



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O processo de acreditação Hospitalar – desafios na prática profissional dos
Assistentes Sociais

Maria Inês Espírito Santo

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta
ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Coorientadora:

Professora Doutora Helena Carvalho, Professora Auxiliar com Agregação
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2015



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O processo de acreditação hospitalar - desafios na prática profissional dos
Assistentes Sociais

Maria Inês Espírito Santo

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Serviço Social

Orientadora:

Professora Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta
ESTeSL- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Coorientadora:

Professora Doutora Helena Carvalho, Professora Auxiliar com Agregação
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro 2015

Só fazemos melhor aquilo que, repetidamente, insistimos em melhorar.

A busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito.

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste caminho intenso e por vezes solitário, foram muitas as pessoas, que o tornaram mais acessível com maior entusiasmo e dedicação. A todas a essas pessoas expresso a minha gratidão e apreço.

Em especial:

- À Professora Doutora Margarida Eiras e à Professora Doutora Helena Carvalho, orientadoras deste trabalho, o profundo reconhecimento pela sua incondicional disponibilidade, pelas suas orientações, rigor científico, conhecimento e apoio permanente;
- À Dr^a Maria Augusta pela sugestão do tema e apoio.
- Ao Prof. Jorge Ferreira pela disponibilidade, incentivo, apoio e conhecimento.
- Às minhas amigas Ana Rufino, Mónica Granja expremo o meu reconhecimento pela valiosa ajuda e permanente disponibilidade.
- À Enf^a. Graça Quaresma pela disponibilidade, observações e pelas relevantes sugestões.
- Aos peritos que integraram o painel Delphi pela disponibilidade, empenhamento e pelos imprescindíveis contributos para este trabalho;
- Aos dirigentes dos hospitais que autorizaram a recolha de informação;
- Às Coordenadoras das Unidades Hospitalares: Hospital na Ilha dos Açores; Hospital de Vila Nova de Gaia e o Centro Hospitalar Alto Ave que colaboraram na aplicação do pre-teste do questionário e da entrevista; Às Coordenadoras e assistentes sociais adstritos aos hospitais de LVT que colaboraram e participaram na colheita da informação;
- À Dr.^a Rute Simões pela sua disponibilidade e preciosa orientação na aplicação da técnica Delphi;

Por fim, mas naturalmente não por último, estou grata aos meus filhos e marido. São eles os grandes responsáveis pela conclusão deste trabalho, pela força e energia no percurso desta caminhada de altos e baixos. Assim, um obrigado muito especial pelo vosso apoio e amor incondicional.

Muito Grata a todos que sempre me apoiaram e acreditaram em mim....

Dedicatória

À memória da MRS, pessoa maravilhosa e especial, e a minha gratidão eterna por se ter
cruzado no meu caminho.

Ao Adriano pela cumplicidade, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus filhos, Miguel Ângelo e Afonso.

RESUMO

A avaliação da qualidade em saúde tem vindo a ganhar maior relevância e preocupação, não só ao nível político, mas também ao nível da melhoria das práticas profissionais e subsequentemente na prestação dos cuidados aos utentes.

Assim, com esta pesquisa pretendemos analisar alterações que o processo de acreditação hospitalar implicou no agir dos assistentes sociais, e analisar e interpretar as mais-valias do processo de acreditação das práticas do assistente social com vista à criação de um instrumento de boas práticas de Serviço Social no quadro da qualidade hospitalar, cuja necessidade é sentida no campo de Serviço Social hospitalar. Também se pretendeu, compreender a relação que a Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar estabelece com a equipa face ao processo de acreditação na promoção de estratégias, de inovação e de boas práticas.

A análise das práticas profissionais no âmbito da acreditação hospitalar exigiu abordagens diversificadas que permitiram compreender a precisão analítica do paradigma quantitativo com a autenticidade das abordagens sistémicas de cariz interpretativo (qualitativo).

Os resultados sugerem que um processo de acreditação em contexto hospitalar influencia de forma direta e positiva a qualidade da intervenção do Serviço Social, reforçando um conjunto de dimensões de intervenção que induzem a pertinência dessa relação. As Coordenadoras entrevistadas consideram que a qualidade integrada no Serviço Social constitui um fator de desenvolvimento na criação de oportunidades de melhoria visando o aperfeiçoamento do agir profissional.

Realçamos como resultado fundamental a criação e validação de um instrumento de avaliação das boas práticas do Serviço Social no quadro da qualidade hospitalar (EBPSSQH). Para tal, procedemos à validação interna da escala e à análise da sua consistência.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de qualidade, acreditação hospitalar, boas práticas profissionais, Serviço Social

ABSTRACT

The assessment of the health quality has been gaining greater importance and concern, not only at a political level, but also in terms of improving professional practices and subsequently in the provision of care to users.

Thus, with this research it was intended to analyse any changes that the hospital accreditation process involved in the act of social workers and, on the other hand, analyse and interpret the added value that the accreditation of the social worker practices process, in order to establish an instrument of good practice of the Social Worker within the framework of hospital quality, since it is of major importance in the area of the hospital Social Work. Also it sought to understand the relationship that the hospital Social Work Unit Coordinator establishes with the team over the accreditation process in promoting strategies, innovation and good practice.

The analysis of professional practices demanded a variety of approaches that understand the analytical precision of the quantitative paradigm with the authenticity of the interpretive systemic approaches (qualitative).

The outcomes clearly suggest that an accreditation process in the hospital context influences directly and positively the quality of the intervention of social services, by reinforcing a set of action dimensions that induce the importance of this relationship.

The interviewed coordinators think that the integrated quality in Social Work is a developing factor in creating opportunities, having as the final goal the improvement of the professional act.

We would like to enhance, as the fundamental result, the creation and validation of an assessment tool of good professional practice of the Social Work within the framework of hospital quality (EBPSSQH). In order to do this, it was done an internal validation of the scale and the analysis of its consistency.

KEYWORDS: Quality system, hospital accreditation, good professional practice, Social Work

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO	iv
PALAVRAS-CHAVE:.....	iv
ABSTRACT	v
KEYWORDS	v
INDICE DE QUADROS.....	xi
INDICE DE FIGURAS	xiv
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	xvi
INDICE	
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I - QUALIDADE EM SAÚDE: INTERFACE ENTRE A PERSPETIVA CONCETUAL E AS ORIENTAÇÕES POLITICAS.....	7
1. Conceito e dimensões de qualidade em saúde	8
2. Níveis de qualidade em saúde	17
3. Política de Saúde e da Qualidade em Portugal.....	22
4. Evolução do hospital público	30
4.1.Novas configurações dos Hospitais	32
5. Enfoque complementar da promoção de qualidade em saúde	37
CAPITULO II - SERVIÇO SOCIAL E QUALIDADE NA SAÚDE: UM BINÓMIO DE COMPLEMENTARIDADE	435
1. Serviço Social Hospitalar: Apontamentos históricos e legislativos	46
2. Especificidades e Atribuições da intervenção do assistente social em Contexto Hospitalar.....	48
3. Qualidade em Serviço Social: Reflexão e ação na perspetiva do agir	56

4. Avaliar boas práticas profissionais do assistente social no quadro da qualidade em saúde.	74
5. Perspetiva crítica e reflexiva da prática do assistente social	88
CAPITULO III - ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UM IMPERATIVO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL	95
1. Conceito, processo e competências	95
2. Perspetivas do processo de acreditação hospitalar ao nível nacional e europeu	100
3. Um modelo de avaliação da qualidade em saúde	108
4. Acreditação Hospitalar: Entre a inovação e a mudança organizacional e na prática profissional	120
CAPITULO IV – DA TEORIA AO MÉTODO	139
1- Das Questões Teóricas ao Modelo de Análise	144
2. Metodologia de Pesquisa	144
2.1- Natureza da pesquisa	144
2.2. Universo de trabalho e amostra	147
2.3. Técnicas de Recolha de Dados	150
2.3.1. Painel Delphi	152
2.3.2. Entrevista semiestruturada	155
2.3.3. Inquérito por Questionário	156
2.3.4. Pré-teste	158
CAPITULO V - ACREDITAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR: DESAFIOS E MUDANÇAS NO AGIR DO ASSISTENTE SOCIAL	161
1. Especificidades da prática	162
2. Interação de Equipas	164

3. Eficácia profissional.....	165
3.1. Avaliação e Monitorização.....	166
3.2. Ganhos em Saúde	167
4. Qualidade e Serviço Social: a perspectiva de quem Coordena uma Unidade Hospitalar	168
4.1. Apresentação da Unidade de serviço social hospitalar	170
4.2. Perspetiva de um processo de acreditação: desafios e dificuldades;.....	173
4.3.Acreditação e Serviço Social Hospitalar	176
4.4. O impacto da acreditação no fortalecimento dos valores deontológicos e éticos	178
4.5. Estratégias	181
Síntese conclusiva	185
CAPITULO VI - VALIDAÇÃO E CONSISTENCIA INTERNA DA ESCALA.....	191
1. Análise descritiva dos itens	191
2. Estrutura fatorial.....	193
3. Descrição dos fatores	198
4. Consistência	200
5. Validade da escala	200
CAPITULO VII - INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO QUADRO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: CONVERGENCIAS E DIVERGENCIAS NA AÇÃO	203
1. Caracterização da amostra.....	204
2. Relação entre Idade, Formação e Antiguidade e a Resistência à Mudança	208
3. Relação entre Unidade Hospitalar e Resistência à Mudança	210
4. Relação entre a unidade hospitalar e a acreditação	211
5. Relação entre a acreditação hospitalar e a resistência à mudança.....	213

6. Relação entre idade, antiguidade e formação e as subescalas das boas práticas profissionais	216
7. Relação entre a acreditação e as subescalas das boas práticas profissionais.....	221
8. Relação entre a resistência à mudança e as subescalas das boas práticas profissionais.....	223
Síntese conclusiva	225
CONCLUSÕES.....	229
BIBLIOGRAFIA.....	243
ANEXOS.....	I
ANEXO A – 1ª Ronda Painel Delphi.....	I
ANEXO B - Questionário – 2ª ronda	III
ANEXO C – Carta de apresentação dos resultados da 2ª ronda	VIII
ANEXO D – Guião de entrevista.....	X
ANEXO E - Questionário de avaliação das práticas de qualidade na Intervenção do Assistente Social.....	XII

INDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Dimensões da qualidade em saúde.....	14
Quadro 2.1 - Modelos de prática do Serviço Social.....	71
Quadro 3.1 – Número de Instituições Hospitalares Acreditadas / Modelo de Acreditação...	106
Quadro 3.2 – Dimensões de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde	110
Quadro 4.1 – Unidades Hospitalares em LVT	147
Quadro 4.2 – Caracterização dos peritos das três voltas consoante a sua área de especialidade e relevância profissional.....	149
Quadro 4.3 – Relação entre as questões, os objetivos e as técnicas de recolha de dados	151
Quadro 4.4 – Domínios de ação	154
Quadro 4.5 – Critérios de Consenso definidos.....	155
Quadro 4.6 – Consistência interna de cada subescala e da escala total do pré-teste.....	159
Quadro 5.1 – Indicadores da especificidade da prática	163
Quadro 5.2 – Indicadores da interação de equipas.....	165
Quadro 5.3 – Indicadores da eficácia profissional	166
Quadro 5.4 – Indicadores de avaliação e monitorização.....	167
Quadro 5.5 – Indicadores dos ganhos em saúde	168
Quadro 5.6- Características predominantes das Coordenadoras do Serviço Social nas unidades hospitalares de LVT (n=15)	170
Quadro 5.7 -Distribuição das subcategorias da apresentação da unidade de SS com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço	171
Quadro 5.8- Distribuição das subcategorias do processo de acreditação com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço	174

Quadro 5.9 - Distribuição das subcategorias da acreditação e serviço social com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço	176
Quadro 5.10- Distribuição das subcategorias acreditação e valores deontológicos e éticos com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço	179
Quadro 5.11- Distribuição das subcategorias das estratégias com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço	182
Quadro 5.12 – Dimensões e aspetos de mudança na prática face a um processo de acreditação	186
Quadro 6.1 – Grau de assimetria e de achatamento dos itens de <i>input</i> para a análise fatorial	193
Quadro 6.2 – Estrutura fatorial da escala de <i>boas práticas profissionais</i> via análise fatorial em fatores comuns com rotação ortogonal (<i>varimax</i>).....	195
Quadro 6.3 – Correspondência entre as subescalas originais (input da análise fatorial) e os fatores extraídos da AFC	196
Quadro 6.4 – Medidas descritivas dos fatores.....	200
Quadro 6.5 – Consistência dos fatores (subescalas)	200
Quadro 6.6 – Correlações itens/fatores	201
Quadro 7.1 - Idade e antiguidade no serviço.....	205
Quadro 7.2- Distribuição por licenciatura de base.....	205
Quadro 7.3 – Distribuição por grau académico.....	206
Quadro 7.4 – Distribuição segundo a realização de formações complementares	206
Quadro 7.5 - Distribuição por local de trabalho.....	207
Quadro 7.6 - Acreditação Hospitalar e do Serviço Social.....	208
Quadro 7.7 - Variáveis Independentes face à resistência à mudança.....	208
Quadro 7.8 - Instituição Hospitalar e resistência à mudança	210

Quadro 7.9 - Acreditação da Unidade Hospitalar	212
Quadro 7.10 - Relação entre Unidade Hospitalar e acreditação do Serviço Social	213
Quadro 7.11 - Relação entre Acreditação Hospitalar e do Serviço Social e a resistência à mudança	214
Quadro 7.12 - Relação entre Acreditação Hospitalar e os indicadores da resistência à mudança	215
Quadro 7.13 - Relação entre Acreditação do Serviço Social e os indicadores da resistência à mudança	216
Quadro 7.14-Relação entre Hospital /Centro hospitalar e as subescalas das boas práticas profissionais	221
Conclusão:	
Quadro 1- Dimensões de ação emergentes do SS no quadro da Qualidade	230
Quadro 2 – Relação da resistência à mudança e a acreditação hospitalar	235
Quadro 3 – Relação entre a EBPSSQH , resistência à mudança e a acreditação	239

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - Processo para a construção de uma estratégia para a qualidade.....	11
Figura 1.2 – Matriz Tridimensional de monitorização e avaliação da qualidade em saúde	18
Figura 1.3 – Níveis de avaliação da qualidade.....	19
Figura 1.4 – Principais marcos na reforma do Sistema de Saúde Português	25
Figura 1.5 – Evolução legislativa dos Hospitais Públicos	31
Figura 1.6 – Modelo conceptual das determinantes sociais em saúde	39
Figura 2.1 - Elementos de construção no processo de intervenção.....	52
Figura 2.2 - Código de ética no quadro de qualidade.....	58
Figura 2.3 - Conceptualizar a qualidade no agir do assistente social.....	61
Figura 2.4- Elementos integrantes de um sistema de qualidade num serviço.....	67
Figura 2.5- Sistema documental da atividade do serviço social	68
Figura 2.6- Conceptualizar a melhoria contínua dos processos	73
Figura 2.7 – Componentes de boas práticas em Serviço Social.....	84
Figura 2.8 - Processo de Serviço Social.....	86
Figura 2.9 - <i>Standards</i> de boas práticas do Serviço Social	87
Figura 2.10 - Três domínios da prática crítica	89
Figura 3.1 – Ciclo de implementação do processo de Acreditação	98
Gráfico 3.2 - Evolução dos programas de acreditação Europeus 1989-2009	102
Gráfico 3.3 - Evolução do número de auditorias externas no período 1999-2008.....	103
Figura 3.4 – Evolução dos programas de acreditação de hospitais adotados em Portugal	108
Figura 3.5 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processo.....	116

Figura 3.6- Três dimensões de liderança.....	126
Figura 4.1- Modelo analítico da investigação	140
Gráfico 6.1 – Validação de seis fatores via <i>Scree test</i> e <i>Parallell analysis</i>	194
Gráfico 6.2 – Descrição dos fatores	199
Figura 7.1 – Modelo de análise	204
Gráfico 7.2- Relação entre idade e as subescalas das boas práticas profissionais	217
Gráfico 7.3- Relação entre antiguidade e as subescalas das boas práticas profissionais	219
Gráfico 7.4 - Relação entre formação complementar e as subescalas das boas práticas profissionais	220
Gráfico 7.5 - Relação entre acreditação do hospital e as subescalas das boas práticas profissionais	222
Gráfico 7.6 - Relação entre acreditação do Serviço Social e as subescalas das boas práticas profissionais	223
Gráfico 7.7 - Relação entre a resistência à mudança e as subescalas das boas práticas profissionais	224

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AASW – Australian Association of Social Worker's

AVDs – Atividades de Vida Diárias

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CCHSA -Canadian Council on Health Services Accreditation

CHKS - King's Fund Health Quality Service

CEE – Comunidade Económica Europeia

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EBPSSQH – Escala de Boas práticas do Serviço Social no quadro da Qualidade Hospitalar

EFQM - European Foundation for Quality Management

FIAS – Federação Internacional de assistentes sociais

IFSW – Federação Internacional de Serviço Social

IQS – Instituto Qualidade em Saúde

IOM – Institute of Medicine

ISO - International Standards Organisation

IASSW - Associação Internacional de Escolas de Serviço Social

JCAHO -Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI- Joint Commission International

NASW – National Association of Social Workers

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPP – Parcerias Publico Privadas

LVT – Lisboa Vale do Tejo

KFHQS: King's Fund Health Quality Service

SASW –*Standards Social Work Practice in Health Care Setting*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPQS – Sociedade Portuguesa qualidade em saúde

SGQ - Sistemas de gestão da qualidade

INTRODUÇÃO

O Serviço Social na área da saúde surge associado a uma função histórica no acesso aos cuidados de saúde e na qualificação e humanização dos serviços. Tem-se vindo a assistir progressivamente, à elaboração e identificação de distintos indicadores da qualidade nas organizações de saúde enquanto premissa para a adesão a padrões de mais elevada qualidade nos cuidados de saúde ao utente (Almeida *et al*, 2010).

A necessidade de um sistema da qualidade em saúde, foi identificada pela OMS na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31 e, pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e, na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados com o objetivo de melhoria contínua (Ribeiro *et al*, 2008:3- 4).

O Serviço Social exerce uma intervenção na melhoria da qualidade de vida da pessoa, sustentada numa abordagem individual e coletiva, bem como, através de programas e serviços promotores de autonomia e bem-estar social. Os direitos humanos e a justiça social são fundamentais para um eficaz exercício profissional do assistente social (FITS, 2001). A necessidade de uma intervenção por parte do Serviço Social norteadada pela qualidade na relação com os valores e normas de conduta de cada individuo, fortificados pelos códigos de ética do assistente social é imperativo para todas as organizações de saúde. Barriga (2000), argumenta que a inclusão da qualidade no agir do assistente social converte-se numa exigência ética das organizações.

Para se garantir a qualidade nos cuidados de saúde é necessário conhecer as principais componentes do conceito. Donabedian (1986) salienta dois domínios da qualidade em saúde. O domínio técnico, que consiste, na aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde. E o domínio interpessoal, na relação com os valores e normas de cada individuo, cimentados pelos códigos de ética da cada profissional de saúde e expectativas do doente.

O conceito de qualidade em saúde tem subentendido a maximização do bem-estar do doente (Nóbrega, 2004). A avaliação da qualidade em saúde tem vindo a ganhar maior relevância na nossa sociedade, não só ao nível político, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos utentes. Conforme Sousa (2010) argumenta “avaliar e melhorar a qualidade

dos cuidados, em tempo útil e com custos adequados é o grande desafio para os profissionais de saúde” (Sousa, 2010:23). Dos diversos instrumentos para avaliar a qualidade na área da saúde, a acreditação, as auditorias e a avaliação de resultados, têm sido as mais utilizadas e as que oferecem uma base de evidência mais sólida (Mainz, 2003; Veillard *et al.*, 2005).

