

RECONHECIMENTO  
DA QUALIDADE NO  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

# PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE



Departamento  
da Qualidade na Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE





Setembro 2014

**EDIÇÃO**

Departamento da Qualidade na Saúde  
Direção-Geral da Saúde

**COORDENAÇÃO**

Filipa Homem Christo

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 800 / Fax: 218 430 846  
acreditacao@dgs.pt  
www.dgs.pt

REVISÃO Infofluxos, Lda ● CONCEÇÃO E PAGINAÇÃO Cempalavras, Lda  
ISBN 978-972-675-206-6 ● Texto conforme o novo Acordo Ortográfico

# ÍNDICE

O INÍCIO DA ACREDITAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL ..... 4

CERTIFICAÇÃO *VERSUS* ACREDITAÇÃO ..... 6

AS VANTAGENS DE UM PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE ..... 8

1. Articulação com as determinantes da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde ..... 9
2. Centralização da informação como garante da melhoria contínua ..... 10
3. Razões da opção pelo modelo ACSA ..... 10
4. Os acordos entre países para adoção do modelo ACSA ..... 13
5. As Comissões Técnicas ..... 13

OS PILARES DO MODELO NACIONAL E OFICIAL DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE (MODELO ACSA) ..... 14

1. Quadro conceptual do modelo ..... 15
2. As dimensões da qualidade ..... 16
3. A Gestão Clínica ..... 17
4. Os Processos Assistenciais Integrados ..... 18
5. A carteira de serviços ..... 20

A AUTOAVALIAÇÃO E A AVALIAÇÃO EXTERNA ..... 22

1. A autoavaliação, elemento central da melhoria ..... 23
2. As ferramentas de apoio e de melhoria contínua ..... 23
3. A avaliação externa por pares, independência e credibilidade ..... 24

## O INÍCIO DA ACREDITAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL

A primeira iniciativa tomada no âmbito do Ministério da Saúde para implementar um programa de acreditação no Serviço Nacional de Saúde (SNS) data de 1999 e foi da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Na altura, foi escolhido e implementado o modelo inglês então conhecido por King's Fund, hoje CHKS.

Mais tarde, a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. entendeu, por seu lado, adotar um outro modelo, tendo começado a implementar o modelo americano da Joint Commission International (JCI).

Conviveram, assim, durante alguns anos, dois modelos distintos de acreditação, embora ambos – como seria de esperar – tocassem aspetos semelhantes da qualidade e segurança.

A disponibilidade de fundos comunitários para apoiar estes programas, através do Programa Saúde XXI, foi substancial e permitiu a sua rápida progressão. Importantes passos foram dados na altura no sentido da melhoria da qualidade e, sobretudo, da segurança do utente.

No entanto, quase dez anos passados, a progressão fazia-se sobretudo nos grandes centros hospitalares, deixando de lado a grande maioria das tipologias de cuidados de saúde – os cuidados de saúde primários e cuidados continuados e as unidades de saúde com dificuldades estruturais – que, não tendo condições para obter uma acreditação de toda a estrutura, também não tinham nenhuma solução alternativa para avançar de forma institucional e consistente para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados.

O atraso em que se encontrava a maioria das unidades de saúde do SNS em matéria de qualidade era notória. A coexistência de vários programas de acreditação pouco adaptados à grande maioria das unidades de saúde portuguesas não se revelou ser a melhor abordagem.

Alguns anos depois da extinção do IQS foi criado, na Direção-Geral da Saúde (DGS), o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro, vindo este Departamento a herdar todas as funções e atribuições do extinto IQS e a própria DGS a alargar o seu âmbito de atuação.

Em junho de 2009 é publicado em Diário da República o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho), o qual determina que *“o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde português”*.

Mais recentemente, o Decreto-Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, vem reafirmar a competência da DGS para *“analisar, certificar e divulgar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos”*.

## CERTIFICAÇÃO VERSUS ACREDITAÇÃO

Com a introdução dos modelos inglês e americano em Portugal, adotou-se, por arrastamento, a linguagem introduzida com estes programas: *"accreditation"*.

Na área da saúde, a definição de *"accreditation"*, tal como é expressa pela ISQUA (International Society for Quality Assurance), entrou rapidamente na gíria internacional. Mas esta questão presta-se a muita confusão e, por vezes, a dúbias interpretações.

A definição de *"accreditation"* da ISQUA é fácil de entender, muito apropriada e dinâmica. Para a ISQUA, a acreditação *"é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente"*.

O conceito de acreditação da ISQUA sublinha o respeito e o reconhecimento da competência técnica, que é, universalmente, um dos aspetos essenciais de qualquer processo de acreditação.

A ISQUA determina na sua definição de acreditação que a autoavaliação e avaliação externa são levadas a cabo por pares e que a avaliação do desempenho se baseia em padrões preestabelecidos e próprios para as organizações de saúde.

A definição da ISQUA, largamente difundida entre as organizações de saúde, foi adotada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), não só pela clareza com que se poderia comunicar às unidades de saúde o que se espera delas em relação aos processos ditos de acreditação, como também para não criar um hiato com a tradição internacional de designar por *"accreditation"* na saúde processos que, na verdade, não são mais do que processos de certificação com normas próprias para a saúde (os ditos padrões ou standards).

