionários por email, a garantir a o anonimato e, a confidencialidade dos participantes, foi acordado com as entidades responsáveis pela área da investigação e qualidade de cada hospital, a forma de envio e a quem se enviaria, excluindo-se a investigadora do procedimento. Foi dado cerca de 3 semanas para a recolha dos contributos de cada participante. Houve necessidade, dada a baixa adesão de participação, de reenviar uma segunda vez o questionário, com cerca de 2 meses de espaço temporal entre o primeiro envio. Nesta fase optou-se também por recorrer à entrevista a dois elementos responsáveis pela área da gestão da qualidade de cada hospital, de forma a complementar os achados da investigação.

Todos os indivíduos expressaram positivamente o seu consentimento informado no estudo em investigação, tendo sido garantido o direito do inquirido de tomar individualmente a decisão de participar ou não no mesmo. Como referido anteriormente, foi assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados disponibilizados e os participantes foram sempre tratados de forma justa e igualitária. Foi também solicitada autorização de utilização de toda a informação cedida pelos participantes, através da aceitação deste mesmo consentimento informado presente no início do questionário e nas entrevistas.

O horizonte temporal entre a autorização para realização do estudo, o envio do questionário e a recolha dos dados e a as entrevistas, decorreu entre 10 de Janeiro de 2022 e 1 de Junho de 2022. Foram recolhidas 31 respostas no hospital X e 4 respostas no hospital Y. Quanto às entrevistas, apenas se obteve resposta no hospital X.

4.2. Tratamento de dados

Após a recolha de dados através da consulta documental, questionários e entrevista em cada hospital, de forma a analisar pormenorizadamente as dimensões das políticas de qualidade centradas no utente, foi realizada uma análise integral das dimensões da qualidade centrada no utente. Para tal foi utilizado a análise de conteúdo decorrentes das questões abertas recolhidas pela via dos questionários e das entrevistas. Bogdan & Biklen (1994), a este propósito referem que através da análise de conteúdo se organizam sistematicamente as informações e mensagem recolhidas através de diversos meios, como, entrevista, artigos de jornais, declarações políticas, atas de reuniões, entre outros, objetivando aumentar a sua compreensão e facilitar a apresentação de dados a terceiros. Recorreu-se também à estatística descritiva, através do uso do software SPSS 29, quer na análise dos dados da caracterização sociodemográfica da amostra, quer na análise das variáveis nominais do questionário, relativas às dimensões da qualidade centrada no utente e os determinantes organizacionais associados às respostas obtidas por parte dos participantes. Os achados decorrentes da colheita e tratamento dos dados, explanam-se no capítulo seguinte.

V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1. Apresentação e Análise dos Dados

A apresentação e análise dos dados foram agrupados de forma a responder aos objetivos estipulados inicialmente, com recursos a tabelas, gráficos e respetiva descrição dos mesmos.

5.1.1. Identificar/caracterizar as dimensões da qualidade centrada no utente que se destacam nos hospitais X e Y

I) Análise Documental

A análise documental teve por base as dimensões de qualidade centrada no utente presente no questionário, objeto principal deste estudo.

Tabela 6. Análise documental segundo as dimensões de GQCU em estudo (elaborado pela própria)

Evidências Cultura de qualidade centrada no utente:	Hospital X	Hospital Y
Cultura organizacional e Filosofia de Prestação de Cuidados de Saúde	<u>Missão:</u> Promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. <u>Visão:</u> Ser referência na promoção e prestação de cuidados de saúde, na implementação e desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras, na acessibilidade, na diferenciação do seu processo produtivo, na complementaridade e articulação com as restantes unidades prestadoras de cuidados e no cumprimento	<u>Missão:</u> Prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através de contrato programa. <u>Visão:</u> Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população.

	com os seus utentes, profissionais e parceiros.	
Participação Utente e Família Enquanto Consultores na Organização	Grupo de Experiência do Doente Gabinete Cidadão Carta participação pública em Saúde	Gabinete Cidadão Regulamento de Comunicação de Irregularidades
Padrões dos Cuidados de Saúde	Grupo de Experiência do Doente Guia de Acolhimento do/a doente internado/o Guia do acompanhante	Direitos e deveres dos utentes do SNS Direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS
Acesso à informação dos utentes e Famílias	Guia do Acompanhante Carta dos Direitos do doente internado Intranet “Informação ao Utente”	Impresso “acesso a dados clínicos próprios” Impresso “acesso a dados clínicos de terceiros”
Programas Educativos e de Treino	Serviço de Gestão da Formação: Plano de Formação do hospital, Sistema de Gestão de Formação FORINSIA; Plataforma Informática INSIA Conselho de Formação, Investigação e Desenvolvimento	Academia de Formação Política de Formação e Desenvolvimento
Investigação	Conselho de Formação, Investigação e Desenvolvimento Gabinete de investigação e Desenvolvimento Comissão de ética	Academia de Formação Comissão de ética
Políticas de Recursos Humanos	Igualdade entre mulheres e homens e não discriminação nos processos de recrutamento, acesso à formação, na gestão de carreiras e remunerações, na conciliação entre a vida familiar e profissional Intranet “Informação ao Utente” Política da qualidade	Sem evidência
Medicação e Feedback	Gabinete Cidadão: Livro de reclamações, livro de Elogios, por carta, formulário on-line;	Gabinete Cidadão: Presencial, Livro de reclamações, Email, Via postal, Livro de elogios, Caixa de sugestões, Inquéritos de Satisfação dos utentes; Regulamento de Comunicação de irregularidades: email ou via postal. Relatório anual do gabinete cidadão.
Fatores Facilitadores	Existência de uma estratégia de melhoria da qualidade;	Apoio aos serviços com sistemas de gestão da qualidade

	Implementação do Programa de Acreditação do Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), que é um programa de melhoria contínua da qualidade, fornecendo a constância de um propósito estratégico e dinamizando a infraestrutura necessária para que iniciativas de melhoria complexas e multifacetadas surjam e devam ser incorporadas. Implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde da DGS;	implementados ou em fase de implementação pela norma ISSO 9001 e pelo Manual de Acreditação de Unidades de Saúde no Âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde da Direção-Geral de Saúde: <u>Hospital Amigo dos Bebés</u>- Encontra-se reconhecido como “Hospital Amigo dos Bebés”, desde 2012, com a adoção de medidas e práticas que implicam uma prestação de cuidados de qualidade e um contributo para a promoção e apoio do aleitamento materno. <u>Aprovisionamento</u> – O Serviço de Aprovisionamento encontra-se certificado desde 2009, através da norma ISSO 9001:2015, pelo sistema de “gestão e controlo de stocks e aquisição de bens e serviços”. <u>Bloco Operatório</u> – O Bloco Operatório foi acreditado, em 2017, pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português. <u>Imunohemoterapia</u> – O Serviço de Imunohemoterapia foi certificado em 2022, através da norma ISSO 9001:2015, <u>Oncologia</u> – O Serviço de Oncologia foi acreditado em 2016 pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português. <u>Pediatria</u> – O Serviço de Pediatria foi acreditado em 2016 pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de
--	---	---

		Andalucía (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português. Radioterapia- O Serviço de Radioterapia encontra-se certificado desde 2009, de acordo com a norma ISSO 9001, pelas atividades de “planeamento, administração e controlo de radioterapia externa em doentes do foro oncológico”. Recursos Humanos – O Serviço de Recursos Humanos foi certificado, em 2021, pela norma ISSO 9001:2015, para a atividade de “Planeamento, Recrutamento, Seleção, Admissão, Acolhimento, Integração, Gestão de carreiras, Gestão das remunerações e Gestão do desempenho dos Recursos Humanos”. Senologia- A Unidade de Senologia foi reconhecida como Centro de Referência pela Breast Centres Network, tendo sido o 9º Centro do país a obter este reconhecimento em dezembro de 2018. Unidade de Cirurgia de Ambulatório- A UCA foi acreditada pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2021, em conformidade com o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), adotado pelo Ministério da Saúde Português.
Fatores Barreira	Carência de RH	Carência de RH

a) Questionários

Com base na informação recolhida dos questionários enviados aos dois hospitais em estudo, obteve-se 31 respostas no hospital X e 4 respostas no hospital Y. Os procedimentos estatísticos utilizados foram de natureza descritiva. Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos com o objetivo de facilitar a visualização e análise dos dados. Para uma das questões, recorreu-se ainda à análise de conteúdo.

II.1) Caracterização da População

Para a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes considerou-se: idade, sexo, formação base e n.º de anos em funções da qualidade.

a) Características Sociodemográficas

a.1.) Hospital X

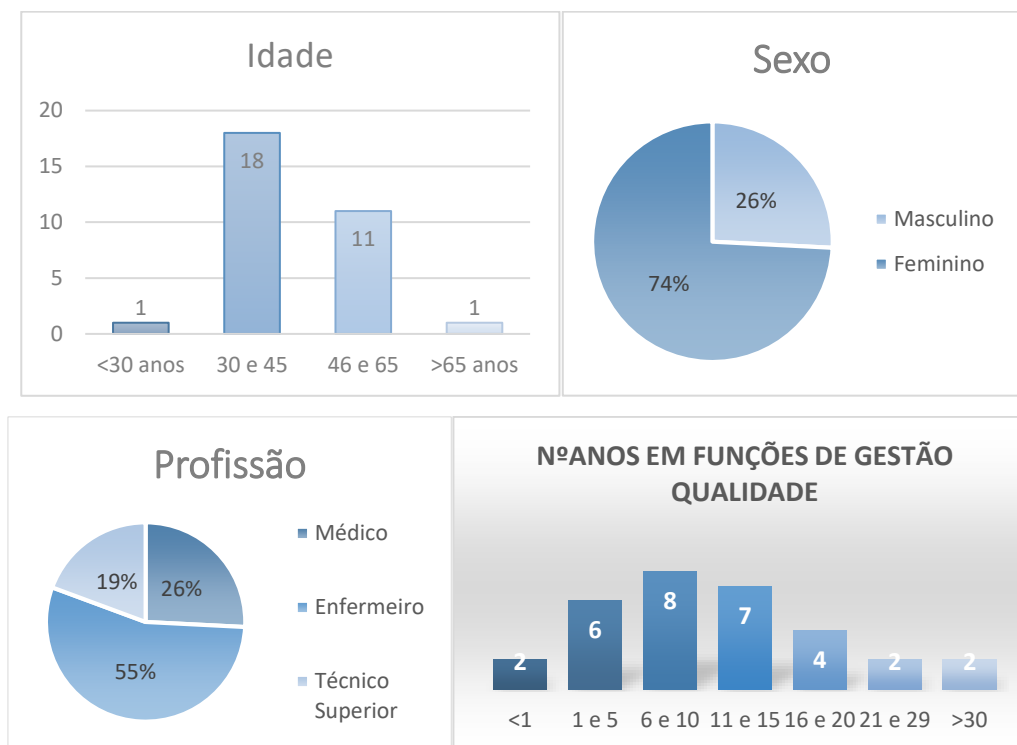


Gráfico n°1- Caracterização demográfica da população do hospital X

A população do presente estudo corresponde a 8 indivíduos do sexo masculino e 23 do sexo feminino, que se traduz por 26% e 74% respetivamente. Relativamente à idade, 1 indivíduo apresenta idade inferior a 30 anos (3,2%), 18 com idades compreendidas entre 30 e 45 (58,1%), 11 entre 46 e 65 anos (35,5%) e 1 acima dos 65 anos de idade (3,2%). A média de idade localiza-se nos 48 anos.

No que concerne à profissão, 8 são licenciados em Medicina, (25,8%), 17 licenciados em enfermagem (54,8%) e 6 desempenham funções enquanto técnicos superiores (19,4%).

Relativamente ao número de anos que os inquiridos desempenham funções no âmbito da gestão da qualidade, 2 desempenham funções há menos de 1 ano, (6,5%), 6 desempenham funções entre 1 e 5 anos (19,4%), 8 desempenham funções entre 6 e 10 anos (25,8%), 7 entre 11 e 15 anos (22,6%), 4 entre 16 e 20 anos (12,9%), 2 entre 21 e 29 anos (6,5%) e 2 há mais de 30 anos (6,5%). A média de anos em funções de gestão da qualidade localiza-se nos 12.

a.2.) Hospital Y

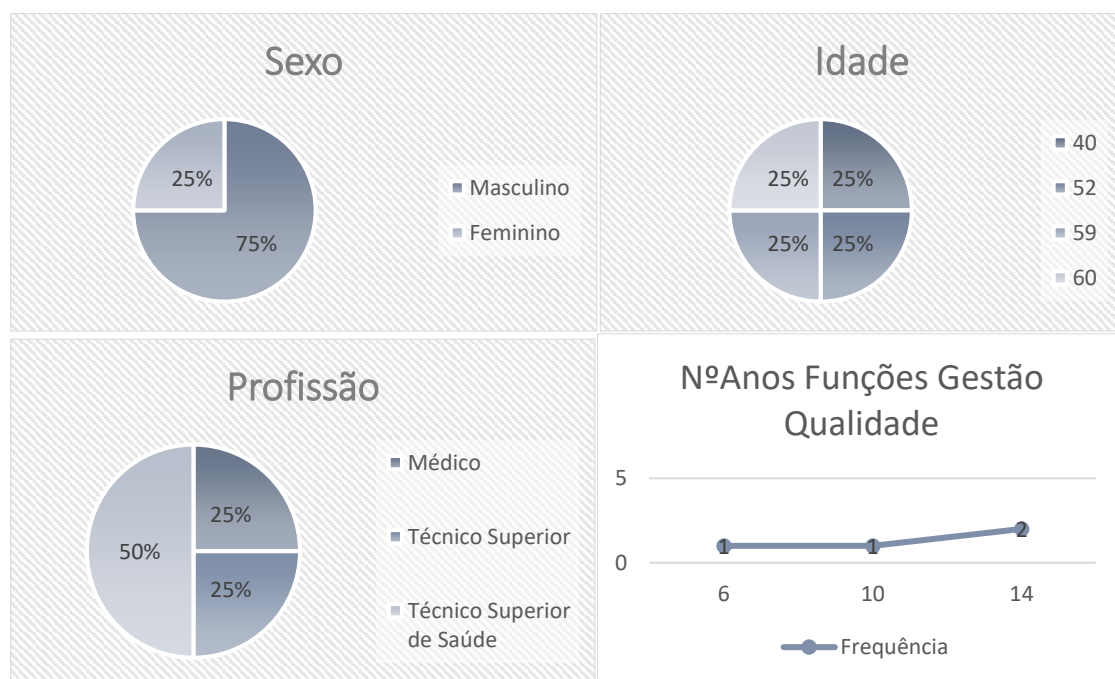


Gráfico n°2- Caracterização demográfica da população do hospital Y

A população do presente estudo corresponde a 3 indivíduos do sexo masculino e 1 do sexo feminino, que se traduz por 75% e 25% respetivamente. A média de idades situa-se nos 53 anos. No que concerne à profissão, 2 são técnicos superiores de saúde (50,0%), 1 é licenciado em medicina (25%) e 1 exerce funções de técnico superior (25%).

Relativamente ao número de anos que os inquiridos exercem funções no âmbito da qualidade, 2 exercem há 14 anos (50%), 1 exerce há 6 anos (25%) e outro há 10 anos (25%). A média de anos em funções é de 11.

II.2) Dimensões da Qualidade Centrada no Utente em Análise

Com base na informação recolhida dos questionários enviados aos dois hospitais, foi avaliada a cultura organizacional centrada no utente tendo por base 9 dimensões da qualidade que configuram os determinantes organizacionais existentes, passíveis de modificação numa perspetiva de melhoria da qualidade.

a) Percepção global dos participantes quanto à existência de CQCU na sua organização
Hospital X

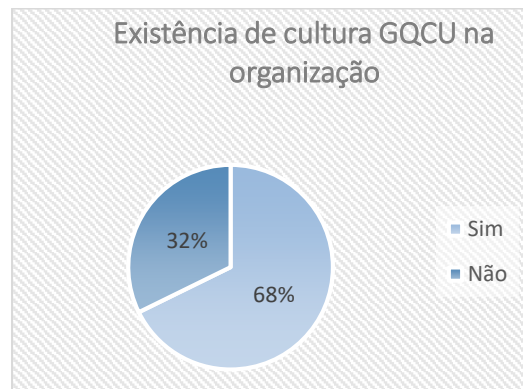


Gráfico n°3 – Percepção global quanto à existência de CQCU

A percepção global dos inquiridos é que existe uma cultura de gestão da qualidade centrado no utente na sua organização (68%). Os restantes 32% considera que não existe tal cultura.