A acreditação na área da saúde, tem importância atribuída pelo XIX Governo Constitucional no seu programa de 2012-2016, onde menciona garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível da qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com padrões pré-definidos, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança. O conceito de acreditação está relacionado com um sistema de avaliação externa, periódica e voluntária do cumprimento de padrões de qualidade, previamente estabelecidos, procurando promover e desenvolver uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Romano, 2005). Trata-se portanto, de um processo sistemático, que avalia o hospital como um todo para que, de uma forma progressiva e planeada, ocorram mudanças organizacionais e consequentemente se transforme o comportamento dos profissionais que trabalham na organização (Amaral *et al.*, 2005).

A acreditação da qualidade na saúde, pode de facto ser um desafio para os Hospitais que pretendam desenvolver uma cultura da qualidade e consequentemente estimular o envolvimento de todos os profissionais no caminho da mudança e no alcance de boas práticas em que, “os comportamentos dos colaboradores constituam os passos fundamentais para promover sistemas de controlo da qualidade numa organização, torna-se deliberativo o envolvimento dos profissionais que consigam mudar formas de pensar e agir” (Quintino & Saraiva, 2010:70). Nos seus pressupostos e princípios, a acreditação existe para promover o desenvolvimento dos serviços e regulamentar a prática profissional, através de uma entidade reconhecida internacionalmente (Boavista *et al.*, 2000). Assim, a intervenção do assistente social na saúde está orientada para melhorar a qualidade de vida das pessoas, contribuindo para a minimização dos problemas e para a promoção do desenvolvimento humano (Masfret, 2008).

Partindo do pressuposto que, um sistema de gestão da qualidade é uma ferramenta estratégica na renovação das práticas e processos de trabalho, nomeadamente ao nível das competências de formação, comportamentos, atitudes, valores éticos e rigor profissional. Significa que, esta abordagem implica um compromisso legítimo de cada profissional,

fundamentado no agir e nos valores de natureza ética, se esta componente “estiver presente, quase todos os métodos para a melhoria da qualidade serão bem-sucedidos. Se este compromisso estiver ausente, até os mais sofisticados métodos de melhoria da qualidade falharão” (Donabedian, 2003: 137).

Numa perspetiva da qualidade em saúde, é exigido aos assistentes sociais, que conheçam e saibam aplicar os referenciais da qualidade, tendo em vista a missão das organizações, orientadas para a qualidade de vida e satisfação das necessidades dos sujeitos enquanto beneficiários dos serviços de saúde. A qualidade do exercício profissional dos assistentes sociais, em contexto hospitalar, resulta da interação das competências e dos conhecimentos profissionais que fundamentam a ação que, por sua vez influencia as dimensões mais gerais da qualidade em saúde (Expósito, 2011). Deste ponto de vista, tem toda a pertinência e precisão, a conceção de modelos de melhoria contínua da qualidade no agir dos assistentes sociais que possibilitem a integração nos sistemas nacionais de desenvolvimento da qualidade em saúde, pois “as práticas de cuidados ganham sentido nas organizações sendo necessário repensá-las, dadas as gigantescas transformações nos padrões de saúde-doença e as constantes mudanças político-sociais” (Abrantes & José, 2010:55). Inscrevendo atualmente a intervenção do assistente social em saúde, moldada de desafios crescentes, como um número cada vez maior de idosos com dependência funcional; doentes com patologias crónicas múltiplas e terminais e concludentemente pela exigência de respostas interativas num quadro de diminutos recursos políticos e organizacionais na qual se inscrevem, fomentar e sedimentar a qualidade na intervenção social, assim se exige. É precisamente pela relevância da intervenção do “assistente social no percurso do doente nos serviços prestadores dos cuidados médicos, de enfermagem, de educação, de reabilitação, e sociais” (DGS, 2004a:2) que é fundamental que as práticas de cuidados dos assistentes sociais se transformem e constituam em cuidados de qualidade. E para isso dependem fundamentalmente de dois fatores “de uma boa prática e do modo como estão organizados e prestados os serviços (...) terá de existir um investimento num programa de auditorias, na monitorização permanente dos indicadores mais relevantes e num sistema bem estruturado de desenvolvimento profissional contínuo” (Pisco, 2011:43).

Para a Direção Geral de Saúde uma das prioridades de investigação e promoção da qualidade em saúde, exige a “monitorização, *benchmarking* e avaliação (...) incluindo os processos de acreditação (...) de identificação de boas práticas (...) ao nível profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política, de forma transparente, promovendo a

responsabilidade social e para com o cidadão (...) explicitar objetivos, indicadores e metas, modelos de organização e prestação, que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas e padrões, de estrutura, processo e de resultado” (pag.4), o que constitui umas das orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde– Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde (DGS 2012-2016c). Neste enquadramento, devemos destacar dois eixos temáticos a investigar, por um lado, o défice de informação relativa à intervenção do Serviço Social nos sistemas da qualidade hospitalar e por outro, as boas práticas de intervenção social no âmbito da qualidade em saúde em Portugal.

Quanto ao primeiro eixo, a DGS advoga a necessidade da existência de uma cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade, nomeadamente na “avaliação do impacto das mudanças que ocorrem no sistema (...) e constituir modelos e boas práticas” (DGS-PNS: 2012-2016c:7). Este fato, associado às alterações que poderão decorrer do processo de avaliação dos sistemas da qualidade, nomeadamente a acreditação, de que são exemplo as mudanças e diferenças de atitudes, comportamentos, procedimentos e processos de trabalho e ao ênfase crescente da temática da acreditação em saúde, justificam o desenho de projetos de investigação que visem criar consensos sobre o impacto da acreditação e padronizar parâmetros em relação às práticas profissionais dos assistentes sociais.

No segundo eixo, a DGS também argumenta a necessidade do “desenvolvimento e implementação de processos assistenciais integrados, que incluam (...) *standards* de qualidade e indicadores bem definidos, que visam garantir que (...) as atuações dos profissionais se encontrem definidas e parametrizadas (...) essas atuações sejam realizadas para que as necessidades, direitos, e expectativas da pessoa doente venham a ser satisfeitos (...) a participação do doente nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados seja uma realidade (...) 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” (DGS - PNS 2012-2016c:8). Resultantes destes argumentos, destacamos a inexistência de conhecimento relativo à identificação e análise das alterações decorrentes de um processo de avaliação da qualidade em saúde – a acreditação, nas práticas do assistente social e concomitantemente da avaliação das boas práticas de intervenção social de qualidade nos hospitais acreditados e não acreditados, em LVT. Estamos assim, perante a necessidade premente de promover pesquisas que visem criar consensos e padronizar práticas e indicadores da qualidade a utilizar na promoção e desenvolvimento da intervenção de

qualidade do Serviço Social hospitalar “por forma a avaliarmos com objetividade e rigor a qualidade atingida por um prestador, um serviço ou um hospital” (Delgado, 2011:49).

A premente necessidade de avaliação dos cuidados prestados por parte das organizações e serviços de saúde tem vindo a estimular a progressiva utilização de instrumentos de avaliação da prática profissional, não estando os assistentes sociais alheios a esta necessidade. Assim a “necessidade de se dispor de uma boa e fiável fonte de dados, a capacidade de se sistematizar informação, relacioná-la entre si e proceder a análises comparativas, permite adquirir (...) e combinar o conhecimento científico com as boas práticas, de uma forma dinâmica e atualizada” (Delgado, 2011:49). Neste sentido, algumas questões se levantam e orientam no desenvolvimento da pesquisa: em que medida um processo de acreditação hospitalar pode trazer alterações nas práticas profissionais dos assistentes sociais? Os processos de acreditação hospitalar estabelecem uma relação com as boas práticas dos assistentes sociais? O envolvimento da Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar e da equipa no processo de acreditação promove inovação e boas práticas?

Define-se como objeto de estudo, as práticas dos assistentes sociais em unidades de Serviço Social hospitalares acreditadas e não acreditadas. Com esta pesquisa pretendemos, sistematizar e analisar eventuais alterações que o processo de acreditação hospitalar implicou no agir dos assistentes sociais, e por outro lado, analisar e interpretar as mais-valias do processo de acreditação nas práticas do assistente social com vista à criação de um instrumento de boas práticas de Serviço Social no quadro da qualidade hospitalar.

Pretendemos ainda, compreender a relação que a Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar estabelece com a equipa face ao processo de acreditação na promoção de estratégias, de inovação e de boas práticas.

Tendo por base os objetivos gerais, definimos os objetivos específicos:

- Categorizar os padrões/*standards* internacionais das boas práticas profissionais do assistente social;
- Analisar as convergências e divergências entre a atuação do Serviço Social nos hospitais acreditados e hospitais não acreditados;
- Tipificar as alterações nos processos e procedimentos das práticas dos assistentes sociais que trabalhem nos hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo;

- Identificar as limitações e as potencialidades da participação e do envolvimento da unidade de Serviço Social nos sistemas da qualidade;
- Analisar a resistência à mudança face a um processo de acreditação que os assistentes sociais apresentam;
- Identificar estratégias de envolvimento da equipa face a um processo de acreditação, na perspectiva das Coordenadoras;
- Analisar e compreender o processo de acreditação nas unidades de Serviço Social, na perspectiva das Coordenadoras.;
- Criar uma escala de avaliação da qualidade das boas práticas de Serviço Social Hospitalar.

A tese que apresentamos tem uma dupla convergência, em que, por um lado temos o conjunto de capítulos na combinação de perspectivas teóricas complementares, por outro, temos a componente empírica resultante da aplicação de diversas técnicas, como o Delphi, questionário e entrevista.

Ao longo dos oito capítulos que constituem a estrutura do trabalho, procurámos privilegiar uma perspectiva que fomentasse a associação e a integração dos diversos temas, complementares entre si.

- O primeiro capítulo propõe abordar a qualidade em saúde numa perspectiva conceptual e política.
- O segundo capítulo, compreende o conjeturar conceptual entre a dimensão da qualidade em saúde e a prática do assistente social, procurando sublinhar a conexão dos princípios da qualidade e do Serviço Social.
- O terceiro capítulo, entende as abordagens do processo de acreditação hospitalar e as mudanças decorrentes do mesmo, dando destaque à questão da resistência à mudança.
- Os capítulos IV, V, VI, VII e VIII compreendem o eixo empírico nas dimensões analíticas e reflexiva, em coerência com a componente metodológica que norteou todo o trabalho.

Por último, apresentamos as conclusões e reflexões que procuram associar a componente teórica e os dados empíricos, tal como possíveis sugestões para futuras investigações, terminando com a bibliografia.

CAPITULO I - QUALIDADE EM SAÚDE: INTERFACE ENTRE A PERSPETIVA CONCEPTUAL E AS ORIENTAÇÕES POLITICAS

O conceito de qualidade, de uma forma geral, pode ser entendido de forma multidimensional e subjetiva como uma competência, tendo em conta as suas características de produto para satisfação de necessidades dos clientes e consequentemente a ausências de defeitos (Juran, 1993 citado por Domingues, 2006). A preocupação e o interesse com a questão da qualidade, tem a sua origem nos mais longínquos tempos na produção de instrumentos que avaliassem a satisfação de necessidades individuais (Pires, 2004).

A evolução da qualidade a partir de meados do século XX, na maioria com origem no sector da indústria, desenvolveu-se em determinadas condições históricas, económicas e políticas. Esta evolução baseou-se no facto de, por um lado, “qualquer processo produtivo introduz variabilidade nas características da qualidade e que estas seguem leis estatísticas, por outro, as atividades relacionadas com a qualidade podem também beneficiar largamente do uso de técnicas estatísticas, como o controlo de amostragem” (Pires, 2004:32). Neste sentido, a ampliação do conceito de qualidade versa maior firmeza a partir dos anos 60 “ao institucionalizar-se enquanto exigência dos grandes compradores sobre os seus fornecedores” (Pires, 2004:32). Estas considerações levam-nos a pensar na extensão da garantia da qualidade a outras indústrias de produção, aos serviços privados e públicos, intensificando-se e divergindo à medida que os processos se tornaram mais complexos, os consumidores mais exigentes e uma maior competitividade, ou seja, uma relação de mercado oferta/ procura (Pires, 2004).

Progressivamente, esse percurso e as consequentes reflexões, estendem-se e são adaptadas à área da saúde, por autores como Deming (1986) e particularmente, por Donabedian (1988), com a criação de modelos de avaliação da qualidade em saúde, o último considerado o “pai” e “poeta” da qualidade (Best & Neuhauser, 2004).

Ao conhecermos a evolução do sistema de saúde português, decerto, compreenderemos melhor os fatores que podem influenciar o desenvolvimento e a configuração das políticas de qualidade na área da saúde. É neste contexto que desenvolvemos o presente capítulo, problematizando o conceito de qualidade em saúde, as suas distintas dimensões de análise bem como, as orientações políticas de saúde e de qualidade em Portugal.

1. Conceito e dimensões de qualidade em saúde

Antes de iniciarmos a abordagem ao conceito de qualidade e suas dimensões, parece-nos relevante fazer um breve apontamento sobre o conceito de pessoa/ utente / doente e sujeito, de maneira a enquadrar o utilizador nos cuidados de saúde.

De acordo com a Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde (Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto), o utente é uma pessoa, um ser humano que se pode encontrar em diferentes situações ou estados de doença. O doente é uma pessoa que se encontra numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade resultante da doença, mas que por este facto, não deixa de ser titular de direitos e deveres, decorrentes do respeito e da dignidade humana (Nunes & Melo, 2010: 3-6). De uma forma complementar e atendendo às diferentes perspetivas de conceção interrelacionadas entre si entende-se como “pessoa” um ser “...social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto - determinar-se” (OE, 2001:6).

Tomando como referência estas definições, entendemos que o ser humano enquanto sujeito de ação, deve ser considerado numa dimensão plural, no seu género social, no seu papel nas diferentes culturas e no desenvolvimento das suas funções psicológicas elementares (Vygotsky, 1998). Segundo a perspetiva deste autor, o sujeito é considerado na inter-relação com o outro e com o ambiente nos diferentes contextos em que interage, nomeadamente nos serviços de saúde. Temos portanto, de considerar a pessoa como um sujeito, inserido nos serviços de saúde, como um ser ativo, dinâmico e interativo no seu processo de doença e tratamento (*Ibidem*).

Perspetivar a qualidade em saúde é evidenciar a sua singularidade através de uma serie de particularidades que a diferenciam dos outros sectores, por ser “orientada para a satisfação e diminuição das necessidades, não responde à procura oferecendo mais; tem um caracter pró-ativo para prevenir e dar resposta, e não para procurar novas oportunidades de mercado; tem de reunir integradamente os seguintes atributos: a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade” (Pisco & Biscaia, 2001:43). Juntando-se-lhe a segurança e a acessibilidade (WHO, 2006).

A qualidade em saúde assume hoje grande centralidade nas políticas de saúde e uma preocupação crescente para as instituições de saúde. A qualidade “corresponde a uma ferramenta estratégica intemporal que possibilita uma evolução com alicerce em elementos

basilares, como: fazer bem, saber exigir e continuamente melhorar” (Quintino & Saraiva, 2010:68). São estas considerações que nos induzem a refletir sobre a exigência da qualidade nas organizações de saúde. Ela deve ser vista como uma ferramenta de gestão, de mudança da cultura organizacional e consequentemente das práticas profissionais.

A qualidade em saúde pode ter diferentes perspectivas, dependendo de quem é o observador: i) para as pessoas doentes, encontra-se relacionada com a acessibilidade, com a componente relacional decorrente do contato com os profissionais de saúde e com prestação e humanização dos cuidados; ii) para os prestadores de cuidados, está inerente a componente técnica na obtenção de resultados clínicos; iii) para os gestores e decisores políticos, a eficiência e os indicadores de desempenho organizacional são as componentes mais valorizadas na obtenção de resultados desejáveis baseados na globalidade da população tratada (Simões, 2010; Sousa, 2010).

São várias as definições existentes de qualidade em saúde. Conquanto se notem diferenças entre as distintas conceptualizações, elas estão relacionadas com as mudanças de política de saúde e consequentemente com alterações na rede de cuidados de saúde (WHO, 2003a). Porque “um bom serviço de saúde significa coisas diferentes para pessoas com valores diferentes” (*Ibidem*:54). Esta questão assume grande importância no *European Observatory on Health Systems and Policies*, de 2008 denominado *assuring the quality of health care in the European Union* (Legidio – Quigley *et al*, 2008). Este observatório analisa amplamente as diferentes perspectivas de autores como Donabedian (1980); do Institute of Medicine dos EUA (IOM) (1990); do departamento de saúde do Reino Unido (1997); do Conselho da Europa (1998) e da WHO (2000). Não obstante, as definições que se tem destacado nos domínios da qualidade em saúde são as de Donabedian e a do IOM. É portanto, também um reflexo de mudança quanto à sua argumentação em que “a definição, avaliação e pesquisa da qualidade era da competência dos profissionais de saúde, no entanto, houve um crescente reconhecimento da sua importância por parte dos cidadãos, políticos e dirigentes” (Legidio – Quigley *et al*, 2008: 2).

Os argumentos de Silva (2001) apresentam a qualidade como uma noção “universalmente reconhecida como a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados e tornou-se um imperativo para todas as organizações públicas (...) pelo maior nível de exigência do cidadão, pela referência que o Estado assume face à sociedade e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade” (Silva, 2001:8). Devemos igualmente juntar a definição de qualidade mais clássica e patente nos cuidados de

saúde, apresentada pelo Donabedian, como “o tipo de prestação de cuidados em que se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de o mesmo ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados” (Donabedian, 1980, citado por Legidio – Quigley *et al*, 2008:2-3).

Em 1990, o Institute of Medicine (IOM) dos EUA, definiu a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade dos resultados de saúde desejados e estes são consistentes com o conhecimento profissional atual” (IOM, 1990 citado por Campos *et al*, 2010:12).

De facto, ainda que as definições de Donabedian com a do IOM coexistam numa relação estreita, quanto à perspetiva do benefício de melhorar os resultados de saúde, Donabedian salienta o pressuposto de que o cidadão deverá ser o centro da atividade dos serviços de saúde promovendo o seu bem-estar. Isto permite igualmente que a qualidade em saúde seja compreendida não apenas como um fator de cura e reabilitação, mas passe a incorporar a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Uma posição mais ampla e integrada pode ser encontrada na definição de qualidade em saúde do Programa Ibérico (1990). Consiste na “ prestação de cuidados acessíveis e equitativos com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis e a satisfação dos utentes” (Programa Ibérico, 1990 citado por Campos, 2010 *et al*: 157). Não obstante, esta definição tem subjacente, ainda que de uma forma ténue, a importância dos custos, que de certa forma, faz a ligação com a noção de valor de Porter (Campos *et al*, 2010).