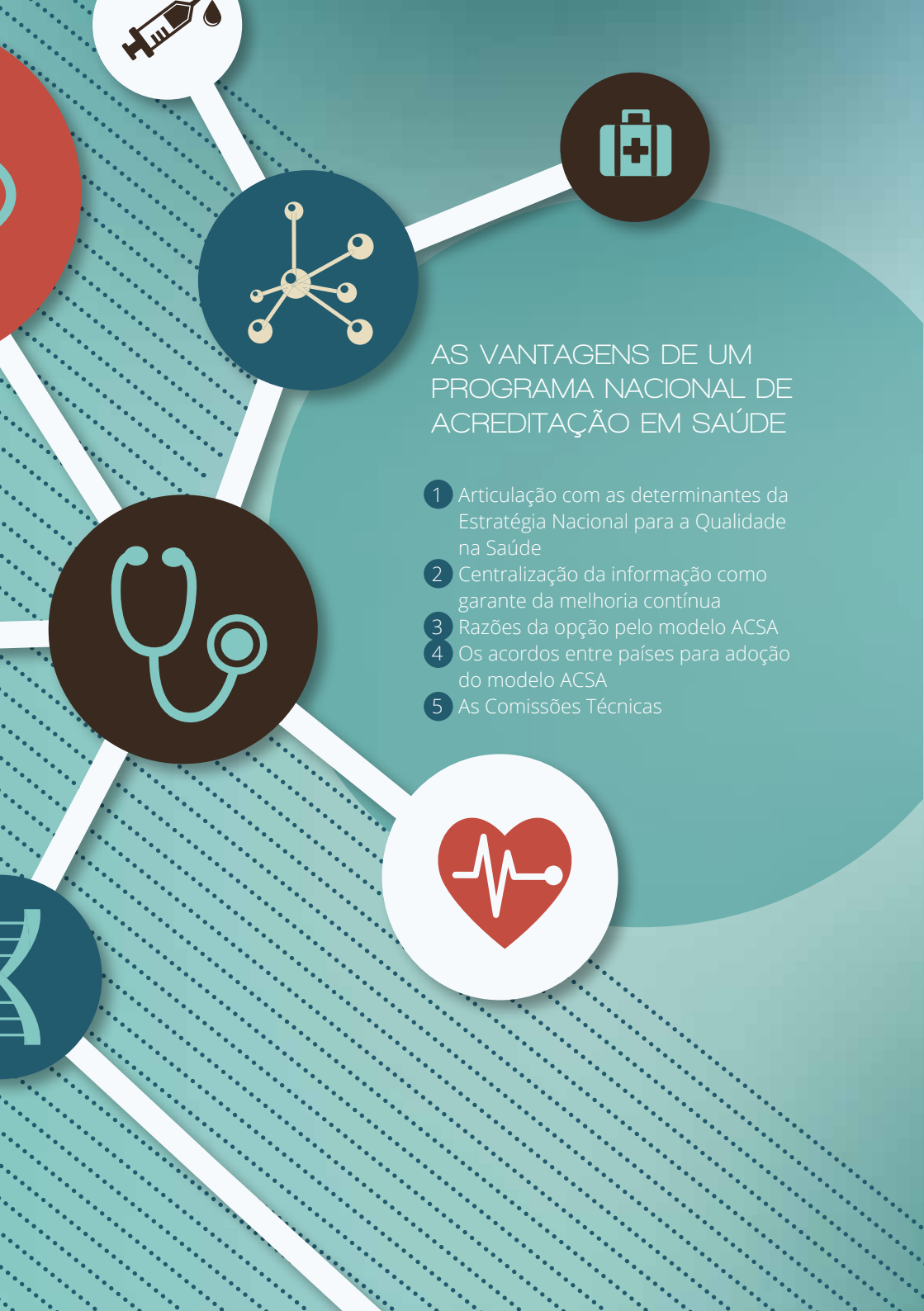
No espaço europeu, a adoção desta terminologia tem de ser sempre explicada, sublinhando-se que se trata de processos de certificação da prestação de cuidados de saúde, para que não haja lugar a confusões com a atividade das entidades nacionais de acreditação.

Na verdade, de acordo com as Diretivas da União Europeia e no âmbito dos sistemas oficiais de reconhecimento mútuo entre países (consenso entre os representantes oficiais designados pelas diferentes nações que têm assento nas organizações internacionais de normalização), existe apenas um organismo oficial por país acreditador de entidades. Por exemplo, o IPAC, no caso de Portugal; a ENAC, no caso de Espanha.

A expressão acreditação está de tal forma vulgarizada na área da saúde que se manteve na designação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, embora definindo-se claramente que os processos em causa são sempre, tecnicamente, processos de certificação da prestação de cuidados.

Em termos simples, poderíamos dizer que certificar significa demonstrar, com base numa avaliação e auditoria externa independente, que um produto, serviço, sistema de gestão ou mesmo processo mais complexo está de acordo com uma norma, referencial, especificação técnica, etc.

Um processo sistemático de educação e esclarecimento dos profissionais de saúde deve ser levado a cabo para que todos compreendam os conceitos por detrás das palavras e não se deixem influenciar por meros termos.



## AS VANTAGENS DE UM PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

- 1 Articulação com as determinantes da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- 2 Centralização da informação como garante da melhoria contínua
- 3 Razões da opção pelo modelo ACSA
- 4 Os acordos entre países para adoção do modelo ACSA
- 5 As Comissões Técnicas



## AS VANTAGENS DE UM PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

### 1. ARTICULAÇÃO COM AS DETERMINANTES DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE

As vantagens de um programa nacional de acreditação de unidades de saúde, tutelado pelo Ministério da Saúde, são muitas:

Em primeiro lugar, a articulação harmoniosa com os diferentes eixos estratégicos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que foi desenhada para promover e desenvolver a qualidade nas unidades de saúde do Sistema de Saúde português, tendo em conta as suas características.

Em segundo lugar, o Ministério da Saúde tem a obrigação de pugnar pela qualidade dos seus serviços e de a verificar continuamente. Para isso conta com a Direção-Geral da Saúde, órgão do Ministério da Saúde independente da gestão direta das unidades de saúde, bem como com a colaboração de clínicos, técnicos e peritos de reconhecida competência dentro do SNS, os quais, tendo em conta padrões internacionais conhecidos e a evidência científica disponível, os adaptam e validam para a realidade do serviço público de saúde português que conhecem em profundidade.