Hospital Y



Gráfico n°4- Percepção global quanto à existência de CQCU

A percepção global dos inquiridos é que existe uma cultura de gestão da qualidade centrado no utente na sua organização (75%). Os restantes 25% considera que não existe tal cultura.

b) Dimensões existentes identificadas

Hospital X

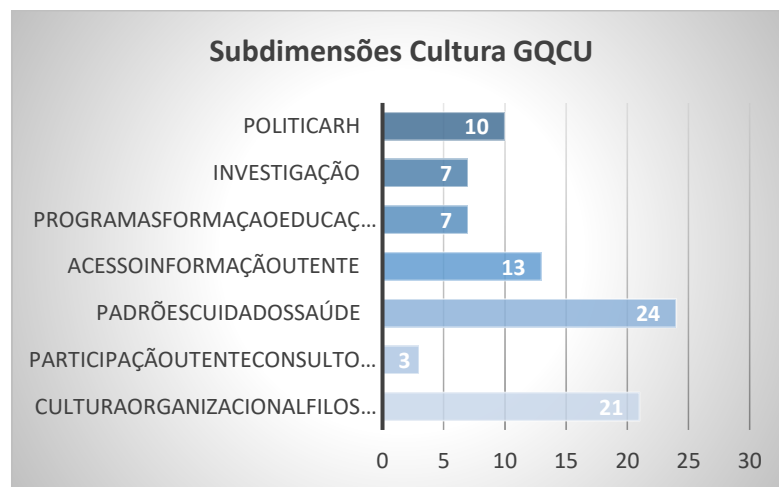


Gráfico nº 5- Subdimensões da cultura GQCU no hospital X

Segundo a percepção dos inquiridos as dimensões da qualidade centrada no utente que se destacam no hospital X, são os padrões dos cuidados de saúde (28,2% com 24 respostas), a cultura organizacional e filosofia de prestação de cuidados de saúde (24,7% com 21 respostas) e o acesso à informação pelo utente e família (15,3% com 13 respostas).

a) Dimensão 1- Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Saúde



Gráfico nº6 – Análise da dimensão 1 de GQCU no hospital X

Da análise do gráfico, pode-se observar que 16 dos inquiridos (26%) consideram que “a visão, missão e valores dos cuidados da organização refletem os princípios de cuidados centrados no utente e família, promovendo parcerias com os mesmos” e “as políticas, programas e práticas

dos profissionais da organização são consistentes com a visão de que os utentes/famílias são aliados na saúde, segurança e bem-estar dos mesmos”. No entanto, apenas 7 dos inquiridos (12%) consideram que a “organização tem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde e esta inclui como os utentes e famílias vivenciarão os cuidados”, estando a mesma “divulgada/difundida por todos os elementos da mesma, incluindo, utentes/famílias e comunidade”.

b) Dimensão 2- Participação do Utente e Família enquanto Consultores da Organização

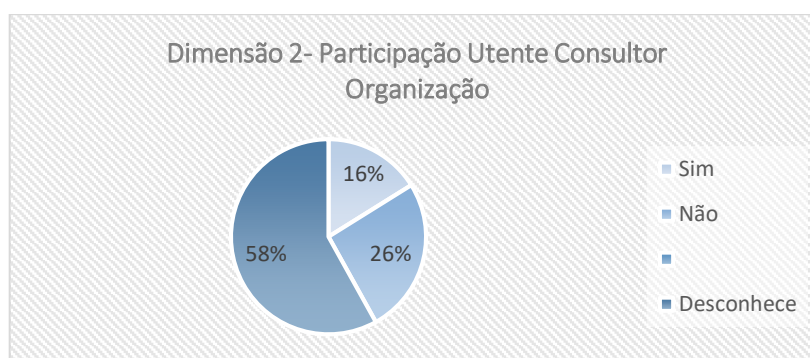


Gráfico nº 7 – Percepção global sobre a participação dos utentes/famílias enquanto consultores do hospital X

Nesta dimensão, 18 dos inquiridos (58%) desconhecem se existe participação do utente/família enquanto consultor na organização. No entanto, 8 destes (26%), respondem negativamente.

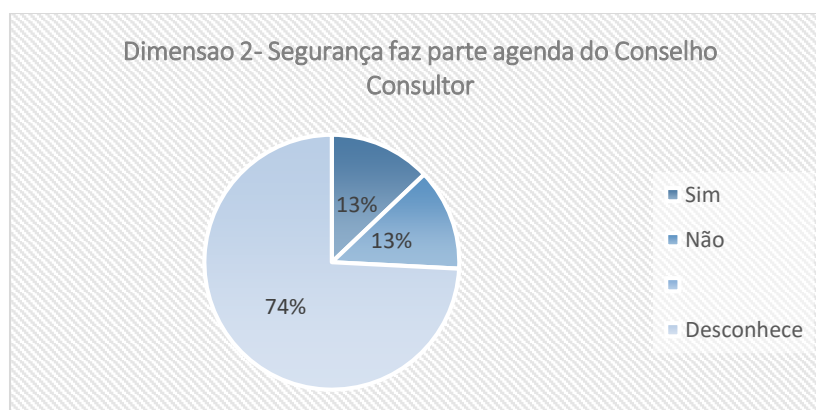


Gráfico nº 8 – Envolvimento do utente/família no âmbito da segurança em conselhos do hospital X

Em alinhamento com os resultados anteriores, 74 % dos inquiridos desconhecem se a segurança é um tema regular em conselhos que envolvam o utente /família.

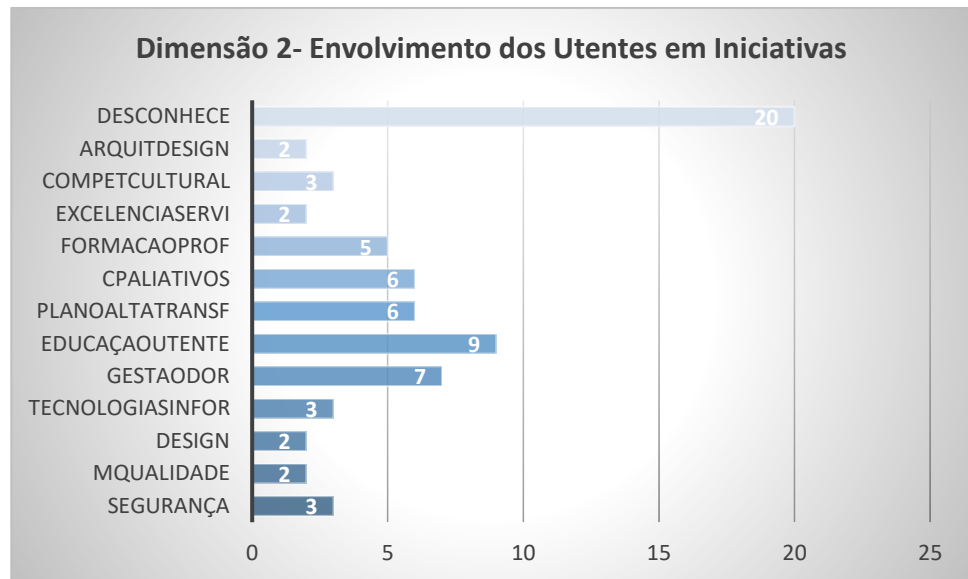


Gráfico nº9 - Envolvimento dos utentes em iniciativas no hospital X

O desconhecimento foi novamente a escolha de 20 dos inquiridos (28,6%), ainda que, das iniciativas enumeradas a mais frequentemente tenha sido a que diz respeito a iniciativas no âmbito da educação para o utente/família, com 9 respostas dos inquiridos (12,9%). Por sua vez, a melhoria da qualidade, design e arquitetura, competência cultural e excelência dos serviços, foram as iniciativas menos cotadas (2 inquiridos cada uma-3%).

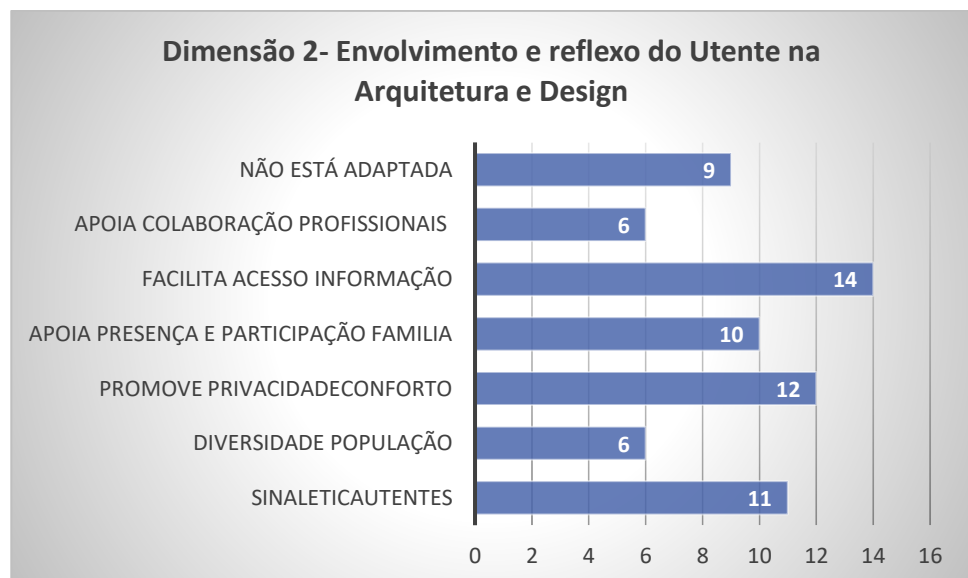


Gráfico nº10- Envolvimento do Utente na Arquitetura e Design do hospital X

Pela análise do gráfico, pode-se verificar que 14 dos inquiridos (21%) consideram que a arquitetura e design da organização se encontra adaptada às necessidades dos utentes/famílias facilitando o “*acesso à informação*” dos mesmos. Por sua vez, 12 dos inquiridos (18%) consideram que promove “*privacidade e conforto*” e, 11 destes (16%) classificam que existe

“sinalética de boas-vindas para utentes e familiares através das instalações”. Ressalva-se que 9 dos inquiridos (18,8%) referem que não existe adaptação da arquitetura e design aos utentes/família.

c) Dimensão 3- Padrões dos Cuidados de Saúde

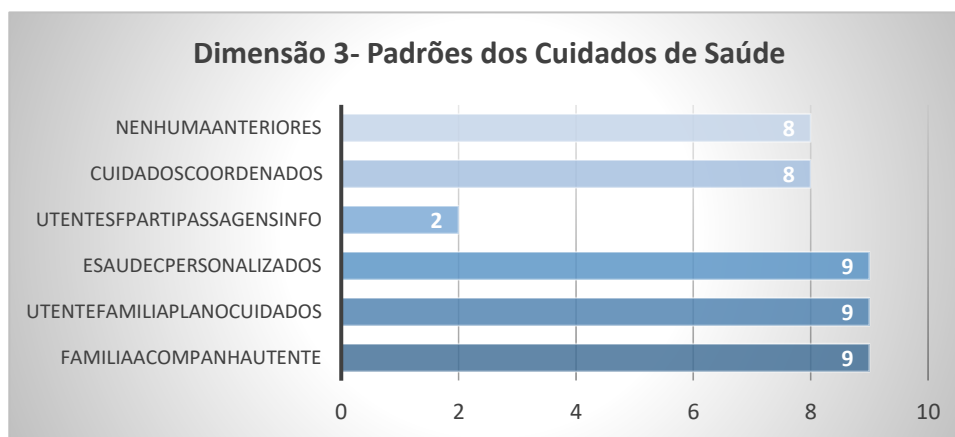


Gráfico nº11 – Padrões dos Cuidados de Saúde centrados no utente/família do hospital X

X

Relativamente a esta dimensão, as percepções dos inquiridos dividem-se uniformemente de forma positiva, entre 18 a 20%. Destaca-se que 18 % não considera existir padrões de cuidados de saúde dirigidos aos utentes/família e apenas 4% referiu que estes “eram (de acordo com as suas preferências), encorajados a estar presentes e participar nas passagens de ocorrências/passagem de turno da equipa de enfermagem”.

d) Dimensão 4- Acesso à Informação dos Utentes e Família

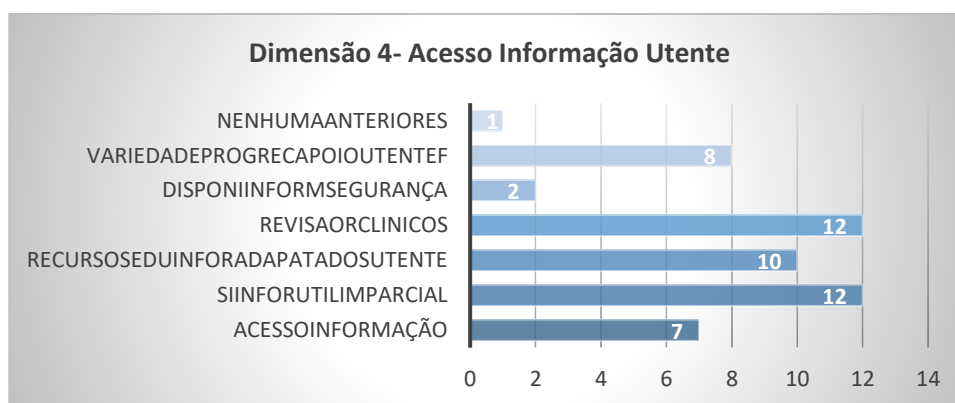


Gráfico nº 12 – Acesso à informação por parte do utente/família do hospital X

O acesso à informação foi uma dimensão bastante cotada pelos inquiridos, destacando-se que 23% (12) consideram que na sua organização “os sistemas de informação asseguram que os utentes/famílias tem acesso completo, imparcial e útil a informação” e “os utentes/família são

encorajados a rever os seus registos clínicos e a colaborar com os profissionais de saúde na correção de erros”. As respostas menos cotadas foram “são fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança na área de saúde” com 2 respostas (4%) e “nenhuma das anteriores” com 1 resposta (2%).

e) Dimensão 5- Programas de Formação e educação

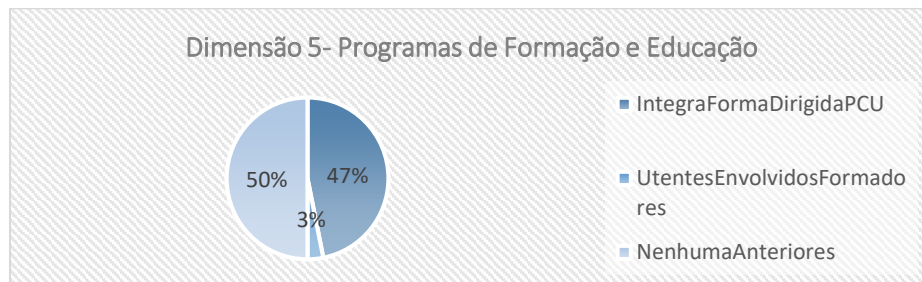


Gráfico nº 13 – Programas de formação e educação dirigidas utentes/família do hospital

X

Cerca de 16 dos inquiridos (50%) consideram que os utentes não são envolvidos em nenhum programa de formação e educação da organização. Por outro lado, 15 dos inquiridos (47%) referem que os “programas de integração e formação preparam as equipas de saúde, estudantes e estagiários para uma prática clínica e colaboração centrada no utente/família e entre as diversas especialidades”.

h) Dimensão 6- Investigação

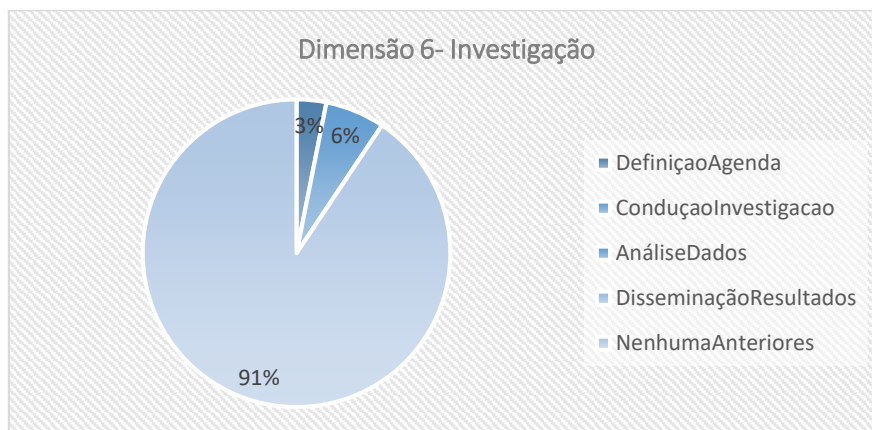


Gráfico nº 14 – Investigação realizada no hospital X

Segundo 29 dos inquiridos (91%) o utente não é envolvido em questões de investigação na organização.

