

Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016

3.3 EIXO ESTRATÉGICO - QUALIDADE EM SAÚDE



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**



3.3. QUALIDADE EM SAÚDE

3.3.1. CONCEITOS.....	2
3.3.2. ENQUADRAMENTO	11
3.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA.....	15
3.3.4. VISÃO PARA 2016	18
3.3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

*Quality of care - doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at the lower cost
(The New NHS: UK, 1997).*

(Tradução: Qualidade de cuidados: fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo.)

3.3.1. CONCEITOS

O QUE SE ENTENDE POR QUALIDADE EM SAÚDE?

1. A **Qualidade em Saúde** (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P *et al.*, 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

- O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um **direito fundamental** do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.
- O grau da QeS pode ser **condicionado** por múltiplos factores: i) evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica extraordinária; ii) incerteza e imprevisibilidade de ocorrências como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo; iii) características do Sistema de Saúde; iv) determinantes da procura de cuidados (por ex., envelhecimento, doença crónica, mais informação, expectativa e exigência) e da capacidade de resposta (por ex., recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial); v) novos conceitos de resultados (*outcomes*) em saúde e de qualidade de vida (Campos L, Carneiro AV, 2010).
- A QeS tem diferentes **dimensões** como a adequação, efectividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação (Campos L, Carneiro AV, 2010; Norway And it's going to get better, 2005) e diferentes **perspectivas**: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor ou seja, o uso efectivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Lopes M *et al.*, 2010).
- A QeS depende da intervenção dirigida a: i) **estruturas** de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização; ii) **processos** decorrentes da própria

CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:
Autogestão da doença, Avaliação das tecnologias em saúde, Avaliação do impacto em saúde, Cadeia de valor em saúde, Gestão da doença crónica, Governança, Governança clínica, Literacia em saúde, Medicina baseada na evidência, Monitorização, Normas de orientação clínica (NOCs), Processos de acreditação, Programas de gestão da doença, Resultado de saúde (outcomes), Valor em saúde

prestação de cuidados, com sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados; iii) **resultados**, que incluem a reabilitação / recuperação do doente (UK Integrated Governance Handbook, 2006), o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabedian A, 1997).

**QUAIS AS
PERSPECTIVAS
PARA A
PROMOÇÃO DA
QUALIDADE EM
SAÚDE?**

.2. A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere especial relevância à adequação dos meios e à atuação do Sistema de Saúde, orientadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças. Tal facto implica uma conceção integral da saúde e impõe o desafio, aos serviços prestadores de cuidados de saúde, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

QUADRO 3.3.1 - A PROMOÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE ENVOLVE:

- Promoção da cadeia de valor em saúde;
- Ciclos de melhoria contínua da qualidade e Desenvolvimento profissional e institucional;
- Monitorização, *benchmarking* e avaliação (interna e externa).

.3. Da avaliação externa do PNS 2004-2010, infere-se a necessidade de colmatar lacunas importantes nas políticas, nomeadamente na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos doentes, numa abordagem mais integrada.

.4. Favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade implica equacionar perspetivas para o seu aperfeiçoamento e implementação.

.5. As perspetivas para a promoção da QeS envolvem:

• **Promoção da cadeia de valor em saúde (QUADRO 3.3.1)**, entendida como os processos que conduzem a uma maior obtenção de ganhos considerando o investimento feito (Porter M, Teisberg EO, 2006).

○ *Considera a forma como a cadeia de cuidados usa os recursos disponíveis (organizacionais, humanos, financeiros, conhecimento, tecnológicos, etc.) para obter o melhor resultado. Inclui os processos de criação de valor em saúde em cada serviço de saúde, mas também:*

i) A transmissão de valor entre serviços e instituições (acesso e processos de referenciação, partilha de informação, gestão integrada, conciliação terapêutica, etc.).

ii) A capacitação do cidadão para tomar a decisão que represente mais valor, fomentada com informação, comunicação e transparência (Yong PL et al., 2009).

○ *Considera custos que podem ser diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos estão relacionados com os recursos utilizados no programa (medicamentos, transporte, remuneração de técnicos e cuidadores); os custos indiretos com a redução da produtividade do cidadão (tempo despendido para participar no programa de saúde); os custos intangíveis (p. ex. sofrimento associado ao tratamento) são dificilmente mensuráveis, mas devem ser considerados dada a sua relevância para a saúde.*

○ *Fomenta a investigação e a inovação que reduza o esforço financeiro e organizacional necessário (custo da não-qualidade e da perda de oportunidade), mantendo ou incrementando os ganhos obtidos, e libertando recursos para outras necessidades.*

• **Ciclos de melhoria contínua da qualidade** através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objectivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e

realistas, identificar e actuar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e estarem associados a **planos de desenvolvimento profissional e das instituições**.

- **Monitorização, benchmarking e avaliação (interna e externa)**, incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros. Devem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política, de forma transparente, promovendo a responsabilidade social e para com o cidadão. Deve-se explicitar objectivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação, que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas, e padrões de estrutura, processo e de resultado.

**ESTRATÉGIAS E
RECURSOS PARA
O REFORÇO DA
QUALIDADE EM
SAÚDE**

.6. A QeS depende da intervenção programada em determinadas áreas-chave (QUADRO 3.3.2):

- A **Governança Integrada** abrange a governação clínica, empresarial, financeira, da informação e a gestão do risco (UK NHS in East Essex, 2010).

- A **Governança Clínica** (*Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Glossário*) constitui uma referência para áreas como o desempenho profissional e a competência técnica, a utilização eficiente de recursos, a gestão do risco e a satisfação do doente (UK Integrated Governance Handbook, 2006):

i) Assenta em: 1) cuidados baseados numa relação contínua entre médico e doente; 2) cuidados personalizados, antecipando as necessidades do doente; 3) partilha de informação e conhecimento; 4) decisões com base em evidência; 5) segurança; 6) transparência; 7) redução do desperdício (Campos L, Carneiro AV, 2010).

ii) Associa-se a uma cultura de não culpabilização, interrogação e aprendizagem, valorização profissional e parceria com o doente (Halligan A, Donaldson L, 2001).

iii) Prevê o incentivo à participação e investigação; a definição clara da responsabilidade e prestação de contas (accountability); a disseminação da prática clínica baseada na evidência; o trabalho em equipa multidisciplinar e a liderança, sendo valorizada a autonomia e capacidade de gestão da prestação de cuidados por cada profissional (MS Governação dos Hospitais, 2010; Som CV, 2004).