Em terceiro lugar, a otimização e racionalização de meios que um programa nacional permite, definindo-se prioridades para o desenvolvimento das grandes linhas programáticas relativamente à qualidade e segurança dos utentes e pondo cobro ao desperdício de recursos que tem lugar quando as decisões são tomadas de forma dispersa e inconsistente.

Em quarto lugar, a partilha do conhecimento entre os departamentos técnicos do Ministério da Saúde e a sua disseminação a nível nacional, que desta forma pode atingir patamares de difusão não possíveis de ser alcançados de outro modo.

De acordo com o que determina a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e os Despachos subsequentes do Ministério da Saúde, cabe à DGS determinar qual o sistema de qualificação e reconhecimento externo das unidades de saúde que deve ser adotado para a prestação de cuidados, qualquer que seja a sua abrangência e tipologia.

Quando se deixa à livre escolha de cada unidade de saúde a decisão sobre o sistema de reconhecimento externo a adotar, surgem, unidade a unidade, decisões muito diversificadas, sujeitas a influências várias. Sem negar o direito que cada pessoa tem à sua própria opinião no foro privado, não pode no entanto haver lugar à institucionalização de opiniões individuais ou de entidades estranhas ao Ministério da Saúde.

A Direção-Geral da Saúde é, para todos os efeitos, a Autoridade Competente nesta matéria e a nenhuma outra entidade foi oficialmente reconhecida ou delegada autoridade ou competência para definir qual o melhor modelo e quais os padrões de desempenho a adotar para o reconhecimento externo da qualidade da prestação de cuidados nas unidades de saúde do Sistema de Saúde português.

## 2. CENTRALIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO COMO GARANTE DA MELHORIA CONTÍNUA

Para além do que atrás ficou dito, um dos aspetos mais relevantes de um Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) consiste no facto de que toda a riqueza da informação produzida durante a autoavaliação e avaliação externa, toda a riqueza dos exemplos de boas práticas que emergem das mais diversas unidades, toda a experiência acumulada e a análise de onde residem as principais carências ou desvios da boa prática recomendada, ficam ao dispor de um organismo central do Ministério da Saúde e podem, assim, ser partilhadas e disponibilizadas. Partilhadas e disponibilizadas não só para as restantes unidades em processo de certificação no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, como também através da criação de Normas, Orientações e mesmo recomendações para todas as unidades de saúde do Sistema de Saúde português. Só assim se pode, verdadeiramente, disseminar o conhecimento de forma consistente, permanente e sustentada.

## 3. RAZÕES DA OPÇÃO PELO MODELO ACSA

Basicamente, todos os modelos de acreditação na área da saúde são bons para o fim específico a que se destinam, mas não necessariamente em todas as circunstâncias e para todos os ambientes organizacionais. Todos os modelos de acreditação na saúde abordam as clássicas dimensões da qualidade, mas a tónica que é posta num e noutro aspeto da qualidade não é necessariamente a mesma.

Sem desprezar o valor que as escolhas anteriormente feitas possam ter tido à data em que as decisões foram tomadas, o Departamento da Qualidade na Saúde não adotou a postura de as considerar imutáveis quando, decorridos dez anos, os resultados não eram animadores. A evolução faz-se por saltos qualitativos e,

muitas vezes, por mudanças de registo e até roturas. A continuidade estática sem visão estratégica não é evolução, podendo mesmo ser exatamente o seu contrário.

Em 2009 a Direção-Geral da Saúde assumiu a responsabilidade de criar e desenvolver um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, sustentável para todo o parque de saúde do Sistema de Saúde português, tendo em conta as suas características, qualquer que seja a tipologia das unidades de saúde do SNS. Com os modelos até aí desenvolvidos tal não era possível.

Por outro lado, havia dois programas de acreditação em curso nas unidades de saúde do SNS. O que, para um país da dimensão do nosso, representa uma clara dispersão de recursos, competências e informação e, como tal, uma estratégia não adaptada às reais necessidades do país.

Procurou-se, então, um modelo de certificação da prestação de cuidados e de qualificação e reconhecimento externo das unidades de saúde do SNS, compatível com os seguintes princípios:

- Ser adequado aos grandes problemas da qualidade na saúde identificados;
- Ser adequado a toda a tipologia de unidades de saúde do SNS e a todos os níveis de cuidados;
- Ser adequado a um sistema de saúde público e universal em que o cidadão é central;
- Ser adequado à integração, no próprio modelo, de todas as linhas estratégicas do Ministério da Saúde;
- Ser adequado à primazia da gestão clínica na prestação de cuidados ao utente e ao esforço de normalização clínica baseada na evidência;
- Ser adequado à monitorização dos resultados assistenciais;
- Ser adequado à necessidade de fomentar junto dos profissionais de saúde o empenho em tomarem eles próprios em mãos os eixos do desenvolvimento contínuo da qualidade;
- Ser adequado à rápida disseminação do conhecimento no maior número possível de unidades de saúde;
- Ser adequado à necessidade de rentabilizar recursos em termos de pessoal, tempo e custos.

A opção por criar de raiz um modelo exclusivamente português, passando por todo o processo de investigação, experimentação, análise e validação até à sua

consolidação final, iria levar demasiado tempo. Considerou-se, então, que o ideal seria procurar e adotar um modelo que satisfizesse todos estes requisitos, bem desenvolvido e com provas dadas, de preferência criado por uma entidade pública congénere da Direção-Geral da Saúde, e validá-lo para o país.

Na vizinha Espanha, a Conselheria de Saúde da Região Autónoma da Andaluzia, através da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), tinha criado um modelo de certificação de unidades de saúde, focalizado na certificação da prestação de cuidados, desenvolvido por profissionais de saúde para profissionais de saúde. Constatou-se que este modelo de certificação e reconhecimento público respondia aos grandes desafios de qualidade que a DGS tinha que resolver em Portugal, sendo também compatível com a integração de todos os Programas Nacionais de Saúde em curso no país.