i) Dimensão 7- Políticas de Recursos Humanos

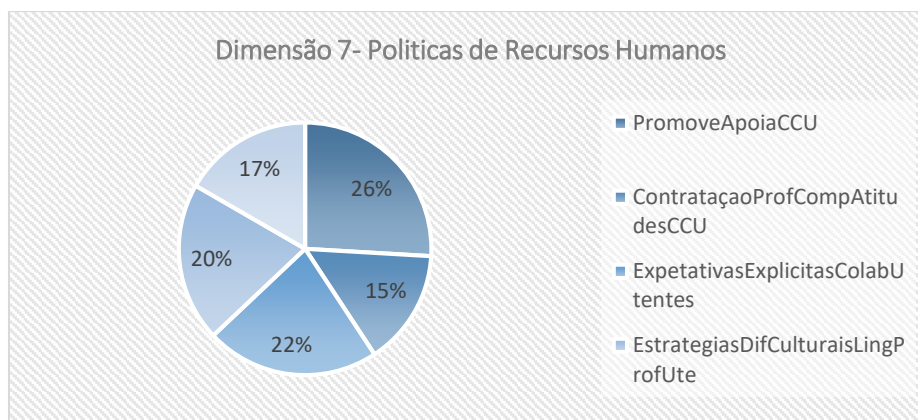


Gráfico n°15 – Políticas de recursos humanos no hospital X

Cerca de 14 dos inquiridos (26%) consideram que “a *política de recursos humanos suporta e promove a prática de cuidados centrados no utente*”. Por sua vez, 12 destes (22%) referem que “*existem estratégias para reduzir as diferenças culturais e linguísticas entre os profissionais e os utentes/famílias da população abrangida*”. Com 11 respostas (20%), os inquiridos consideram ainda que “*existem políticas que asseguram a existência de expectativas explícitas que todos os profissionais devem respeitar e colaborar com os utentes, famílias e equipas multidisciplinares de diferentes especialidades e departamentos*”.

j) Dimensão 8- Feedback do Utente

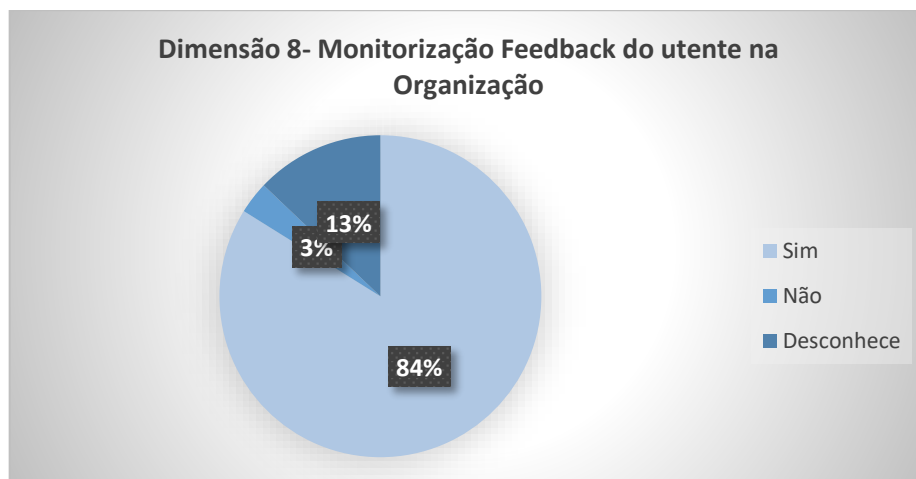


Gráfico n°16 - Monitorização do feedback do utente no hospital X

Cerca de 26 dos inquiridos (84%) consideram que o feedback dos utentes é monitorizado na sua organização.

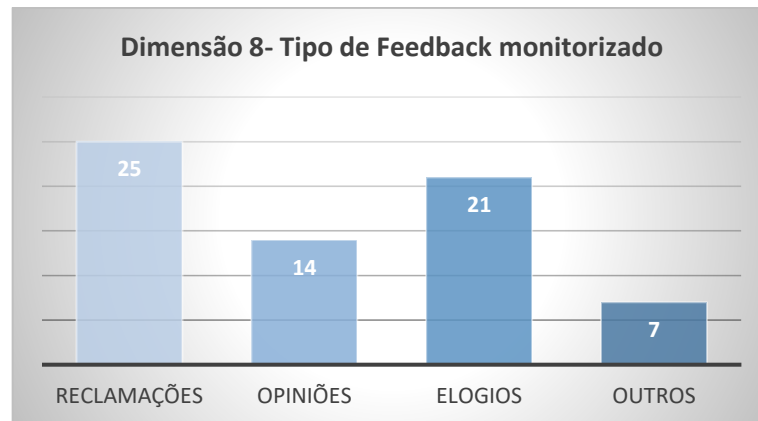


Gráfico nº17 – Tipo de feedback o utente monitorizado no hospital X

Os inquiridos consideram que o feedback monitorizado na sua organização é através de reclamações (37%), elogios (31%) e opiniões (21%).



Gráfico nº18 – Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital X

Cerca de 13 inquiridos (42%) consideram que o feedback obtido é considerado na estratégia da qualidade da sua organização. No entanto, cerca de 12 inquiridos (39%), referem desconhecimento sobre a utilização do feedback no processo de melhoria da qualidade. Para seis dos inquiridos (19%) tal não é tido em consideração.

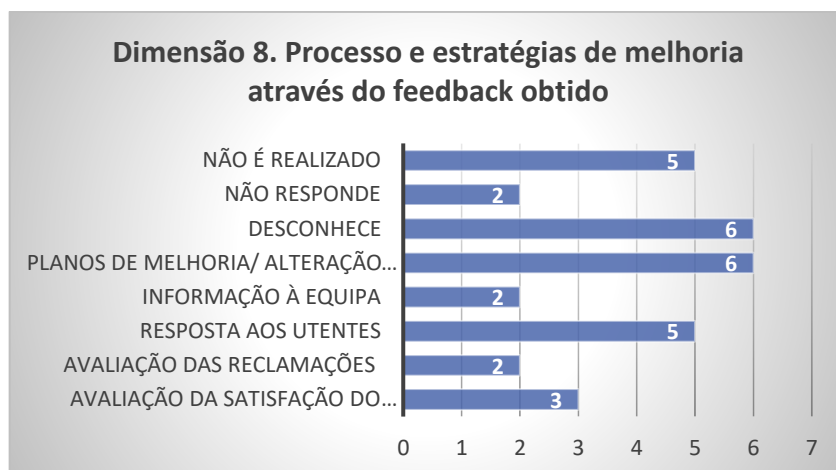


Gráfico nº19 – Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital X

Da análise das respostas dos inquiridos sobre o processo de gestão do feedback dos utentes e família na estratégia de melhoria da qualidade, observa-se que cerca de 6 dos inquiridos (19,4%), referem que a informação do feedback obtido é utilizada para o processo de melhoria da qualidade através de planos e alterações de procedimentos e políticas. Igualmente com 6 respostas, os inquiridos referem desconhecer tais processos. Também 5 dos inquiridos (16,1%) referem ainda que nada é feito após monitorização de feedback, e outros 5 relacionam o processo posterior com a resposta ao utente. As restantes respostas dividem-se pelas temáticas referidas com percentagens entre 6,5% e 9,7%.

k) Dimensão 9- Fatores de influência e barreira na gestão da qualidade centrada no utente

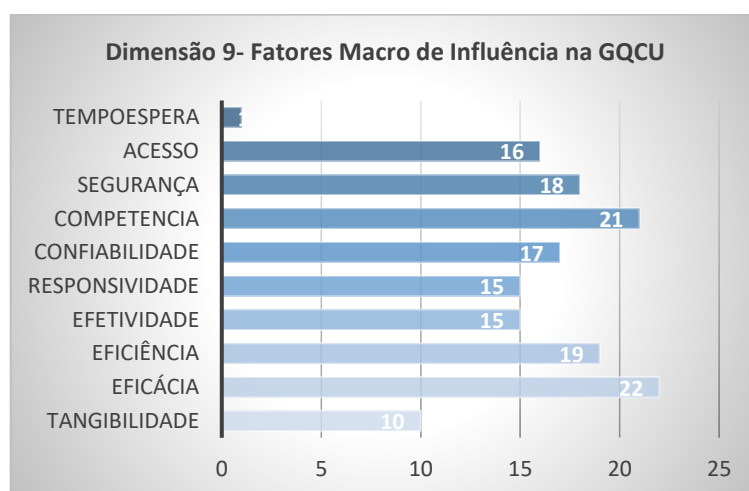


Gráfico nº20- Fatores Macro de Influência na GQCU no hospital X

Pela análise dos resultados pode-se observar que os inquiridos relacionam diversos fatores macro com a gestão da qualidade centrada no utente. Os fatores menos cotados foram os tempos de espera (6,5%) e a tangibilidade (0,6%). Por sua vez, destaca-se a eficácia como fator macro que mais se relaciona com a GQCU com 22 respostas (14,3%), a competência (13,6%), a eficiência (12,3%), a confiabilidade (11%), o acesso (10,4%), responsividade (9,7%) e a efetividade (9,7%).

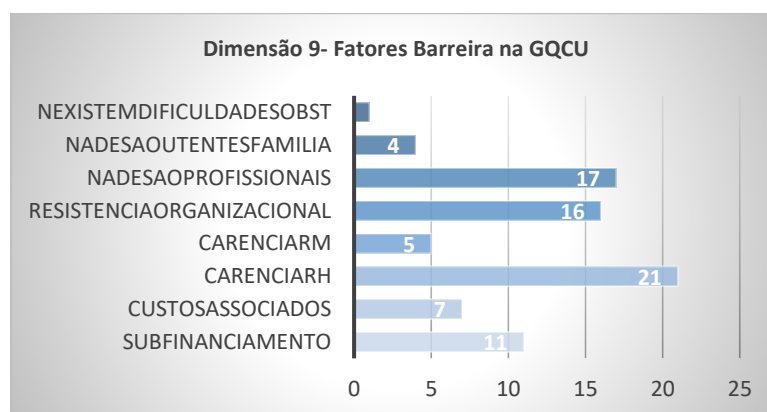


Gráfico nº 21 – Fatores Barreira na GQCU no hospital X

Pode-se verificar pela análise do gráfico, que os inquiridos consideram que existem três fatores barreira principais, nomeadamente, a carência de recursos humanos (25,6%), a não adesão dos profissionais aos princípios da GQCU (20,7%) e a resistência organizacional à mudança de cultura (19,5%).

Hospital Y

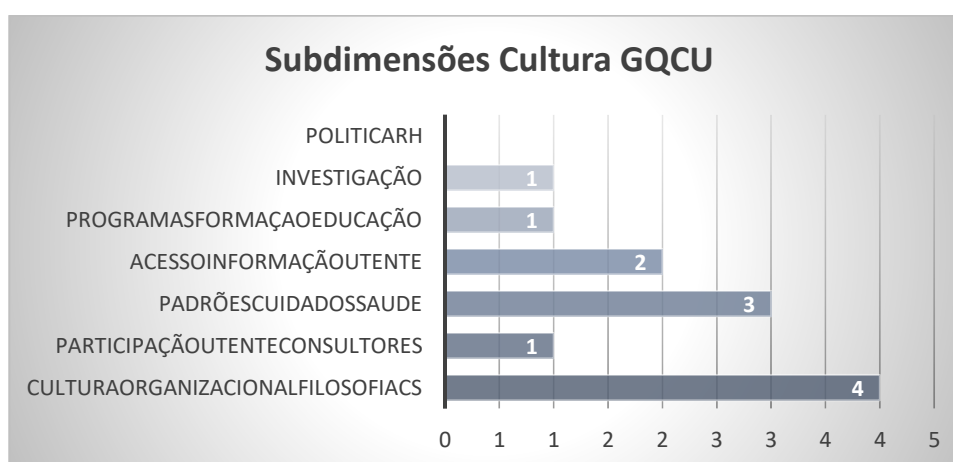


Gráfico nº 22 - Subdimensões da cultura GQCU no hospital Y

Segundo a percepção dos inquiridos as dimensões da qualidade centrada no utente que se destacam no hospital Y, são a cultura organizacional e filosofia de prestação de cuidados de saúde (33,3% com 4 respostas) e os padrões de cuidados de saúde (25% com 3 respostas).

a) Dimensão 1- Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Saúde

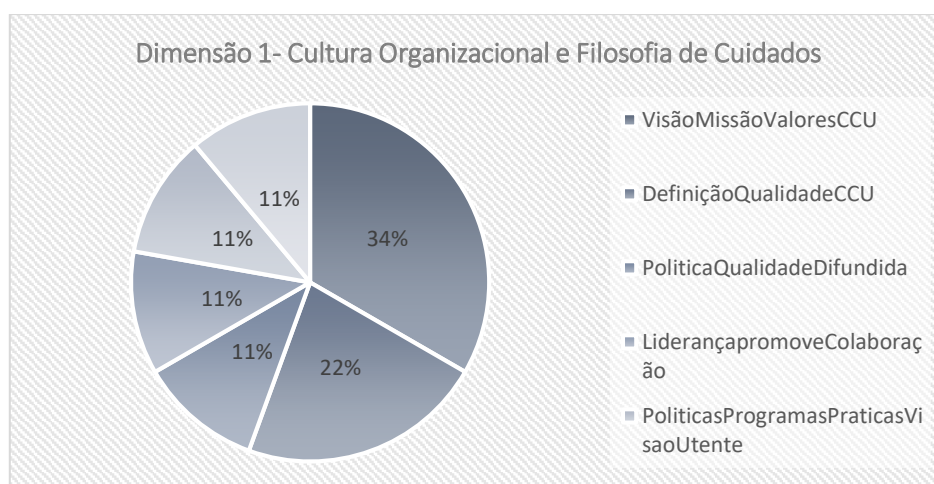


Gráfico n° 23 – Análise da dimensão 1 de GQCU no hospital Y

Da análise do gráfico, pode-se observar que 3 dos inquiridos (34%) consideram que “a visão, missão e valores dos cuidados da organização refletem os princípios de cuidados centrados no utente e família, promovendo parcerias com os mesmos” e 2 (22%) consideram que a “organização tem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde e esta inclui como os utentes e famílias vivenciarão os cuidados.

b) Dimensão 2- Participação do Utente e Família enquanto Consultores da Organização

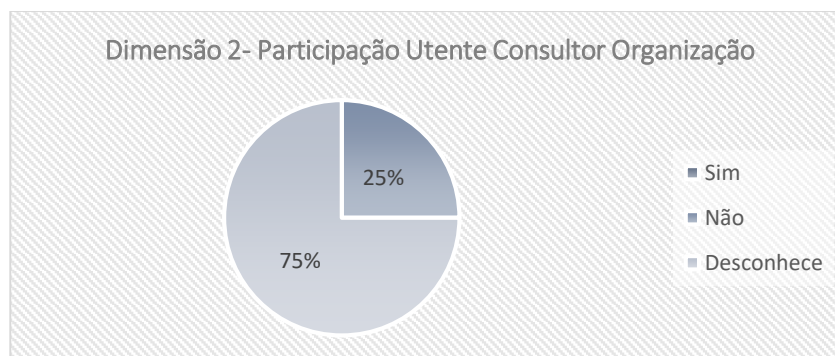


Gráfico n° 24 – Percepção global sobre a participação dos utentes/famílias enquanto consultores do hospital Y

Nesta dimensão, 3 dos inquiridos (75%) desconhecem se existe participação do utente/família enquanto consultor na organização.

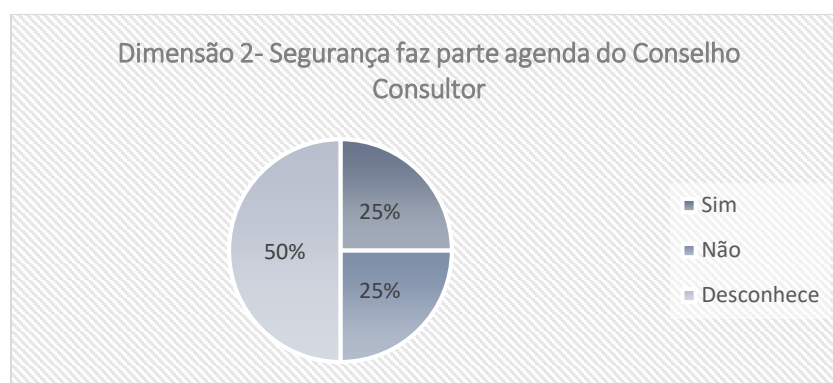


Gráfico n°25 – Envolvimento do utente/família no âmbito da segurança em conselhos do hospital Y

Em alinhamento com os resultados anteriores, 50 % (2) dos inquiridos desconhecem se a segurança é um tema regular em conselhos que envolvam o utente /família.

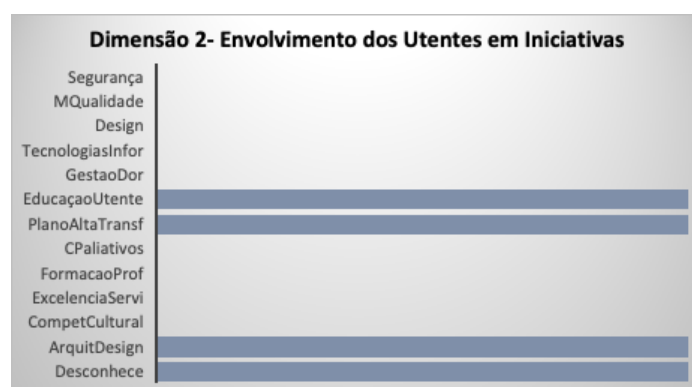


Gráfico n°26 - Envolvimento dos utentes em iniciativas no hospital Y

As iniciativas cotadas, neste caso, com uma resposta cada (25%), foram “*educação para o utente/família, planeamento da nota de alta/transferência e arquitetura e design*”. Por sua vez, 1 (25%) dos participantes referiu desconhecimento de qualquer envolvimento do utente/família em iniciativas na sua organização.