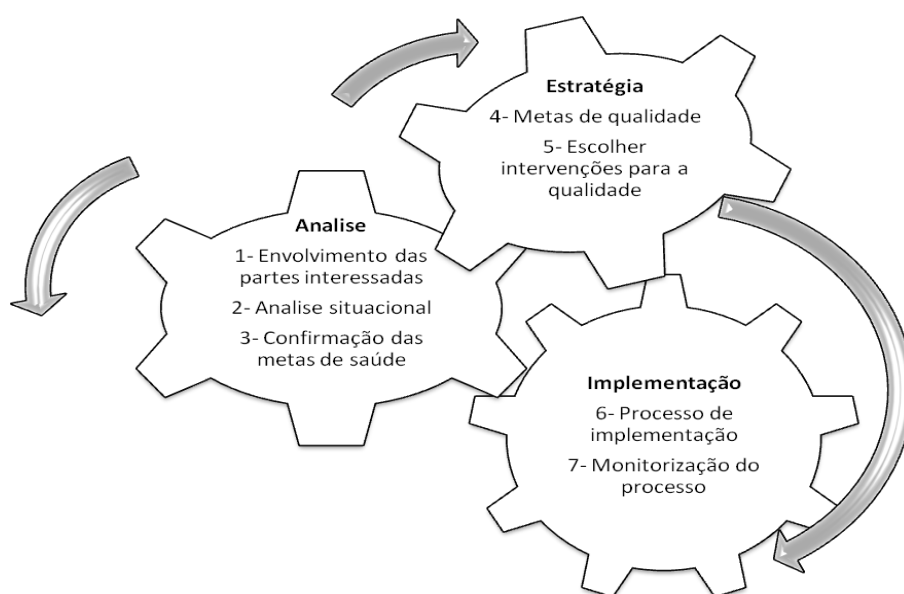
O valor em cuidados de saúde é considerado como o “ resultado em saúde por cada moeda gasta, o qual é determinado pela forma como é abordada cada condição médica do doente ao longo dum ciclo completo de cuidados, desde a prevenção e a monitorização até ao seu tratamento e à gestão da doença” (Campos *et al*, 2010:12). Esta noção de valor, apresentada pelo autor, pode ser considerada como um processo de causalidade cumulativa, na medida em que a redução das despesas e consequentemente do desperdício, poderá reverter e acrescer mais qualidade nos cuidados prestados, pelo mesmo valor gasto. Considera a forma como a cadeia de cuidados usa os recursos disponíveis para obter o melhor resultado (DGS - Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, 2012-2016c).

À semelhança da definição de qualidade em saúde pelo Programa Ibérico, a WHO em 2000 define a qualidade em saúde como o “ nível de concretização das metas intrínsecas de um sistema de saúde relativamente à melhoria da saúde e a capacidade de resposta às

legítimas expectativas das populações” (citado por Legidio – Quigley *et al* 2008: 2). Deste ponto de vista, a qualidade em saúde representa a probabilidade de um indivíduo obter o melhor ganho em saúde, de acordo com a sua condição clínica, económica, social e política, tendo em consideração os diversos fatores que influenciam a saúde. Desta forma, não só os sistemas de saúde ocupam eixo central, mas também, e de igual forma, as expectativas e a satisfação dos cidadãos face aos cuidados de saúde prestados. Pretende-se uma adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS- Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, 2012-2016c). Na mesma linha de argumentação, para uma melhor compreensão relativamente à operacionalização do conceito de qualidade em instituições de saúde e por conseguinte da conexidade com as políticas de saúde anteriormente abordadas, a WHO (2006) procura apresentar uma estratégia na execução e promoção da melhoria da qualidade em saúde. Propõe de acordo com a figura 1.1, uma diretriz constituída por sete elementos dentro de três categorias: análise, estratégia e implementação.

O emparelhamento de uma diversidade de indicadores, mostra a amplitude de um processo de implementação de qualidade em saúde, em que, a filosofia subjacente se reflete num processo cíclico e flexível que vai desde “compreender o problema, planear, tomar medidas, estudar os resultados e delinear novas ações em resposta” (WHO, 2006:13).Figura

1.1 - Processo para a construção de uma estratégia para a qualidade



Fonte: adaptado da WHO, 2006

Em consonância com esta reflexão, a Organização Mundial de Saúde estabelece um processo cíclico, entre as três categorias, que nos permite compreender e refletir sobre os diversos elementos inerentes ao processo de implementação de um programa de melhoria da qualidade em saúde:

i) *Análise* – categoria a ser contemplada no início do processo, organizada por três elementos conectados e interagindo:

- *Envolvimento das partes interessadas* - A particularidade deste indicador, assenta na capacidade de envolver, em todas as fases do processo de qualidade, desde a implementação à avaliação dos progressos, de forma clara, sequencial e contextualizada, os diversos membros das partes interessadas: os políticos, líderes dentro de uma comunidade, os utentes, as organizações de saúde, os órgãos representativos dos trabalhadores de saúde e o grupo de profissionais de saúde responsáveis pela qualidade.

- *Na análise situacional*, estabelece-se uma interatividade entre as políticas atuais e a dimensão espaço-temporal onde ocorrem. Significa isto, que precisamos de enfatizar e analisar as estruturas e sistemas de qualidade dentro da Instituição de saúde e os atuais objetivos e prioridades na melhoria da qualidade em saúde como: Eficiência/ eficácia, acessibilidade/ aceitável; equitativos/ segurança são os parâmetros que ressaem nesta análise. Implica também, um espaço de análise crítica das atuais intervenções da qualidade.

- *A confirmação das metas da saúde* afigura-se também, como um elemento chave na concretização de um processo de qualidade e subsequentemente dependente das políticas de saúde. A sua relevância e ampliação recaem na clareza e consensualidade dos pressupostos da intervenção da qualidade.

ii) *Estratégia* – enquanto desenvolvimento de novas intervenções adequadas e planeadas na implementação da qualidade, que se desenvolve a partir de dois elementos:

- *O desenvolvimento de metas de qualidade* implicam interatividade com as que advêm das metas intrínsecas à saúde e que foram previamente acordadas e em estreita conexão com as diversas dimensões da qualidade.

Será pois preponderante questionarem-se parâmetros como: eficácia, eficiência, acessibilidade, equidade e segurança e perceber onde existe *deficit*, para que seja possível medir o impacto novas estratégias.

- *A escolha das estratégias para a qualidade*, implica mudança da questão “*que*” para “*como*”, ou seja, após a análise organizada das necessidades e a definição das metas de saúde e da qualidade, os decisores precisam de construir estratégias para atingir os objetivos. Este processo implica estabelecer conexões, não só com os elementos anteriormente referidos, mas também com outros domínios como: a liderança, a informação, o envolvimento dos utentes e dos profissionais, regulamentação de normas e procedimentos, capacidade organizacional e o modelo de prestação de cuidados. Estes domínios assentam na capacidade de definir temporal e espacialmente linhas orientadoras na tomada de decisão criando, desta forma, estratégias para efetivar uma melhor análise situacional e contextual na melhoria contínua da qualidade.

iii) *Implementação* – processo contínuo relacionado com a gestão das estratégias da qualidade previamente acordadas, assim como, a análise de impacto das mudanças. Uma visão diacrónica que implica dois elementos integrantes:

- *Implementação do processo*, alerta para a necessidade de estabelecer um foco claro e contínuo. Na sua perspetiva, tem a implementação de uma estratégia de qualidade na sua interconexão com a manutenção, interesse e compromisso dos decisores, na melhoria contínua da qualidade. Esta estratégia conduz à identificação de maus resultados e exige a elaboração e execução de metodologias que convertam, de fato, o processo de monitorização das ações.

- *A monitorização do processo*, situa-se na especificidade dos resultados e no impacto que estes possam ter num plano de qualidade. Significa, que precisamos de enfatizar de forma interativa num espaço de inquirição sobre os resultados, o esforço e o empenho dos envolvidos no processo de mudança face às metas da qualidade. Trata-se portanto, de um processo contínuo e inacabado que exige a reconstrução de estratégias e de planos de melhoria, num ciclo tríade – análise, estratégia e implementação (WHO, 2006).

Para melhor compreender o conceito de qualidade em saúde, procuraremos identificar as principais dimensões, de acordo com os contributos de diferentes autores (IOM,2001; Donabedian 1988; Legidio- Quigley *et al*, 2008; Mezomo, 2001, Maxwell,1992). A existência de diferentes perspetivas que, complementar e coerentemente integradas, são comuns aos diferentes autores. Decorrentes do estudo de Legidio – Quigley *et al* (2008), podem ser apresentadas no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 – Dimensões da qualidade em saúde

Fontes	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Departamento da saúde de UK (1997)	Conselho da Europa (1998)	IOM (2001)	JCAHO (2006)
Dimensões						
Efetividade	X	X	X	X	X	X
Eficiência	X	X	X	X	X	X
Acesso	X	X	X	X		X
Segurança	X	X		X	X	X
Equidade	X	X	X		X	
Adequação	X	X		X		X
Oportunidade			X		X	X
Aceitabilidade		X		X		
Capacidade de Resposta		Respeito, Escolha, Informação			Respeito foco no paciente	
Satisfação			X	X		
Melhoria da saúde	X		X			
Continuidade		Competência técnica, relevância			X	Disponibilidade, prevenção, detecção antecipada
Outras				Eficácia		

Fonte: Legidio – Quigley *et al* (2008: 5)

Vemos, que estas dimensões apresentam assimetrias e semelhanças entre si, quanto à sua abrangência e particularidade. De acordo, com o estudo de Legidio – Quigley *et al* (2008), as dimensões da *Efetividade* e da *Eficácia* estão ligadas entre si, tal como a *Eficiência* em todas as definições. Quanto às dimensões *Efetividade* e *Eficácia*, os autores consideram ser uma medida em que o objetivo de uma dada intervenção produz os efeitos pretendidos.

Por outro lado, a *Eficiência* procura identificar através dos objetivos obtidos a minimização no uso de recursos. O *Acesso*, pode ser definido como a inexistência de barreiras na obtenção dos cuidados de saúde necessários. A dimensão da *Segurança*, não menos importante que as restantes e cada vez mais valorizada pelas diferentes abordagens, refere-se à redução de risco, não só para os utentes, mas também para os profissionais de saúde. A *Equidade* é uma dimensão fulcral, em todas as organizações de saúde, implica a igualdade e justiça na prestação de cuidados.

Na realidade, a reciprocidade e a simetria das dimensões da eficácia e eficiência, divergem da sua própria conexão, uma vez que a (WHO) não as considera ligadas entre si.

Não obstante, quanto às restantes estão em estreita afinidade com que os autores Legidio – Quigley *et al* (2008) definem.

A cada uma destas dimensões que integram o conceito de qualidade em saúde, os autores referem outro conjunto de dimensões que ultrapassam e se estendem às expetativas médicas e sociais dos utentes (Legidio-Quigley *et al* (2008): i) *adequação* do tratamento apropriado à situação de cada paciente; ii) *oportunidade* do doente receber os cuidados que necessita dentro de um período de tempo razoável; iii) *aceitabilidade* na prestação de cuidados ao doente na relação entre a atenção e a humanidade; iv) *focalização* no paciente, valorizando a sua preferência e valores; v) *satisfação* dos pacientes quanto aos cuidados prestados e se a melhoria dos mesmos vai de encontro às suas expetativas (esta dimensão também diz respeito aos profissionais de saúde relativamente à satisfação quanto ao local de trabalho); vi) *continuidade* do cuidado, referente à conectividade entre as diferentes etapas de prestação de cuidados; vii) *tangibilidade / amenidade*, está diretamente relacionado com as questões não clínicas, que fomentam a satisfação do paciente, como a limpeza, conforto, alimentação, etc; viii) *relações interpessoais*, na interação dos diversos agentes: prestadores dos cuidados de saúde, pacientes, gestores, equipas de saúde e populações; iv) *competência técnica* quanto às aptidões, competências e capacidades de performance de prestadores, gestores e pessoal de apoio; v) *resultados* relativos às mudanças produzidas no estado de saúde do paciente quanto aos cuidados recebidos.

Também, deveremos questionar as características, as condições e os processos relacionais, que em muito contribuem para a clarificação das diferentes dimensões de qualidade em saúde: i) *efetividade* – o tratamento prestado e disponível ao utente é o melhor no sentido técnico, de acordo com os especialistas que estão melhor preparados para julgar? Que resultados advêm desse tratamento? ii) *aceitabilidade* - o tratamento ou serviço prestado é orientado pelos princípios de humanização? O que o paciente pensa dele? Como o familiar vê a prestação de cuidados prestados? iii) *eficiência*- quanto custa um dado tratamento de uma especialidade comparando com outro hospital? iv) *acesso* – podem as pessoas recorrer a este serviço quando precisam? Existem barreiras, identificáveis, ao serviço? (ex: distância, incapacidade de pagamento, listas e tempos de espera); v) *equidade* - um grupo de doentes têm o mesmo tipo de tratamento relativamente a outros? vi) *relevância* – são os melhores padrões de serviço que se podem alcançar, tendo em conta as necessidades e as expetativas da população? (Maxwell, 1992).

A estas dimensões de qualidade corresponde um papel no exercício da argumentação e ação, quanto à obtenção de melhores resultados, sendo da responsabilidade “ dos decisores (...) no envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde e dos utentes no desenvolvimento e implementação de novas estratégias para a qualidade; dos prestadores dos cuidados (...) na atuação num ambiente de políticas adequadas para a qualidade e com uma real perceção das necessidades e expectativas daqueles a quem prestam os cuidados; das comunidades e utentes (...) na influência das políticas de qualidade, quer do modo como os serviços de saúde lhe são prestados” (WHO, 2006: 11-12). Assim, verificamos que a interconexão de papéis e responsabilidades assume proporções de grande importância, na identificação das necessidades e na gestão dos cuidados de saúde. Neste seguimento, Maxwell (1992) procura demonstrar através de um estudo internacional a comparação entre a performance de alguns hospitais, em termos de aplicabilidade e relevância, e a multidimensionalidade das dimensões de qualidade. Em relação aos Estados Unidos, a pertinência da equidade e do baixo custo ganham relevo quanto ao equilíbrio e à qualidade dos serviços, entre serviços primários e outros níveis de serviços, os cidadãos americanos utilizam recursos limitados de forma mais eficiente e relevante.

Não obstante, os cidadãos americanos que residem no Reino Unido ao recorrer aos cuidados de saúde no *Norwich Health Authority* (NHA), diz-nos o autor que, a propensão para encontrar serviços de baixa qualidade, quanto à negligência e sordidez das instalações e pela desvalorização da satisfação dos pacientes é elevada. Na realidade, a reciprocidade e a simetria do conceito de qualidade na prestação de cuidados divergem, uma vez que estes mesmos indicadores não são tão valorizados pelos visitantes – cidadãos da Europa Central (Maxwell, 1992). Um cidadão britânico quando recorre a cuidados de saúde, considera e caracteriza o serviço “menos simpático”, em que a dimensão da aceitabilidade não é valorizada.

Neste contexto, facilmente se depreende que a qualidade tem uma componente subjetiva, em que todas estas dimensões são igualmente importantes para a obtenção de cuidados de saúde de qualidade.

Por se tratar de dimensões irredutivelmente diversas e holísticas, o resultado que pode advir das diferentes combinações não é fácil de conhecer e analisar. No entanto, se houver uma gestão eficaz, integrada num processo de mudança e de melhoria continua, ir-se-á ao encontro dos indicadores de qualidade (Mezomo, 2001). Vemos, deste modo, que o nexo entre coordenação, comunicação e adaptação a novos procedimentos de trabalho, poderá

assumir mecanismos que permitam satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos - utilizadores dos cuidados de saúde.

2. Níveis de qualidade em saúde

Analisar a qualidade em saúde, implica considerar e identificar os diferentes níveis de qualidade em que tem de ser avaliada, monitorizada e melhorada (Campos *et al*, 2010). Neste sentido, os autores propõem um modelo tridimensional, na figura 1.2, que conecte e relacione os diferentes níveis de responsabilidade com as dimensões da qualidade e a fragmentação em estruturas, processos e resultados.

Os quatro níveis de avaliação de qualidade subjacentes ao modelo, são: i) indivíduo/equipa; ii) unidade / serviço; iii) organização; iv) sistema. As principais dimensões identificadas e propostas pelos autores permitem evidenciar melhor as áreas de intervenção (Campos *et al*, 2010: 10).

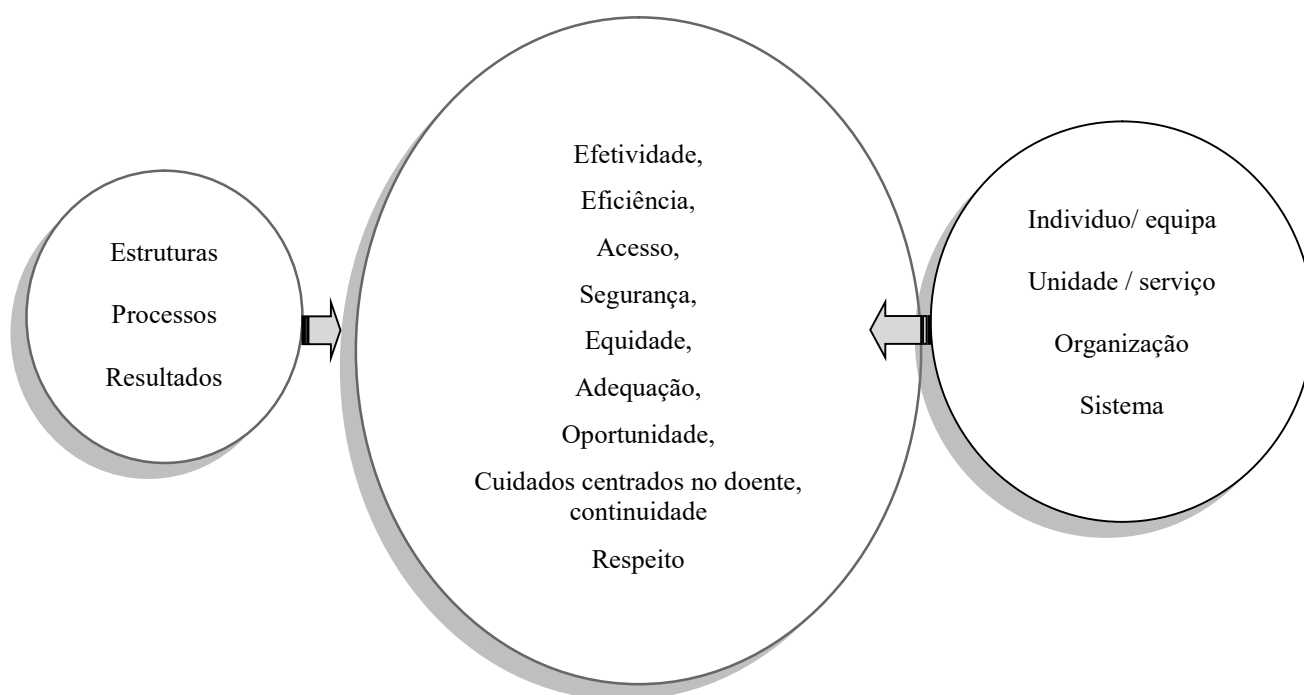
- “Efetividade é o grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
- Eficiência é o grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;
- Acesso pode ser definido como a inexistência de barreiras económicas, administrativas, geográficas ou culturais para a obtenção dos cuidados necessários;
- Segurança tem a ver com a ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado na prestação de cuidados de saúde;
- Equidade relaciona-se com a prestação de cuidados aos doentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação pelo sexo, idade, nível económico, situação geográfica ou outras;
- Adequação é o grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos doentes de acordo com o estado da arte;
- Oportunidade é a possibilidade de o doente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;
- Cuidados centrados no doente é a dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principal critério o interesse dos doentes, as suas expectativas, preferências e valores;
- Continuidade é a garantia de que não há interrupções no processo de cuidados do doente entre diferentes níveis;

- Respeito é a forma como os profissionais de saúde zelam pelos direitos dos doentes de acordo com a sua identidade”.

Nesta lógica, considerando e incorporando o método de avaliação clássica da qualidade dos cuidados de saúde, proposto por Donabedian em 1980, com base na configuração em estruturas, processos e resultados (definições a serem refletidas mais à frente), os autores apresentam na Figura 1.2 “uma matriz tridimensional que cruza estes três vetores e identifica estratégias ligadas às estruturas, aos processos e aos resultados, com impacto em cada um ou em vários níveis e nas várias dimensões da qualidade. Assim, todos têm que ser avaliados e responsabilizados, aos vários níveis, pelas decisões que tomam” (citado por Campos *et al*, 2010: 23).