Quer do ponto de vista demográfico e sociocultural, quer do ponto de vista da estrutura organizacional do serviço público de saúde, quer do ponto de vista das principais prioridades em termos de qualidade e segurança do utente, existem muitas semelhanças entre as duas realidades. O facto de se tratar de um programa de uma região autónoma – aliás aquela onde existe a mais alargada base de direitos consagrados dos utentes – não lhe retira o seu valor intrínseco como representativo do que pode ser um modelo nacional e oficial.

Fundação pública sem fins lucrativos, integrada na Conselheria de Saúde, com uma maturidade de dez anos de experiência e mais de 500 unidades certificadas, com um programa integral de acreditação bem desenvolvido que inclui, além da certificação de unidades de saúde, a acreditação de competências profissionais, a acreditação da formação contínua e a acreditação de páginas web, a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía oferecia ainda a vantagem de estar ela própria acreditada pela ENAC (Entidad Nacional de Acreditación) de Espanha para a certificação de unidades de saúde com base nos seus Manuais de Standards, equiparados a “norma de produto” para os serviços de saúde.

Depois de estudado e analisado nos seus múltiplos aspetos, a DGS concluiu ser este modelo de certificação de unidades de saúde totalmente adequado para que pudesse ser adotado pelo Ministério da Saúde português para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. O modelo de certificação de unidades de saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) foi por isso aprovado, por Despacho ministerial, passando a designar-se por modelo ACSA, hoje ACSA Internacional.

#### 4. OS ACORDOS ENTRE PAÍSES PARA ADOÇÃO DO MODELO ACSA

Foi criada uma aliança entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha e, em 2010, os dois países celebraram entre si protocolos de cooperação e de cedência de autorização de utilização de direitos do modelo ACSA, a saber:

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

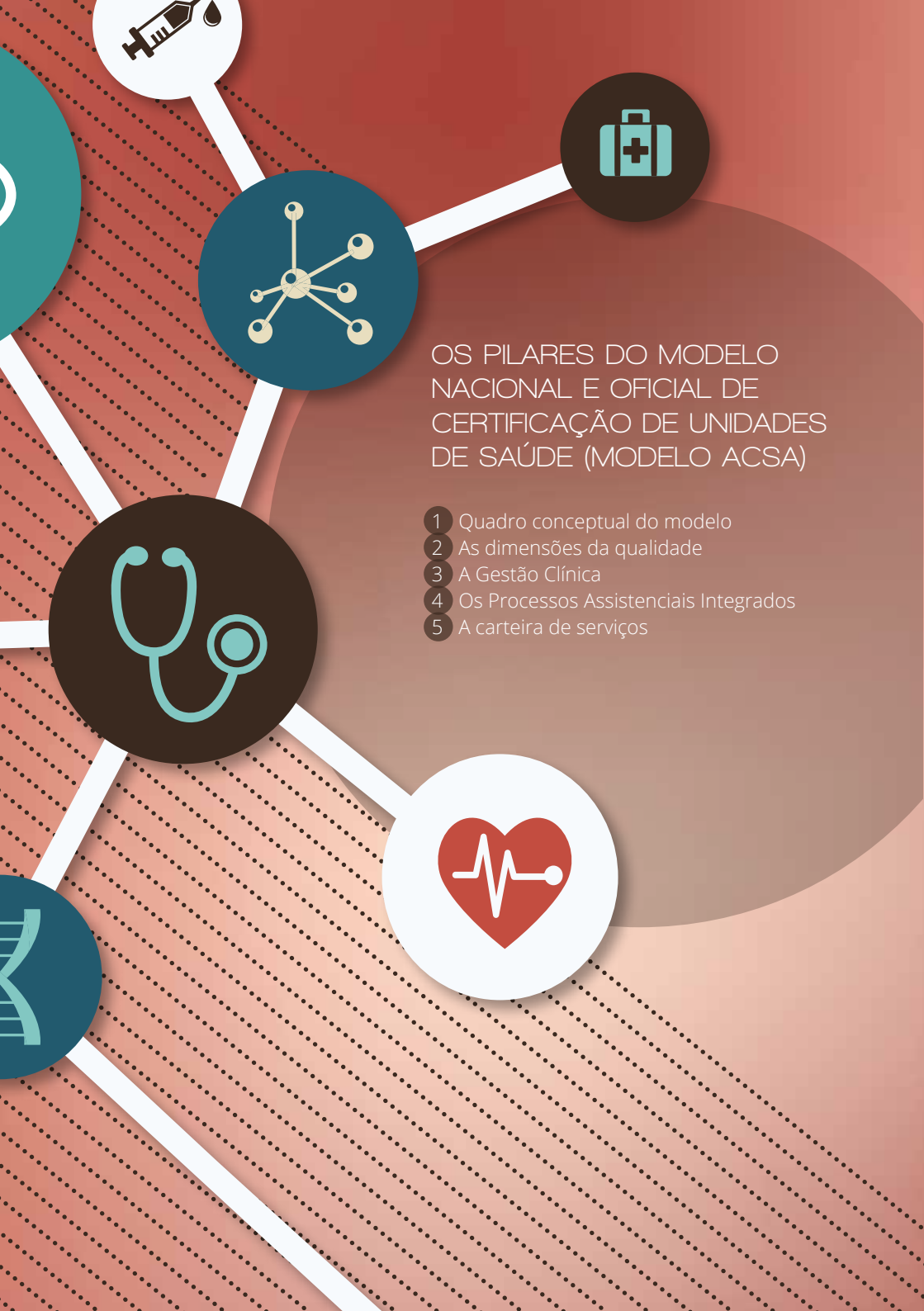
Estes acordos entre países, que conferem à DGS direitos exclusivos sobre as licenças de utilização do modelo ACSA no território nacional, permitem hoje à DGS poder conduzir autonomamente todo o processo de certificação e têm vindo a ser aprofundados e agilizados ao longo dos últimos cinco anos.