QUADRO 3.3.2. - A QeS PODE SER PROMOVIDA ATRAVÉS DE:

- Reforço da governação integrada:
 - Clínica
 - Empresarial (*Corporate*)
 - Financeira
 - De informação
 - Gestão de risco
- Mecanismos de influência:
 - Normas de Orientação Clínica (NOCs)
 - Ambiente e arquitectura
 - Modelos de financiamento
 - Planeamento de recursos humanos
 - Cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade
 - Avaliação de tecnologia e de impacto
 - Monitorização e benchmarking
 - Avaliação e acreditação de unidades de saúde.
 - Desenvolvimento de Centros de Referência
 - Investigação, desenvolvimento e inovação
- Processos assistenciais integrados
- Participação e capacitação dos doentes



- iv) *Necessita de instrumentos de que são exemplo, entre outros, as normas e orientações clínicas, os processos assistenciais integrados, o desenvolvimento profissional, os sistemas de informação.*
- **A Governação Empresarial** aplicada à saúde é entendida como o conjunto de sistemas e processos pelos quais os Serviços de Saúde lideram, dirigem e controlam as suas funções de modo a cumprir os seus objectivos organizacionais e através dos quais se relacionam com os seus parceiros e a comunidade (UK Corporate Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities, 2003).
 - Os **sistemas de informação** são um instrumento de melhoria da qualidade e redução de custos, na medida em que:
 - i) *Possibilitam a partilha de conhecimento clínico, apoio à decisão, recolha e comunicação de informação clínica e epidemiológica, a utilização de sistemas de alerta, assim como a monitorização de indicadores e consequente avaliação.*
 - ii) *Influenciam a prestação de cuidados, através de mecanismos como lembretes computadorizados, prescrição informatizada, sistemas computadorizados de suporte à decisão clínica ou, ainda, educação clínica informatizada.*
 - iii) *Permitem a redução dos erros de medicação, a recuperação e disponibilização da informação em tempo real, de forma legível e codificada.*
 - iv) *Promovem a comparabilidade entre práticas e serviços e a investigação.*
 - A **Segurança** é uma das principais dimensões da qualidade e a **Gestão do Risco**, um instrumento para a sua garantia:
 - i) *A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infecções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata J, Martins L, 2004).*
 - ii) *A origem do erro é, geralmente, multi-factorial, decorrendo de factores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou, ainda, a todos estes factores conjugados. A ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria (Campos L, Carneiro AV, 2010).*
 - iii) *São instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro: sistemas de notificação, sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, reuniões de mortalidade e morbilidade, discussão de evolução clínica inesperada, formação contínua.*
- **Mecanismos de influência:**
- **Normas de Orientação Clínica (NOCs) e Organizacionais** - *possibilitam a decisão mais informada e sustentada em evidência, seja na prática clínica como na gestão e decisão política. A decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade assistencial melhora (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Glossário). A elaboração de normas de orientação clínica, a sua edição, divulgação e implementação, assim como o seu acompanhamento/monitorização em matéria de resultados constituem um elemento-chave para garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde. As normas e orientações clínicas e organizacionais podem ser elaboradas por peritos, por organismos nacionais, por sociedades científicas nacionais ou internacionais, por universidades ou por instituições prestadoras de cuidados, devendo ser conhecidas as declarações de interesses dos seus autores científicos para cumprimento do princípio ético da transparência. As NOCs*



permitem:

- i) *Que os profissionais tenham acesso a uma síntese da informação clínica relevante, com recomendações e constituem um referencial da melhor prática (Campos L, Carneiro AV, 2010).*
 - ii) *Proporcionar aos doentes fontes de informação fiáveis sobre a prática clínica, risco e prognóstico.*
 - iii) *Reduzir a variabilidade da prática clínica e os erros de medicação, aumentando assim a segurança dos doentes e a optimização da prestação de cuidados.*
 - iv) *Harmonizar e integrar práticas, incluindo multidisciplinares e mult institucionais, da perspectiva do doente, da doença e dos processos, melhorando a continuidade assistencial.*
 - v) *Optimizar recursos, prevenir a repetição desnecessária de procedimentos (Sakellarides C, 2009), reduzir os custos de desperdício derivados da duplicação de atos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, contribuir para a generalização das práticas e intervenções que se evidenciem mais custo-efectivas.*
 - vi) *Disseminar inovação e melhor conhecimento, ajudar os profissionais de saúde a exercer com base na evidência e em consensos científicos nacionais e internacionais recentes.*
 - vii) *Ser referencial para a organização e previsão de cuidados, gestão e comunicação do risco, previsão e gestão de recursos, indicadores de estrutura, processo, resultados e impactos e avaliação da qualidade.*
 - viii) *Podem ser elaboradas ou adaptadas por agências nacionais (por exemplo, o NICE no Reino Unido), por sociedades científicas nacionais ou internacionais, por universidades ou por instituições prestadoras de cuidados, desejavelmente de forma transparente, fundamentada, sistemática e colaborativa.*
- **Aspectos estruturais, como a arquitetura e o ambiente.** *Os espaços, acessos (incluindo para as pessoas com dificuldades de mobilidade), a sinalética, a decoração, a luz, as cores, os ruídos, os cheiros e a privacidade contribuem para uma prestação de cuidados de maior qualidade e influenciam positivamente o processo de recuperação, otimizando a satisfação de doentes e profissionais (Altimier LB, 2004; Ulrich RS, 2001).*
 - **Modelos de financiamento e sistema de pagamento de cuidados:** *os sistemas mistos de carácter prospectivo (incentivos de cumprimento e penalizações por não cumprimento), baseados na contratualização e acordo de objectivos e metas, parecem ser os mais vantajosos, responsabilizadores, promotores da autonomia das partes envolvidas e promovem a motivação dos profissionais embora careçam de estudos de impacto sobre os resultados clínicos.*
 - **Planeamento dos Recursos Humanos, envolvendo:**
 - i) **O desenvolvimento profissional,** *incluindo a formação pré- e pós-graduada, formação contínua, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa multidisciplinar, comunicação, gestão e investigação.*
 - ii) **A gestão institucional:** *as organizações devem dotar-se dos profissionais adequados às especificidades da prestação de cuidados de saúde, mediante um correto planeamento, orientação e integração, tendo em vista as necessidades dos cidadãos. Devem, simultaneamente, disponibilizar aos profissionais os meios necessários para a sua atualização, adaptação e adequação às mudanças tecnológicas, reorganização funcional ou evolução do conhecimento de acordo com os princípios da Ética e da Deontologia.*