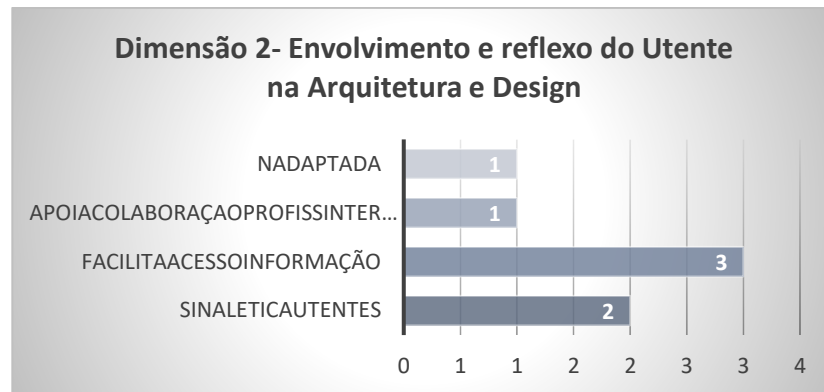


Gráfico nº27- Envolvimento do Utente na Arquitetura e Design do hospital Y

Pela análise do gráfico, pode-se verificar que 3 dos inquiridos consideram que a arquitetura e design da organização promove “*o acesso à informação pelos utentes/famílias*”, sendo que 2 classificam que existe “*sinalética de boas-vindas para utentes e familiares através das instalações*”. Por sua vez, 1 dos inquiridos considera que a arquitetura e design não se encontra adaptada.

c) Dimensão 3- Padrões dos Cuidados de Saúde

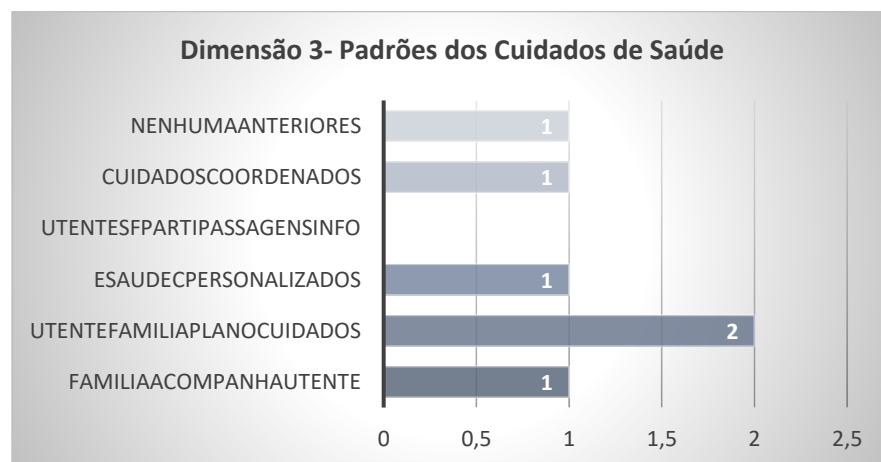


Gráfico nº28 – Padrões dos Cuidados de Saúde centrados no utente/família do hospital Y

Relativamente a esta dimensão, a afirmação que se destaca com 2 respostas foi “*os utentes e as famílias são vistas como elementos essenciais à equipa de prestação de cuidados de saúde (ex: são encorajados e apoiados na participação no plano de cuidados de saúde e tomada de decisão)*”.

d) Dimensão 4- Acesso à Informação dos Utentes e Família

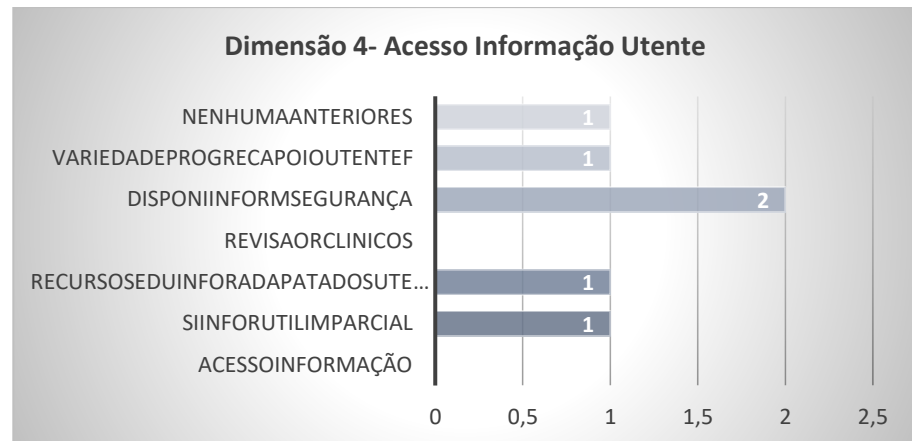


Gráfico nº29 – Acesso à informação por parte do utente/família do hospital Y

Do acesso à informação, destaca-se que 2 dos inquiridos considera que “*são fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança na área de saúde*”. Com apenas 1 resposta cada estão a existência de uma variedade de programas de suporte e recursos, a capacidade dos sistemas de informação assegurarem acesso atempado à informação, a disponibilidade de recursos numa variedade de formatos, existindo também 1 resposta que não considera nenhuma das afirmações possíveis.

a) Dimensão 5- Programas de Formação e educação

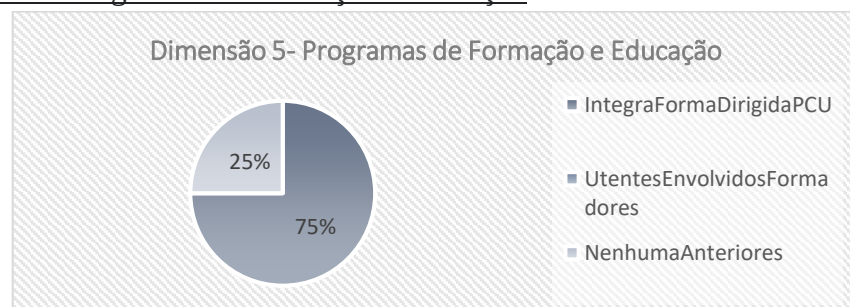


Gráfico nº 30 – Programas de formação e educação dirigidos utentes/família do hospital

Y

Cerca de 1 dos inquiridos (25%) considera que os utentes não são envolvidos em nenhum programa de formação e educação da organização. Por outro lado, 3 dos inquiridos (75%) refere que os “*programas de integração e formação preparam as equipas de saúde, estudantes e estagiários para uma prática clínica e colaboração centrada no utente/família e entre as diversas especialidades*”.

e) Dimensão 6- Investigação

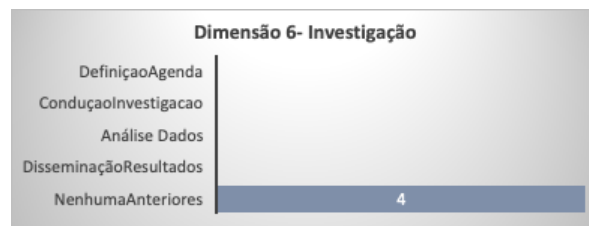


Gráfico nº 31 – Investigação realizada no hospital Y

Segundo 4 dos inquiridos (100%) o utente não é envolvido em questões de investigação na organização.

f) Dimensão 7- Políticas de Recursos Humanos

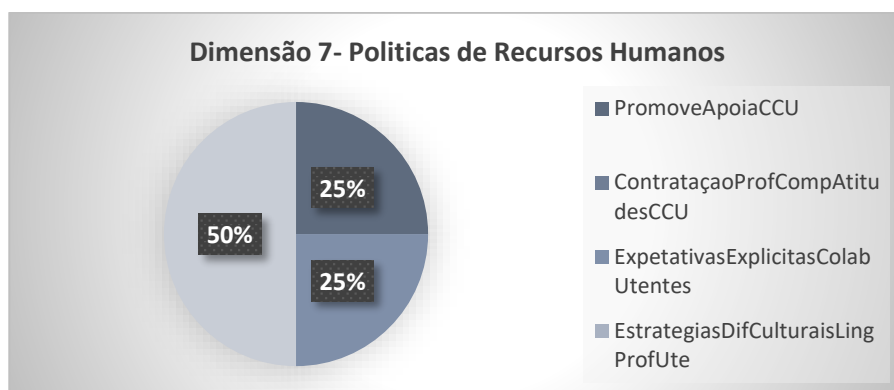


Gráfico nº32- Políticas de recursos humanos no hospital Y

Cerca de 2 dos inquiridos (50%) consideram que as políticas de recursos humanos da organização não estão centradas no utente, sendo que as restantes respostas consideram que “a *política de recursos humanos suporta e promove a prática de cuidados centrados no utente*” e as “*políticas que asseguram a existência de expectativas explícitas que todos os profissionais devem respeitar e colaborar com os utentes, famílias e equipas multidisciplinares de diferentes especialidades e departamentos*”, com 1 resposta cada (25%).

g) Dimensão 8- Feedback do Utente

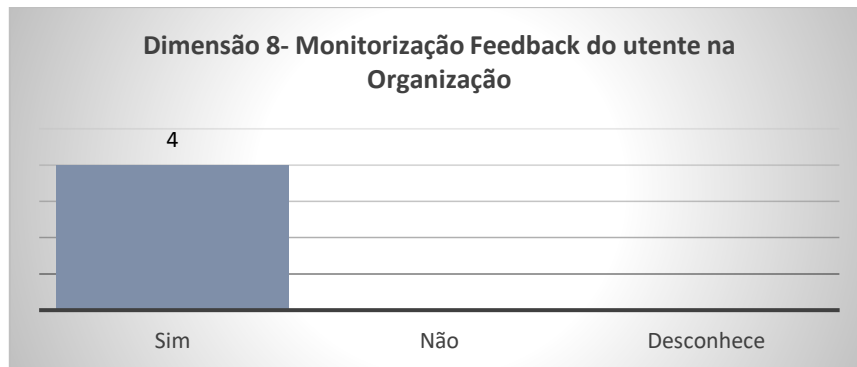


Gráfico nº33 - Monitorização do feedback do utente no hospital Y

Cerca de 4 dos inquiridos (100%) considera que o feedback dos utentes é monitorizado na sua organização.

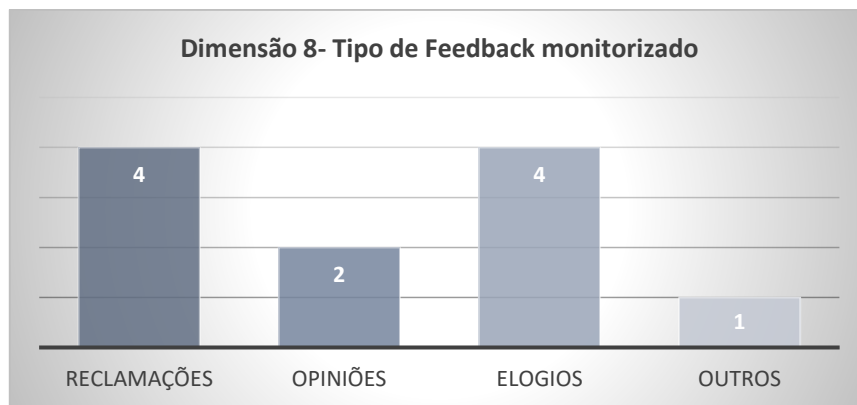


Gráfico nº34- Tipo de feedback o utente monitorizado no hospital Y

Os inquiridos consideram que o feedback monitorizado na sua organização é através de reclamações (36%), elogios (36%) e opiniões (18,2%)

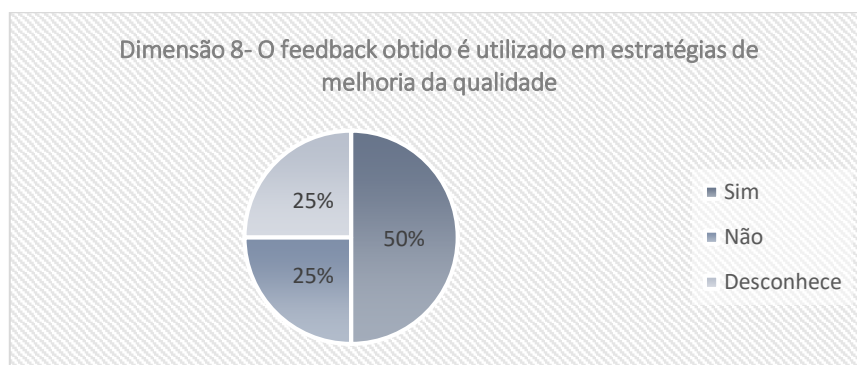


Gráfico nº35– Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital Y

Cerca de 2 inquiridos (50%) consideram que o feedback obtido é considerado na estratégia da qualidade da sua organização. No entanto, 1 dos inquiridos (25%) considera que não e outro desconhece.

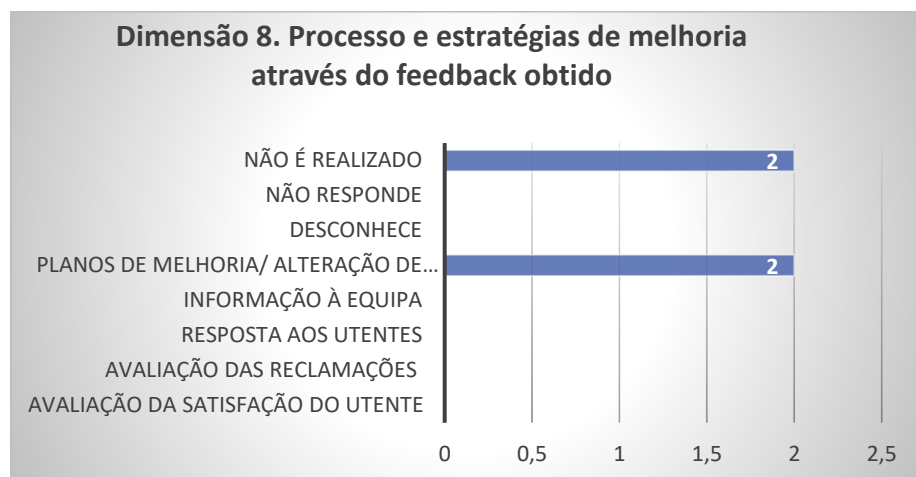


Gráfico nº36- Relação entre a estratégia de melhoria da qualidade e o feedback obtido no hospital Y

Da análise das respostas dos inquiridos sobre o processo de gestão do feedback dos utentes e família na estratégia de melhoria da qualidade, observa-se que cerca de 2 dos inquiridos (50%), referem que a informação do feedback obtido é utilizada para processo de melhoria da qualidade através de planos e alterações de procedimentos e políticas. Os outros 50% referem que nada é feito após monitorização de feedback.

h) Dimensão 9- Fatores de Influência e Barreira na Gestão da qualidade centrada no Utente

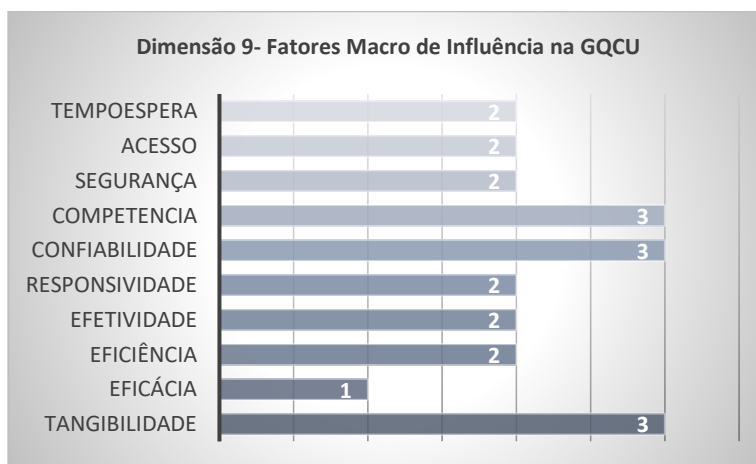


Gráfico nº37- Fatores Macro de Influência na GQCU no hospital Y

Pela análise dos resultados pode-se observar que os inquiridos relacionam diversos fatores macro com a gestão da qualidade centrada no utente. Destaca-se a competência, a tangibilidade e a confiabilidade com 3 respostas (13,7%). A maioria dos restantes fatores cotaram 2 respostas cada (9,1%), destacando-se a eficácia que apenas obteve 1 resposta (4,5%).