Consequentemente teve lugar uma formação intensiva do primeiro grupo de avaliadores portugueses, profissionais da DGS, que decorreu em Sevilha e em várias unidades de saúde da Andaluzia, a qual se tem vindo a consolidar, estando criada uma bolsa de avaliadores portugueses (auditores do PNAS) cada vez mais diferenciada.

#### 5. AS COMISSÕES TÉCNICAS

As Comissões Técnicas, criadas e a criar dentro do PNAS, são um aspeto muito importante da sua credibilidade e representam um dos garantes da adequação de todo o processo ao Sistema de Saúde português. Os protocolos de cooperação permitem que a vasta experiência angariada pelos seus congéneres espanhóis, através dos mais de 600 peritos da saúde que colaboram permanentemente com a Conselheria de Saúde e a ACSA, possa ser partilhada.

A DGS tem assim à sua disposição a possibilidade de utilizar e adaptar os Processos Assistenciais Integrados (PAI) da Conselheria de Saúde da Andaluzia e todos os Manuais de Standards de acreditação da ACSA, naturalmente que com total respeito pela propriedade intelectual dos seus autores. Para isso, os standards e os critérios para a avaliação externa do seu cumprimento têm de ser adaptados à legislação portuguesa e à realidade do Sistema de Saúde português, bem como à comunidade científica nacional. Daí o papel preponderante das Comissões Técnicas, que são constituídas cada vez que um Manual de acreditação especializado é adotado, adaptado e validado ou criado de raiz.



## OS PILARES DO MODELO NACIONAL E OFICIAL DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE (MODELO ACSA)

- 1 Quadro conceptual do modelo
- 2 As dimensões da qualidade
- 3 A Gestão Clínica
- 4 Os Processos Assistenciais Integrados
- 5 A carteira de serviços

## OS PILARES DO MODELO NACIONAL E OFICIAL DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE (MODELO ACSA)

### 1. QUADRO CONCEPTUAL DO MODELO

Para se compreender um modelo, seja do que for e em que área for, e neste caso trata-se de um modelo de qualificação e reconhecimento público da qualidade na saúde, é necessário compreender a sua génese. Que problemas conceptuais pretende resolver, quais os seus fundamentos, quais as referências ou crenças em que se baseou para se desenvolver, em que momento, época ou região surgiu?

O modelo ACSA utiliza como abordagem conceptual organizacional a evolução progressiva da melhoria contínua da qualidade até à excelência organizacional através de critérios e padrões de desempenho progressivamente mais complexos e abrangentes, tal como preconizado no modelo de excelência organizacional da EFQM (European Foundation for Quality Management). As organizações podem assim progredir, ao seu próprio ritmo, no caminho para a excelência organizacional e por isso existem três patamares ou níveis de acreditação.

Como base conceptual dos aspetos ligados à conformidade do sistema da qualidade, não deixou de se ter em conta os princípios da gestão da qualidade presentes na série de normas ISO 9000.

As bases de referência internacionais mais conhecidas foram estudadas, nomeadamente o modelo da Joint Commission International e o modelo canadiano, e os aspetos da qualidade na saúde reconhecidamente importantes encontram-se presentes no modelo ACSA.

O resultado foi o desenho de um programa de certificação de unidades de saúde que aborda a qualidade na saúde de forma estruturante, integral e coerente com as determinantes dos grandes Programas de Saúde e recomendações internacionais nesta matéria, imprimindo-lhe uma dinâmica evolutiva e progressiva.

Uma vez adotado e adaptado para Portugal, o modelo ACSA constitui-se como o modelo oficial e nacional de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde e como principal referência para as unidades de saúde do SNS.

## 2. AS DIMENSÕES DA QUALIDADE

As dimensões da qualidade presentes em todos os Manuais de Acreditação de Unidades de Saúde do PNAS são:

- O cidadão, centro do sistema de saúde
- Organização da atividade centrada na pessoa
- Os profissionais
- Processos de suporte
- Resultados

Dentro de cada uma destas dimensões da qualidade existem critérios e subcritérios e dentro destes os standards.

Cada standard tem a sua definição bem estabelecida, acompanhada do propósito que descreve a razão de ser do standard e ajuda à sua interpretação, e, nos Manuais mais recentes, os elementos avaliáveis relacionados com esse standard.

Este conjunto de standards juntamente com os critérios de cumprimento são, globalmente, considerados os necessários e suficientes para que uma unidade de saúde que os cumpra possa ser reconhecida publicamente e oficialmente como reunindo as condições necessárias para prestar cuidados seguros e de qualidade, baseados na melhor evidência científica.

Sendo a gestão clínica uma pedra de toque fundamental do modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde, o Manual de Acreditação da Gestão Clínica contém, para a dimensão da organização da atividade de prestação de cuidados, standards que exigem expressamente à unidade de saúde em processo de certificação:

- A identificação dos Programas de Saúde nacionais que lhe dizem respeito;
- A sua implementação ou plano para a sua efetiva implementação no terreno;
- A identificação dos Processos Assistenciais Integrados (PAI) que se aplicam à sua carteira de serviços e dos responsáveis pela sua adaptação local, implementação e desenvolvimento;
- A monitorização de indicadores dos PAI implementados;
- O desenho local dos processos assistenciais mais relevantes face à carteira de serviços, no caso de ausência de um PAI nacional da DGS;



- A monitorização das características da qualidade definidas para os registos clínicos;
- A medição, análise e atuação face aos desvios dos indicadores incluídos nos PAI;
- A evidência da análise das Normas Clínicas e de segurança do utente aplicáveis às unidades;
- O plano para a sua implementação e a metodologia de monitorização da adesão às Normas e de acompanhamento de indicadores, se aplicável.