- *Processos conducentes a uma **cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade** nos vários níveis do sistema.*
 - i) *A **Avaliação do Impacto** das mudanças que ocorrem no sistema permite aumentar o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, constituir modelos e boas práticas, e fundamentar o investimento em determinadas áreas e desinvestimento noutras.*
 - ii) *A **Monitorização** permite comparar com outros centros ou com padrões pré-estabelecidos, identificar áreas problemáticas a corrigir e áreas de excelência, como exemplo de boas práticas, e documentar o resultado de mudanças introduzidas.*
 - iii) *Os **processos de Acreditação** dos serviços, orientados por critérios de qualidade e com o objectivo de acreditar, impulsionar a melhoria contínua da gestão e da qualidade, valorizar o seu desempenho e fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Estabelecem padrões, definindo e promovendo as melhores práticas, baseando-se em critérios de qualidade, nas recomendações para a prática clínica baseada na evidência e na avaliação das tecnologias em saúde. É possível referir que o modelo nacional de acreditação é autossustentável, pelo impulso ao uso racional e seguro dos medicamentos e das tecnologias da saúde e à monitorização permanente do desempenho em relação aos resultados económicos e de saúde.*
 - iv) *O **desenvolvimento de Centros de Referência**: os centros de referência são estruturas organizacionais que permitem prevenir, diagnosticar e tratar pessoas com patologias específicas, informar e apoiar as respetivas famílias e estabelecer articulação com outros profissionais de saúde e da área social. Pela concentração de casuística, de tecnologias e de competências, favorecem a economia de escala e elevam o patamar de qualidade, devendo garantir uma oferta de cuidados de saúde de elevada qualidade, eficazes e seguros, explorando as potencialidades da cooperação europeia no domínio dos cuidados de saúde altamente especializados e tirando partido da inovação em saúde. Estas estruturas devem participar ativamente no ensino, na investigação e registo das respetivas patologias, maximizando o potencial inovador da ciência médica e das tecnologias da saúde, através de uma necessária e inerente partilha de conhecimentos e formação dos profissionais de saúde, sendo a sua elevada diferenciação reconhecida, a nível nacional e internacional, pelos profissionais de saúde e, também, pelos doentes e respetivas associações.*
 - v) *A **Investigação, o Desenvolvimento e a Inovação em saúde (I&D&i)** são, por excelência, processos de melhoria contínua centrais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde. Considera processos de base biológica, a investigação translacional, epidemiológica, clínica, de saúde pública, em serviços de e políticas de saúde, de avaliação da tecnologia e do impacto. A investigação fundamenta e motiva o desenvolvimento e a inovação, como processos transversais com dimensão organizacional, social, política e cultural de mudança nas formas como a sociedade organiza as respostas aos desafios da saúde, incluindo o combate às inequidades em saúde e o acréscimo da cadeia de valor em saúde. Promove a confiança e o investimento no sistema de saúde e o seu valor económico e social.*
- **Processos Assistenciais Integrados**
 - *Os processos assistenciais integrados colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema e englobam, numa lógica de processo contínuo, todas as atuações dos profissionais de saúde em toda a rede de prestação de cuidados, ao longo de*



todo o circuito do doente (com uma determinada patologia ou problema de saúde), em qualquer ponto de contacto e em qualquer nível de cuidados do sistema de saúde. Proporciona-se, assim, uma mudança organizacional, com base no conhecimento e no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, movido pela sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

- *A abordagem por processos assistenciais integrados permite ordenar e otimizar os diferentes fluxos de trabalho, integrando as diferentes componentes que intervêm na prestação dos cuidados, homogeneizando as atuações e colocando a ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais.*
- *O desenvolvimento e implementação dos processos assistenciais integrados, que incluem normas clínicas e organizacionais com fluxogramas funcionais, itinerários clínicos, standards de qualidade e indicadores de desempenho bem definidos, visa garantir que:*
 - i) As atuações dos profissionais se encontrem definidas e parametrizadas, com as responsabilidades dos diferentes agentes claramente identificadas.*
 - ii) Essas atuações sejam realizadas para que as necessidades, direitos e expectativas da pessoa doente venham a ser satisfeitos.*
 - iii) A educação para a saúde e a educação terapêutica, incluindo a educação para a segurança, se façam de forma continuada e constante.*
 - iv) A participação do doente nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados seja uma realidade, corresponsabilizando profissionais, doentes e seus cuidadores.*
 - v) A organização dos serviços permita o melhor uso dos recursos disponíveis, integrando-os e harmonizando-os caso a caso, ao mesmo tempo que a continuidade dos cuidados é assegurada sem ruturas.*
 - vi) Os serviços evoluam tendo em vista a inovação, a modernização organizativa, o desenvolvimento das competências específicas dos profissionais, a segurança do doente e a partilha do conhecimento.*
 - vii) A prestação de cuidados se baseie no princípio da racionalidade, evitando a duplicação de exames e a variabilidade assente em práticas não validadas e onerosas, com a decorrente contenção dos custos da não-qualidade.*
 - viii) A integração de padrões de qualidade em todo o circuito do doente e a atribuição clara de responsabilidades, conhecidas por todos os intervenientes, permitam obter os melhores resultados de saúde ao destinatário dos cuidados.*
- **A participação e capacitação dos doentes**, família e cuidadores informais, incluindo aspectos da **gestão da doença crónica**, são **objectivos** de qualidade em saúde, conducentes à promoção da autogestão e autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos (*Canada British Columbia Chronic Disease Management*). Os programas de gestão da doença nomeadamente através do apoio à autogestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e acesso à informação, grupos de apoio e de autoajuda, assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.



QUADRO 3.3.3. OPORTUNIDADES DO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE:

PARA O CIDADÃO:

- i) Maior participação na decisão, melhor utilização adequada de cuidados, e gestão integrada da sua doença;
- ii) Capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio da família e de cuidadores informais;
- iii) Expectativas mais realistas sobre a obtenção de resultados em saúde, maior segurança e proteção de campanhas de marketing e publicidade criadoras de expectativas não fundamentadas;

PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- iv) Maior segurança em relação à incerteza clínica, referenciais claros para a avaliação do seu trabalho e valorização do mérito e do desenvolvimento contínuo, com maior satisfação;
- v) Promoção do trabalho multidisciplinar, focado na obtenção de resultados, elevação dos padrões de segurança e de cuidados de excelência;
- vi) Promoção da investigação clínica e melhor capacidade para incorporar evidência e inovação na prática clínica, e maior facilidade em orientar a formação pós-graduada para o incremento da qualidade da prática clínica;

PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- vii) Reconhecimento da qualidade e efectividade dos cuidados prestados, e sua valorização;
- viii) Profissionais e utentes orientados para a melhoria contínua, numa cultura de avaliação e desenvolvimento;
- ix) Maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e da segurança;
- x) Garantia do investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento do impacto em resultados em qualidade, segurança e ganhos em saúde;

PARA O DECISOR POLÍTICO:

- xi) Mais valor em saúde - o investimento público traduz-se em cuidados de qualidade acrescida e uma visão mais clara, a longo prazo dos cuidados possíveis para os recursos disponíveis;
- xii) *Benchmarking* entre unidades quando ao desempenho, a partir de referenciais de actuação comuns;
- xiii) O Sistema de Saúde ser reconhecido como um motor social de promoção do envolvimento e da excelência.