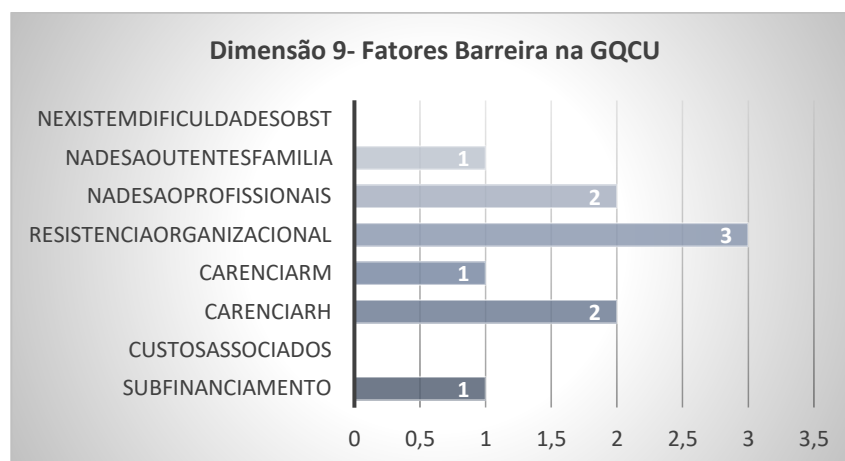


Gráfico nº38- Fatores Barreira de Influência na GQCU no hospital Y

Pode-se verificar pela análise do gráfico, que os inquiridos consideram que existem três fatores barreira principais, nomeadamente, a resistência organizacional à mudança de cultura (30%), a carência de recursos humanos (20%) e a não adesão dos profissionais aos princípios da GQCU (20%).

b) Análise da Entrevista Hospital X

A entrevista a dois elementos-chave na gestão da qualidade em ambos os hospitais, foi realizada através do envio de questões por email, como referido anteriormente. Contudo, não se obteve resposta por parte do elemento-chave do hospital Y. A análise de conteúdo foi estruturada tendo em conta três temáticas: iniciativas, fatores facilitadores, benefícios/resultados e obstáculos.

Tabela 7. Análise de conteúdo à entrevista estruturada realizada no hospital X (elaborado pela própria)

Iniciativas, programas ou produtos inovadores no âmbito da GQCU	Fatores facilitadores, benefícios e resultados	Obstáculos
Unidade criada para controlo de doentes com Insuficiência cardíaca congestiva	Gestão da doença crónica; monitorização e controlo da doença; Reduzir episódios de urgência; Reduzir internamentos hospitalares; Recebeu prémio de projeto inovador	Não identificados

Unidade de hospitalização domiciliária	Iniciativa centrada no utente e família; Envolvimento do utente e família; Humanização dos cuidados; Níveis elevados de satisfação de todos os intervenientes; Promove qualidade dos cuidados prestados; Tratamento domiciliário; Diminuição internamento hospitalar; Diminuição das taxas de infeção;	Resistência à mudança-dificuldade em replicar em outros serviços; Não adesão dos profissionais: desinteresse e desconhecimento da maioria dos profissionais médicos; Envelhecimento do quadro médico, sem vontade de se envolver em novos projetos; Sobrecarga dos mais novos e não consideração e interesse no desenvolvimento da carreira; Gestão orientada para resultados e não nas expectativas e satisfação dos utentes.
O Circuito do doente cirúrgico criado no Serviço de Cirurgia Geral	Exemplo de boas práticas em saúde e de cuidados centrados no doente; Metodologia integrada nos resultados (permitir diminuir a lista de espera e nas expectativas dos doentes).	Não identificados
Projeto <i>lean</i> no bloco operatório	Utilização da metodologia de melhoria da qualidade do <i>lean management</i> .	Resistência à mudança; Não adesão dos RH (foram envolvidos vários profissionais mas o processo de implementação foi mal compreendido, os objetivos não foram apresentados aos diferentes utilizadores do BO (...)) Geraram-se atitudes de rejeição e desvalorização desta iniciativa; Avaliação do impacto, ganhos em saúde (divulgação dos resultados).
Grupo de melhoria do circuito do doente no serviço de urgência	Melhoria do circuito do doente no serviço de urgência; Envolvimento de diversos profissionais;	Resistência à mudança; Avaliação do impacto a nível de resultados;

Projeto <i>lean</i> no serviço de Oncologia.”	Utilização da metodologia de melhoria da qualidade do <i>lean management</i> . Formação externa dos profissionais nesta metodologia;	Em fase de implementação.
---	---	---------------------------

5.1.2. Identificar os determinantes organizacionais existentes relacionados com a política de qualidade centrada no utente nos hospitais X e Y

c) Determinantes Organizacionais identificados

Hospital X

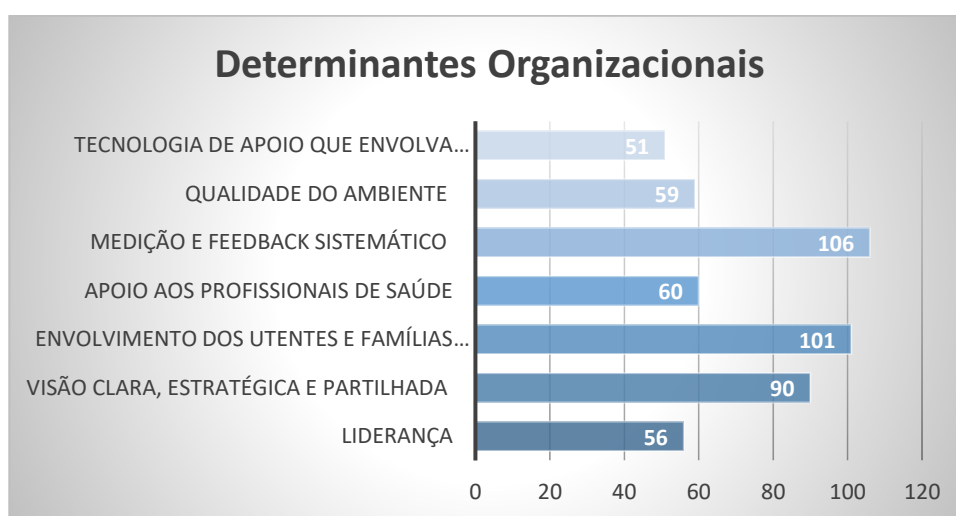


Gráfico nº39 - Determinantes Organizacionais identificados no hospital X

Após análise dos questionários e entrevistas do hospital X e correlacionando os mesmos com os determinantes organizacionais, podemos validar que, segundo a perceção dos inquiridos, os determinantes organizacionais que se destacam são a medição e feedback positivo (20,3%) e o envolvimento dos utentes e famílias em diferentes níveis da organização (19,3%), sendo a liderança, tecnologia de apoio, a qualidade do ambiente e o apoio aos profissionais de saúde, os que se encontram menos desenvolvidos. A visão estratégica encontra-se numa posição mediana com 17,2% de correlações existentes.

Hospital Y



Gráfico nº 40 - Determinantes Organizacionais identificados no hospital Y

Após análise dos questionários e entrevistas do hospital Y e correlacionando os mesmos com os determinantes organizacionais, podemos validar que, segundo a percepção dos inquiridos, os determinantes organizacionais que se destacam são a medição e feedback positivo (28%) e o envolvimento dos utentes e famílias em diferentes níveis da organização (18%), sendo a tecnologia de apoio, a qualidade do ambiente e o apoio aos profissionais de saúde, os que se encontram menos desenvolvidos. A liderança, visão e estratégia encontram-se numa posição mediana com 14,7% de correlações existentes.

Em resumo, foram apresentados os resultados obtidos através da análise documental, questionário e entrevista em ambos os hospitais, assim como, as inferências realizadas entre as variáveis. De seguida procede-se à análise detalhada destes mesmos resultados.

VI.DISSCUSSÃO

Neste capítulo pretendem-se realizar uma análise aprofundada dos achados prévios, confrontando-os com a evidência empírica existente de forma a servir de base à proposta de estratégias de melhoria da QCU. Os resultados gerais foram resumidos de forma a facilitar a leitura da discussão.

Tabela 8. Resumo dos resultados (elaborado pela própria)

		Hospital X	Hospital Y	Dimensões CCU	Hospital X	Hospital Y	Determinantes Organizacionais	Hospital X	Hospital Y
Cultura GQCU	SIM	68%	75%	Cultura Organizacional	24,7%	33,3%	Liderança	10,7%	14,8%
	NÃO	32%	25%	Participação Utente	3,5%	8,3%	Visão Clara, estratégica e partilhada	17,2%	14,8%
	Taxa de Participação	14,60%	11,80%	Padrões Cuidados	28,2%	25,0%	Envolvimento dos Utentes/Famílias em diferentes níveis da organização	19,3%	18,0%
				Acesso Informação Utente	15,3%	16,6%	Apoio aos profissionais de saúde	11,5%	6,6%
				Programas Formação/Educação	8,2%	8,3%	Medição e feedback sistemático	20,3%	28,0%
				Investigação	8,2%	8,3%	Qualidade do ambiente	11,3%	9,8%
				Política RH	11,8%	0,0%	tecnologia de apoio que envolva utentes/família	9,8%	8,2%
	Fatores Influenciadores na GQCU			Fatores Barreira na GQCU					
	Tempo de espera	6,5%	9,1%	Subfinanciamento	13,4%	10%			
	Acesso	10,4%	9,1%	Custos Associados	8,5%	0%			
	Segurança	11,7%	9,1%	Carência de RH	25,6%	20%			
	Competência	13,6%	13,7%	Carência de RM	6,1%	10%			
	Confiabilidade	11,0%	13,7%	Resistência Organizacional	19,5%	30%			
	Responsividade	9,7%	9,1%	Não Adesão dos profissionais	20,7%	20%			
	Efetividade	9,7%	9,1%	Não adesão dos Utentes	4,9%	10%			
	Eficiência	12,3%	9,1%						
	Eficácia	14,3%	4,5%						
	Tangibilidade	0,6%	13,7%						

6.1. Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos relacionados com a participação dos inquiridos ficou muito aquém do desejado em ambos os hospitais. No hospital X a participação correspondeu a 14,6% e no hospital Y a 11,8%.

Os dados obtidos da análise documental tiveram por base as dimensões do CCU contempladas no questionário. Da análise realizada identificou-se que a nível da cultura organizacional e filosofia de prestação de cuidados, não existe, em ambos os hospitais, uma declaração clara da inclusão do utente e família enquanto parceiros nos cuidados de saúde. No entanto, ambos os hospitais apresentam uma estratégia de melhoria da qualidade através da implementação de processos de acreditação em qualidade por entidades externas reconhecidas, que contemplam entre muitos aspetos, critérios com vista ao CCU. A este sentido, Guastello & Jay (2019), referem que a certificação apoia as organizações na implementação de uma cultura centrada no utente, assim como, na identificação de melhorias da qualidade e avaliação do impacto desta abordagem nos utentes e profissionais. A evidência relativa ao feedback e participação do utente enquanto

parceiro, passa em ambos os hospitais pela entidade “gabinete do cidadão”, não sendo conhecidos os resultados relativamente aos contributos do utente e família no hospital X, contrariamente ao hospital Y, onde são divulgados no site oficial anualmente os resultados dos inquéritos de satisfação dos utentes.

Relativamente aos achados decorrentes da aplicação do questionário em ambos os hospitais, importa referir que, apesar de a frequência absoluta das participações ser diferente do hospital X e Y, com 31 respostas no primeiro e 4 no segundo, os resultados obtidos são similares. Podemos observar que prevalece uma perceção global da existência de uma cultura de gestão da qualidade centrada no utente da organização da qual os inquiridos fazem parte. Numa análise pormenorizada, verifica-se que esta perceção decorre de três dimensões consideradas pelos inquiridos, nomeadamente: os padrões dos cuidados de saúde, a cultura organizacional e filosofia dos cuidados e o acesso à informação pelo utente. Pode-se desta forma validar que estes resultados não acompanham os achados da análise documental, onde existe reduzida evidência das dimensões referidas anteriormente.

Na dimensão Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Prestação de Cuidados de Saúde, as afirmações que se destacam da perceção dos inquiridos são *“a visão, missão e valores dos cuidados da organização refletem os princípios de cuidados centrados no utente e família, promovendo parcerias com os mesmos”*, *“ a organização tem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde e esta inclui como os utentes e famílias vivenciarão os cuidados”*, *“ as políticas, programas e práticas dos profissionais da organização são consistentes com a visão de que os utentes/famílias são aliados na saúde, segurança e bem-estar dos mesmos”* e *“os modelos de liderança da organização promovem a colaboração com utentes/famílias”*. Ao confrontar os achados com a pesquisa documental, observa-se algumas divergências, nomeadamente, a visão e a missão das organizações em estudo não mencionam qualquer parceria ou colaboração com os utentes assentes no princípio do CCU. Contudo, a declaração contida na visão do hospital Y faz referência à importância da segurança e satisfação do utente, inferindo-se que a organização promove alguns dos princípios de CCU como percecionado pelos seus colaboradores.

A dimensão Participação do Utente e Família enquanto consultores na Organização foi a menos considerada na perceção dos inquiridos. No entanto, trata-se de uma das dimensões mais relevantes na implementação de uma abordagem de qualidade centrada no utente, visto ter como pressupostos, o envolvimento do utente, a interação em parceria com as organizações de saúde e

no seu planeamento estratégico, a monitorização da qualidade através do feedback dos utentes e família. O envolvimento de utentes e famílias em todos os níveis de uma organização de saúde é uma abordagem que se mostrou associada a melhores resultados na qualidade e na experiência de cuidar dos utentes. O papel do utente e família vai além do feedback da sua experiência episódica dos cuidados de saúde recebidos, devendo antes ser uma colaboração integrada, sistemática e longitudinal no tempo, numa perspetiva de melhoria da qualidade, segurança e resultados de saúde (IPFCC, 2021). Tais resultados, podem efetivamente não serem reais e apenas resultaram do desconhecimento dos inquiridos, no entanto, da análise documental infere-se que estamos perante uma dimensão negligenciada.

A dimensão Padrões dos Cuidados de Saúde foi a que obteve mais conciliação entre os inquiridos, de ambos os hospitais com as seguintes afirmações: ” *os membros da família são sempre bem-vindos no acompanhamento ao utente, tendo em conta as suas preferências, não sendo vistos como visitas*”, “*os utentes e as famílias são vistas como elementos essenciais à equipa de prestação de cuidados de saúde*” e “*o médico e a equipa de saúde reforça/realça que os cuidados são individualizados para os objetivos, prioridades e valores do utente/família*”. Quando comparado com a pesquisa documental, existem algumas evidências de trabalho desenvolvido nesta área, em particular no hospital X, no entanto, não existe avaliação do impacto desse trabalho, o que coincide com o que é referido na literatura relativamente à escassez de avaliações de desempenho das iniciativas hospitalares centradas no utente, relacionada com a falta de uniformização e inconsistência na avaliação (Guastello & Jay, 2019). A complexidade das variáveis existentes, a sensibilidade e falta de disponibilidade dos dados, a diversidade de patologias e tipologias de utentes e muitos outros elementos, condicionam a construção de um quadro metodológico para a avaliação de abordagens hospitalares centradas no utente (Fiorio et al, 2018; Guastello & Jay, 2019). É assim importante, das ações implementadas, garantir que são passíveis de avaliação através de indicadores validados para o efeito (Guastello & Jay, 2019). Por outro lado, no hospital X, as profissões base dos inquiridos implicam a prestação direta de cuidados, o que pode de alguma forma justificar o maior número de respostas nesta dimensão, dada a proximidade e conhecimento dos fenómenos a serem avaliados.

Importa referir que do cruzamento da análise documental em ambos os hospitais, podemos validar que no hospital Y existe monitorização do feedback do utente com informação anual do tratamento destes dados, onde um dos temas que se destaca são os cuidados de saúde, existindo para o ano de 2021, 661 reclamações onde este assunto era mencionado na reclamação. No

hospital X não existe informação quanto ao tratamento das exposições realizadas pelos utentes/família.

Na dimensão Acesso à Informação dos Utentes e Famílias, as opções selecionadas pelos inquiridos no hospital X foram “os sistemas de informação asseguram que os utentes/famílias tem acesso completo, imparcial e útil a informação”, “os utentes/família são encorajados a rever os seus registos clínicos e a colaborar com os profissionais de saúde na correção de erros” e “os recursos educacionais e informativos estão disponíveis numa variedade de formatos, redes, línguas e diferentes níveis de leitura para a população que abrange”. No hospital Y por sua vez, os resultados foram desta vez, um pouco diferentes, considerando a maioria dos inquiridos que “são fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança na área de saúde”. A evidência existente para o hospital X vai de encontro às perceções dos inquiridos, não obstante não existe uma forma de validar que efetivamente seja realizado. No hospital Y a evidência existente é reduzida, recaindo a maioria das respostas sobre “são fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança na área de saúde”. Quando consultado o relatório anual do gabinete de cidadão, nenhuma das reclamações ou elogios recai sobre a temática do acesso à informação, pelo que mais uma vez não se consegue validar a informação.

Na dimensão Programas de Formação e Educação, cerca de 16 inquiridos do hospital X, consideraram que os utentes não são envolvidos em nenhum programa de formação e educação na organização. No entanto, 15 considerou que “os programas de integração e formação preparam as equipas de saúde, estudantes e estagiários para uma prática clínica e colaboração centrada no utente/família e entre as diversas especialidades”, sendo que esta foi também a opção da maioria dos inquiridos do hospital Y. Num estudo desenvolvido pelo IPFCC (2021) em 67 hospitais gerais e universitários, 54% destes, envolve os utentes e famílias em atividades educativas dos profissionais da organização. A justificação implícita nesta premissa prende-se com o aumento da comunicação colaborativa, a coordenação entre equipas inter, intra disciplinares e multidisciplinares, o desenvolvimento de autênticas parcerias entre utente/família e organização (IPFCC, 2021). Haran (2021) cit in IPFCC (2021), a este sentido, falam-nos das *soft skills* que devem ser interiorizadas pelos profissionais de saúde no cuidado ao utente e onde este deve ser parceiro no desenvolvimento das mesmas, segundo o imperativo cuidar com qualidade, segurança, equidade e experiência.