### 3. A GESTÃO CLÍNICA

Em Portugal não existem unidades de gestão clínica na verdadeira aceção do termo: unidades com autonomia e responsabilidade alargadas e onde os profissionais têm um papel preponderante nas decisões sobre a estratégia de desenvolvimento organizacional, com vista a uma prestação de cuidados mais efetiva e focada nos principais problemas de saúde detetados na população que servem e na carteira de serviços autorizada.

Quando no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde se fala de Unidade de Gestão Clínica, esta é entendida como:

*“Uma organização de prestação de cuidados mais descentralizada e centrada na pessoa, nas suas necessidades, expetativas e direitos.*

*Uma organização que promove ativamente a participação dos utentes (e/ou os seus cuidadores) nas decisões sobre a sua saúde.*

*Uma organização que motiva todos os profissionais de saúde a fazer uso das suas capacidades na gestão integrada da prática clínica e os implica nas respostas organizacionais que permitem responder de forma efetiva com a oferta de serviços que corresponde à sua carteira de serviços.*

*Uma organização que promove a definição das competências profissionais para todas as atribuições de tarefas e todos os postos de trabalho, não apenas em termos de formação básica e formação contínua, mas também em termos de experiência, perícia e atitudes exigíveis.*

*Uma organização, na qual o desenvolvimento profissional contínuo é estimulado e decorre da avaliação do desempenho diretamente relacionado com a estratégia da unidade para responder às necessidades de saúde identificadas na população de utentes que serve.*

*Uma organização empenhada em garantir todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial.*

*Uma organização de prestação de cuidados em que os profissionais de saúde e os seus responsáveis clínicos diretos se envolvem e comprometem com a avaliação interpares e com a sua própria autoavaliação.*

*Uma organização de prestação de cuidados na qual se estabelecem objetivos assistenciais a partir dos seus processos assistenciais, objetivos esses que são monitorizados continuamente e cujas metas a unidade se compromete a cumprir”.*

Tratar-se-á por isso, em resumo, de uma organização que presta cuidados de saúde sustentados na competência profissional e na adesão às melhores práticas baseadas em evidência científica, incluindo as da segurança dos utentes e dos profissionais; comprometida com a implementação e melhoria dos Processos Assistenciais Integrados, com o estabelecimento de indicadores da qualidade relacionados com os resultados assistenciais e o uso racional de medicamentos e de tecnologias da saúde, tendo como fim último a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, da efetividade e da eficiência da prática assistencial.

#### 4. OS PROCESSOS ASSISTENCIAIS INTEGRADOS

Os Processos Assistenciais Integrados representam uma forma de abordar a prestação de cuidados de modo global e integrando todos os níveis de cuidados e toda a equipa multiprofissional, desde o início ao fim de um processo assistencial dirigido ao diagnóstico, tratamento, controlo e/ou prevenção de uma determinada patologia ou problema de saúde.

Baseada na clássica abordagem por processos que, de forma generalista, se encontra no desenho de circuitos dos tradicionais sistemas de gestão da qualidade, esta metodologia não se limita a descrever os diferentes atos e procedimentos de atendimento e tratamento dos utentes. Com os PAI o que se pretende é envolver o utente, pessoa a pessoa, com toda a sua especificidade e desenhar as atuações de todos os profissionais de todos os níveis de cuidados que concorrem, em qualquer ponto do sistema, para um resultado específico predefinido de curto, médio ou longo prazo.

A abordagem dos PAI não tem como fim, apenas, a conformidade da sequência das atividades. O seu foco principal centra-se na oportunidade de cuidados

atempados e humanizados; no respeito pelos direitos dos utentes e suas preferências; na informação que é necessário dar e receber para assegurar a capacidade de decisão e participação do utente e para assegurar a continuidade assistencial; na pertinência das decisões baseadas em evidência científica demonstrada pelas Normas Clínicas que as suportam; na adesão a todas as recomendações sobre segurança dos utentes; na monitorização de características da qualidade específicas dos diferentes processos; na monitorização de indicadores de desempenho e indicadores de adesão às boas práticas terapêuticas, de diagnóstico e de registo nos processos clínicos; na definição de competências profissionais específicas de cada elemento da equipa multiprofissional para o seu posto de trabalho; na definição de especificações dos equipamentos e tecnologias a utilizar.

E, mais do que tudo isso, no resultado expresso que é a saída do processo em termos de cura, controlo da doença, cuidados paliativos ou resolução do problema de saúde, e que permite medir o nível de desempenho de todos as atuações e de todos os profissionais envolvidos no processo assistencial, em qualquer local e em qualquer nível, durante todo o curso da doença ou problema de saúde.

É por isso natural que a DGS considere que, mais importante que a acreditação generalista da unidade no seu todo (como estrutura), será de avançar com a certificação da gestão clínica e da prestação de cuidados dirigida aos grandes serviços clínicos com internamento das unidades hospitalares, o que arrastará todos os serviços de suporte e processos transversais da unidade à medida que se progride na acreditação dos principais serviços numa lógica 20/80.

Não é difícil compreender que, quando 20% dos serviços clínicos do hospital estiverem acreditados e esses 20% de serviços corresponderem aos principais serviços clínicos com internamento, quando a sua carteira de serviços e os seus processos assistenciais tiverem atingido os níveis de qualidade e segurança que os standards da gestão clínica exigem, 80% de toda a prestação de cuidados ao utente segue normas de boa prática clínica e de segurança.

E não é difícil compreender o que se terá alcançado nesse momento em toda a organização:

- A traçabilidade das decisões e a qualidade dos registos são efetivas;

- Os mapas de competências estão definidos e são conhecidos e os profissionais participam na avaliação do seu desempenho e no seu desenvolvimento profissional;
- Os processos de suporte estão controlados;
- Os resultados assistenciais são regularmente monitorizados;
- Os desvios, incidentes e não-conformidades são analisados e são tomadas as ações pertinentes para os corrigir;
- Os direitos dos utentes são respeitados e estes participam nas decisões sobre a sua saúde;
- A perceção dos utentes sobre a qualidade dos cuidados prestados é conhecida e as suas sugestões são tidas em conta;
- A continuidade dos cuidados é assegurada e o conhecimento sobre boas práticas difundido de forma sistemática.