QUADRO 3.3.4. AMEAÇAS AO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE:

PARA O CIDADÃO:

- i) Pressão inadequada de grupos de interesses, através de processos de comunicação e uso de evidência enviesados;
- ii) Informação descontextualizada é usada para promover a procura de serviços, sem se encontrar aferida ao risco e ao ganho;

PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- iii) Processos de melhoria contínua da qualidade exigentes em tempo e burocracia, desadaptados das prioridades e do contexto de trabalho e sem retorno quanto a incentivos claros e a recursos para a melhoria sustentada e efectiva;
- iv) Envolvimento insuficiente na cadeia de cuidados ao doente e pouca adesão a protocolos de actuação;
- v) Falta de alinhamento entre os objectivos e prioridades das administrações, dos profissionais e dos cidadãos, resultando em perspetivas fragmentadas da qualidade;

PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- vi) Perfil de população, de situação de acesso e de serviços prestados pouco claro e heterogéneo, dificultando a comparabilidade com instituições de responsabilidade semelhante;
- vii) Insensibilidade para os processos de melhoria contínua da qualidade, que exigem o envolvimento da administração, dos profissionais, dos doentes/cidadãos, a articulação dos sistemas de informação, organização dos serviços e sinergia com as actividades de formação e investigação;

AO NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA:

- viii) Falta de estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar, de forma extensa e sistemática, orientações e recomendações técnico-científicas;
- ix) Visão punitiva do erro e da falta de qualidade, desincentivadores das iniciativas dos profissionais;
- x) Dificuldade em libertar recursos decorrentes do incremento da qualidade, não proporcionando evidência sobre o retorno atribuível à melhoria e ao valor do seu investimento;
- xi) Falta de visão a longo prazo e duração de mandato (ciclo político) insuficiente em tempo útil de obtenção de ganhos de eficiência atribuíveis às políticas;
- xii) Falta de articulação das políticas referentes aos sistemas de informação, contratualização e incentivos, investimento em recursos, integração e continuidade de cuidados e formação e investigação, em torno da promoção da qualidade.



3.3.2. ENQUADRAMENTO

**LEGAL,
NORMATIVO,
REGULAMENTAR E
ESTRATÉGICO**

.7. A **Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS)** (Despacho 14223/2009), é o programa do MS que estabelece como áreas prioritárias de atuação:

- *Qualidade clínica e organizacional.*
- *Informação transparente ao cidadão.*
- *Segurança do doente.*
- *Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde.*
- *Gestão integrada da doença e inovação.*
- *Gestão da mobilidade internacional de doentes.*
- *Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS.*

• A Direção-Geral da Saúde, através do **Departamento da Qualidade na Saúde**, criado em 2009 (Portaria 155/2009), tem a competência de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, os programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, de assegurar o sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, para além da vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença, da coordenação de fluxos de mobilidade internacional de doentes, da gestão dos sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde.

• O **Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde**, nomeado em 2009 (Despacho 13793/2009), é o órgão consultivo com competência de se pronunciar sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da QeS, através da operacionalização da ENQS.

.8. Outras instituições desenvolvem, também, atividades complementares na área da qualidade na saúde, sob tutela do Ministério da Saúde, como por exemplo:

- *A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) (Decreto-Lei 46/2012) que assegura a qualidade e segurança dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde.*
- *O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (Decreto-Lei 27/2012) que garante a avaliação externa da qualidade laboratorial.*
- *O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (Decreto-Lei 39/2012), que agrupa: a anterior Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (Decreto Regulamentar 67/2007), com a missão de fiscalizar a qualidade e segurança da dádiva, colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de componentes sanguíneos, de órgãos, de tecidos e de células de origem humana; e o Instituto Português do Sangue (Decreto-Lei 270/2007), que regula a atividade da medicina transfusional e garante a disponibilidade e acessibilidade de sangue e componentes sanguíneos de qualidade, seguros e eficazes.*

• Para maior qualidade em gestão e na prestação de cuidados foram criadas **Estruturas de Gestão Integrada (GI)** de que são exemplo:

- **Horizontais: Centros Hospitalares** entre hospitais; **ACES** entre Centros de Saúde; permitem economia de escala e maior poder de mercado.
- **Verticais: Unidades Locais de Saúde** (Decreto-Lei 207/99) (ULS), englobando Cuidados Primários e Hospitalares: Matosinhos (Decreto-Lei 207/99); Alto Minho, Baixo Alentejo e Guarda (Decreto-Lei 183/2008); Norte Alentejano (Decreto-Lei 50-B/2007); Castelo Branco



(Decreto-Lei 318/2009) e Nordeste (Decreto-Lei 67/2011).

.9. Identificam-se várias estratégias conducentes a maior desenvolvimento e competitividade do Sistema de Saúde, com influência na vertente de qualidade: Estratégia Europa 2020 (OMS-Euro), Estratégia de Saúde da União Europeia “Juntos para a Saúde”, Estratégia de Inovação da OCDE, Estratégia de Lisboa, Plano Tecnológico - Conhecimento, Tecnologia e Inovação, Programa Fatores de Competitividade do Quadro de Referência Estratégica Nacional QREN 2007-2013 e Agenda Digital 2015.

**ESTUDOS E FONTES
DE
CONHECIMENTO
SOBRE QUALIDADE
EM SAÚDE**

.10. Existe escassa avaliação da qualidade dos cuidados em Portugal.

- A **Avaliação do PNS 2004-10** como instrumento da QeS pela OMS-Euro (WHO Evaluation of the NHP, WHO/ACS, 2010) identifica um conjunto de áreas onde se verifica um menor desempenho, nomeadamente os comportamentos saudáveis e as desigualdades em saúde. É também referido que áreas fundamentais como a sustentabilidade do Sistema de Saúde, os recursos humanos e a qualidade e segurança dos cuidados não foram objecto de atenção nesse PNS. Aponta ainda o número excessivo de programas e a falta de enfoque em objectivos prioritários, mobilizadores e compreensíveis, representativos de áreas problemáticas, com potencialidade de melhoria e impacto sobre a saúde.

.11. Contudo, outros indicadores sugerem algumas lacunas na qualidade ao nível do SNS:

- No estudo **O Estado Da Saúde em Portugal** (Villaverde Cabral M, Silva PA, 2009), é referido que 95% dos portugueses defendem a necessidade de mudanças no SNS (67% grandes mudanças) nomeadamente redução dos tempos de espera (43%), melhor organização dos recursos (33%), mais investimento (30%), melhor qualidade (24%);
- A análise das **reclamações através do Sistema Sim-Cidadão** mostra que os hospitais são as instituições com maior número de reclamações e a urgência a maior causa de insatisfação.

.12. **Gabinetes do Cidadão** (DGS Circular Normativa 12/2009), reformulados em 2009, para análise e tratamento das sugestões e reclamações apresentadas nos Cuidados de Saúde Primários, resposta e medidas corretivas.

**PROCESSOS E
INSTRUMENTOS
DE PROMOÇÃO DA
QUALIDADE EM
SAÚDE**

.13. **Informatização dos Serviços de Saúde.** Existem uma variedade de aplicações em desenvolvimento: prescrição eletrónica; agendamento de consultas médicas (CTH e e-agenda); gestão e publicitação de tempos de espera cirúrgicos (eSIGIC); desmaterialização das certidões de óbito.