Podemos verificar na figura 1.2, que a avaliação da qualidade tem inerente dimensões, as variáveis e os níveis de responsabilidade implicados.

Figura 1.2 – Matriz Tridimensional de monitorização e avaliação da qualidade em saúde

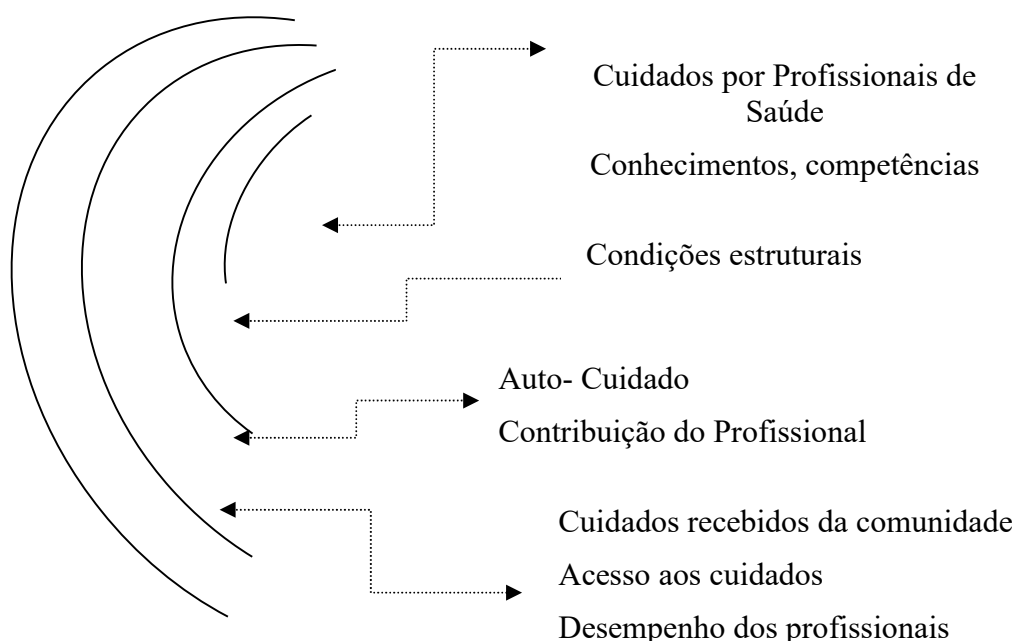


Fonte: adaptado de Campos *et al*, 2010:23

Posição análoga e integrada mas, dissemelhante pode ser encontrada na Figura 1.3, (Donabedian, 1998 citado por Sunõl; Donabedian, 2003), numa abordagem conceptual

atinente da avaliação da qualidade em saúde, propondo igualmente um modelo composto por quatro níveis.

Figura 1.3 – Níveis de avaliação da qualidade



Fonte: Adaptado de Donabedian, 1998 citado por Sunöl 2001

Donabedian (1998) destaca os quatro níveis em que a qualidade pode ser avaliada, envolvendo todos os atores no processo de prestação de cuidado: i) prestadores dos cuidados; ii) pacientes; iii) comunidade, bem como o meio onde os cuidados de saúde são prestados (citado por Sunöl, 2001; Legidio-Quigley *et al* 2008). Esta classificação identifica os elementos específicos, que definem a qualidade, em vários níveis:

- Num primeiro nível, o autor coloca a prestação de cuidados por profissionais, a performance técnica e a gestão da relação interpessoal. A intersecção da performance técnica e dos conhecimentos - incluindo a avaliação e as capacidades profissionais são essenciais para atingir as estratégias apropriadas à prestação de cuidados de saúde. Ou seja, os profissionais são avaliados, por comparação com as melhores práticas dos seus pares. Quanto às relações interpessoais, está subjacente o modo e o êxito de como os cuidados de saúde são prestados (*Ibidem*). Neste sentido, Donabedian (1998), procura demonstrar que os níveis de avaliação da qualidade em saúde evidenciam uma clara interação entre o profissional e o utente, considerando que o desempenho técnico e profissional está canalizado e focado nas

dimensões, eficácia e eficiência, na medida em que “a atuação técnica está dependente dos conhecimentos e das competências profissionais” (Donabedian, 1998 citado por Sunõl, 2001:81). Para o autor, a relação interpessoal é vital, pois é através “deste intercâmbio interpessoal que o paciente comunica a informação necessária para se obter um diagnóstico e as preferências para selecionar os métodos de intervenção mais adequados (...) ao proporcionar informação acerca da natureza da doença e seu tratamento e motiva o paciente para uma ativa colaboração no seu tratamento” (*Ibidem*).

A focalização nas relações interpessoais, profissional de saúde/ utente / família, é fortemente influenciada por características pessoais, relacionais, situacionais e emocionais presentes no contexto interrelacional. A privacidade, a confidencialidade, o consentimento informado, a empatia, a honestidade, o tacto, a sensibilidade, o demonstrar interesse e preocupação, são pressupostos fulcrais neste processo (Donabedian, 1988). Significa que “a correta articulação de todos os componentes desta dinâmica permite uma atuação com sentido, respeitadora da cidadania do doente, permitindo a cada profissional pensar a forma como articula as suas crenças e valores, o seu papel e o do doente na gestão dos cuidados, com o processo informativo, a persuasão e o envolvimento da família, ao relacionar-se e ao agir com o doente” (Fernandes, 2010:109).

Donabedian (1998) considera, que a avaliação da qualidade do processo de relação interpessoal é imprecisa e de difícil medição, sendo uma área onde não existem padrões de orientação precisos, tendo sempre subjacente “diversas variações nas preferências e expectativas dos pacientes que as diretrizes gerais não servem” (citado por Sunõl, 2001:81).

Podemos inferir que avaliar a qualidade da relação interpessoal entre os profissionais de saúde/ utente/ família é dúbio, “não obedece a nenhuma ordem rígida e aplicável de forma facilmente mensurável, tal a complexidade do fenómeno” (Fernandes, 2010:107). No entanto, como acentua e reforça Eiriz & Figueiredo (2004) “é provavelmente mais difícil definir níveis de qualidade de serviço na saúde do que noutros serviços (...) por estar em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde (citado por Revez & Silva, 2010:44).

- Num segundo nível considera os serviços de unidade, focando os atributos desejáveis das instituições de saúde onde os cuidados são prestados. Ao caracterizar a prática organizacional como transformadora, capaz de proporcionar ao utente, cuidados de saúde com qualidade em articulação com as principais características identificadas: a conveniência, o conforto, a

tranquilidade e a privacidade. O compromisso por estas condições institucionais é da responsabilidade dos diretores e gestores das instituições de saúde (Donabedian, 1988). Assim se compreende que “a envolvimento de todos os intervenientes perante as políticas e estratégias de desenvolvimento culmine na melhoria da qualidade dos serviços de saúde (...) os prestadores de serviços (...) os trabalhadores a nível coletivo e individual, atuam em consonância com as políticas de qualidade do próprio sistema organizacional (...) os utilizadores dos serviços atuam como co-produtores da saúde e promoção da qualidade” (WHO 2006 citado por Revez & Silva, 2010:47).

- O terceiro nível de qualidade está em dicotomia com o segundo, proposto por Donabedian, que considera neste último, a contribuição dos pacientes e familiares no processo de qualidade dos cuidados em saúde.

Como referido anteriormente, o modo como se processa a relação interpessoal, por parte dos profissionais de saúde, no desempenho dos cuidados de saúde prestados ao paciente, vai influenciar a capacidade da mesma e família no autocuidado, considerando o papel mais ativo e responsável, na adesão às orientações clínicas fornecidas pelos profissionais de saúde, que os mesmos possam ter (Donabedian, 2003; 2005). Isto implica, portanto a responsabilidade partilhada entre o prestador e o paciente (Legidio-Quigley *et al* 2008). No sentido de conjecturar o previamente proposto, considerando que os utentes deveriam atuar “através da expressão de crenças, expectativas, partilha de informação e cooperação na tomada de decisões, conferindo-lhes assim, um papel crítico e decisivo face à melhoria dos resultados de qualidade” (WHO 2006 citado por Revez & Silva, 2010:47).

- O quarto nível é uma abordagem que promove os cuidados de saúde pela comunidade como um todo, com o fundamento emergente da acessibilidade a esses cuidados. Diremos que, nesta ótica, a conexão entre a distribuição social e os níveis de qualidade relacionam-se com a questão da acessibilidade aos cuidados de saúde prestados pela comunidade, ou seja, “em função de quem tem maior ou menor acesso aos cuidados” (Donabedian, 1988 citado por Sunõl, 2001:82).

Do exposto, podemos constatar que existe uma multiplicidade de fatores dissemelhantes mas complementares que podem influenciar a qualidade em saúde. A avaliação da qualidade vai para além de fronteiras, de instituições de saúde, de desempenho técnico e da relação interpessoal dos profissionais. Assim, de acordo com o autor, a “definição de qualidade torna-se estreita ou mais expansiva, dependendo de como o conceito

de saúde e as responsabilidades a ele associadas estão a ser definidas” (Donabedian, 1998 citado por Sunöl, 2001:82). Podemos compreender e reconhecer que estamos perante a existência de uma perspetiva tradicional (Donabedian, 1988), atual e inovadora para a época, que complementar e coerentemente integrada, considera um corpo de elementos fundamentais no processo de avaliação da qualidade em saúde.

Ao incluir nos domínios de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, os doentes e seus familiares, como elementos ativos no processo de cuidados e considerando as suas preferências e o reconhecimento da tomada de decisão, que se relaciona “com os valores e normas de cada indivíduo, cimentados pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente (...) consegue-se a maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes” (Nobrega *et al*, 2004:59).

No entanto, devemos igualmente juntar a asserção do Conselho de Europa (1997) que, propõe quatro níveis de qualidade análogos, mas não sobreponíveis aos propostos por Campos *et al* (2010). É uma abordagem que considera os “diferentes órgãos administrativos ou organizacionais do sistema de saúde, enfatizando a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em qualquer nível de saúde prestado” (Conselho de Europa, 1997 citado por Legidio-Quigley *et al* 2008:7).

Os quatro níveis de avaliação de qualidade subjacentes ao paradigma, são: i) cidade / distrito; ii) hospital ou organização regional dos cuidados ao domicílio e práticas de colaboração; iii) unidade ou equipa profissional; iv) individual – prestador de serviço individual (profissional) (*Ibidem*).

3. Política de Saúde e de Qualidade em Portugal

Compreendemos o conceito de saúde, como um fator fundamental à vida humana, “um estado positivo de completo bem-estar físico, mental e social” (Alves, 2002: 23). Para Carapinheiro (1993), todos os cidadãos devem ter direito à saúde, no entanto, defende que se deve apostar de forma prioritária e consensual, na educação para a saúde na prevenção da doença, tentando responder em simultâneo “na procura de cuidados às populações, atendendo às necessidades variáveis de saúde e aos seus objetivos de descentralização e desconcentração de recursos, orientando-se para a progressiva erradicação das assimetrias sociais e regionais que marcam a distribuição e o acesso a esses mesmos serviços” (Carapinheiro, 1993: 20).

Parece-nos lícito considerar que o estado da saúde dos cidadãos não é estático nem pleno, mas depende do papel assumido por todos enquanto cidadãos e ainda, dos esforços conjugados dos políticos e governos, uma vez que é a este nível que se decidem e promovem as políticas públicas de saúde.

Políticas de saúde são, portanto, um conjunto de opções políticas que estabelecem o grau de responsabilidade pela saúde da população, com carácter progressivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e recursos disponíveis (Simões, 2004). Neste seguimento, tendemos, portanto, a concordar com Santos (1987) ao defender que o direito à saúde e às políticas de saúde são parte complementar dos direitos e das políticas sociais.

O direito à proteção de saúde está intrinsecamente relacionado com a qualidade de vida dos indivíduos, sendo um direito de todos os cidadãos portugueses pela Constituição da República Portuguesa (1976) consagrado no artigo 64º, o qual define que a prestação de cuidados de saúde deve ser “realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. A saúde é um direito de todo o cidadão, não devendo os fatores de ordem económica e social constituir impedimento no seu acesso. E cabe ao assistente social hospitalar “ampliar o direito à saúde, possibilitando o acesso à saúde pelo paciente ao serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito à habitação, pelas condições de trabalho, à educação em saúde, como direitos sociais e obrigações do Estado” (Vasconcelos, 2002:442).

A história das políticas de saúde em Portugal é extensa e comportou ao longo dos anos diversas reformas, no sentido de desenvolver e melhorar um sistema de saúde, de forma, a responder às necessidades todos os cidadãos portugueses. Contribuindo para uma melhor compreensão da origem dos cuidados de saúde em Portugal, salientamos três importantes reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) até ao ano de 1974.

A primeira reforma, em 1903 conhecida pela Reforma de Ricardo Jorge na aplicação “de um conjunto de diplomas promulgados, que reorganizaram a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene”. (Simões, 2004:85). A aplicação destes diplomas, deram início às bases da conceção dos cuidados de saúde públicos, “que se pode chamar o moderno sanitarismo” (Ferreira, 1990 citado por Simões, 2004:86).

Em 1945, a segunda reforma estabelecida pelo Decreto-lei nº35 108, de 7 de Novembro de 1945“, cria duas direcções-gerais, a da Saúde e a da Assistência: a primeira com funções de orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária e de ação educativa e preventiva; a segunda com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios” (Simões, 2004:86). Neste sentido, a lógica do processo reformista dos cuidados de saúde no período de 1944 a 1971 assentava numa assistência de cariz rudimentar, restrito a certos grupos profissionais“ (...) o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde” (Ferreira, 1990 citado por Simões, 2004: 88).

Realçamos neste período, o início da formação dos primeiros assistentes sociais em Portugal, em que “o Serviço Social queria libertar-se de uma doutrina de ‘higienismo social’ e de uma atuação assistencialista, paliativa e casuística para fomentar uma intervenção social que fosse sistematizada promocional e global” (PORTUGAL-MS, 1998:5 citado por Guadalupe, 2011:101). Em 1941, a primeira assistente social foi admitida na área da saúde hospitalar, nomeadamente nos Hospitais da Universidade de Coimbra e posteriormente no Hospital Psiquiátrico de Lisboa (Martins, 2010). Esta análise, implica uma perspetiva mais ampla, em que se prevê a organização do Serviço Social nos centros de assistência psiquiátrica, dispensários, hospitais e asilos psiquiátricos através da Lei n.º 34502 de 18 de abril de 1945, integrando assistentes sociais e visitadoras sociais (Martins, 2010). O Regulamento dos serviços do Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Centro (Decreto-lei n.º 34547 de 28 de abril de 1945) no seu artigo 17º descreve a equipa do Serviço Social do Hospital Sobral Cid com médicos, assistentes sociais e visitadoras sociais (*Ibidem*).

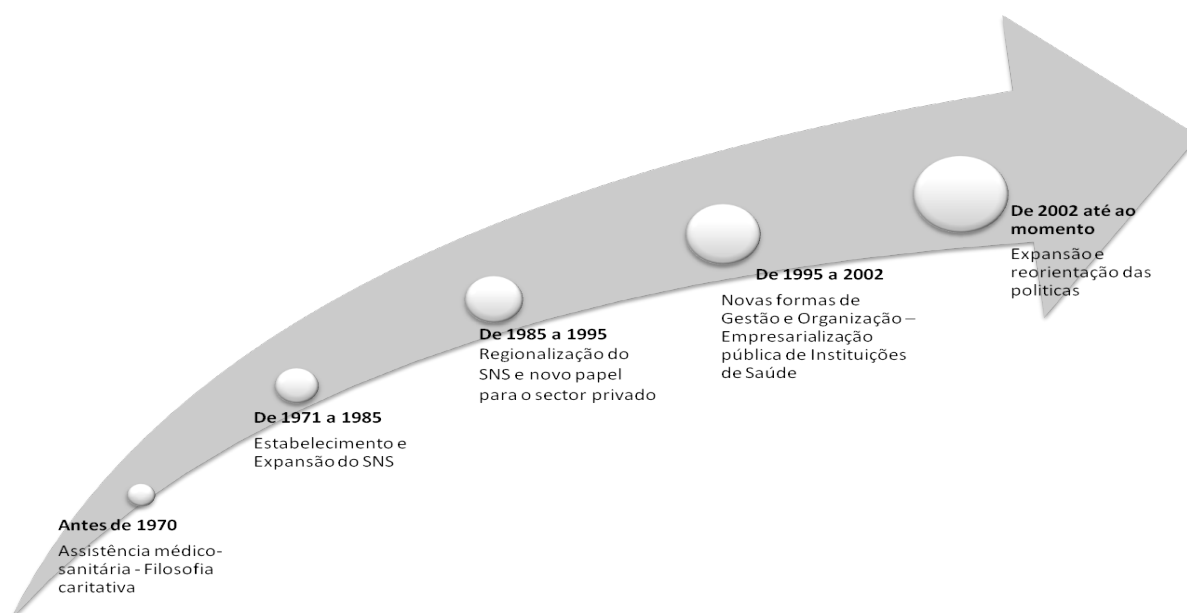
Em 1971 deu-se a terceira reforma proposta pelo Professor Gonçalves Ferreira, um marco histórico na evolução das políticas públicas de saúde em Portugal. Esta reforma assentava em três importantes objetivos: i) o reforço da intervenção do Estado; ii) a orientação do novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença; iii) o facto dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes após 1974 (Simões, 2004). Foi publicada através dos Decretos de Lei nº 413/ 414, com a designação de “Organização do Ministério da Saúde e Assistência”, que estabeleceu “ um sistema de carácter nacional, estruturado desde o nível governamental aos

níveis centrais e local, compreendendo este, os escalões da região ou distrito, freguesia ou concelho, responsáveis pela execução das atividades hierarquizadas da prestação de cuidados de saúde completos à população (Ferreira,1989:456).

Neste contexto legislativo é reconhecida a necessidade do Serviço Social nas Organizações de saúde, que coloca no eixo central do sistema os cuidados de primeira linha ou essenciais, promovendo a integração funcional de serviços dispersos, e reconhecendo o direito à saúde a toda a população, o que abre caminho à universalização dos cuidados (Guadalupe, 2011). Para ilustrar a evolução do SNS, podem ser apontados na figura 1.4, os grandes marcos na reforma do sistema de saúde português.

Até ao final da década de 70, o acesso aos cuidados de saúde era da responsabilidade das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência e a sua cobertura e acessibilidade era diminuta e restrita. Caracterizava-se “por um período de elevada fragmentação nas estruturas de saúde (...) em que predomina uma conceção de causalidade biomédica, reducionista para a compreensão da doença” (Sakellarides *et al*, 2005:20). Foi então, a partir de 1979 que o Estado passou a ser responsável pelos cuidados de saúde aos cidadãos portugueses.

Figura 1.4 – Principais marcos na reforma do Sistema de Saúde Português



Fonte: Elaboração própria

Nos anos 70, Portugal apresentava indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis relativamente ao contexto da Europa Ocidental. O sistema de saúde estava fragmentado, compondose de vários tipos de instituições prestadoras de cuidados de saúde: os hospitais do Estado e das Misericórdias, os postos médicos dos Serviços Médico Sociais da Previdência, os Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971) e sector médico privado (particularmente na área dos cuidados de saúde ambulatoriais). De salientar ainda, o facto de a capacidade de financiamento dos serviços públicos da saúde era muito limitada (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001/2002). Neste contexto, a cobertura dos serviços de saúde era insuficiente e de acesso restrito.

O desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde foi um grande desafio da época, em que se iniciava a implementação de um regime democrático e se procedia ao complicado processo de descolonização.