Então, sim, os profissionais de saúde apercebem-se de que são eles os atores da melhoria da qualidade, compreendem que a qualidade surge da análise sistemática do que estão a fazer face ao que deveriam estar a fazer e que a podem controlar e alcançar patamares cada vez mais avançados no caminho da excelência organizacional. Tudo isto é um importante fator de motivação e de mudança, assim o saibam alavancar os dirigentes das unidades de saúde.

## 5. A CARTEIRA DE SERVIÇOS

Sendo o processo de acreditação um processo de reconhecimento da competência técnica de uma unidade ou serviço para prestar cuidados de qualidade e seguros, com resultados esperados bem delimitados, é imperioso que se defina o seu âmbito de atuação face:

- Ao enquadramento institucional e legal;
- Às condições das instalações, organizativas e estruturais;
- À qualidade e quantidade das tecnologias disponíveis, incluindo tecnologias de comunicação e informação;
- À dimensão e qualificação da equipa de profissionais;
- Às competências instaladas e adquiridas, baseadas em formação académica de base, diferenciação pela especialização, experiência acumulada, reconhecimento pelos pares, capacidade de investigação e formação, atitudes e comportamentos assumidos pelos seus gestores diretos e profissionais;
- À adequação dos serviços e procedimentos que disponibiliza face às necessidades da população que serve e à interação com os restantes serviços da zona;
- À resposta que dá em função da sua missão específica, dos compromissos

assumidos e dos principais problemas de saúde detetados localmente através dos observatórios de saúde pública.

Com tudo isto define-se a chamada “carteira de serviços”, mais ou menos detalhada, que deve ser pública e autorizada, única forma de garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados e evitar dissabores para os profissionais e gestores.



## A AUTOAVALIAÇÃO E A AVALIAÇÃO EXTERNA

- 1 A autoavaliação, elemento central da melhoria
- 2 As ferramentas de apoio e de melhoria contínua
- 3 A avaliação externa por pares, independência e credibilidade

## A AUTOAVALIAÇÃO E A AVALIAÇÃO EXTERNA

### 1. A AUTOAVALIAÇÃO, ELEMENTO CENTRAL DA MELHORIA

O processo de autoavaliação é uma das mais importantes fases de todo o processo de certificação segundo o modelo ACSA. O seu correto planeamento é crucial para o bom desenrolar dos trabalhos desta fase.

Ao conferir este grau de importância ao processo de autoavaliação está-se a reconhecer que os profissionais de saúde são os principais e indispensáveis atores da melhoria contínua dos processos que gerem e pelos quais se rege a sua atividade no dia-a-dia da prestação de cuidados ao utente.

Durante esta fase, que dura 12 meses, os profissionais da unidade de saúde analisam o impacto de todos e cada um dos standards do Manual de Acreditação que lhes diz respeito na sua atividade diária, apoiando-se na definição do standard e na enunciação do seu propósito. Utilizam os elementos avaliáveis para se interrogar se tiveram em conta todos os aspetos relativos a cada um dos standards que estão a analisar e identificam as evidências que a unidade possui de que está a cumprir com o standard em questão. Se assim não for, identificam os desvios e lacunas de boa prática que terão de melhorar e implementam essas melhorias.

Ninguém melhor do que os profissionais da unidade de saúde para entender, a partir da sua formação e experiência profissional, as exigências de qualidade e os padrões de qualidade com os quais se lhes pede que comparem o seu desempenho atual e o desempenho global da unidade.

Ninguém melhor do que eles para introduzir e integrar na sua prática as melhorias necessárias para reduzir a distância e o desvio entre o que realmente estão a fazer e o que deveriam estar a fazer.

São os profissionais da unidade de saúde os verdadeiros agentes da mudança e o sucesso que venham a obter com o processo de certificação da sua unidade a eles pertence.

### 2. AS FERRAMENTAS DE APOIO E DE MELHORIA CONTÍNUA

Para a realização desta tarefa os autoavaliadores dispõem de várias ferramentas, das quais a mais importante de todas é a plataforma informática @Qredita.

A plataforma @Qredita, de acesso reservado, permite a realização de todas as funções, não só do processo de autoavaliação como do próprio processo de avaliação externa. Permite o acesso a exemplos de boa prática e a legislação e regulamentação aplicáveis. Permite a comunicação entre autoavaliadores e com os avaliadores do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), bem como a emissão automática de avisos e notícias sobre o processo de certificação e o PNAS.

Os avaliadores do DQS apoiam a unidade de cujo processo são responsáveis na clarificação de algum aspeto mais complexo do propósito de um ou outro standard. Sempre com uma postura de isenção e independência e de respeito pelo esforço que a unidade está a levar a cabo.

Para além da plataforma @Qredita e do apoio on-line permanente, o DQS disponibiliza às unidades diversa documentação que tem vindo a ser criada e/ou adaptada, formação inter-unidades, formação à distância, reuniões de discussão dos aspetos mais problemáticos do PNAS, exemplos de boa prática e orientações. E dinamiza um estreito intercâmbio entre unidades acreditadas e em processo de certificação.

### 3. A AVALIAÇÃO EXTERNA POR PARES, INDEPENDÊNCIA E CREDIBILIDADE

Segue-se a avaliação externa realizada pelos avaliadores qualificados (auditores) do DQS. Todos os avaliadores do DQS são profissionais de saúde, a grande maioria médicos e enfermeiros com larga experiência profissional, oriundos, por princípio, de unidades já acreditadas ou em processo de certificação, tendo em conta as suas características pessoais e comportamento ético.