- A **Comissão Nacional para o Registo de Saúde Electrónico (CNRSE)** (Despacho 381/2011), criada em 2011, com a missão de, em continuidade com o Programa Registo de Saúde Electrónico (RSE), coordenar e implementar o RSE, até final de 2012.
- No seguimento foi ainda criada a Comissão para a Informatização Clínica (CIC) para a criação e implementação da **Plataforma de Dados de Saúde (PDS, PDSi.1)** – sucessora do Registo de Saúde Electrónico. *Perspectiva-se que esteja em funcionamento no 1º semestre de 2012. Através dela os profissionais de saúde, numa primeira fase, e os utentes, numa fase posterior, poderão ter acesso a informação clínica até agora depositada nas instituições de saúde.*

.14. Acreditação de Instituições de Saúde

- *Entre 2001 e 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, obtiveram a acreditação; dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI,*



apenas 2 a obtiveram (DGS, 2009). A acreditação centrou-se em termos organizativos, de infra-estruturas ou de certificação individual de determinadas áreas, mas foi pouco focada na componente clínica do processo de prestação de cuidados e resultados.

- Ao nível dos CSP, a **acreditação da USF de Valongo (2010)** segundo o modelo da Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia (ACSA), definido pelo Ministério da Saúde como modelo oficial para o SNS, no quadro da ENQS.

- **Programa Nacional de Acreditação em Saúde**

- O modelo de acreditação ACSA, que foi aprovado como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação em Saúde por despacho ministerial (Despacho 69/2009) baseia-se no modelo de qualidade, nos padrões do Manual de Standards e nas metodologias desenvolvidas pela ACSA, entidade com quem a Direção-Geral da Saúde celebrou um protocolo de cooperação.
- Focalizado essencialmente sobre a acreditação da gestão clínica e dos seus resultados, o que permite reconhecer o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados, para além dos aspetos de suporte e estruturais, o programa de acreditação de unidades de saúde é um poderoso instrumento para promover e apoiar a implementação das normas e orientações clínicas editadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. O mesmo se aplica aos processos assistenciais integrados que incorporam, eles próprios, normas e orientações de boa prática clínica.
- O manual de standards do modelo de acreditação ACSA desenvolve-se em torno de cinco áreas:
 - i) O cidadão, centro do sistema.
 - ii) A organização da atividade centrada no utente.
 - iii) O desenvolvimento profissional.
 - iv) Os processos de suporte e os sistemas da qualidade e informação.
 - v) Os resultados dos processos-chave.
- Para além da acreditação das unidades de saúde o Programa Nacional de Acreditação em Saúde comporta, ainda, a acreditação de competências profissionais (na ótica do posto de trabalho), a acreditação da formação contínua e a acreditação de páginas web.

.15. Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema SIM-CIDADÃO, que foi reformulado em 2009, permite a análise e tratamento sistemáticos das sugestões, reclamações e comentários apresentados pelos cidadãos nos serviços de saúde. Proporciona, assim, o registo, tratamento adequado e atempado das exposições apresentadas pelos cidadãos e a sua análise qualitativa, sendo fonte de informação importante para a tomada de medidas corretoras e a melhoria contínua do Sistema de Saúde.

.16. A inclusão, pela ACSS, de objetivos da qualidade nos contratos-programa com os ACES e hospitais, associados a incentivos ou penalizações, é uma ferramenta forte de responsabilização pela QeS.

PROGRAMAS .17. Outros exemplos de planos/programas em desenvolvimento:

- Da responsabilidade da DGS:
 - **De segurança:** Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007); Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2010); Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos e Observatório da Segurança do Doente (DGS, 2012); Campanha Nacional de



Higiene das Mãos (WHO World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care); Projeto “e-Bug”, plataforma da iniciativa europeia para sensibilizar alunos para a prevenção de doenças transmissíveis e o uso prudente de antibióticos (DGS, Projeto “e-Bug”); Projeto Healthcare Associated Infections in European Long Term Care Facilities (DGS, Projeto HALT); Projeto “Cirurgia segura salva vidas” (Circular Normativa 16/2010).

- **De Gestão Integrada da Doença** (DGS, Circular Normativa 2 e 13/2008) - Esclerose Múltipla, Doença Renal Crónica, Obesidade Mórbida (DGS, Dep Qualidade, 2010) e Diabetes (DGS, Circular Normativa 23/2007).

**REDES
INTERNACIONAIS
PROMOTORAS DE
QUALIDADE EM
SAÚDE**

.18. Há diversas **Redes Internacionais Promotoras de Saúde**: i) de Acreditação como *King’s Fund, Joint Commission, ACSA*; ii) de gestão e segurança do doente como *European Foundation for Quality Management (EFQM), EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety)*; iii) específicas para os hospitais como *Health Promoting Hospitals and Health Services* (WHO Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services), para as cidades, *European Healthy Cities Network* (WHO European Healthy Cities Network).

.19. E **Instituições e Agências Nacionais** dos Departamentos de Saúde como o NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), o NPSA (National Patient Safety Agency) no Reino Unido, HAS (Haute Autorité de Santé) em França ou independentes como a *German Agency for Quality in Medicine*.

.20. A OECD está a desenvolver, com os seus Estados Membros, o projeto **Health Care Quality Indicators** - OECD (OECD Health Care Quality Indicators, 2010), um conjunto de indicadores da qualidade para os sistemas de saúde que pretende ser uma ferramenta para os *agentes* e para a promoção de aprendizagem transnacional.

**PROJECTOS DE
INOVAÇÃO E
PERSPECTIVAS
FUTURAS**

.21. **Experiências piloto de sistemas de financiamento por capitação ajustada pelo risco** (e.g. Unidades Locais de Saúde). Permitem que as instituições beneficiem com a melhoria de desempenhos, mas persistem problemas como a seleção de doentes/patologias com base em critérios financeiros (UK Corporate Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities, 2003).

.22. **Painel de Indicadores Nacionais de Qualidade**, em elaboração pela DGS, deverá permitir colmatar a falta de indicadores de apoio à decisão e monitorizar o desempenho das organizações e a qualidade do SNS, em quatro áreas principais: determinantes de saúde; Sistema de Saúde; acessibilidade; qualidade e resultados (DGS, Departamento da Qualidade).

.23. Nas Unidades de Saúde Familiares, o **USF Performance Monitor**, é um painel de indicadores Institucionais da Qualidade, associados aos sistemas de informação, que permite aos profissionais de saúde, a monitorização contínua dos indicadores da qualidade contratualizados e a convocatória automática de utentes com rastreios atrasados.