Entre de 1971 – 1985, período de estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde, as bases para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) são introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro – “Reforma de Gonçalves Ferreira” – que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência e que incluiu a Constituição de 1976.

Estas reformas introduziram mudanças profundas em Portugal, dando origem a uma atitude que permitiria o reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos e à intervenção mais clara do Estado na definição das políticas de saúde. Este período culmina com a publicação em 1979 da Lei do Serviço Nacional de Saúde¹. A criação do SNS foi considerada a resposta mais adequada às necessidades e que permitiria a cobertura mais extensa e equitativa dos cuidados de saúde.

A nova constituição estabelecia que “todos têm direito à proteção da saúde” independentemente da sua condição económica e social, ou seja, um SNS universal, geral e gratuito. Assim, na senda da reestruturação e integração dos cuidados de saúde para todos os cidadãos“ abandona-se a referência à caridade e ao primado das instituições particulares para resolverem os problemas de saúde dos portugueses” (Campos, 1983 citado por Simões, 2004:89).

¹ Portugal, Ministério da Saúde. Assembleia da Republica. Lei 56/79 de 15 de Setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde, pelo qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Diário da Republica, Lisboa, I Série A (15) Setembro, p.2357

Até 1979, ano da criação do SNS, a assistência médica era da responsabilidade das famílias, das instituições privadas e dos serviços médico-sociais da Previdência. Ao Estado competia apenas a assistência aos pobres. Com a criação do SNS em 1979, o acesso aos cuidados de saúde passa a ser garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social em que “o Estado assume um papel mais ativo e interventor (...) emergem ideias de sistema de saúde de acesso universal e financiado por impostos e de planeamento de saúde” (Sakellarides *et al*,2005:22). O SNS fica ao dispor de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de serviços prestadores de cuidados diferenciados, de uma forma universal e tendencialmente gratuito. Verificamos que o desenvolvimento e as mudanças das políticas de saúde em Portugal, foram despoletadas pelo particular enfoque em questões como: responsabilidade social, financiamento do sistema, prestação de cuidados de saúde, centralidade quanto à resposta dos cuidados de saúde ao cidadão (baseada na inovação e humanização), qualidade e gestão da mudança dos sistemas de saúde. Todavia, o desenvolvimento tecnológico, científico e socioeconómico verificado nos últimos tempos, permitiu resolver muitos problemas de saúde do passado, mas que, na atualidade se converteram em novos desafios.

Entre de 1985 – 1995 Portugal viveu um período de estabilidade económica. Em 1986, tornou-se membro da CEE o que permitiu o acesso ao financiamento europeu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas, incluindo a área da saúde “fortemente influenciada pela ideologia de mercado, sobretudo da competição entre prestadores, como forma de ganhar eficiência” (Simões, 2010: 180).

Com a revisão de 1989, é alterado o princípio de que os cuidados de saúde eram gratuitos. O SNS é financiado pelo Orçamento Geral do Estado, pelo que, o acesso aos hospitais é “tendencialmente gratuito”, exigindo-se em alguns casos, o pagamento de uma taxa moderadora que visava racionalizar a utilização dos serviços de saúde. Esta revisão originou uma alteração significativa no sistema, que passa de “serviço nacional de saúde gratuito” para “tendencialmente gratuito”. De facto, a gratuitidade do SNS deixou de funcionar, as taxas moderadoras, converteram-se em fontes de receita e financiamento dos serviços públicos de saúde (Santos, 1987), salvaguardando-se, no entanto, os cidadãos considerados de risco e economicamente desfavorecidos.

Um dos marcos fulcrais na Reforma da Saúde em Portugal registou-se em 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde².

Esta publicação define o sistema de saúde português como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção de saúde, e com base no atual art.º 64 da Constituição da República Portuguesa, compete ao Estado articular as formas empresariais e privadas da medicina com o SNS, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade (Miranda, 2000) na prestação dos cuidados aos cidadãos.

Com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do estatuto do SNS³, a lógica da prestação dos cuidados de saúde passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados e integrados entre si: i) As instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, dependentes do Sistema Nacional de Saúde e subsequentemente do Ministério da Saúde; ii) Os subsistemas de saúde públicos; iii) e todas as entidades privadas e/ou profissionais livres que celebrem um acordo com o SNS.

O período de **1995 a 2002**, ficou marcado por diferentes formas de gestão e organização. Dez anos volvidos de considerável estabilidade económica, iniciou-se um novo ciclo político. Surgem então documentos do Ministério da Saúde que “apresentam um conjunto de princípios e objetivos para uma nova política de reforço da componente pública do sistema” (Simões, 2010:181). - *Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar do século 1998-2000* (1998); *Saúde, um Compromisso* (1999) - que se preocupam essencialmente com o que poderão ser os ganhos em saúde.

Este período é reconhecido pela aplicação da gestão empresarial pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde, “ na substituição do tradicional modelo público integrado por um modelo contratual, combinando o financiamento essencialmente público com um sistema de contratualização entre pagadores e prestadores funcionalmente separados” (Simões, 2010: 181 - 182). Foram realizadas durante este período (1996-1999) algumas experiências de nova gestão mais flexível e autónoma “ com vista à empresarialização dos hospitais. O primeiro passo foi dado com a publicação do Decreto de

² Portugal. Ministério da Saúde. Assembleia da Republica. Lei nº48/90, de 24 de Agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. Diário da Republica, Lisboa, I Série A (195), p.3452-9.

³ Portugal. Ministério da Saúde. Assembleia da Republica. Decreto- Lei nº11/93. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da Republica, Lisboa, I Série A (12), 15 de Janeiro 1993, p.122-34.

Lei nº 151/98, que altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira, a primeira “ experiência inovadora de gestão” (Escoval *et al*, 2010:15).

As mudanças acentuadas, nomeadamente, nos domínios da gestão que têm vindo a alterar o modelo e estatuto jurídico dos hospitais foram sendo “ sucessivamente constituídos sob forma de EPE, modelo que visa melhorar a capacidade de resposta, otimizando os serviços através de uma gestão integrada das várias unidades hospitalares” (*Ibidem*: 16).

Após 2002 e, subjacente à expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, assiste-se a uma nova filosofia quanto aos papéis do sector público, do sector privado e do sector social. Esta nova trilogia de “Sistema Nacional de Saúde baseava a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados, sem que o SNS se constituísse como referência preferencial” (Simões, 2010:182).

Na sequência destas mudanças de filosofia, foi aprovado o novo regime jurídico da gestão hospitalar (lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro) entrando em vigor em Janeiro de 2003, altura em que 30% dos hospitais públicos se tornam empresas públicas.

No âmbito da agenda política do Governo foi aprovado por Resolução do Conselho de Ministros (resolução n.º 100/2002) o programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas com o objetivo de terminar com as listas de espera de curto prazo recorrendo-se, para isso, à utilização de serviços privados e sociais.

Através do Decreto de Lei nº 101/2006, de 6 Junho foi criada Rede de Cuidados Continuados Integrados, este cuidados são entendidos como “ o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrentes de avaliação conjunta, centrados na recuperação global do individuo, envolvendo o aspeto terapêutico e o apoio social necessários à sua recuperação de forma ativa e contínua, visando promover a autonomia e melhorar a funcionalidade do individuo em situação de dependência, promovendo reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Atualmente, a situação de crise e novas prioridades coexistem e acompanham a circularidade das políticas públicas de saúde. É neste contexto económico e social, fortemente marcado pela crescente escassez dos recursos, que se manifesta a necessidade de garantir a sustentabilidade futura do SNS, fazendo da manutenção do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde, um enorme desafio (OPSS, 2011).

4. Evolução do hospital público

Olhar para a evolução dos hospitais públicos implica considerar ao longo dos séculos, os conceitos de doença e cura e subsequentemente o desenvolvimento das políticas sociais e económicas do país com a dimensão espaço-temporal que ocorreram. Vemos, deste modo, que a evolução dos hospitais públicos é longa e remonta ao ano de 1502, era sobretudo dominado por cariz religioso e assistencialista, associada ao léxico do cuidar dos pobres. É neste período que se “lançam em Portugal as bases de um sistema de assistência (...) e que D. João II manda construir o único Hospital até à altura, o Hospital de Todos os Santos, (...) a iniciar a sua atividade em 1502” (Simões, 2004:99).

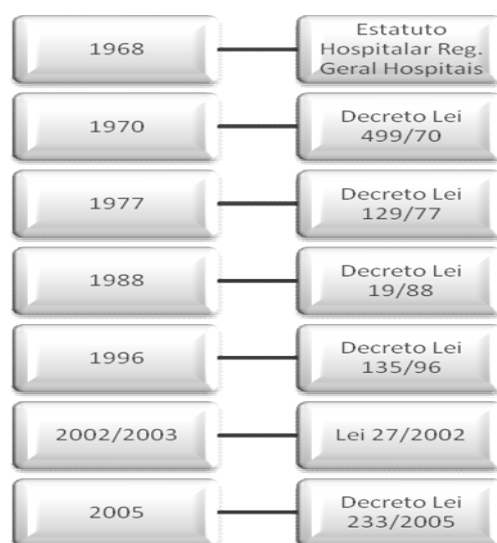
Em 1866 passa a caber ao Estado a atividade assistencial dos Hospitais que, até então, era maioritariamente da responsabilidade das Misericórdias e das Instituições de caridade.

É a partir do século XX, que a medicina evolui na sua cientificidade devido à necessidade de combater as doenças infecciosas. Facto que levou a que o Estado passasse a assumir maior responsabilidade nos cuidados de saúde à população (*Ibidem*). Na realidade, a acessibilidade e a equidade aos cuidados de saúde não eram os mesmos perante os cidadãos que tinham capacidade económica, o poder económico permitia que o médico se deslocasse ao domicílio, para tratamento do doente.

O crescimento dos hospitais públicos e a sua enorme relevância proporcionam a criação de “locais de ensino e investigação (...) cresce a medicina entendida como uma profissão e nascem os especialistas hospitalares” (Mckee & Healy, 2002 citado por Simões, 2004:100). Neste contexto, o hospital comporta uma profunda alteração ao incorporar nomeadamente o conceito de acessibilidade e conhecimento médicos especializados para a população no geral, (...) de instituição devotada a tratar os pobres transforma-se, gradualmente, num estabelecimento onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as classes sociais, e onde a especialização vai tendo uma importância crescente” (*Ibidem*). Esta conceção remete-nos para um modelo de hospital público que “deve respeitar um conjunto de valores e princípios fundamentais, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilização e melhor uso dos recursos, com a essência e os valores que um hospital público deve ter” (DGS, 1999:72) com características muito próprias com grande diversidade e complexidade, na incorporação de diversas áreas (Fernandes *et al*, 2011) “fornecem serviços essenciais ao bem-estar dos cidadãos, os hospitais são organizações onde a introdução da mudança se afigura como especialmente difícil” (Simões, 2010:350).

Como poderemos verificar na Figura 1.5, “a estrutura do hospital público português resulta de vários conjuntos legislativos, que têm a sua origem na legislação de 1968 e que se prolongam em relação a importantes princípios estruturantes, até ao ano de 2002, numa evidente linha de continuidade” (Simões, 2004:101). Deste modo, Simões define três aspetos relevantes nos modelos de estrutura hospitalar a partir de 1968: i) distinção entre dois grupos de funções: a função principal que compreende toda a prestação direta ou indireta de cuidados aos doentes e as funções gerais que apoiam o hospital de forma complementar nos componentes cuidados de saúde; ii) legislação referente à organização do sistema em unidades funcionais tipo, em que o serviço constitui a sede principal na definição e desenvolvimento dos projetos de política médica; iii) modernidade deste conjunto legislativo de 1968⁴ é a aproximação de uma matriz empresarial (Simões, 2004).

Figura 1.5 – Evolução legislativa dos Hospitais Públicos



Fonte: Simões, 2010

Após este período, as alterações centraram-se ao nível da gestão e direção técnica. Todavia o XV Governo, em 2002, com a publicação da Lei nº27/2002, de 8 de Dezembro, altera a lei de Bases da Saúde e revoga o Decreto de Lei nº 19/88, prevendo a criação de hospitais com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos. “ A inovação está em

⁴ O diploma de 1968, perdura até aos nossos dias, quanto à sua aplicabilidade, encontram-se nas referências do Regulamento Geral dos Hospitais- os hospitais de dia e a assistência domiciliária (artigo 60º) - às listas de espera (artigo 71º), ao dossiê clínico e à alta clínica (artigo 72º e 74º) e ao apoio ao voluntariado (artigo 78º)

que os membros do Conselho de Administração podem ser livremente destituídos pela Assembleia Geral” (Simões, 2010:317).

Em 2005, o Decreto- Lei nº233, de 29 de Dezembro, define os Estatutos dos Hospitais, EPE que determina a existência de um órgão de administração – o Conselho de Administração. Estas alterações, determinam que o Conselho de Administração, formado por sete elementos, detenha competências políticas e técnicas que garantam uma gestão convergente com os objetivos deliberados pelo Governo.

4.1. Novas configurações dos hospitais

Na sequência da evolução do Sistema de Saúde, também as instituições hospitalares se transformaram quanto à sua forma organizativa. Foram criadas matrizes organizacionais que visavam a procura de soluções para fazer face a algumas fragilidades do SNS, sobretudo no que diz respeito à necessidade de potenciar em eficácia e eficiência os recursos existentes (Simões, 2010). De fato, o hospital constitui “ um pilar fundamental e mais dispendioso de qualquer sistema de saúde (...) o peso dos cerca de 200 hospitais existentes em Portugal, dos quais 170 são de cuidados de saúde em doentes em fase aguda e o impacto que eles têm no funcionamento do sistema de saúde, obrigam a mudanças significativas como garante essencial da sustentabilidade do sistema” (Fernandes *et al*, 2011:23). Desta forma, e conforme ilustrado por Simões (2010) a partir das novas abordagens quanto à gestão organizativa das instituições hospitalares, as triades de modelos organizativos – Unidade Local de Saúde, Centro Hospitalar e Parceria Público/ Privada, fazem parte de um período de mudança de estatuto das instituições de saúde, que teve início em 2003 e permanece até à atualidade.

As Unidades Locais de Saúde (ULS)

Foi em 1999, através do Decreto- Lei 207, de 9 de Junho que foi criada a primeira Unidade Local em Matosinhos. Em 2008 alargou-se ao Alto Alentejo.

Estas Unidades têm como objetivo garantir a articulação entre os cuidados primários, hospitalares e continuados num “ sistema integrado de saúde, onde estes cuidados devem coexistir paralelamente e de forma articulada” (Fernandes *et al*, 2011:44). Esta legislação apresentou algumas fragilidades quanto à sua aplicação. Alguns fatores contribuíram para esta falta de solidez do sistema: “ pelas tradicionais desconfianças entre os cuidados primários e

hospitalares, pela oposição de forças sindicais e políticas e pela mudança ministerial” (Simões, 2010: 341). Estes dados convergem com o argumento da inexistência de estudos que avaliem o impacto da criação das ULS, quanto à sua eficiência, eficácia, qualidade e operacionalidade.

Centros Hospitalares

Esta é a configuração organizativa hospitalar com um crescimento acentuado nos últimos anos. Esta dinâmica organizativa, estende-se a toda a zona geográfica do país, desde as zonas urbanas (Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa Norte e Lisboa Ocidental), a Trás-os-Montes, Alto-Minho, Alentejo e Algarve.

As dimensões da eficiência, acessibilidade, desempenho institucional, melhoria da qualidade e racionalização dos recursos humanos, assumem particular importância na criação dos Centros Hospitalares, quanto à fusão dos hospitais, dos serviços, áreas de especialidade e da respetiva gestão.

As Parcerias Público / Privadas (PPP)

Foi no XIV Governo Constitucional, em 2001, por Resolução do Conselho de Ministros nº.162/2001 que se deu início ao Programa de Parcerias Público / Privadas. No entanto, as parcerias público-privadas em saúde anteciparam-se no campo legal através do Decreto-Lei nº86/2003, de 26 de Abril.

A Comissão Europeia define uma PPP como um modelo que advoga “ formas de cooperação entre autoridades públicas e as empresas privadas, tendo como objetivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou manutenção de uma infraestrutura ou a prestação de um serviço” (CCE,2004:3). Segundo Simões (2010), a realidade destas parcerias tem, na sua génese, alguns fatores dominantes adversos: os riscos e incertezas, a sua operacionalidade, os custos, a falta de preparação técnica do Estado, o processo de gestão. Tudo isto assenta na escassez de estudos relativamente a este modelo assim como na ausência de formação e de acompanhamento.

Esta abordagem em Portugal, teve alguns avanços e recuos quanto à sua aplicabilidade no seu espaço temporal. Todavia, a vaga de hospitais a serem construídos de acordo com o modelo PPP, temos: o Hospital de Loures, Hospital de Cascais, Hospital de Braga e Vila Franca de Xira. Neste seguimento, tendemos, a concordar com Simões quando diz que “os

hospitais públicos conseguiram, com menor ou maior dificuldade acompanhar a evolução tecnológica, aumentar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, aumentar a produtividade dos seus recursos humanos e materiais e garantir níveis de acessibilidade” (Simões, 2010: 350).

A configuração particular da operacionalidade e viabilidade interventiva da qualidade, na área da saúde em Portugal teve o seu início no ano de 1999. Todavia, até então, a qualidade tem vindo a ter um percurso associada às políticas de saúde através de programas específicos direcionados para a satisfação de necessidades básicas de saúde das populações, com objetivos ligados à prestação de serviços e ao desenvolvimento de instrumentos e programas de melhoria da qualidade da prestação dos cuidados (Pisco & Biscaia, 2001). São estas considerações que nos induzem a pensar no conceito de qualidade, “o modo como os Serviços de Saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de resultados indesejados” (JCAHCO, 1993, citado por Pisco, 2000:12). É necessário criar mecanismos que permitam avaliar de forma sistemática e rigorosa, os cuidados prestados aos cidadãos e a gestão dos recursos disponíveis (Pisco, 2001).

O constante e descontínuo processo de implementação da qualidade na área da saúde, com alguns avanços e recuos, caracteriza-se por uma preocupação por parte do SNS, na promoção de políticas ou estratégias coordenadas, no sentido de diminuir desigualdades em saúde “o que é facto é que poucas das políticas implementadas têm tido como objetivo a redução das iniquidades existentes” (Oliveira & Gouveia Pinto, 2005; Barros & Simões, 2007, citado por Simões, 2010:104).

O fomento de uma perspetiva mais ampla, assente na obrigação ética e política de potencializar a qualidade dos serviços de saúde aos cidadãos, leva a que a Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração “Saúde para todos no ano 2000” na Meta 31 (OMS, 1985), identifique a necessidade da criação de um sistema de qualidade. Também o Conselho da Europa, na sua recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros (Biscaia, 2002), é consensual relativamente a esta definição como “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (Biscaia, 2002:8). Traço característico mas pouco determinante no desenvolvimento da qualidade em saúde, ocorreu nos finais dos anos 80, de onde se destacam as seguintes orientações: i) a criação legislativa das Comissões de Qualidade em todos os

estabelecimentos de saúde; ii) o investimento na formação na qualidade em saúde; iii) divulgação de conceitos e dinamização de diversos projetos no âmbito nacional e regional promovido pela Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade da DGS.

Só três anos passados sobre as primeiras abordagens sobre qualidade em saúde ela foi finalmente enquadrada nos padrões de gestão estratégica para a Saúde: Saúde, um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século (1998 – 2002).

Na sequência desta estratégia surge: i) “a definição e assunção de uma política da qualidade na saúde, como indissociável da política de saúde; ii) a conceção e definição do sistema da qualidade na saúde; iii) a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade na saúde; iv) desenvolvimento de diversos projetos e programas de melhoria da qualidade e de metodologias para o seu reconhecimento formal” (Biscaia, 2002:9).