Todos os avaliadores do DQS passam por um processo de formação qualificante no âmbito do “Programa de Cualificación de Evaluadores (PROCEV)”, da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, reconhecido e acreditado pela ISQUA (International Society for Quality Assurance). São verdadeiramente “pares” dos profissionais da unidade aqueles que vão avaliar os “seus iguais” e compreendem profundamente, por direito próprio, os processos dos serviços de saúde em análise, pelo que têm, por isso mesmo, autoridade moral e profissional para os avaliar.

O seu papel durante a avaliação resume-se à análise das evidências apresentadas pela unidade e à constatação de que esta cumpre os standards em análise e implementou eficazmente as ações de melhoria contínua identificadas como necessárias. Ou, pelo contrário, de que aquele aspeto específico da qualidade ou



segurança dos cuidados representado por um dado standard não se encontra cumprido e a unidade terá de desenvolver um plano de ações eficaz para passar a cumprir o(s) standard(s) em questão.

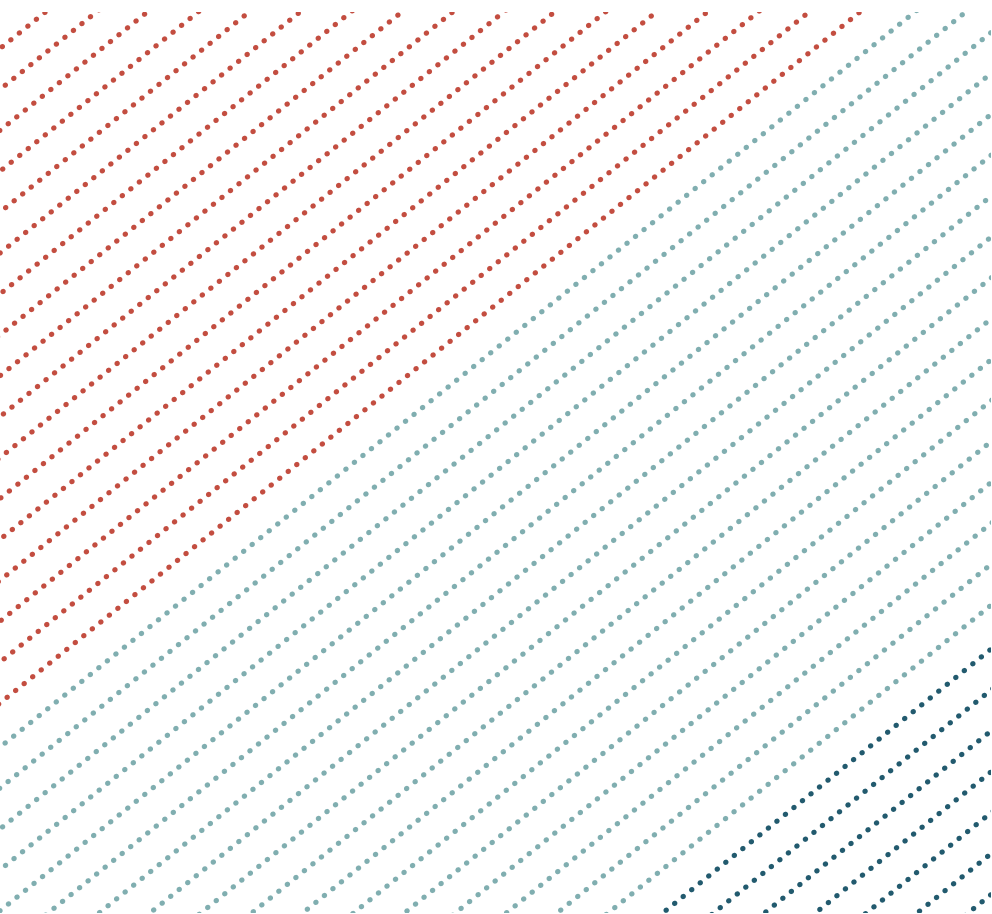
Se levado a bom termo, como resultado de todo este processo, a unidade obtém a certificação para um dos três níveis possíveis de diferenciação, dependendo do número e complexidade dos standards que trabalhou e da extensão e abrangência das evidências aportadas: nível BOM, ÓTIMO ou EXCELENTE. Esta certificação é válida por cinco anos (com duas avaliações externas intercalares) e a unidade passa a constar da lista de unidades certificadas pela DGS no âmbito do PNAS e pode usar a placa identificativa e a marca de unidade certificada.

O Departamento da Qualidade na Saúde comprometeu-se a respeitar e a operacionalizar todos os procedimentos e prazos de certificação e demais critérios de aplicação obrigatória do Manual de processos de certificação da ACSA (com base nos quais a ACSA obteve a acreditação pela ENAC). Comprometeu-se ainda a respeitar os compromissos éticos inerentes, entre eles o da total independência técnica do processo de certificação.


Os processos de avaliação externa (auditoria) levados a cabo pelo DQS utilizam rigorosamente a mesma metodologia de avaliação e passam pelo mesmo crivo de controlo de qualidade utilizado pela ACSA para os seus processos, de modo a garantir a idoneidade de todos os processos.

DQS e ACSA utilizam uma mesma plataforma informática, onde todas as ações e decisões ficam registadas e onde há pontos de passagem pelo controlo da qualidade que, enquanto não cumpridos, não permitem progredir com os processos de avaliação externa.

O respeito por estes procedimentos, a par da qualificação dos avaliadores portugueses pela ACSA e da sua acreditação pela ISQUA, permitem à DGS garantir às unidades do Sistema de Saúde português a mesma coerência de princípios, o mesmo rigor do processo de certificação e a mesma independência e equidistância face às unidades que certifica.



*O processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços. Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito.*



Direção-Geral da Saúde  
Departamento da Qualidade na Saúde  
[acreditacao@dgs.pt](mailto:acreditacao@dgs.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