3.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

**A NÍVEL
POLÍTICO,
DEVE-SE:**

- .1. **Reforçar a responsabilidade pela governação integrada**, incluindo a governação clínica, em todos os níveis e em todos os sectores do Sistema de Saúde, em consonância com a *Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde*.
 - O desenvolvimento das políticas, desenho, articulação e integração de estruturas e redes em função da prestação de cuidados de qualidade são promotoras de melhores resultados, satisfação de profissionais e cidadãos, segurança dos doentes e combate ao desperdício. A governação das organizações prestadoras deve estar integrada no quadro de governação do Sistema de Saúde.
 - A avaliação da qualidade dos cuidados e dos serviços integra áreas como: i) informação e envolvimento, assegurando a disponibilização de informação pelos prestadores aos cidadãos; ii) cuidados e apoio personalizados, garantindo a efectividade e adequação; iii) segurança dos equipamentos e instalações; iv) garantia da qualificação e competência dos profissionais; v) gestão do risco, padrões de segurança e notificação de mortes e outros incidentes na organização; vi) gestão adequada da organização (UK Care Quality Commission, Focused on Better Care, 2009).
 - As estratégias facilitadoras de melhor acesso dos profissionais ao conhecimento são promotoras de boas práticas clínicas e de melhor desempenho.
 - Os sistemas de informação têm um papel fundamental na qualidade, em todos os níveis de cuidados e na articulação entre eles.
- .2. **Avaliar a política de qualidade**, através de nomeação de entidades externas e independentes, responsáveis pela monitorização, elaboração de recomendações e publicitação regular de resultados.
 - A Escócia, a Inglaterra e a Austrália são exemplos de países com agências independentes com o mandato de coordenação da segurança e qualidade dos cuidados de saúde, identificação de questões e políticas e recomendação de prioridades para a acção; disseminação do conhecimento e reporte do desempenho relativamente a padrões nacionais (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*).
- .3. **Desenvolver instrumentos de padronização (standards)** para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições.
 - Os padrões deverão especificar os valores mínimos e os valores desejáveis de desempenho, adesão, resultados, entre outros, e permitir compreender a evolução do desempenho de cada instituição e a comparabilidade entre instituições.
- .4. **Promover a acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde.**
- .5. **Reforçar a responsabilidade das especialidades médicas generalistas**, como a medicina geral e familiar, a medicina interna e a pediatria, na gestão global do caso/pessoa/família e na responsabilidade pelo percurso clínico.
- .6. **Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde** como requisito para a introdução incremental e criteriosa de inovação, incluindo medicamentos, dispositivos médicos, procedimentos, tecnologias de informação e comunicação e organização dos cuidados.
 - As tecnologias são causa significativa e crescente das despesas em saúde e as decisões incorrectas têm enorme impacto.



- A avaliação de tecnologias em saúde é o conjunto de processos de apoio à decisão de adoção de nova tecnologia, com base na evidência. Inclui perspectivas de custo-efetividade, relevância epidemiológica, expectativas e preferências dos cidadãos e profissionais, aceitabilidade social e ética, entre outros.
- Vários países têm agências responsáveis pela avaliação independente e adaptada ao contexto social, práticas e organização dos cuidados de saúde e existem redes internacionais de avaliação das tecnologias em saúde.

.7. Promover a adoção de intervenções com melhor custo-efetividade e combater o desperdício.

.8. Desenvolver mecanismos que promovam o *benchmarking*, a identificação de boas práticas, o incremento das cadeias de valor, que permitam caracterizar ganhos potenciais em saúde decorrentes da adoção de padrões usando as melhores referências, e orientar as inerentes intervenções prioritárias.

.9. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros.

- Cada instituição de saúde deve ter uma estrutura de governação clínica, responsável pela monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados, com recursos humanos e financeiros, instalações e estratégia próprios. A estratégia será de obtenção do compromisso, empenho e partilha da responsabilidade por profissionais de saúde e gestores pela segurança dos doentes, pela qualidade e pelo combate ao desperdício.
- Cada instituição é responsável pelo desenvolvimento de uma estratégia de segurança e gestão de risco, através da comunicação, padronização e controlo de procedimentos, gestão de equipas e cultura de segurança.
- As auditorias às dimensões associadas ao erro, a monitorização do desempenho, o uso de ferramentas informáticas automáticas e de uma terminologia uniforme, as normas e protocolos de actuação e a análise e processamento das queixas e reclamações são promotores de QeS.
- Deverá, simultaneamente, ser promovido o registo de erros, acidentes e incidentes, num processo de melhoria, considerando os múltiplos factores envolvidos desde a pessoa à instituição e numa cultura de não culpabilização.
- Deve ser estimulado o trabalho de equipa, a formação, a liderança, a supervisão e divisão de tarefas, a limitação de longos períodos de trabalho e prevenção de burn-out.
- O processo de acreditação a que as instituições podem aderir de forma voluntária é também promotor de QeS, pelo que cada instituição deve candidatar-se e desenvolver esforços para ser acreditada.

.10. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e dos profissionais.

.11. Monitorizar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

.12. Promover ações de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde, orientadas para a utilização de normas e orientações segundo a mais atual evidência científica.

- Devem ser garantidos conhecimentos e competências que permitam reforçar os processos de melhoria contínua da qualidade, gestão de caso, gestão de risco, redução da variabilidade da prática de cuidados, crítica da evidência científica, cultura de avaliação e discussão científica.

A NÍVEL
ORGANIZACIONAL, AS
INSTITUIÇÕES
DEVEM:



.13. **Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efetividade das práticas institucionais**, de forma rigorosa e transparente, contribuindo para uma cultura de construção de conhecimento e de boas práticas.

- O Sistema de Saúde é um sistema complexo adaptativo pelo que a capacidade de adaptação ao contexto, a flexibilidade de resposta, a gestão dos recursos disponíveis e a necessidade de responder a expectativas individuais, desaconselham a aplicação de recomendações rígidas (Campos L, Carneiro AV, 2010). No entanto, é desejável a aplicação de princípios, de uma prática científica, avaliável e disseminável, que contribua para o conhecimento e o incremento da qualidade dos cuidados.
- Deve ser explicitada e publicitada (por ex., no *site* da instituição) a adesão e adopção de normas de orientação clínica, de evidência custo-efectiva para a adopção de novas tecnologias, de acções de melhoria contínua da qualidade e de projectos de investigação institucionais.

NA SUA
PRÁTICA, O
PROFISSIONAL
DE SAÚDE DEVE

.14. Os **profissionais devem assegurar a procura de uma visão da QeS**, compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a sua atividade se insere, o percurso clínico, a função de gestão de caso e a gestão do risco, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua.

- A doença crónica é paradigmática da relevância da gestão de caso, e representa um carga importante (Velasco-Garrido *et al.*, 2003), com grande impacto individual e social, pelos custos e impacto económico (custos indirectos, como dias de internamento, mortes prematuras, absentismo laboral, etc.).
- Existe evidência da efectividade de intervenções de apoio à autogestão, de apoio à decisão e ao nível da organização dos serviços. Medidas como a educação, o aconselhamento motivacional e a distribuição de materiais informativos têm impacto ao nível da qualidade de vida do doente, do estado de saúde, conhecimento e adesão à terapêutica. A participação do cidadão na decisão é cada vez mais importante, existindo evidência de que a capacitação e o contributo para o planeamento dos serviços pode influenciar significativamente a qualidade.
- A prática de trabalho em equipas multidisciplinares, motiva a adesão dos profissionais a NOCs, tal como sucede com a implementação de guidelines baseadas na evidência ou a realização de reuniões de discussão clínica (Busse R *et al.*, 2010).