Importa referir que esta dimensão vai além do envolvimento do utente/família e contempla também a formação dos profissionais. Na análise documental, verificou-se a existência de bastantes iniciativas neste sentido no hospital X, o que é de ressaltar. O treino dos profissionais de saúde é identificado na literatura como estratégia na comunicação com o utente e de impacto no seu conhecimento (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011), Mais uma vez, não se exclui, que as respostas obtidas resultem da influência da prática primária dos inquiridos dada a proximidade e conhecimento dos fenómenos a serem avaliados e da cultura intrínseca que por vezes é difícil de captar por avaliações externas.

Na dimensão Investigação, a maioria dos inquiridos de ambos os hospitais consideraram que o utente não é envolvido em questões de investigação na organização. Na análise documental também não se encontrou evidência de qualquer inclusão do utente nesta dimensão. A literatura reforça que o envolvimento do utente em questões de investigação, consolida não só a cultura organizacional centrada no utente, através dos temas escolhidos como através dos resultados, incrementando simultaneamente a confiança dos utentes nas organizações de saúde (Johnson et al, 2008).

Na dimensão Políticas de Recursos Humanos no hospital X as perceções dos inquiridos recaíram pelas seguintes afirmações: “*a política de recursos humanos suporta e promove a prática de cuidados centrados no utente*”, “*existem políticas que asseguram a existência de expectativas explícitas que todos os profissionais devem respeitar e colaborar com os utentes, famílias e equipas multidisciplinares de diferentes especialidades e departamentos*” e “*existem estratégias para reduzir as diferenças culturais e linguísticas entre os profissionais e os utentes/famílias da população abrangida*”. Da análise documental realizada, encontra-se iniciativas no sentido da gestão operacional dos recursos humanos e transversalmente outras políticas como a política da qualidade que promove uma cultura de GCCU. De notar, que não é realizado a monitorização do feedback dos profissionais, como encontra-se previsto na literatura no âmbito da GQCU.

Por sua vez, nas respostas obtidas no Hospital Y, a maioria dos inquiridos considerou que as políticas de recursos humanos da organização não estão centradas no utente, o que coincide com a falta de evidência encontrada para este hospital.

Na dimensão Feedback do utente, a maioria dos inquiridos em ambos os hospitais consideraram que existe monitorização do feedback na sua organização, sendo as reclamações e os elogios o tipo de feedback mais comum. Quando questionados se o feedback monitorizado é utilizado na estratégia de melhoria da qualidade a maioria dos inquiridos de ambos os hospitais consideram

que sim, no entanto, desconhecem na sua maioria, o processo posterior. Alguns dos inquiridos referem os inquéritos de satisfação do utente/família como estratégia de melhoria da qualidade. Da análise documental, pode-se validar que no hospital Y são monitorizados diversos tipos de feedback do utente /família através do gabinete do cidadão e dos inquéritos de satisfação, que são disponibilizados anualmente através do site oficial. Por sua vez, no hospital X, muitas das respostas revelam desconhecimento, enquanto outras descrevem que o feedback é utilizado em planos de melhoria da qualidade, assim como, alterações de procedimentos e normas. Esta dimensão relaciona-se com todas as dimensões anteriores e com o que foi referido, no sentido que tem de existir métodos de avaliação dos cuidados quando se fala em gestão da qualidade centrada no utente e esses métodos tem de ser numa perspetiva do utente e família e não do prestador e da organização (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011; Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021; Fiorio et al, 2018; Guastello & Jay, 2019; IPFCC, 2021). Quando grande parte dos inquiridos referem desconhecer o papel do feedback do utente monitorizado no âmbito da estratégia da qualidade organizacional, podemos nos questionar até que ponto as políticas de melhoria da qualidade estarão a ser bem difundidas no seio da organização.

Relativamente aos fatores de influência e barreira na gestão da qualidade centrada no utente identificados pelos inquiridos do hospital X, destacam-se enquanto influentes a eficácia, a competência e eficiência. Por sua vez, os fatores barreira considerados na implementação desta abordagem foram a carência de recursos humanos, a não adesão dos profissionais e a resistência organizacional. No hospital Y destacam-se enquanto influenciadores a competência, a confiabilidade e a tangibilidade. Os fatores barreira considerados foram a resistência organizacional, a carência de recursos humanos e a não adesão dos profissionais. Os achados vão de encontro a análise documental e à análise da entrevista, onde é referido a “resistência organizacional”, a não adesão por parte dos profissionais, “a sobrecarga dos profissionais” onde se infere haver carência de recursos humanos. Importa referir a este sentido que o paradigma atual da gestão defende como principal capital estratégico das organizações as pessoas, sendo imperativo o seu envolvimento em qualquer mudança organizacional (Chora e Correia, 2022, in Frederico & Sousa, 2022). Uma análise interessante relativamente aos resultados obtidos quanto aos fatores de influência numa cultura de gestão da qualidade centrada no utente, é que apesar de se destacar os fatores mais selecionados, na generalizados os inquiridos selecionaram muitos fatores, tendo na maioria acima das 15 respostas. Tal observação pode resultar da validação por

parte dos profissionais do que é referido na literatura, quanto à transversalidade da dimensão da qualidade centrada no utente relativamente a todas as outras dimensões da qualidade (IOM, 2001).

Posteriormente à análise das dimensões da qualidade centrada em cada hospital, foram relacionadas as dimensões com os determinantes organizacionais de Shaller (2007) que contribuem para uma cultura da qualidade centrada no utente, no sentido de se propor com este trabalho melhorias organizacionais. O apuramento destes valores resultou da relação entre a dimensão e o determinante e a resposta positiva por parte do inquirido. Porém podemos constatar que existem dimensões que têm mais que uma pergunta associada, o que condiciona os resultados obtidos, assim como o fato, de o mesmo determinante estar associado a diversas dimensões.

Apesar de identificada esta limitação, foram identificados os seguintes determinantes organizacionais no hospital X e Y: medicação e feedback sistemático e o envolvimento dos utentes e famílias nos diferentes tipos da organização. Destaca-se os determinantes organizacionais com valores de frequência absoluta inferiores, a liderança, apoio aos profissionais de saúde, qualidade do ambiente e a tecnologia de apoio.

Tendo por base estes resultados e o que se encontra contemplado na literatura, desenvolveu-se uma proposta de estratégias de melhoria da GQCU, que se apresenta no capítulo seguinte.

VII. ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA GQCU

Este capítulo completa a prossecução do último objetivo da investigação, nomeadamente, a proposta de estratégias de melhoria das políticas de gestão da qualidade centrada no utente para ambos os hospitais, tendo por base os resultados encontrados.

Atendendo às limitações identificadas na discussão de resultados, quanto ao reduzido número de participantes no hospital Y, esta proposta reflete sobretudo os achados no hospital X e segue estruturalmente as dimensões de CQCU do instrumento de colheita de dados.

Cultura Organizacional e Filosofia de Cuidados de Prestação de Cuidados de Saúde

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração/Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos e de Apoio:

- 1) Criação de um grupo de trabalho, com representantes do CA, dos profissionais e dos utentes/família para integração da abordagem da qualidade centrada no utente a nível organizacional:
 - a. Desenvolvimento de uma política de qualidade centrada no utente organizacional, onde seja claro a estratégia e plano de atividades a seguir.
 - b. Visitas regulares a todos os serviços do hospital por parte deste grupo, que promovam aproximação da liderança organizacional aos profissionais e utentes e permitam partilha, interação e discussão direta com todos os intervenientes no âmbito da qualidade centrado no utente, tendo em conta as diferentes perspetivas, experiências e funções.
- 2) Aumentar os canais de comunicação entre a liderança, os profissionais e os utentes, promovendo espaço para o envolvimento de todos na estratégia de gestão da qualidade centrada no utente:
 - a. reuniões regulares;
 - b. tecnologias de informação que suportem a interação: email próprio para efeito, portal do colaborador que permita a expressão de ideias, projetos ou preocupações no âmbito da CCU e que salvaguarde o direito a resposta, portal do utente que permita a expressão de ideias, sugestões, preocupações, reclamações, no âmbito no CCU e que salvaguarde o direito a resposta.

- 3) Colocação de posters informativos em locais chave de acesso a todos os intervenientes que reflitam os valores da organização e o seu compromisso com a qualidade centrada no utente.
- 4) Contratualizar indicadores de qualidade centrados no utente, garantindo que a abordagem de qualidade centrada no utente é prioridade da organização:
 - a. Apresentação anual de um projeto interno de cada serviço funcional de melhoria da qualidade centrada no utente.
 - b. Cruzamento de indicadores de qualidade centrados nos utentes com outros indicadores de desempenho da organização.

Participação do Utente e Família enquanto consultores na Organização

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração

- 1) Criação de um conselho consultivo com representantes da liderança, dos profissionais e dos utentes/família com reuniões regulares que permita a participação do utente/família em questões como a qualidade e segurança, arquitetura e design, sinalética, equipamentos, tecnologias de informação, oferta de cuidados de saúde, informação, formação e investigação da organização.
- 2) Ou garantir a participação dos utentes/famílias em comissões organizacionais, como conselho de administração, comissão da qualidade, segurança e risco, tecnologias de informação, direção clínica.

Padrões dos Cuidados de Saúde

Responsáveis pela sua implementação: Responsáveis funcionais dos serviços clínicos:

- 1) Prestação de cuidados de saúde que permitam a participação e envolvimento do utente /família na tomada de decisão dos seus cuidados de saúde, através de:
 - a. Definição de um plano de cuidados personalizado;
 - b. Prestação de cuidados de saúde com respeito, empatia e tendo em conta os princípios, valores, preferências e direitos;
 - c. Partilha e passagem de informações diária acerca dos cuidados prestados: passagem de turno na presença do utente;

- d. Permitir e promover uma cultura de participação do utente aquando da ocorrência de incidentes clínicos e não clínicos, incentivando ao relato na primeira pessoa em conjunto com os profissionais envolvidos;
- e. Garantir a presença da família sempre que solicitado pelo utente;
- f. Planeamento da alta de acordo com a integração dos recursos do utente, comunidade e parceiros de saúde.
- g. Criação de uma checklist que descreva os aspetos acima referidos para preenchimento pelo utente no momento da alta ou integração da mesma na avaliação da experiência do utente no momento da alta.

Acesso à Informação dos Utentes e Famílias

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração, Gabinete de Comunicação, Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos:

- 1) Definir uma estratégia de comunicação com o utente/família:
 - a. Aumentar os canais de comunicação online: portal do utente que permita o contacto com a organização online, acesso a recursos educativos e informativos no âmbito da saúde e doença e da comunidade; registos clínicos; sistema de telemedicina que permita acesso aos serviços clínicos, email para contato.
 - b. Aumentar a eficácia na comunicação presencial e por telefone: Criação de número telefone de prevenção para cada serviço; aumentar a literacia em saúde através de colocação de vídeos em locais chave no âmbito da qualidade e segurança do acesso e internamento hospitalar (lavagem das mãos, medidas de segurança em relação às quedas, entre outros); garantir o acesso à informação clínica durante o internamento pelo utente (sistemas de informação e através das estratégias definidas no ponto anterior).

Programas de Formação e Educação

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração, Serviço de Gestão e Formação, Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos:

- 1) Promoção de uma cultura organizacional de educação e formação:

- a. Desenvolver um programa de formação e treino para profissionais com participação dos utentes consultores da organização baseado nos princípios e valores do cuidado centrado no utente e nos problemas identificados através dos relatos de experiência hospitalar dos utentes: aumentar competências de comunicação com utente, promover uma abordagem de participação deste na gestão dos seus cuidados de saúde, aumentar a literacia em saúde do utente.
- b. Garantir programas de formação organizacionais nas diferentes áreas que permitam a aquisição de novas competências e a atualização de outras.

Investigação

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração, Gabinete de Desenvolvimento e Investigação, Gabinete de Comunicação, Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos:

- 1) Promover projetos de investigação que criem evidência empírica e alicercem e validem os benefícios de uma abordagem de cuidado centrado no utente: definição de indicadores, avaliação de processos, etc.
- 2) Disseminar evidência empírica.

Políticas de Recursos Humanos

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Gabinete de Comunicação, Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos:

- 1) Integrar reflexões sobre o cuidado centrado no utente nos processos de contratação;
- 2) Integrar na avaliação de desempenho dos profissionais medidas que permitam avaliar a implementação da abordagem na sua prática diária.
- 3) Garantir a satisfação dos profissionais, implementando estratégias motivacionais e de satisfação: reconhecimento formal (incentivos financeiros ou não financeiros) e não formal de competências adquiridas, projetos desenvolvidos e objetivos atingidos; promoção dos profissionais de acordo com o desenvolvimento contínuo das suas competências;

- 4) Monitorizar a satisfação dos profissionais regularmente.

Feedback do utente

Responsáveis pela sua implementação: Conselho de Administração, Gabinete de Comunicação, Gabinete do Cidadão, Responsáveis funcionais dos serviços Clínicos:

- 1) Monitorizar experiência do utente/família diariamente, se possível, e no momento da alta, sempre através de questionário e entrevistas durante a prestação de cuidados:
 - a. Equipamentos tecnológicos móveis com questionários da experiência do utente com o episódio hospitalar incorporados;
 - b. Questionário da experiência do utente com o episódio hospitalar em papel;
 - c. Critério no software de registo clínico que avalie diariamente em a satisfação do utente;
- 2) Implementação de procedimento de tratamento de reclamações, elogios, opiniões, sugestões, entre outros, com análise e implementação de medidas corretivas, com disseminação do mesmo pelos profissionais e divulgação anual do tratamento destes dados e das medidas implementadas (mudanças, processos de melhoria, respostas, etc.).

Este capítulo encerrou em si, através do planeamento de um conjunto de estratégias em cada uma das dimensões do CCU para os hospitais em análise, o último dos objetivos deste estudo. De seguida, apresenta-se a conclusão de todo o trabalho desenvolvido.

VIII.CONCLUSÃO

Neste estudo, teve-se como objetivo analisar se existe uma política de gestão da qualidade na dimensão “*responsividade- qualidade centrada no utente*” nos hospitais em estudo, através da caracterização das políticas organizacionais hospitalares de qualidade centrada no utente com vista ao delineamento de novas estratégias que promovam a mudança do modelo organizacional tradicional para um que contemple o utente no centro. É reconhecido que o paradigma de prestação de cuidados de saúde ao longo do sistema, dos serviços e mais concretamente, dos serviços públicos tem evoluído no sentido da colocação das pessoas no centro do sistema, o que implica que a metodologia organizativa dos serviços deve refletir as necessidades e expetativas dos utentes, considerando-os parceiros ativos na gestão da sua saúde e na organização dos cuidados, contribuindo para melhores resultados em saúde (OMS, 2007, 2008, 2010). Este reflexo foi neste estudo, analisado à luz da cultura organizacional da qualidade centrada no utente existente, através das perceções dos profissionais de saúde de cada hospital. Promover uma política de melhoria da qualidade nos serviços de saúde não é possível sem o feedback e participação ativa dos utentes, mudanças na gestão e atuação dos recursos, com ênfase nos recursos humanos e apoio da gestão de topo (Ahmad et al, 2014; Dixon-Woods et al, 2012).

As principais conclusões que se retira é que apesar de ser uma abordagem reconhecida pela evidência empírica, a sua implementação na prática, continua a ficar aquém do expectável tanto a nível do envolvimento dos utentes/família no seu processo de saúde/doença, como na adesão, mobilização e envolvimento dos profissionais à mudança de paradigma. Tal pode-se justificar por lideranças ineficientes, ou por outro lado, inexistência de métricas que consolidem os ganhos de tal abordagem. Neste estudo, observou-se a falta de indicadores que validem a eficácia e eficiência da adoção dos princípios da GQCU e que os mesmos não são objeto de interesse por parte dos conselhos de administração no planeamento da estratégia das organizações, visto não refletirem diretamente o seu desempenho público. Daí ser da maior importância a mudança organizacional alinhada com políticas de saúde nacionais. Verificou-se ainda que as políticas de recursos humanos são da maior importância na implementação de tal abordagem, pois só através da envolvimento do capital humano das organizações é possível se caminhar no sentido da melhoria contínua da qualidade.

Foram identificadas como limitações do estudo, o facto de o questionário apenas ter sido aplicado a gestores e a reduzida participação dos inquiridos. O questionário, na sua versão original, prevê

a aplicação a gestores, prestadores de cuidados de saúde e aos utentes/ famílias, sendo identificado enquanto limitação, a não aplicação a estes últimos. Por outro lado, muitos dos participantes são prestadores de cuidados, que acumulam com funções no âmbito da gestão da qualidade, o que acaba a ser um aspeto positivo. A participação dos inquiridos, foi outra das limitações, pois ficou muito aquém do desejado em ambos os hospitais. No hospital X a participação correspondeu a 14,6% e no hospital Y a 11,8%.