O Instituto da Qualidade em saúde, criado no ano de 1999, insere-se na estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, tratando-se de um serviço do Ministério da Saúde dotado de autonomia científica, técnica e administrativa na dependência do Diretor-Geral da Saúde (Pisco, 2000). As suas competências e responsabilidades são: i) “ a investigação e o desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; ii) desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação; iii) enquadramento da investigação e da formação profissional contínua prestando apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados” (Pisco, 2000:13).

Consequência da reforma da administração pública, o Instituto da Qualidade em Saúde foi extinta em 2006. Tendo sido então criado, em 2009 (Portaria 155/2009), o Departamento da Qualidade na Saúde, integrado no âmbito da Direção Geral da Saúde. Este Departamento tem como competências e responsabilidades “ coordenar a Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde, criar programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, assegurar o sistema de qualificação das unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, coordenar os fluxos de mobilidade internacional de doentes, gestão dos sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde” (DGS - Eixo Estratégico – Qualidade em saúde, 2012-2016c:12).

A ampliação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) (Despacho 14223/2009) foi desenhada e concebida, tendo por base, o Plano Nacional de Saúde elaborado em 2004 que “identificou, na altura, uma escassa cultura de qualidade no sistema de saúde, um défice organizacional dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e a falta de indicadores de apoio à decisão” (Diniz, 2011:162) e “na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores” (DGS, 2004: 172).

Este processo de implementação e desenvolvimento de programas e estratégias de qualidade em saúde, culminou com o Programa Operacional Saúde 2000-2006, integrado no 3º Quadro Comunitário de Apoio – uma medida específica e exclusiva para a melhoria da qualidade, com um orçamento próprio (Pignatelli, 2000), “de fato, a qualidade na saúde representa uma aposta inequívoca e relativamente consensual, com uma boa e alargada base de apoio” (Biscaia, 2002:9).

O processo de continuidade da qualidade na saúde, reflete uma variabilidade de experiências enraizadas pelo desejo de mudança e de melhoria. Este processo apresenta como prioridades estratégicas, para a qualidade na saúde: “a qualidade clínica e organizacional, a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a gestão integrada da doença e a inovação, a gestão da mobilidade internacional do doente, a avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e a qualificação e acreditação das unidades de saúde” (Diniz, 2010:164).

Compreender o processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implica, portanto, efetuar de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e a garantia da sua solução. Significa isto, que, sendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão a moldura central da estratégia da qualidade, “que se tem vindo a desenvolver no SNS, a acreditação dos cuidados de saúde surge como uma metodologia de trabalho de forma transversal e integrando os elementos do sistema (DGS -Manual de acreditação, 2013:13)”. O reconhecimento político e institucional da qualidade em saúde aparece trazendo em si a preocupação e o sustentáculo de sistemas de qualificação das unidades de saúde. Assim, e ainda sob a tutela do Ministério da Saúde, outras instituições desenvolvem e promovem, também, atividades complementares na área da qualidade na saúde.⁵

– ⁵ O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) (Decreto de Lei 269/2007), que assegura a qualidade e segurança dos medicamentos e produtos de saúde.

5. Enfoque complementar da promoção de qualidade em saúde

A existência de diferentes dimensões complementares e coerentemente integradas originaram estratégias de promoção de qualidade aos cuidados de saúde. Cada uma destas dimensões compreende um conjunto de ações indissociáveis entre si - equidade, cidadania e acessibilidade aos cuidados e políticas de saúde.

A estreita afinidade entre o sistema de saúde e o cidadão é fulcral para que, cada indivíduo tenha direito “à informação, representação e as questões relativas à acessibilidade, participação e satisfação” (OPSS, 2002:20). Não obstante, esta tríade entre, o acesso aos cuidados de saúde inerente à oferta dos mesmos, quanto à disponibilidade e oportunidade que devem beneficiar de forma idêntica; da equidade em saúde que vise o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade análoga para atingirem o seu potencial de saúde, todos devem atingir de forma igualitária a “saúde ideal” (WHO, 1999) e por fim, a cidadania em saúde “enquanto capacidade de exercer, de modo informado e responsável, poder / influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde” (OPSS, 2010: 3), configura a participação do indivíduo, tanto ao nível de direitos como deveres em função do seu contexto onde está inserido.

A Cidadania em Saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma- Ata, 1978, citado por DGS – Enquadramento do Plano

-
- O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Decreto Lei 269/2007) que garante a avaliação externa da qualidade laboratorial.
 - O Instituto Português do Sangue e da Transplantação (Decreto Lei 124/2011), que agrupa a anterior Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (Decreto Regulamentar 67/2007), com o objetivo 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
 - 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.

Foram igualmente criadas Estruturas de Gestão Integrada (GI) com o intuito de promover mais qualidade na gestão e na prestação de cuidados, que se subdividem em:

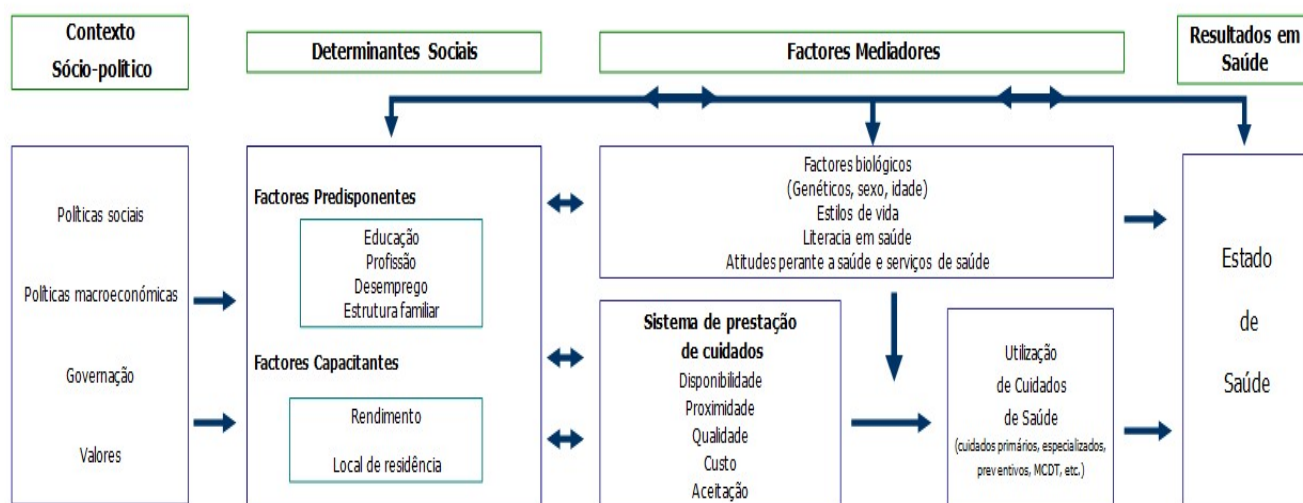
- Horizontais no sentido de permitirem uma economia de escala e maior poder de mercado: Centros Hospitalares entre hospitais; ACES entre Centros de Saúde.
- Verticais: Unidades Locais de Saúde (Decreto de Lei 207/99), englobando Cuidados Primários e Hospitalares: Matosinhos; Alto do Minho, Baixo Alentejo e Guarda; Norte Alentejo e Castelo Branco (Eixo Estratégico – Qualidade em saúde, 2012:12- 13).

Nacional de Saúde 2012-2016a). É no seguimento das políticas e estratégias em saúde, que surge o Gabinete de Utente pelo Despacho Ministerial nº 26/86 a 30 de Junho. O Gabinete do Utente consiste num posto de atendimento dos utentes dos serviços de saúde. Existe em todos os hospitais e centros de saúde e destina-se a receber as sugestões e reclamações dos utentes dos serviços de saúde. É uma estrutura funcional existente em todas as Unidades de Saúde e está integrado nas atividades do Serviço Social (*Ibidem*).

Esta nova estrutura de apoio pretende ser um elo de proximidade, na escuta e no sentir dos cidadãos, relativamente às questões dos serviços de saúde, mas também funciona como um instrumento de gestão dos serviços (OPSS, 2001). Este gabinete tem como principais atribuições: i) informar os utentes dos seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde; ii) receber reclamações ou sugestões sobre o funcionamento dos serviços, da prestação dos cuidados ou do comportamento dos profissionais; iii) receber as reclamações e reduzir a escrito as reclamações orais quando os reclamantes não possam fazê-lo. Todo este processo de intervenção com o utente é garantido a confidencialidade da identidade aos utentes que manifestarem esse desejo. Este despacho, estipula as suas atribuições e o seu funcionamento “junto do Serviço Social de cada estabelecimento hospitalar e nas sedes das administrações regionais de saúde” (*Ibidem*).

A Figura 1.6 apresenta um paradigma integrado e multidimensional, tendo por base os modelos conceptuais das determinantes em saúde e da utilização de cuidados de saúde, este último, proposto por Anderson e adaptado pela OPSS (2010). Assim, num primeiro momento, importa ter presente que as potencialidades e /ou limitações intrínsecas às iniquidades em saúde têm origens nos determinantes sociais da saúde e subsequentemente no acesso aos cuidados de saúde.

Figura 1.6 – Modelo conceptual das determinantes sociais em saúde



Fonte: OPSS, 2010

Nesta perspectiva, a conexão entre as condições socioeconômicas do indivíduo e as políticas públicas sociais, poderão ter influência no acesso aos cuidados de saúde. A extensão do modelo proposto, exige a amplitude de políticas e estratégias que reclamem e promovam tanto a integração dos diferentes domínios, como a capacitação dos indivíduos para fazer uso dos serviços de saúde e a avaliação do nível de serviços disponíveis que dê resposta às necessidades dos mesmos. Podemos compreender que o grau de qualidade em saúde pode ser condicionado por diversos fatores:“ 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 dos cuidados (envelhecimento, doença crônica, expectativa e exigência) e da capacidade de resposta; v) novos conceitos de resultados em saúde e de qualidade de vida” (DGS -Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, 2012 – 2016c:2, citado por Campos L, Carneiro AV, 2010).

A propósito dos fatores influenciáveis que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde, Furtado e Pereira (2010) identificaram cinco dimensões, como exemplos de potenciais barreiras no acesso:

- Disponibilidade – quanto à oferta dos serviços de saúde e do tipo de cuidados à disposição na rede pública (utentes sem médico de família, oferta reduzida de determinadas especialidades, como Estomatologia ou Psiquiatria);

- Proximidade – acessibilidade física ou geográfica dos cuidados de saúde (utentes geograficamente mais isolados com dificuldades de mobilização ao centro de saúde e a cuidados especializados, nomeadamente os utentes residentes nas zonas rurais que são simultaneamente os mais desfavorecidos economicamente);
- Custos – relacionados com aqueles que advêm do consumo de serviços de saúde, como: comparticipação de medicamentos, transporte, tempo de espera, entre outros. Poderá ainda, estar relacionado com os subsistemas ou seguros de saúde (pagamento no ato da consulta de uma taxa moderadora, existem, todavia, grupos populacionais que são isentos, como as grávidas, os mais carenciados, crianças até aos 12 anos, doentes oncológicos ou crónicos com um grau > a 60% de incapacidade);
- Qualidade – esta dimensão implica por um lado, a qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos, por outro, com a organização, relativamente aos horários de funcionamento, marcação de consultas, integração de cuidados, humanização de cuidados, etc. (dificuldade de marcação de consultas em determinados centros de saúde, tempo de espera, quer para consulta quer para marcação das mesmas para diversas especialidades e horários de atendimento desajustados às necessidades dos cidadãos);
- Aceitação – cuja principal característica é a avaliação da prestação de cuidados de saúde relativamente às necessidades e expectativas dos utentes. Pretende-se que os serviços sejam adequados aos diferentes grupos populacionais (inexistência de ações orientadas para a inclusão de grupos mais vulneráveis, como os sem abrigo, toxicodependentes, imigrantes, outros; dificuldades de comunicação com determinados grupos por parte dos profissionais de saúde e profissionais que prestam atendimento administrativo) (Ricketts *et al* citado por Furtado & Pereira, 2010).

As “barreiras de acesso aos serviços de saúde podem ser caracterizadas de diversas formas: i) oferta limitada de serviços; ii) limitações relacionadas com as aéreas regionais ou geográficas, associadas ao custo de deslocação ou inacessibilidade de serviços; iii) ausência de informação sobre os serviços disponíveis; iv) variabilidade inesperada ou não planeada de acordo com padrões de utilização” (WHO, 2010: 34). Deste ponto de vista, é fulcral que se promovam ações de qualidade que permitam melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde visando melhores estruturas de saúde (*Ibidem*).

Para reforçar este ponto, fazemos referência a diversas medidas ou programas divulgados ao longo dos anos. O documento “Saúde, Um Compromisso” (Portugal, Ministério da Saúde, 1999), considera o acesso aos cuidados de saúde “um elemento crucial do desempenho e da efetividade do sistema de saúde” (*Ibidem*). No entanto, não é a primeira vez que esta medida é considerada necessária para a resolução dos problemas ligados à acessibilidade. Existem programas específicos a serem desenvolvidos desde 1994, exemplo disto, foi a necessidade de criação de um Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera (PERLE).

Demonstrativo da relevância das estratégias específicas de melhoria do acesso é, aprovado em 1998, um Programa de Promoção do Acesso para os cuidados de saúde (OPSS, 2001). No seguimento das estratégias adotadas até ao momento, a Constituição da República Portuguesa (VII revisão constitucional, 2005), reflete e reconhece esta preocupação, relativamente à acessibilidade e proteção da saúde nos diversos grupos populacionais, ao designar que o direito e o acesso aos cuidados de saúde, não devem ser realizados somente através do SNS, mas também “pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudáveis” (Simões, 2010: 84). Noutra linha de argumentação, e abrangendo outras dimensões, Barros e Simões (2007), procedem a uma análise das principais políticas que impulsionam a equidade e a acessibilidade, no período de 2000-2006. Emergem assim, duas importantes políticas / reformas: i) o mercado dos medicamentos não sujeitos a receita médica no ano de 2005, com o intuito de promover a competitividade e melhorar o acesso, podendo contribuir nas despesas de famílias com menores rendimentos; ii) aumento da oferta quanto aos cuidados de saúde primários, na criação e inovação de Unidades de saúde familiares (2006), que teve como objetivo promover o acesso. Assim a partir de 2006, foram criadas 200 Unidades de Saúde Familiar, permitindo que cerca de 250 mil pessoas passem a ter médico de família (Presidência do Conselho de Ministros, 2009).

No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o objetivo essencial é “promover a saúde para todos”, considerando diversas estratégias dominantes na redução das desigualdades em saúde, priorizando os grupos mais desfavorecidos. Subjacente a este Plano foi criado o “Programa Nacional de Luta contra as desigualdades em Saúde”, que tem como

grande preocupação as desigualdades, no entanto, exclui as mulheres e os imigrantes. Este programa era emergente para a promoção de estilos de vida saudáveis, priorizando intervenções que tivessem na sua centralidade a diminuição de consumo de álcool e tabaco, integrados também no “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida”.

Decorrente destes Planos de Saúde, foi criado o “Programa Nacional de Combate à Obesidade” com potenciais benefícios para os grupos mais desfavorecidos (DGS, 2004b). Devido à persistência de situações de iniquidade, de acessibilidade, predominante nos grupos mais desfavorecidos (Van Doorslaer *et al*, 2004 citado por Simões, 2010), tornou-se fundamental a criação de Políticas de Saúde, cujo enfoque fosse eliminar estas lacunas. Como se verificou nas medidas do Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e que se estende, com maior superioridade ao subsequente, Plano Nacional de Saúde (2012-2016), cujos princípios estratégicos assentam “na redução das desigualdades de acesso aos cuidados de saúde e na promoção da equidade e justiça social”. Almeida (2011) defende e foca a importância da equidade no acesso aos cuidados de saúde, estratégia defendida no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, sendo a sua principal vertente. Não obstante, na aceção do autor, para além de existirem diversas desigualdades na saúde, salienta quatro tipos de desigualdades que deveriam ser contidas e por conseguinte consideradas em novos Planos de Saúde: i) a desigualdade regional quanto às diferenças no acesso aos cuidados de saúde; ii) ausência de resposta perante as necessidades dos cidadãos, na área de Psiquiatria, Oftalmologia e Estomatologia; iii) desigualdades económicas no acesso aos cuidados de saúde; iv) desigualdades de informação (Almeida, 2011: 98-99).

A iniquidade e desigualdade no acesso aos cuidados de saúde coexistem e acompanham a evolução das políticas de saúde até ao momento, com menos ou mais intensidade em função dos determinantes sociais dos cidadãos.

É neste seguimento, que Almeida (2011) enfatiza a dispersão de rendimentos na população portuguesa como sendo “essa diferença de rendimentos que se traduz em diferenças no acesso aos cuidados de saúde (...) porque determinados cidadãos têm acesso a subsistemas como os subsistemas públicos – há cerca de um milhão e meio de cidadãos com acesso a subsistemas públicos de saúde que alargam a rede de prestação de cuidados de saúde (...) segundo dados da Associação Portuguesa de Seguradoras, há mais de dois milhões de cidadãos portugueses com seguros de saúde, que também têm, por essa via, uma maior rede da prestação de cuidados de saúde” (Almeida, 2011:99). Defronte de tal argumento, expresso

na desigualdade de oportunidades de acesso aos cuidados de saúde, não podemos deixar de pensar nas implicações que a ausência de equidade e acessibilidade tem na trajetória de cada cidadão. Em estreita afinidade com as dimensões aludidas “parece-nos sensato que a qualidade seja, a par da cidadania, da equidade e do acesso, um dos três principais eixos do PNS 2011-2016b “ (Campos, 2011:80)

CAPITULO II - SERVIÇO SOCIAL E QUALIDADE NA SAÚDE: UM BINÓMIO DE COMPLEMENTARIDADE

A intervenção do Serviço Social é concretizada e orientada num quadro da melhoria do bem-estar social, da qualidade de vida e na garantia dos direitos humanos dos utentes. Nesta ótica, a conceitualização da qualidade proposta por Ovretveit (1996) vai ao encontro dos princípios éticos do código deontológico do Serviço Social, quando afirma que a qualidade é “a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas” (Ovretveit 1996:2).

O Serviço Social, perante os novos problemas sociais emergentes e o agravamento da pobreza e das desigualdades sociais, num processo de qualidade, tem de renovar práticas, processos de trabalho e (re) criar modelos de avaliação e de planeamento. Expósito (2006) defende que, a qualidade integrada na prática do Serviço Social pode contribuir de forma positiva na igualdade de oportunidades, na transparência, na responsabilidade social, na orientação ecológica, na eficiência, na eficácia e na qualidade humana. Este modelo tem por princípios: melhorar a qualidade de vida dos utentes, grupos ou comunidades, na satisfação das necessidades e capacitação das potencialidades. Significa isto, que o processo de intervenção social na saúde, tendo subjacente um processo de acreditação tem de ter um enfoque global, plural e de qualidade, promovendo a criatividade e a capacidade de inovar face a um processo de reorganização de práticas, formas e procedimentos de trabalho, ou seja, “inovar promove o aumento da qualidade em saúde e possibilita empreender novos projetos e diferentes desafios (...) na adaptação às mudanças e na criação de conhecimento e novas soluções para velhos e novos problemas” (Orzano *et al.*, 2008 citado por José & Abrantes, 2010:57).

Este capítulo tem como eixo central, a compreensão de um sistema de qualidade em conexão com a prática do assistente social, em contexto hospitalar. Num exercício reflexivo, em que os princípios da qualidade se adaptam ao processo de intervenção social é importante que compreendamos o percurso e as especificidade do Serviço Social e da qualidade na saúde. Este exercício reveste-se de grande complexidade debruçando-se sobre a horizontalidade de conhecimentos e o reaprender e compreender conjecturado de forma integrada e complementar na intervenção social.