.15. Para além dos aspetos globais da qualidade, os profissionais de saúde devem ter **uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado**.

.16. Reforçar a **responsabilidade dos profissionais de saúde na promoção da saúde, na prevenção da doença** e, sempre que se justifique, na **gestão da doença**, no âmbito da sua área de intervenção e competência, com ênfase para uma cultura de multidisciplinaridade e articulação.

A NÍVEL
INDIVIDUAL O
CIDADÃO
DEVE:

.17. **Contribuir para a melhoria da qualidade do Sistema de Saúde**, fazendo uso adequado dos seus serviços, colaborando com as normas e regras, apoiando os profissionais na sua missão, apresentando reclamações, críticas, sugestões de melhoria, e envolvendo-se nas decisões a vários níveis.

.18. **Incrementar os seus conhecimentos e competências** associados às responsabilidades individuais, enquanto elemento de uma família, comunidade e responsabilidades sociais, constituindo-se um parceiro ativo, com *empowerment* e exigente de um Sistema de Saúde de qualidade.



3.3.4. VISÃO PARA 2016

As **instituições competem para demonstrar a qualidade dos seus serviços e profissionais**. Os profissionais e utentes

“As instituições assumem a melhoria contínua da qualidade como cultura”

comprovam a evolução nos aspetos técnicos e humanos dos cuidados, na gestão e na articulação entre instituições impulsionada com o **processo de acreditação**. O **processo de monitorização institucional de indicadores de acesso e qualidade** é consentâneo com as áreas de relevância clínica e epidemiológica, da gestão e da qualidade e segurança do doente, assumindo um carácter estratégico no desenvolvimento da instituição e dos profissionais e associado à formação e investigação. Os profissionais sentem retorno pelo seu empenho na melhoria contínua, quer de carácter financeiro, quer nas condições para desenvolver inovação e projetos próprios, quer no reconhecimento pelo cidadão e pela instituição. A **melhoria contínua e o alcance de padrões de excelência e referência fazem parte da identidade e da missão das instituições**.

As instituições e os serviços/departamentos têm uma **visão de desenvolvimento assente na melhoria da qualidade e integrada numa partilha de responsabilidade em rede**, com valorização da complementaridade entre serviços de proximidade, de polivalência e de especialidade. Consideram a área de influência, a relação ótima entre concentração de recursos (serviços, tecnologia, recursos humanos especializados) e acessibilidade (no âmbito de uma rede geográfica de distribuição de recursos). A contratualização reforça esta visão, bem como a responsabilidade de cada unidade no âmbito da rede em que está inserida e da articulação com as restantes. E tem por base a negociação de objetivos e responsabilidades, numa lógica de desenvolvimento coerente e contínuo que obedece a planos articulados aos vários níveis (nacional, regional, local, institucional), de diferentes naturezas (tipologia de serviços e distribuição de tecnologia, recursos humanos, formativos, redes de referência), e reforçando programas de desenvolvimento estratégico (por ex., a gestão integrada da doença, de qualidade ou investigação).

“Os planos de desenvolvimento das instituições/serviços são articulados e contratualizados”

Existe um **registo de saúde eletrónico único**, com níveis de acesso e de segurança adequados que garantam a privacidade dos dados. É partilhado por prestadores públicos e privados e disponibiliza informação ao cidadão sobre a sua situação clínica, incluindo os episódios de urgência. O profissional de saúde devidamente autorizado tem acesso à história clínica, exames complementares e terapêutica, para uma decisão clínica bem informada, menor risco, partilha de informação entre prestadores e melhor conciliação terapêutica. O registo de saúde eletrónico está também **associado a protocolos de orientação clínica, de prevenção** (por ex., calendarização de vacinação e de rastreios) e de **vigilância da doença crónica**, através de avisos, reduzindo as oportunidades perdidas no contacto com vários prestadores. Alerta também para interações medicamentosas e situações de segurança pré-definidas, respeitando a autonomia do profissional de saúde. Este registo tem um interface com o cidadão, sendo um **instrumento de comunicação, literacia, apoio à autogestão e empowerment**. Permite, ainda, a criação de **estatísticas indicadoras da qualidade do percurso clínico, da integração de cuidados e da adesão às NOCs**. Os profissionais sentem a necessidade de manter adequadamente documentados e válidos os seus registos, dado que são partilhados e informativos para o próprio cidadão, para as estatísticas de adequação e desempenho do profissional e da instituição, e apoiam a investigação clínica.

“A Plataforma de Dados em Saúde promove a qualidade e a continuidade de cuidados”



Os profissionais de saúde têm acesso a **Normas de Orientação Clínica** atualizadas que incorporam a evidência científica e respondem às situações mais frequentes e mais relevantes. As NOCs assumem, de forma adequada, o contexto da prática de cuidados, os cuidados multidisciplinares, a patologia múltipla, a polimedicação, a gestão de risco e a perspetiva de percurso clínico, capacitando a gestão de caso e o trabalho em equipa. **As NOCs promovem a melhor eficiência dos serviços e estabelecem padrões comparativos de qualidade**, incluindo indicadores de acesso, adequação e desempenho, com mais ações custo-efetivas. Os profissionais adotam e implementam as NOCs em equipa, publicitando junto do cidadão/doente como referencial a instituição de saúde. As instituições têm políticas explícitas de adoção, implementação e avaliação da adesão e do impacto das NOCs e participam na criação e revisão. As academias, sociedades científicas, associações de doentes e indústria (medicamentos, dispositivos médicos e tecnologias de informação) são impulsionadoras da criação de NOCs, cuja qualidade, certificação e avaliação é realizado por um instituto independente.

“Existem referências nacionais sobre padrões de qualidade dos cuidados, que apoiam a decisão clínica, a integração e articulação de cuidados e o trabalho interdisciplinar”

A formação dos profissionais incorpora: i) perspetivas e determinantes de estrutura, processo e resultado que influenciam a qualidade dos atos; ii) segurança do doente e gestão do risco; iii) competência para a melhoria contínua da qualidade; iv) aspetos do trabalho em equipa multidisciplinar, de comunicação e de educação para a saúde. Inclui também competências para a crítica da evidência científica, de envolvimento e partilha da decisão com o doente, de auditoria e elaboração de estudos/avaliações clínicas, de participação na investigação. Os profissionais são avaliados pela adequação e desempenho dos serviços, incluindo conhecimentos, competências e atitudes clínicas, gestão da sua atividade, trabalho em equipa e relacionamento com o cidadão.