Os objetivos do estudo foram, contudo, atingidos, realçando-se a proposta de estratégias de melhoria das políticas de gestão da qualidade centrada no utente para ambos os hospitais, que pode ser um ponto de viragem do paradigma institucionalizado.

Sugere-se a replicação do estudo de caso em outros hospitais, contemplando na população em estudo também os utentes.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

- Aboumatar, HJ., Chang, BH., Danaf, J. Al, SM., Namuyinga, R. Elumalai, S. et al. (2015). *Promising practices for achieving patient-centered hospital care: A national study of high-performing US hospitals. Med Care. 53(9):758–767.*
- Abuhejleh, A., Dulaimi, M. & Ellahham, S.(2016). *Using lean management to leverage innovation in healthcare projects: case study of a public hospital in the UAE. BMJ Innov. 2(1):22–32.*
- Ahmad, N.,Ellins, J., Krelle, H., Lawrie, M., Patel, D.(2014). *Person-centred care: from ideas to action Bringing together the evidence on shared decision making and self-management support A note on language and terminology. Health foundation. Disponível em <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareFromIdeasToAction.pdf>*
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e práticas de investigação educacionais.* Universidade Aberta. Disponível em https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281ª%20edição_atualizada%29.pdf
- Altringer B. (2010). The emotional experience of patient care: a case for innovation in health care design. *Journal of health services research & policy*, 15(3), 174–177. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009064>

¹ APA (American Psychological Association) (2020). 7ªEdição.

- Alves, M. (2006). *O Serviço de Atendimento Permanente- Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem. (Dissertação). Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS: Universidade do Porto.*
- António, SN., Teixeira, A., Rosa, A. (2019). *Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM. 3ªedição. Edições Sílabo.*
- Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. Patient education and counseling, 77(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.022>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care(ACSQHC). (2011). *Patient centred care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers. ACSQHC, Sydney. Disponível em https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf*
- Barros, P. & Dismuke, C. (2000). *Hospital production in a national health service: the physician's dilemma. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada (NIMA), Universidade do Minho, Working Papers Series Nº6.*
- Bate, P., & Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. Quality & safety in health care. 15(5), 307–310. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>
- Beach, M. & Inui, T. (2006). Relationship-centered care: a constructive re-framing. Journal of General Internal Medicine. 21:3, pp. 8.
- Bellchambers, H. & Penning, C. (2007). Person-centered approach to care (PCA): a philosophy of care and management for carers. Contemporary Nurse. 26 (2), pp. 196–197.
- Bento, A. (2012). *Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira), nº 65, ano VII (pp. 42-44). ISSN: 1647-8975.*
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços. Almedina.*
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto Editora.*

- Bokhour, B.G. et al. (2018). *How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation*. *BMC Health Serv Res* 18, 168 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>.
- Borba, V.R. & Lisboa, T.C. (2006). *Teoria geral de Administração: Estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar*. Qualitymark.
- Boudreaux, E., & O'Hea, E. (2004). Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26(1), 13-26.
- Boulding, W.; Glickman, S.; Manary, M.; Schulman, K. & Staelin, R. (2011). *Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days*. *American Journal of Managed Care*. 17(1), pp. 41-48.
- Boyle, D. & Harris, M. (2009). *The Challenge of Co-production: How Equal Partnerships Between Professionals and the Public are Crucial to Improving Public Services*. National Endowment for Science, Technology and the Arts.
- Bridge, E. et al. (2016). Using patient value statements to develop a culture of patient-centred care: a case study of an Ontario, Canada hospital. *Patient Exper*.3(2):87–98.
- Camilleri D & O'Callaghan M.(1998). *Comparing public and private hospital care service quality*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 4(11), pp. 127–133.
- Carmo, H. & Ferreira, M.M.(1998). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Charmel, P. & Frampton, S. (2008). *Bulding the business case for patient-centred care*. *Healthcare Financial Management*. 62(3), pp. 80-85.
- Cherubin, N.A. & Santos, N.A.(2002). *A administração hospitalar: Fundamentos*. 3ª Edição. Loyola.
- Conway, J. et al. (2006). *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered*. *Institute for Family-Centered Care*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a4823b7bb109e66c3af4150739ff10363b23b00d>
- Coulter, A. (2010). Do patients want a choice and does it work?. *British Medical Journal*. 341, p, c4989.

- Dean, J.W, Jr. & Evans, J.R. (1994). *Total Quality Management, organization and strategy*. MN: West.
- Decreto-Lei nº52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). I Série, nº150/2022. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Department of Health-NHS (2009). *Understanding what matters: A guide to using patient feedback to transform services*. Disponível em www.dh.gov.uk/publications.
- Despacho nº5613/2015 do Ministério da Saúde: gabinete do secretário de Estado do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- DiGioia, A.L.; Grrrenhouse, P.K.& Levison, T.J. (2007). *Patient and family-entered collaborative care:an orthopaedic model*. *Clinical Orthopaedics and related Research*.463. pp. 13-19.
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., Martin, G.(2012). *Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the Health Foundation’s programme evaluations and relevant literature*. *BMJ Qual Saf*. 21:876–884.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Volume 1. Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor. Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press
- Donaldson, L. (2008). The challenge of quality and patient safety.*Journal of the Royal Society of Medicine*. 101(7).pp. 338-341.
- Edgman-Levitan, S., Schoenbaum, SC. (2021). dgman-Levitan, S., Schoenbaum, S.C. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient’s eyes.. *Isr J Health Policy Res* 10 , 21.<https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2022, Maio 22). Satisfação do Utente. <https://apch2.ers.pt/pages/225>
- European Council (2006). *Council conclusions on common values and principles in european Union Health Systems*. *Official Journal of the European Union*, C-146:1-2.

- European Observatory on Health Systems (OCDE). *Edited by Busse, R. et al. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. European Observatory on Health Systems* <https://doi.org/10.1787/b11a6e8f-en>
- Ferreira, P.L. (2000). *Avaliação dos doentes d cuidados primários: Enquadramento conceptual. Revista Portuguesa de Clinica Geral. 16, pp.53-52. Disponível em* <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9781>
- Fiorio, C.V, Gorli, M. & Verzillo, S.(2018). Avaliando a mudança organizacional na saúde: o modelo hospitalar centrado no paciente. BMC Health Serv Res 18 , 95. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2877-4>
- Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(1), 300–307. <https://doi.org/10.1111/hex.12615>
- Frampton, S. et al. (2008). *The Patient-Centered Care Improvemnet Guide. The Planetree Association and the Picker Institute.*
- Franck, L. & Callery, P. (2004). Re-thinking family-centred care across the continuum of children’s healthcare. *Child: Care, Health and Development. 30(3), pp. 265–277.*
- Frederico, M. & Sousa, F. (2022). *Gerir com Qualidade em saúde. 1ªEdição. Lidel.*
- Freixo,M. J. V. (2009). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas. Instituto Piaget.*
- Gerteis, M.; Edgman-Levitan, S.; Daley, J. & Delbanco, T. (1993). *Through the patient’s eyes: Understanding and promoting patient-centred care. Jossey-Bass.*
- Goodrich, J. (2009). Exploring the wide range of terminology used to describe care that is patient-centred. *Nursing Times. 105(20), pp. 14–17.*
- Graça, L. (2009). *Desenho, Redação e Aplicação de questionários e guiões de entrevista. Lisboa: Grupo de disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.*

- Groene, O. (2011). *Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. International Journal for Quality in Health Care.* 23(5), pp.531-537.
- Grol R, Wensing M, & Kersnik J. (2000). *Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument.* Nijmegen, NL: University Medical Center.
- Grol, R. et al. (1999). *Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family Practice* 16: 1. pp. 4-11.
- Grönroos C. (1982). *A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing.* 18(4), pp. 36–44.
- Guastello, S. & Jay, K.(2019).Improving the patient experience through a comprehensive performance framework to evaluate excellence in person-centred care.*BMJ Open Quality* 2019;8:e000737. doi: 10.1136/bmjopen-2019-000737
- Hall, J. A.& Dornan, M. C.(1988).*Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Social Science & Medicine.* 27: 6, pp. 637-644.
- Hawthorne, G. (2006). *Review of Patient Satisfaction Measures. Australian Government Department of Health and Ageing.* Canberra.
- Health Care System: A Roadmap for the Future — A Work in Progress. Institute for Patient and Family-Centered Care, Institute for Healthcare Improvement. The Robert Wood Johnson Foundation.
- Hobbs, S. & Sodomka, P. (2000). *Developing partnerships among patients, families, and staff at Medical College of Georgia Hospital and clinics. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations.* 26(5), pp.268-276.
- Horner, L. Lekhi, R. & Blaug, R. (2006). *Deliberative Democracy and the Role of Public Managers: Executive Summary of the Final Report of the Work Foundation's Public Value Consortium.* The Work Foundation.
- Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock, S., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2019). Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ open*, 9(4), e027591.

- Hsieh, SY.(2010). *The use of patient complaints to drive quality improvement: an exploratory study in Taiwan. Health Serv Manag Res.* 23(1):5–11.
- Hsieh, SY.(2011). *A system for using patient complaints as a trigger to improve quality. Qual Manag Health Care.* 20(4):343–355.
- Hulka, B.,et al. (1970). *Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. Medical Care*, 8(5), pp. 429-36.
- Institute for Patient-and-Family-Centered. (2021). *Prevalence and functioning of patients and families as educators in hospitals and academic medical centers: A national study.* Vizient.
- Institute for Patient-and Family Centered Care (2008). *Where do we stand? A self-Assessment Tool For Hospital trustees, administrators, providers and patient and family leaders.*
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the twenty -first century.* National Academies Press.
- Institute of Medicine.IOM (1990). *Medicare: A strategy of quality assurance: Volume 1.* Nacional Academies Press.
- International Alliance of Patients’ Organizations (IAPO, 2007). *What is Patient-Centred Health Care? A Review of Definitions and Principles.* 2^aEd, pp.1–34.
- Isaac, T.; Zaslavsky, A.M.; Beckman, H. & Landom, B.E. (2010). *The relationship between patients’ perception of care and measures of hospital quality and safety. Health Services Research.* 45(4), pp. 1024-1040.
- Jabnoun, N. & Chaker, M.(2003).*Comparing the quality of private and public hospitals. Managing Service Quality: An International Journal.*13(4),pp.290-299. <https://doi.org/10.1108/09604520310484707>
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J; Simmons; L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., Schlucter, J. & Ford, D. (2008). *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system.* Institute for Patient and family centered care.
- Khalifa, M.& Khalid,P. (2015). *Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital.* *Procedia Computer Science.* 63. 459-466. 10.1016/j.procs.2015.08.368.

- Khattab, S.AL & Aborumman. A.H. (2011). *Healthcare service quality: comparing public and private hospitals in Jordan. Internacional Business management.* 5(5), pp. 247-254.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press.
- Latta, G.(2010). *Evidence-based best practices at mater health services. Prof Case Manag.*15(3):159–163.
- Law, M. Baptiste, S. & Mills, J.(2005). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 62, pp. 250–257.
- Lee, F. (2004). If Disney ran your hospital:9 ½ Things you would do differently.
- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I. D., & Turcotte, S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5), CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pu>
- Lewin, SA. Et al. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 4:CD003267.
- Lin, B. and Kelly, E. (1995). *Methodological issues in patient satisfaction surveys. International Journal of Health Care Quality Assurance.* 8(6) p. 32.
- Lloyd, B. et al. (2018). *Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. Patient Experience Journal.* 5(3):55-64. doi: 10.35680/2372-0247.1270.
- Long,L., Pearson, A. Page, T.& Jordan, Z.(2008). *Engaging consumers in safety and quality at Royal Adelaide hospital. Int J Evid Based Healthc.* 6(1):119–134.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International journal for quality in health*

care : journal of the International Society for Quality in Health Care, 23(5), 510–515.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>

- Mações.M. (2018). *Manual de Gestão Moderna: Teoria e Prática*. 2ªEdição-Actual.
- Mahdon M.(2006). Public Value and Health. The Work Foundation.
- Mahon, P. Y. (1996). *An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care*. *Journal of Advanced Nursing*. 24: 6, pp. 1241-1248.
- Martinho, M.H. (2007). *A comunicação na sala de aula de matemática: um projeto colaborativo com três professoras do ensino básico. Tese de doutoramento em Educação (Didáctica da Matemática)*. Universidade de Lisboa através da Faculdade de Ciências.
- McDowell, I. (2013). *Patient experience. Telling tales could cut complaints*. *Health Serv J*. 123(6334):30–31.
- McIntyre, T. M. et al.(2002). – *A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: avaliação e divulgação*. Comissão Coordenadora da Região do Norte, Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente.
- Meterko, M., et al.(1990). *Patient judgments of hospital quality: report of a pilot study*. *Medical Care*.28(9), pp. S1-S56.
- Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: princípios Básicos*. Manole.
- Miguel, A.(2006). *Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas*. 2ª Edição. FCA. ISBN 972-722-502-0
- Moore,L, et al. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*.31(4):662–73. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>.
- nCleary, P. D. & Mcneil, B. J.(1988). *Patient satisfaction as an indicator of quality care*. *Inquiry*. 25: 1 25-36.
- Nkrumah, J., Abekah-Nkrumah, G. (2019). *Facilitators and barriers of patient-centered care at the organizational-level: a study of three district hospitals in the central region of Ghana*. *BMC Health Serv Res*. 19, 900. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4748-z>

- Organização Mundial de Saúde (2018). *Handbook for national quality policy and strategy- A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. World Health Organisation.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *The World Health report 2000- Health Systems: Improving Performance*. World Health organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. OMS Regional office of western pacific.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *People-centred health care: a policy framework*. World Health organization.
- Organização Mundial de Saúde. (July, 22, 2020). *Quality of health care is people-centred*. <https://www.who.int/multi-media/details/quality-of-health-care-is-people-centred>
- Øvretveit J. (1992). *Health service quality: An introduction to quality methods for health services*. Blackwell.
- Pereira et al. (2009). *Sistema de avaliação da qualidade percebida e da satisfação do utente dos hospitais EPE e SPA*. Administração Central do Sistema de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.
- Picker Institute (2009). *Using Patient Feedback*. Disponível em <https://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/QIFull.pdf>.
- Picker Institute. (2020, June 14). *Principles of patient-centered care*. Disponível em <https://www.picker.org/news/blog/the-importance-of-questionnaires-for-patient-satisfaction/>
- Picker Institute. (2022). *The Picker principles of Person Centred Care*. <https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>
- Piper, D., Iedema, I. & Merrick, E. (2010). *Emergency Department Co-design Evaluation Program 1 Stage 2 — Final Report to Health Services Performance Improvement Branch*. Centre for Health Communication. University of Technology Sydney, for NSW Health.
- Piper, D., Iedema, R., Gray, J., Verma, R., Holmes, L. & Manning, N. (2012). *Utilizing experience-based co-design to improve the experience of patients accessing*

emergency departments in New South Wales public hospitals: An evaluation study. Health Serv Manag Res. 25(4):162–172.

- Pisco, L. (2001). *Perspetivas sobre a qualidade na saúde. Revista da Qualidade em Saúde. 5, p-4-6.*
- Pisco, L.& Biscaia, J. L.(2001). *Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 2, pp. 43-51.*
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical care research and review : MCRR, 70(4), 351–379.* <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Reeves, R.& Seccombe, I. (2008). Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. *Qual Saf Health Care. 17(6):437–441*
- Ribeiro, A. L. A.(2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João, Dissertação para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.*
- Rummer, G.A. & Brache, A.P. (1992). *Melhores desempenhos das empresas: ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade. Makron Books.*
- Safran, D. Miller, W. & Beckman, H.(2006). Organizational dimensions of relationship-centered care: theory, evidence and practice. *Journal of General Internal Medicine. 21, pp. 9–15.*
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students. 8th edition.*
- Schneider, H., le Marcis, F., Grard, J., Penn-Kekana, L., Blaauw, D. & Fassin, D. (2010). *Negotiating care: patient tactics at an urban south African hospital. J Health Serv Res Policy.15(3):137–142.*
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PloS one, 9(9), e107828.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Sesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.*

- Shaller, D. (2007). *Patient-Centered Care: What Does It Take?*. Picker Institute and The Commonwealth Fund.
https://www.researchgate.net/publication/228787332_Patient-Centered_Care_What_Does_It_Take
- Silow-Carroll, S. Alteras, T. & Stepnick, L. (2006). Patient-Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices. The WK Kellogg Foundation, pp. 1–42.
- Silva, Dd. (2014). Healing measure person-centred care. The Health Foundation Inspiring Improvement.
- Sitzia, J. (1999). *How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. International Journal for Quality in Health Care*. 11(4), pp. 319-28.
- Slater, L. (2006). Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*. 23(1), pp. 135–144.
- Sotomayor, AM, Rodrigues, J; & Duarte, M. (2018). *Princípios de Gestão das Organizações*. 3ª Edição- Rei dos Livros.
- Sousa, P. et al. (2008). *Avaliação da qualidade em saúde: A importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático: 7*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/19699>
- Steingard, D.S & Fitzgibbons, D.E. (1993). A Postmodern Deconstruction of Total Quality Management (TQM). *Journal of Organizational Change Management*. 6(5), pp. 27-42. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000001210>
- Stone, S. (2008). *A retrospective evaluation of the impact of the plane tree patient-entered model of care on inpatient quality outcomes. Health Environments Research and Design Journal*. pp.-55-69.
- Thompson A.G.H. (1983). *Unpublished doctoral thesis, UMIST, University of Manchester, Manchester. The measurement of patients' perceptions of the quality of hospital care*.
- Tomes, A.E. & Ng, S.C.P. (1995). *Service quality in hospital care: the development of in-patient questionnaire. International of Health Care Quality Assurance*. 8(3), pp. 25–33.