Antes de nos centrarmos nestas diferentes dimensões de análise, importa apresentar uma breve visão história e de jurisdição do Serviço Social em contexto hospitalar.

1. Serviço Social Hospitalar: Apontamentos históricos e legislativos

Na história evolutiva do Serviço Social, na saúde, há uma clara e importante dialógica que advém das áreas disciplinares desde o início do século XX, em que o Assistente Social integra as equipas de saúde no hospital de *Massachusetts General Hospital*. Este reconhecimento é sublinhado por Richard Cabot, médico neste hospital, ao apontar que os “seus diagnósticos clínicos são uma perda de tempo, por os doentes não poderem cumprir as indicações de tratamento (...) e os organismos médicos e sociais, não devem trabalhar separados, porque os seres humanos por quem somos responsáveis não podem ser fracionados em dois ” (citado por Masfret, 2003: 78-79).

Cabot (1915) acreditava que a intervenção do assistente social era fulcral na realização de um diagnóstico integral da situação que envolvia o sujeito doente, de forma a promover a acessibilidade ao tratamento médico eficaz (citado por Beder, 2006). Esta intervenção resulta, portanto, de um processo dinâmico de reciprocidade que permite o conhecimento da componente clínica, o conhecimento das circunstâncias que condicionam o tratamento e a recuperação do sujeito-utente. “Esta é a essência do Serviço Social hospitalar” (Chancosa & Galán, 2012: 11).

Em Portugal, emerge igualmente essa preocupação, com a integração do assistente social nas Unidades de Saúde e nas equipas multiprofissionais. A sua origem é reconhecida no âmbito hospitalar através da Lei da Organização Hospitalar (Lei nº 2011 de 2 de Abril de 1946). Na intersecção da legitimação e reconhecimento da área profissional a “ação dos estabelecimentos e serviços hospitalares é de natureza simultaneamente médica e social, em que a ação médica é destinada principalmente à cura e reabilitação dos doentes (*Ibidem*).

O Serviço Social atua no “estabelecer as relações entre as necessidades pessoais ou familiares e os casos de doença, a fim de serem tidos em conta no tratamento e no regresso dos doentes ao meio social. Visa igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e suas famílias com os serviços exteriores cuja intervenção seja aconselhável para resolver ou debelar os seus estados de necessidade”⁶.

⁶ Decreto de Lei nº 48357 de 27 de Abril de 1968

Verificamos que o assistente social, começa a ser reconhecido, como parte fundamental nas equipas de saúde e que é este que tem capacidade semelhante ao do médico, na vertente social, ao diagnosticar com precisão as condições sociais do doente e prescrever de forma eficaz os meios e os recursos para realizar o tratamento mais adequando para a sua situação de doença e integração social (Cannon, 1913).

Em 1971 é publicado o Decreto – lei nº 414/71 de 27 de Setembro, que estabelece o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diferentes grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência, em que assistentes sociais estão incluídos. Esta medida visava, a organização do trabalho, efetivar uma política de saúde e de assistência social (*Ibidem*).

Neste âmbito, em 1973 é aprovado um documento⁷ importante no que diz respeito à jurisdição profissional dos assistentes sociais em contexto hospitalar, que estabelece um conjunto amplo e sistematizado de funções. Neste documento a ação do Serviço Social caracteriza-se “pela identificação de fatores psicossociais que, interferindo na doença, possam dificultar a sua cura e reabilitação” (citado por Guadalupe, 2011:112).

Nos anos 90, o GEPMSA (1998) publica um documento onde define o enquadramento funcional e interventivo do Serviço Social na Saúde. Este documento estabelece e institucionaliza as seguintes atividades:

- i) Acompanhamento psicossocial ao indivíduo, sua família e outros membros da rede pessoal de suporte e a grupos sociais-alvo;
- ii) Articulação qualificada com as redes formais e informais de apoio, na esfera individual e coletiva;
- iii) Contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde;
- iv) Supervisão técnica e orientação andrológica;
- v) Investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção;
- vi) Participação na definição, promoção e efetivação dos cuidados de saúde.

De forma a consolidar e uniformizar as funções do assistente social em contexto de saúde, em 2002 o Ministério da Saúde, estabelece as dez funções que passam a vigorar nos serviços e organizações dependentes do Ministério. Este é um marco relevante no que diz

⁷ Secretaria de Estado da Saúde a 29 de Novembro de 1973

respeito à jurisdição profissional do Serviço Social hospitalar. De facto a “ presença do Serviço Social é praticamente universal, registando-se um elevado nível de consolidação e integração funcional nas Unidades Hospitalares (...) e um significativo nível de consagração institucional das atribuições do Serviço Social” (Branco & Farçadas, 2012:2).

2. Especificidades e Atribuições da intervenção do assistente social em Contexto Hospitalar

Na perspetiva de Macdonald (1995) e Abbot (1998) o Serviço Social, tal como outras profissões que se dedicam ao apoio social e individual do indivíduo, reveste-se de características específicas que a particularizam, designando-as de *profissões de cuidado diferenciando* das profissões que os autores designam por profissões de *não cuidado*.

Abbot e Wallace (1990) qualificam de “profissões de cuidado as que envolvem sobretudo a de enfermagem e do Serviço Social, que constituem aquilo que eles designam por profissões de serviços pessoais” (citado por Macdonald, 1995: 133). Os autores ainda nos dizem que há fatores de importância primordial característicos destas *profissões de cuidado*. Este ponto de vista implica uma interatividade intrínseca no que diz respeito à interação, não só com os campos de conhecimentos específicos que detêm, mas também consideram que a prática e que o seu quotidiano profissional, é um local em permanente mutação e consequentemente privilegiado na aquisição de conhecimentos. Por outro lado, afirmam que a necessidade de objetividade na intervenção é fundamental de forma a evitar envolvimento emocional com as situações sociais.

Na realidade, perante o vasto espectro das realidades da condição humana e social que envolvem a prática do assistente social, exige que estes possuam como pontos fortes, a maleabilidade, flexibilidade e adaptação face às necessidades individuais dos sujeitos (Holosko & Taylor, 1994).

Uma outra característica designada por “indeterminação” (*Ibidem*: 135) significa que, a atividade profissional, nomeadamente a do Serviço Social, incide na sua maioria, na supervisão e aconselhamento. Similarmente, tem também subjacente a dimensão mediativa na interação com sujeitos e terceiros. Nesta perspetiva, estas dimensões inerentes à prática do assistente social, torna possível estimular e desenvolver performances particulares, promovendo trocas, diálogos e colaborações. A especificidade conceptual adstrita ao campo de ação do assistente social na saúde, deve ser assim entendida pelo seu próprio contexto histórico, pela diversidade das políticas de saúde, pela acessibilidade aos cuidados de saúde e

pelas particularidades das organizações de saúde (Erikson *et al*, 1994; Holosko & Taylor, 1994).

É neste seguimento que Bracht (1978) enfatiza que, a singularidade da prática do assistente social em contexto de saúde, assenta na avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e de saúde dos sujeitos (Bracht, 1978:13, citado por Erickson *et al*, 1994).

A intervenção do assistente social, exercida em contextos hospitalares, é descrita pela intervenção com sujeitos com distúrbios psicossociais gerados pela doença (Mafrest, 2012) na sua adaptação à nova condição, às exigências do processo de tratamento e de hospitalização (Erickson *et al*, 1994). Destacamos que, a componente social tem um peso importante na conceção e prestação dos cuidados de saúde, ou seja, qualquer sujeito que enfrente um processo de doença tem sempre subjacentes alterações, sejam familiares, pessoais, profissionais, económicas, ou outras (Chancosa & Galán, 2012). A este respeito Gaulejac (2009) sublinha a importância de compreendermos os contextos onde os sujeitos estão inseridos e a sua singularidade quanto às interferências das trajetórias da polaridade entre os processos de doença e os processos sociais em contexto hospitalar (Gaulejac, 2009 citado por Silva, 2011).

As implicações decorrentes de um processo de doença colocam novas questões e desafios às dinâmicas individuais e familiares. As ruturas podem ser temporais ou indefinidas, dependendo do tipo de patologia e suas sequelas. A doença afeta todas as esferas de socialização do utente, alterando as suas rotinas, suspendendo responsabilidades que até ao momento do episódio de doença estavam asseguradas (laborais, familiares, económicas, sociais...), tornado a pessoa mais vulnerável e fragilizada emocionalmente (Fitzpatrick *et al.*, 1990, citado por Masfret, 2010).

Bracht (1983) refere alguns aspetos importantes e específicos a reter em contexto hospitalar no agir do assistente social: o lidar com situações de luto; a intervenção em crise no cuidado agudo de utentes com determinadas doenças/ patologias; o apoio, a educação e promoção de condutas saudáveis de saúde, o planeamento de alta hospitalar; o desenvolvimento e aplicação de programas preventivos e o fomento e apoio a grupos de utentes com patologias crónicas ou paliativas (citado por Masfret, 2010).

Diferentes autores têm vindo a evidenciar o desenvolvimento progressivo quanto à importância do papel do assistente social em contexto de saúde, na promoção de uma

abordagem biopsicossocial para a prática dos cuidados de saúde (Caputi 1978; Germain, 1984; Bywaters, 1986; Weick, 1986, citado por Erikson *et al*, 1994). O autor sublinha que a prática do Serviço Social, em contextos de saúde, é particularmente específica pelas atividades e funções desenvolvidas, em que o ponto de partida da intervenção é a doença e as consequências que advêm desta. “Em que a realização do diagnóstico social é elaborado considerando os diferentes processos de intervenção e apoio, com o objetivo de transformar realidades e modificar percepções e gestão do seu meio. O plano de trabalho a elaborar com o utente, será condicionado por um prognóstico médico, pelas necessidades e a probabilidade do utente recuperar” (Masfret, 2010:110).

A intervenção clínica e social encontram-se integrados entre si, o que permite ver a pessoa como um todo e não como soma de partes, ou seja, ver numa perspetiva biopsicossocial. Este modelo é por natureza um modelo sistémico, “exige uma avaliação multidimensional do indivíduo a diversos níveis: os aspetos da doença, o comportamento do paciente, o contexto social, familiar e cultural do doente, e o próprio sistema de saúde” (Smith & Nicassio, 1995, citado por Pereira, 2001:3). Ainda a um outro nível, o Serviço Social na saúde surge “ como um optimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, evitando que estes se mascarem de problemas físicos ou clínicos” (Dhooper, 1997 citado por Branco & Farçadas, 2010:6).

A prática profissional dos assistentes sociais, pode diferir quando estamos perante diferentes Unidades Hospitalares, se por exemplo, estivermos perante um Hospital de agudos, de ensino, de um geral ou especializado (Caputi 1978; Germain, 1984; Bywaters, 1986; Weick, 1986, citado por Erikson *et al*, 1994; Masfret, 2010). Em consonância com esta conceção, a especificidade pode ser concebida como uma intervenção única e específica “uma qualidade que diferencia saberes e práticas nos diversos contextos” (Argueta, 2006:225).

Deste ponto de vista, a especificidade aparece trazendo em si a direccionalidade pela perspetiva de análise e conceção do contexto e do ser humano a partir do qual se constrói os objetos de intervenção. Assim, a especificidade em contexto hospitalar é sempre formulada e “configurada através de linguagem com termos específicos e exclusivos dimensionada e determinada por aceções de como entender o ser humano e sua problemática” (Argueta, 2006:222). Entender o processo de doença, o seu prognóstico e os tipos de tratamento é fulcral. Talvez por isso Gregorian (2005) sublinhe que, os assistentes sociais que trabalhem em contexto hospitalar são especialistas sobre as questões psicossociais associadas às doenças e que necessitam de forma constante, de desenvolver e atualizar uma base de conhecimentos

mais ampla sobre a fisiologia da doença. Por se tratar de dimensões irreduzivelmente diversas e específicas, a intervenção que pode advir das diferentes combinações são fatores de enorme particularidade, tais como a especialidade, a tipologia, o funcionamento e a complexidade natural do hospital, determinando uma intervenção própria.

O contexto hospitalar constitui um enorme desafio para os assistentes sociais pelas características já referidas e pela sua heterogeneidade (Serafim & Santo, 2013: 46). Tal como o processo e estágio de doença, seja este agudo, crónico ou paliativo, deixa sempre sequelas no indivíduo e no seu núcleo familiar. A doença e a dependência coexistem e trazem experiências associadas a dissemelhantes significados. O impacto sente-se em todos os campos da vida do doente: ao nível pessoal, emocional, relacional, familiar, profissional, económico, entre outros.

O assistente social, no agir profissional, deseja modificar, transformar e fomentar o desenvolvimento das capacidades de mudança face a um processo de doença. A exigência do agir profissional com pessoas em situação de vulnerabilidade é compreender de forma aprofundada “todos os vetores em interação, ou todas as esferas de análise, de compreensão e intervenção que se entrecruzam” (Guadalupe, 2012: 13). Conforme sublinhado por Miller e Rher (1983), quando um assistente social tem uma “atitude ativa na compreensão da estrutura organizacional e das políticas sociais estará mais sintonizado para as necessidades do sujeito e portanto será um profissional melhor” (Miller e Rher, 1983, citado por Erickson *et al*, 1994:18). Assim, uma postura ativa, criativa e inquiridora por parte do assistente social, reflete necessariamente o desejo de mudança e de uma prática transformativa (*Ibidem*).

A Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (IASSW) e a Federação Internacional de Serviço Social (IFSW), construíram a seguinte definição do Serviço Social que reflete o exposto anteriormente:

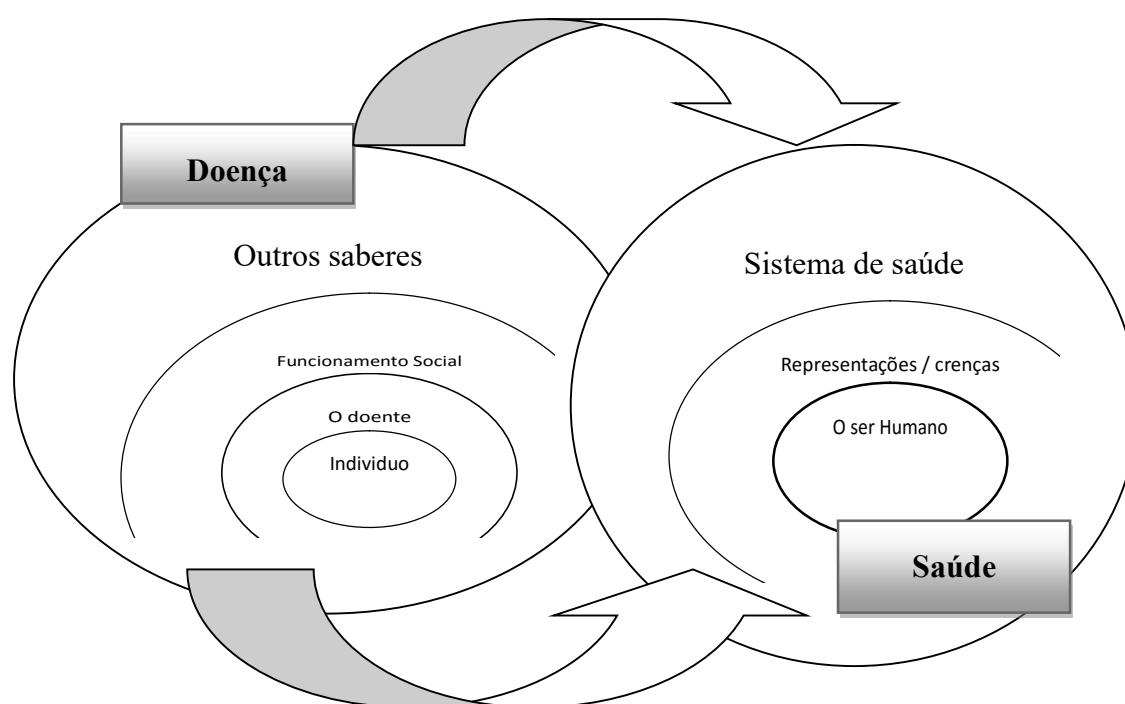
“The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work (ers) intervene(s) at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work” (IASSW and IFSW, 2001 citado por Dominelli 2004: 12).

É esta combinação imbuída da incorporação de novos paradigmas da ação profissional e fundamentação ética da intervenção do assistente social na defesa dos direitos humanos e da justiça social, que leva a que o assistente social tenha uma atitude prepositiva que mais do que

explicar e compreender o real, incita à sua apropriação e mudança. Neste sentido, a prática do assistente social é “reflexiva no sentido de gerar «empowerment» das pessoas, convidando-as a refletir, ponderar, reexaminar, construir diferente” (Nunes, M^a 2004:43).

Compreender o processo interativo e particular no agir profissional em contexto hospitalar implica, ressaltar várias dimensões que representam alvos de avaliação, num modelo multidimensional de intervenção (Pereira, 2001; Masfret, 2008) como se pode ver na figura 2.1.

Figura 2.1 - Elementos de construção no processo de intervenção



Fonte: Readaptado de Pereira, 2001; Masfret, 2008

Ao nível da doença, a avaliação engloba quatro dimensões:

- 1) O indivíduo, antes de ser doente era um indivíduo integrado no seu meio e por se encontrar hospitalizado não pode ser desprovido do seu meio social e familiar.
- 2) O doente necessita de ter confiança na sua autonomia psicossocial. Apesar da tensão que pressupõe um processo de doença, em que se prespectiva a recuperação e ou melhoria, ou pelo contrário em que existe a perda de capacidades funcionais ou cognitivas, o assistente social é o profissional privilegiado no apoio psicossocial

e na gestão das suas perdas, medos e ansiedades, de forma a planificar a continuidade de cuidados no pós alta hospitalar.

- 3) O funcionamento social, para pudermos realizar uma avaliação íntegra e global, é fundamental avaliarmos a família e o suporte social do sujeito. A doença despoleta mudanças na estrutura familiar, em termos de rotinas, regras e papeis. Assim torna-se imperioso avaliar a organização familiar, fontes de suporte informal e formal, para que seja assegurado nos pós alta a continuidade da prestação de cuidados e de tratamento. O assistente social estabelece a articulação entre o hospital, o domicílio e a rede formal e informal;
- 4) Outros saberes, o indivíduo é uma pessoa e como tal tem três dimensões de existência que compreende a sua fisiologia, anatomia e estrutura. O doente tem de ser visto como um todo perfazendo a composição dos seus elementos, mas um todo fragmentado pelas diferentes áreas da saúde (Médica, Enfermagem, Serviço Social e outras) de forma a realizarem um diagnóstico e um plano de intervenção íntegral.

Consideramos que a doença é sempre uma rutura com o ciclo vital, causando sempre impacto na dinâmica social e familiar. Este impacto poderá estar relacionado com a forma como a doença surge, com a sua evolução, com o prognóstico e com o nível de incapacidade (Guadalupe, 2012). A intervenção do assistente social “visa a recuperação ou desenvolvimento das suas competências sociais, na gestão da sua vida quotidiana inserindo o fator doença, de modo racional, como algo com o qual o doente terá necessariamente que continuar a viver” (Carvalho, 2003:48) acionando os recursos externos necessários à situação e condição.