“A formação e avaliação dos profissionais centram-se na melhoria contínua da qualidade”

A avaliação das políticas, instituições e profissionais é entendida como um passo essencial no processo de melhoria contínua, de credibilização e de valorização de todos os intervenientes e como um processo de aprendizagem das organizações, vital para a sua dinâmica. O estado assume um papel positivo de regulador ao assegurar recursos e instrumentos de elevada qualidade para a avaliação sistemática das políticas, instituições e dos profissionais. Esses recursos incluem governação empresarial (corporate governance), governação clínica, sistemas de apoio à decisão (política, de gestão e clínica), monitorização, identificação das boas práticas e avaliação. As instituições, serviços e departamentos promovem **processos interinos de melhoria contínua da qualidade, processos de acreditação** e participam em **avaliações externas** como processos altamente enriquecedores nos quais se envolvem instituições congéneres do sector público, sector privado e social, ordens e associações profissionais, sociedades científicas e associações de doentes.

“Promover uma cultura de avaliação, a todos os níveis”



3.3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier LB. Healing Environments: For Patients and Providers. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2004;4(2).
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Disponível em <http://www.safetyandquality.gov.au>. Consultado em Junho de 2012.
- Busse R *et al.* Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- Campos L, Carneiro AV. A Qualidade no PNS 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde, 2010. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/30/ae-q/> Consultado em Junho de 2012.
- Canada-British Columbia. Ministry of Health. Chronic Disease Management. Disponível em <http://www.health.gov.bc.ca/access/cdm.html>. Consultado em Junho de 2012.
- Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Arch Path Lab Med* 1997;121:11.
- European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS). Disponível em <http://www.esqh-office-aarhus.dk/home/projects/eunetpas>. Consultado em Junho de 2012.
- Fragata J, Martins L. O Erro em Medicina. Coimbra: Edições Almedina, 2004.
- Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322(7299):1413–7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120478/>. Consultado em Junho de 2012.
- Lopes M *et al.* Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro. Alto Comissariado da Saúde, 2010. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/29/ae-icc/> Consultado em Junho de 2012.
- Ministério da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. 2010.
- Norway. And it's Going to Get Better! National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services, 2005.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Glossário. Disponível em <http://www.observaport.org/glossary/2/letterg#term69>. Consultado em Junho de 2012.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Care Quality Indicators, 2010. Disponível em http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html. Consultado em Junho de 2012.



- Porter M, Teisberg E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- Portugal. Decreto Regulamentar n.º 67/2007, de 29 de Maio. Aprova a orgânica da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 207/1999, de 9 de Junho. Criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 Fevereiro. Criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E. P. E.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 270/2007, de 26 de Julho. Aprova a orgânica do Instituto Português do Sangue, I. P.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro. Cria a Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de Novembro. Cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE e aprova os respectivos estatutos.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de Junho. Criação da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E. P. E.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de Fevereiro. Aprova o diploma orgânico do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 39/2012, de 16 de Fevereiro. Aprova o diploma orgânico do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 46/2012, de 24 de Fevereiro. Aprova o diploma orgânico do INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
- Portugal. Despacho n.º 13793/2009, de 8 de Junho. Criação do Conselho para a Qualidade na Saúde.
- Portugal. Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde.
- Portugal. Despacho n.º 69/2009, de 31 Agosto. Aprova o “Modelo da Andaluzia” (ACSA) como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde.
- Portugal. Despacho n.º 381/2011, de 11 de Janeiro. Cria a Comissão Nacional do Registo de Saúde Eletrónico.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 23/DSCS/DPCD. 14/11/07. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.



-
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 2/DSCS/DGID. 18/02/08. Gestão Integrada da Esclerose Múltipla – Acesso dos doentes com suspeita de esclerose múltipla às consultas hospitalares específicas.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 13/DSCS/DGID. 22/07/08. Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Referenciação de Doentes Insuficientes Renais para a Medicina Preventiva.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 12/DQS/DSD. 04/08/09. Tratamento das Exposições apresentadas pelos Cidadãos nos Cuidados de Saúde Primários.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 16/DQS/DQCO. 22/06/10. Cirurgia Segura Salva Vidas.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Observatório da Segurança do Doente (2012). Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>. Consultado em Junho de 2012.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: DGS, 2009.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Lisboa: DGS, 2010.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: DGS, 2007.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Projeto “e-Bug”. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/9/e-bug.htm> . Consultado em Junho de 2012.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Projeto HALT. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/817CAE46-D69C-4146-97C0-430B62117F80/0/halt_2010.pdf. Consultado em Junho de 2012.
 - Portugal. Direção-Geral da Saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (2012). Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0> Consultado em Junho de 2012.
 - Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Lei de Bases da Saúde.
 - Portugal. Portaria n.º 155/2009, de 10 de Fevereiro. Criação do Departamento da Qualidade na Saúde e respetivas estrutura, atribuições e competências.
 - Sakellarides C. “Gestão do Conhecimento, Inovação e Governação Clínica” in Campos L, Borges M, Portugal R (eds). Governação dos Hospitais. Lisboa: Casa das Letras, 2009.



- Saturno P, Imperatori E, Corbella A (eds): Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, 1990. (in Campos 2010).
- Som CV. Clinical governance: a fresh look at its definition. Clin Govern: An International J 2004;9:87-90.
- Ulrich RS. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes, International Conference on Health and Design, 2001.
- United Kingdom. Care Quality Commission. Focused on Better Care. Annual report and accounts 2009/10, London. Disponível em http://archive.cqc.org.uk/db/documents/CQC_Annual_Report_2009-10_WEB.pdf. Consultado em Junho de 2012.
- United Kingdom. Department of Health. Corporate Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities. 2003. Disponível em http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4092889. Consultado em Junho de 2012.
- United Kingdom. Department of Health. Integrated Governance Handbook, 2006. Disponível em http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4128739. Consultado em Junho de 2012.
- United Kingdom. Department of Health. The new NHS: modern, dependable, 1997. Disponível em http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008869. Consultado em Junho de 2012.
- United Kingdom. NHS in East Sussex. Reducing Health Inequalities in East Sussex – Annual Report 2010/11. Disponível em <http://www.eastsussexjsna.org.uk/publichealthreports/previous.aspx#>. Consultado em Junho de 2012.
- Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.
- Villaverde Cabral M, Silva PA. O Estado da Saúde em Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2009.
- Villaverde Cabral M, Silva PA. Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2009.
- World Health Organization. European Healthy Cities Network. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban->



- [health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network](#). Consultado em Junho de 2012.
- World Health Organization. Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004 – 2010). WHO e ACS. 2010. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2011/01/31/ava-ext-who/>. Consultado em Junho de 2012.
 - World Health Organization. Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications2/2007/integrating-health-promotion-into-hospitals-and-health-services,-who-europe-2007>. Consultado em Junho de 2012.
 - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care. Disponível em <http://www.who.int/gpsc/background/en/index.html>. Consultado em Junho de 2012.
 - Yong PL, Olsen L, McGinnis JM. Value in Health Care. Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation – Workshop Summary. Washington, D.C.: Institute of Medicine, The National Academies Press, 2009.