- Tsianakas V, Maben J, Wiseman T, Robert G, Richardson A, Madden P, et al. (2012). *Using patients' experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: patient narratives, surveys or both?* *BMC Health Serv Res.*;12:271.
- Tsianakas V, Robert G, Maben J, Richardson A, Dale C, Wiseman T.(2012). *Implementing patient-centred cancer care: using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services.* *Support Care Cancer.* 20(11):2639–2647.
- Tzelepis, F., Sanson-Fisher, R. W., Zucca, A. C., & Fradgley, E. A. (2015). Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient preference and adherence*, 9, 831–835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>
- US Department of Health and Human Services. (2008). *Personalized Health Care: Pioneers, Partnerships, Progress.* US Department of Health and Human Services. Pp. 1–302.
- van Campen, C. et al. (1995). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev.* 52, pp. 109–33.
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A.-L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 487–496. <http://www.jstor.org/stable/45127151>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento.* *Edições Sílabo.*
- Ware, J.E. & Snyder, M.K. (1975). *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services.* *Medical Care.* 13(8) pp. 669-82.
- Watson, J.G. & Rao Korukonda, A. (1995). *A selva TQM: uma análise dialética.* *International Journal of Quality & Reliability Management* . 12 (9), pp. 100-109. <https://doi.org/10.1108/02656719510101213>

X.APÊNDICES

Apêndice I. Questionário

Secção 1 de 3

Questionário adaptado da ferramenta “Where do we Stand” Institute for Patient- and Family-Centered Care (2008)

Este questionário visa avaliar se existe uma política de gestão da qualidade na dimensão “responsividade-qualidade centrada no utente” na sua organização. Os dados recolhidos destinam-se apenas a fins académicos e será assegurada a sua confidencialidade.

O questionário é composto por duas partes, uma primeira para caracterização sócio demográfica dos participantes e uma segunda com questões abertas e fechadas. Selecione as afirmações que mais identificam a sua organização (pode escolher mais que uma).

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido *

os objetivos da investigação. Desta forma, aceito participar na mesma e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para fins académicos, científicos e publicações que delas decorram, estando assegurado a confidencialidade e anonimato.

☐ Sim

☐ Não

Após a secção 1 Continuar para a secção seguinte

Secção 2 de 3

Parte I

Dados Socio-demográficos

Idade *

Texto de resposta curta

Sexo *

☐ Masculino

☐ Feminino

Profissão *

Texto de resposta curta

Número de anos em funções ligadas à gestão da qualidade *

Texto de resposta curta

Após a secção 2 Continuar para a secção seguinte

Parte II



Descrição (opcional)

1) Considera que existe uma cultura de gestão da qualidade centrada no utente na sua organização? *

☐ Sim

☐ Não

2) Se sim, justifique seleccionando quais as dimensões que considera existirem na política de qualidade centrada no utente da sua organização: *

☐ Cultura Organizacional e Filosofia de Prestação de Cuidados de Saúde

☐ Participação do Utente e Família enquanto Consultores na Organização

☐ Padrões dos Cuidados de Saúde

☐ Acesso à informação dos utentes e família

☐ Programas Educativos e de Treino

☐ Investigação

☐ Políticas de Recursos Humanos

Cultura Organizacional e Filosofia de Prestação de Cuidados de Saúde

Descrição (opcional)

3) Selecione as afirmações que melhor descrevem a sua organização: *

- ☐ A visão, missão e valores dos cuidados da organização refletem os princípios de cuidados centrados no ...
- ☐ A organização tem uma definição de qualidade dos cuidados de saúde e esta inclui como os utentes e f...
- ☐ A política de qualidade da organização encontra-se divulgada/difundida por todos os elementos da mes...
- ☐ Os modelos de liderança da organização promovem a colaboração com utentes/famílias
- ☐ As políticas, programas e práticas dos profissionais da organização são consistentes com a visão de qu...
- ☐ Nenhuma das anteriores

Participação do Utente e Família enquanto Consultores na Organização

Descrição (opcional)

4) Existe na organização um conselho consultor de utentes e famílias? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

5) Caso existe um conselho consultor de utentes e famílias, a segurança do utente é um tema * regular da agenda do mesmo?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

6) Os utentes e famílias são membros de comissões e envolvidos em iniciativas como: *

- ☐ Segurança do utente
- ☐ Melhoria da qualidade
- ☐ Design das instalações
- ☐ Uso de tecnologias de informação
- ☐ Gestão da dor
- ☐ Educação para o utente/família
- ☐ Planeamento da nota de alta/transferência
- ☐ Cuidados paliativos e de fim de vida
- ☐ Orientação e educação dos colaboradores
- ☐ Excelência dos serviços
- ☐ Competencia Cultural
- ☐ Arquitetura e design
- ☐ Desconhece

7) A arquitetura e design da organização de saúde: *

- ☐ Tem sinalética de boas-vindas para utentes e familiares através das instalações
- ☐ Reflete a diversidade da população alvo utentes/família
- ☐ Promove a privacidade e o conforto dos utentes/família
- ☐ Suporta a presença e participação das famílias
- ☐ Facilita o acesso à informação pelos utentes/famílias
- ☐ Suporta a colaboração dos profissionais nas diversas especialidades e com os utentes/famílias
- ☐ Não está adaptada

Padrões dos Cuidados de Saúde

Descrição (opcional)

8) Selecione as afirmações que melhor descrevem a sua organização: *

- ☐ Os membros da família são sempre bem-vindos no acompanhamento ao utente, tendo em conta as sua...
- ☐ Os utentes e as famílias são vistas como elementos essenciais à equipa de prestação de cuidados de s...
- ☐ O médico e a equipa de saúde reforça/realça que os cuidados são individualizados para os objetivo, prio...
- ☐ Os utentes/família (de acordo com as suas preferências), são encorajados a estar presentes e participar...
- ☐ Os cuidados são coordenados com os utentes/famílias e entre as diversas especialidades e departame...
- ☐ Nenhuma das anteriores

Acesso à informação dos utentes e família

Descrição (opcional)

9) Selecione as afirmações que melhor descrevem a sua organização: *

- ☐ Os sistemas de informação asseguram que os utentes/famílias tem acesso completo, imparcial e útil a i...
- ☐ Os utentes/família (de acordo com as suas preferências), tem acesso atempado a lista de medicação, in...
- ☐ Os recursos educacionais e informativos estão disponíveis numa variedade de formatos, redes, línguas ...
- ☐ Os utentes/família são encorajados a rever os seus registos clínicos e a colaborar com os profissionais ...
- ☐ São fornecidas aos utentes/família informações práticas sobre a melhor forma de garantir a segurança ...
- ☐ Existe uma variedade de programas de suporte e recursos para os utentes/famílias, incluindo grupos de ...
- ☐ Nenhuma das anteriores

Programas Educativos e de Treino

Descrição (opcional)

10) Selecione as afirmações que melhor descrevem a sua organização: *

- ☐ Os programas de integração e formação preparam as equipas de saúde, estudantes e estagiários para u...
- ☐ Os utentes/famílias são envolvidos como professores em programas de orientação e educacionais
- ☐ Nenhuma das anteriores

Investigação

Descrição (opcional)

11) Em programas de investigação, os utentes/família participam em: *

- ☐ Na definição da agenda
- ☐ Na condução da Investigação
- ☐ Na análise dos dados
- ☐ Na disseminação dos resultados
- ☐ Nenhuma das anteriores

Política de Recursos Humanos

Descrição (opcional)

12) Selecione as afirmações que melhor descrevem a sua organização: *

- ☐ A política de recursos humanos suporta e promove a prática de cuidados centrados no utente
- ☐ Existem políticas que asseguram que são contratados profissionais com competências e atitude centra...
- ☐ Existem políticas que asseguram a existência de expectativas explícitas que todos os profissionais deve...
- ☐ Existem estratégias para reduzir as diferenças culturais e linguísticas entre os profissionais e os utentes/f...
- ☐ Nenhuma das anteriores

Feedback do utente

Descrição (opcional)

13) Na sua organização existe uma política de monitorização do feedback do utente? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

14) Se sim, que tipo de feedback é monitorizado: *

- ☐ Reclamações
- ☐ Opiniões
- ☐ Elogios
- ☐ Outros

15) Os resultados de qualquer feedback dos utentes dos utentes são considerados na estratégia de melhoria da qualidade da sua organização? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Desconhece

16) Se sim, descreva o processo e as estratégias de melhoria que são utilizadas

Gestão da Qualidade em Saúde

Descrição (opcional)

...

17) Das seguintes dimensões da qualidade em saúde qual (quais) considera estarem relacionadas com a gestão da qualidade centrada no utente? *

- ☐ Tangibilidade (estrutura física, equipamentos, etc)
- ☐ Eficácia
- ☐ Eficiência
- ☐ Efetividade
- ☐ Responsividade
- ☐ Confiabilidade
- ☐ Competência
- ☐ Segurança
- ☐ Acesso
- ☐ Tempo de espera

18) Das seguintes opções identifique quais as possíveis dificuldades/obstáculos na implementação de uma política de gestão da qualidade centrada no utente? *

- ☐ Subfinanciamento do sistema de saúde
- ☐ Custos associados
- ☐ Carência de recursos humanos
- ☐ Carência de recursos materiais
- ☐ Resistência organizacional à mudança
- ☐ Não adesão dos profissionais
- ☐ Não adesão dos utentes
- ☐ Não existem dificuldades/obstáculos à mudança

Apêndice II. Entrevista

- Descreva brevemente iniciativas inovadoras, programas ou produtos do seu hospital ou área clínica que refletem o cuidado centrado no utente e na família e colaboração familiar/profissional.
 - *“A XXXX, é uma unidade criada para controlo de doentes com Insuficiência cardíaca Congestiva, numa parceria dos Serviços de medicina Interna e cardiologia. “*
 - *“A Unidade de hospitalização domiciliária, dependente do serviço de Medicina Interna, replica no nosso hospital uma prática já amplamente aceite em vários países e em vários hospitais portugueses. “*
 - *“O Circuito do doente cirúrgico criado no Serviço de Cirurgia Geral, é um exemplo de boas práticas em saúde e de cuidados centrados no doente (...). ”*
 - *“Projeto lean no bloco operatório- Este projeto foi desenvolvido há mais de 3 anos no Bloco Operatório 1, usando as ferramentas de melhoria da qualidade do lean management. Foi liderado por um administrador hospitalar com apoio de entidade externa.”*
 - *“Grupo de melhoria do circuito do doente no serviço de urgência.”*
 - *“Implementação do projeto lean no serviço de Oncologia.”*
- Descreva na sua opinião os benefícios/resultados decorrentes dessas inovações.
 - *“Tem por objetivo a otimização e controlo destes doentes, evitando vindas ao serviço de urgência e internamentos decorrentes da descompensação desta patologia. Esta unidade mereceu um prémio de inovação nos cuidados de saúde por parte de uma entidade externa e foi publicitado na newsletter do hospital”.*
 - *“Apesar de ter critérios de seleção apertados, permite colocar em tratamento domiciliário muitos doentes que iriam sobrecarregar as camas de internamento hospitalar (...) É uma iniciativa centrada no doente, no envolvimento do mesmo e dos seus familiares/ cuidadores, de forma*

humanizada, garantido qualidade nos cuidados prestados com elevados níveis de satisfação por parte de todos os intervenientes (...) A vantagem é a diminuição de infeções associadas aos cuidados de saúde, prevenção do impacto psicológico decorrente da hospitalização prolongada, maior rapidez na reabilitação e autonomia do doente, capacitação de familiares e cuidadores. A continuidade e a ligação aos cuidados de saúde primários também são asseguradas após alta destes doentes.”

- *“A criação deste circuito está centrado em resultados (permitir diminuir a lista de espera), mas corresponde às melhores expectativas dos doentes.”*
- *“ (...) envolvendo vários grupos profissionais para ser elaborado um plano de melhoria do circuito do doente no serviço de urgência (...).”*
- *Descreva brevemente os desafios ou dificuldades no seu hospital da prática da gestão da qualidade centrada no utente.*
 - *“Este projeto tem tipo dificuldade a estender-se a outros serviços (...). Como constrangimentos a esta implementação refiro o desinteresse e desconhecimento da maioria dos profissionais médicos. O quadro médico é envelhecido, sem vontade de se envolver em novos projetos. Os Cirurgiões mais novos estão sobrecarregados com escalas de urgência e também não consideram desafiante a criação de uma unidade de Hospitalização domiciliaria no desenvolvimento da sua carreira profissional. De uma forma geral o serviço está centrado em resultados e menos nas expectativas e satisfação dos doentes”*
 - *“Foram envolvidos vários profissionais, mas o processo de implementação foi mal compreendido, os objetivos não foram apresentados aos diferentes utilizadores do BO, assim como os resultados não foram divulgados. Geraram-se atitudes de rejeição e desvalorização desta iniciativa. A continuidade desta iniciativa está em fase de apreciação pelo atual CA.”*
 - *“Os resultados são desconhecidos da organização e não é perceptível o impacto que teve na mesma, já que se manteve a mesma dinâmica nos hábitos de trabalho (...) Há uma evidente resistência á mudança.*

ANEXOS

Anexo I. Questionário “Where Do We Stand (IPFCC, 2008)

An assessment tool for hospital trustees, administrators, providers, and patient and family leaders (IPFCC 2008)

Initial assessment

Organisational culture and philosophy of care

- Do the organisation's vision, mission, and philosophy of care statements reflect the principles of patient- and family-centered care and promote partnerships with the patients and families it serves?
- Has the organisation defined quality health care, and does this definition include how patients and families will experience care?
- Has the definition of quality and philosophy of care been communicated clearly throughout the healthcare organisation, to patients and families, and others in the community?
- Do the organisation's leaders model collaboration with patients and families?
- Are the organisation's policies, programs, and staff practices consistent with the view that families are allies for patient health, safety, and well-being?

Patient and family participation in organisational advisory roles

- Is there an organisational Patient and Family Advisory Council?
- If there is a Patient and Family Advisory Council, is patient safety a regular agenda item?
- Are patients and families members of committees and are they involved in initiatives for:
 - patient safety?
 - quality improvement?
 - facility design?
 - use of information technology?
 - pain management?
 - patient/family education?
 - discharge/transition planning?
 - palliative/end-of-life care?
 - staff orientation and education?
 - service excellence?
 - ethics?
 - diversity/cultural competency?
 - architecture and design
- Does the healthcare organisation's architecture and design:
 - create welcoming impressions throughout the facility for patients and families?
 - reflect the diversity of patients and families served?

- provide for the privacy and comfort of patients and families?
- support the presence and participation of families?
- facilitate patient and family access to information?
- support the collaboration of staff across disciplines and with patients and families?

Patterns of care

- Are family members always welcome to be with the patient, in accordance with patient preference, and not viewed as visitors?
- Are patients and families viewed as essential members of the healthcare team? For example, are they encouraged and supported to participate in care planning and decision-making?
- Do physician and staff practices reinforce that care will be individualised for patient and family goals, priorities, and values?
- Are patients and families, in accordance with patient preference, encouraged to be present and to participate in rounds and nurse change of shift?
- Is care coordinated with patients and families and across disciplines and departments?

Patient and family access to information

- Are there systems in place to ensure that patients and families have access to complete, unbiased, and useful information?
- Do patients and families, in accordance with patient preference, have timely access to medication lists, clinical information (e.g., lab, x-ray, and other test results), and discharge or transition summaries?
- Are informational and educational resources available in a variety of formats and media and in the languages and at the reading levels of the individuals served?
- Are patients and families encouraged to review their medical records and work with staff and physicians to correct inaccuracies?
- Are patients and families provided with practical information on how to best assure safety in health care?
- Are there a variety of support programs and resources for patients and families, including peer and family-to-family support?

Education and training programs

- Do orientation and education programs prepare staff, physicians, students, and trainees for patient- and family-centered practice and collaboration with patients, families, and other disciplines?
- Are patients and families involved as faculty in orientation and educational programs?

Research

- In research programs, do patients and families participate in:
 - shaping the agenda?
 - conducting the research?
 - analysing the data?
 - disseminating the results?

Human resources policies

- Does the organisation's human resources system support and encourage the practice of patient- and family-centered care?
- Are there policies in place to ensure that:
 - individuals with patient- and family-centered skills and attitudes are hired?
 - there are explicit expectations that all employees respect and
 - collaborate with patients, families, and staff across disciplines
 - and departments?
- Are there strategies in place to reduce the cultural and linguistic differences between staff and the patients and families they serve?

© IPFCC 2008