Ao nível da saúde a avaliação incide em três dimensões:

- O ser humano é uma unidade psicossomática e social enquadrado no ciclo vital, no contexto familiar, social e ambiental.
- As representações/ crenças que os sujeitos possuem são dimensões importantes que influenciam aspetos como a adesão à terapêutica, bem como a sua postura em todo o processo de hospitalização e tratamento. E, naturalmente, as expectativas em relação ao processo de doença, ao tratamento, ao ajustamento emocional à doença, adesão e consequentemente ao prognóstico ou resultado;
- O sistema de saúde, a forma como está organizada e estruturada a prestação de cuidados é fulcral para o assistente social, tal como a cultura hospitalar Estes aspetos influenciam a sua efetiva integração na equipa multidisciplinar. Neste domínio é

importante, ter conhecimento das regras e regulamentos existentes que poderão influenciar o doente ou o seu tratamento (Belar e Deadoff, 1995 citado por Pereira, 2001).

A conexão destes pilares é fundamental na realização do diagnóstico social e consequentemente na intervenção através de uma abordagem biopsicossocial. Esta abordagem permite definir e delinear intervenções peculiares, que se adequem a cada sujeito e às suas necessidades. É uma abordagem fortemente sustentada pela transdisciplinaridade e por uma real interação entre os determinantes não médicos da doença em conexão com os componentes puramente biológicos (Erickson *et al*, 1994; Gehlert e Browne, 2012). Nason e Delbanco (1976) sublinham a importância de o assistente social se integrar nas equipas de cuidados de saúde.

Os assistentes sociais são profissionais que abordam diretamente as preocupações sociais, comportamentais e emocionais dos indivíduos, das suas redes de apoio, bem como desenvolvem e promovem programas da resolução dos problemas, de forma a perspetivar positivamente a transformação e o subsequente desenvolvimento e implementação destes programas (Charlton, 1984 citado por Erickson *et al*, 1994 ; Gehlert e Browne, 2012). Assim “os assistentes sociais que trabalham em contexto hospitalar são especialistas sofisticados, flexíveis e pragmáticos, orientados para o trabalho em equipa e focados no sujeito” (Gregorian, 2005: 14). O objetivo do agir profissional passará por utilizar capacidades de diagnóstico e de tratamento num contexto de constantes e inesperadas mudanças e por conseguinte na (re)definição de prioridades.

Evidências empíricas indicam também que a intervenção nos cuidados de saúde que têm na equipa, assistentes sociais, apresentam melhores resultados quanto à prestação de cuidados e nomeadamente no planeamento de alta hospitalar (*Ibidem*). O planeamento de alta é um processo dinâmico que deve iniciar-se de forma atempada e realizado numa perspetiva biopsicossocial, quer do doente quer do cuidador, no pós-alta hospitalar. Trata-se de um processo que confere à alta hospitalar uma visão pluralista, assumindo três perspetivas essenciais: Médica, Enfermagem e a do Serviço Social. Esta última, confere um papel essencial no acompanhamento da pessoa e da sua família no regresso ao seu domicílio (Masfret, 2012:68-69).

O planeamento de alta hospitalar é composto por cinco etapas metodológicas que devem contar com a intervenção indispensável do assistente social: o acolhimento, o

atendimento, a elaboração do plano individual de cuidados, o acompanhamento psicossocial e a preparação da continuidade dos cuidados (DGS,2006).

Em Portugal, a emergência e a especificidade do planeamento de altas configura-se através da Circular Informativa Nº: 7/DSPCS de 2004 (DGS, 2004a; 2006) que define todas as atividades a realizar pelo assistente social no planeamento de alta dos doentes com AVC.

Quanto à sua integração “os assistentes sociais integram as equipas multiprofissionais e interdisciplinares de prestação dos cuidados de saúde aos doentes com AVC e cooperam no cumprimento da estratégia de cuidados definida para cada doente. Prestam-lhes apoio psicossocial e coordenam proactivamente a ligação com todas as entidades prestadoras dos cuidados ao doente. Os assistentes sociais constituem uma referência fundamental no percurso do doente nos serviços prestadores dos cuidados médicos, de enfermagem, de educação, de reabilitação e sociais. Os assistentes sociais, sempre que necessário, potenciam ou preparam a criação de novos recursos e capacidades individuais e coletivas” (*Ibidem*:2).

Em 2006 e na sequência da criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), foi publicada a Circular Informativa Nº: 29/DSPCS de 2006, onde consta o manual de boas práticas para os assistentes sociais da saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta publicação vai de encontro ao conteúdo, ao nível do planeamento de alta, publicado na circular anterior ainda que, se apresente de uma forma mais desenvolvida (DGS, 2006).

Este plano contempla a natureza da doença, o estágio da sua evolução, o grau de autonomia do doente e o suporte formal e informal na prestação de cuidados e auxílio da realização das AVDs (*Ibidem*).

A “gestão integrada dos recursos intra-hospitalares e a gestão de altas são processos promotores de equidade e acessibilidade e incluem: i) a transferência de cuidados gerais para os Cuidados Primários e para a comunidade; ii) gestão comum de camas para situações agudas; iii) reforço dos serviços de hospital de dia e na cirurgia de ambulatório; iv) planeamento da alta hospitalar, logo desde o momento da admissão no hospital (DGS – Enquadramento PNS 2012-2016a: 6). Neste sentido, o planeamento da alta deve começar o mais atempadamente possível através de modelos proactivos, fundamentados em técnicas de diagnóstico precoce (*screening*). Onde devem ser identificados os indicadores de maior risco na probabilidade de necessitar de ajuda ou apoios institucionais (Masfret, 2010; Carranza, 2012). Desta forma, Masfret (2010) refere que, para compreender o processo de doença e

suas consequências, deve tomar-se como ponto de partida uma intervenção baseada no modelo proactivo de intervenção, em que o ponto de partida é a avaliação social. O assistente social vai até ao doente internado para avaliação dos riscos sem que seja necessário outro individuo fazê-lo. É um modelo equitativo baseado no planeamento da intervenção. Permite analisar os elementos de uma forma ampla e clara, identificando os problemas reais e os potenciais, ao facilitar e promover planos e programas preventivos.

O agir do assistente social procura inscrever o sujeito num contexto relacional, permitindo-lhe utilizar plenamente as suas competências e habilidades face a um processo de doença. Esta conceção acarreta toda uma lógica de desenvolvimento relacional dinâmico da prática profissional do assistente social em contexto hospitalar, a caminho da incorporação da dimensão da qualidade, em que, “a exigência do diagnóstico social em contexto hospitalar é a garantia de uma intervenção de qualidade que supõe um fator diferencial de apoio prestado, pois materializa a ação profissional apoiada na participação dos sujeitos” (Masfret, 2010:117). Conforme sublinhado por Gehlert & Browne (2012), os assistentes sociais são os profissionais que promovem a garantia da qualidade na saúde e devem medir os resultados dos serviços prestados e consequentemente o impacto da intervenção na resolução dos problemas.

3. Qualidade em Serviço Social: Reflexão e ação na perspetiva do agir

A capacidade de um serviço se mobilizar e adaptar de forma eficiente na satisfação das necessidades e expectativas dos utentes, expõe os parâmetros que subjazem à própria definição de qualidade. Para além de introduzirem eficácia e eficiência na ação, a qualidade em Serviço Social é indissociável de princípios éticos basilares, conforme nota Barriga (2000) ao afirmar que: a incorporação da qualidade é uma exigência ética para os sistemas de bem-estar social (...) a sua finalidade não deve ser só, a melhoria da qualidade dos serviços, sem que exista a melhoria de qualidade de vida das pessoas (Barriga, 2000, citado por Expósito, 2004:79). Esta afirmação de Barriga, parece encontrar-se simetricamente relacionada com a convicção de que, a qualidade é em si mesma, a condição de melhoria da intervenção do assistente social como um todo, implícita nos valores profissionais e organizacionais, indissociável e focado no bem-estar do utente.

Hesbeen (2001) argumenta que uma prática de cuidados de qualidade e independentemente da área de formação “ é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam

alcancem a saúde (2001:52). Ela requer uma atenção particular para as pessoas, criada pela preocupação e o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova das competências destes profissionais. Esta prática inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados. Para o autor não faz sentido uma definição específica para cada área profissional, pois a essência da prática de cuidados de qualidade, deve ser igual para todos os que cuidam, sejam da área que for. A diferença existente entre a prática dos diversos profissionais, incide na natureza dos recursos utilizados e não no propósito que lhes está subjacente” (*Ibidem*).

O Serviço Social desde os seus primórdios foi norteado pelo paradigma da qualidade, em que “os modelos e a cultura organizacional conectados com os objetivos, valores e princípios éticos do serviço social são claramente orientados para o desenvolvimento humano das pessoas, na melhoria da gestão e do compromisso por uma sociedade mais justa” (Expósito: 2004:88).

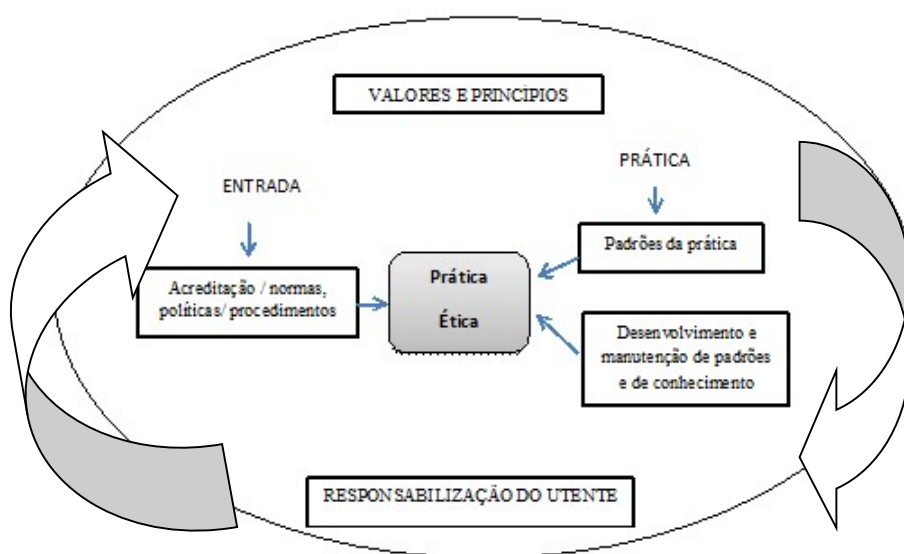
Do exposto resulta que a incorporação da qualidade e a melhoria dos cuidados prestados aos sujeitos, se encontram inextricavelmente imbricados no agir profissional. Temos portanto a importância de assinalar algumas características gerais do conceito de intervenção do assistente social. Deste modo, compreendemos por intervenção social “ (...) uma ação específica do assistente social em relação aos sistemas ou processos humanos para produzir mudanças (...) o que fazer e como fazer é neste nível onde se inscrevem os valores ideológicos do assistente social (...) é uma ação guiada pelo conhecimento, valores, capacidades face à consecução de metas específicas” (Caparros, 1998: 27).

Nesta lógica e considerando a incorporação da qualidade na prática profissional do assistente social é uma estratégia que possibilita: i) legitimar práticas e modelos de intervenção; ii) responder às exigências sociais e profissionais; iii) aplicar as recomendações das instituições internacionais e europeias; iv) incorporar os processos de avaliação contínua dos planos, programas e projetos sociais (Expósito, 2004:87-88).

Ao compreender e incorporar a qualidade no agir do assistente social, podemos dizer que os elementos da qualidade na saúde sempre estiveram intrínsecos à prática do assistente social, na sua história evolutiva da profissão conectados pelos objetivos, valores e princípios éticos no exercício profissional. Podemos dizer que “a qualidade e ética não se podem dissociar, e é a partir desta composição que podemos falar de qualidade de uma organização e

de um serviço” (Azua, 2002:88). Este pressuposto, podemos vê-lo refletido na Figura 2.2, como um processo dinâmico de reciprocidade que permite a conexidade do código de ética, os procedimentos organizacionais de qualidade e os *standards* da prática profissional (August, 2000 citado por AASW, 2003). Estes padrões promovem o compromisso para práticas inovadoras no desenvolvimento profissional e de melhoria contínua (*Ibidem*).

Figura 2.2 - Código de ética no quadro de qualidade



Fonte: Adaptado AASW, 2003

Podemos verificar esta conectividade, fazendo referência à definição de qualidade na saúde da Organização Mundial de Saúde que afirma que, um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício” (OMS, 2008:4). Esta definição acarreta três perspectivas de qualidade: qualidade do doente (as expectativas e experiências); qualidade profissional (aplicação das melhores práticas) e gestão da qualidade (eficazmente e eficientemente através da elaboração e aplicação de normas e procedimentos). À semelhança desta aceção também o Programa Ibérico, em 1990, define de uma forma íntegra e complementar a qualidade na saúde, como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Campos *et al*, 2010:11).

De acordo com esta perspetiva, podemos dizer que, um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza e gere os seus recursos da forma mais efetiva em função das necessidades, com segurança, promovendo a acessibilidade e equidade, de acordo com elevados padrões profissionais e respeito pelos direitos humanos.

Na linha de pensamento de Banks (1997b), o Serviço Social tem um modelo profissional que compreende direitos e deveres específicos regidos por um código de ética. Estes princípios éticos promovem a primazia dos elementos da qualidade na saúde de forma a “fazer a coisa certa para o doente certo, no tempo certo, de maneira adequada de forma atingir os melhores resultados possíveis” (Silva, 2013:6). Segundo Banks, o assistente social tem o dever de respeitar as necessidades, ajudar a desenvolver e ativar o *empowerment* do sujeito. Deve assumir o compromisso de tratar todos os indivíduos da mesma forma, compreender e responder ao impacto da estigmatização e da discriminação seja qual for o motivo, demonstrar uma consciência antirracista e combater o fenómeno tanto ao nível individual como institucional, desenvolver uma compreensão relativamente às questões de género e demonstrar anti sexismo na prática profissional e, por fim, reconhecer a necessidade de promover políticas e práticas que não sejam discriminatórias e anti – opressivas. (Banks, 1997a:40-42).

Estas orientações fundamentam e reforçam a pertinência e a analogia do Serviço Social e qualidade, podendo ser reconhecidos como fatores chave na criação e promoção de sistemas de saúde da qualidade. Envolvem a experiência singular da prática do assistente social numa perspetiva de qualidade, como “ o exercício da profissão que promove a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas na melhoria do “bem-estar” (...) focaliza a sua intervenção no relacionamento das pessoas com o meio que as rodeia. Os princípios de direitos humanos e justiça social são elementos fundamentais para o trabalho social (...) em que a consciência ética é uma componente indispensável da prática profissional de todos os assistentes sociais. A sua capacidade de proceder em conformidade com a ética é um aspeto essencial à qualidade do serviço que é prestado aos utentes” (IFSW, 2000).

O Serviço Social português não tem um código de ética próprio, age e tem por base as normas e os princípios éticos presentes na Declaração Internacional dos Princípios Éticos do Serviço Social. A FIAS, elaborou um documento com os fundamentos da reflexão ética, que se apresentam no documento, “Ética no Serviço Social – Princípios e Valores”, composto por dois documentos: “Declaração Internacional dos Princípios Éticos do Serviço Social” e

“Código de Deontologia em Serviço Social”. Estes documentos indicam os princípios éticos base da profissão dos assistentes sociais e recomendam a adoção destes procedimentos, face não só, às situações problemáticas, mas também ao relacionamento profissional com os utentes, assim como, com os colegas e outros intervenientes sociais (APSS). A importância da ética e dos valores na prática profissional são, por definição, mudança social, liberdade e justiça social (Banks, 2006).

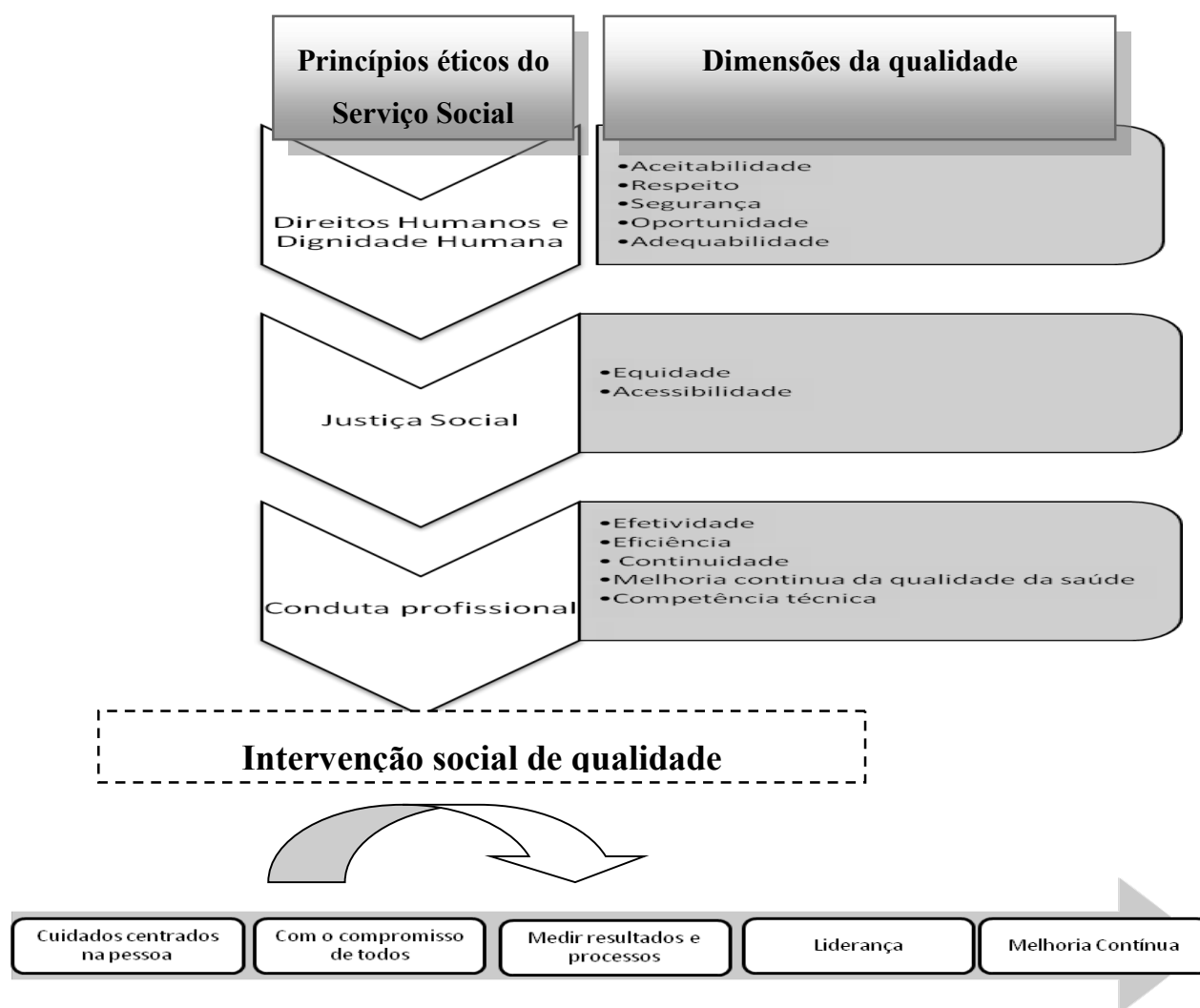
A qualidade é portanto, a consciência profissional conectada aos valores e princípios profissionais, tornando possível modificar, transformar e fomentar o desenvolvimento das capacidades de mudança e de aceitação face a um processo de doença. Como defendido por Masfret e Sale, a qualidade da prática profissional, tem como princípio basilar “fazer bem, à primeira vez e sempre” (Sale, 1998; Masfret, 2007:23). Esta perspectiva e segundo Donabedian implica que os assistentes sociais no seu exercício profissional devam intervir com base nos valores de natureza ético-deontológica e terem sempre presente “os princípios e métodos de melhoria da qualidade. Se este compromisso estiver ausente, então mesmo os mais sofisticados métodos de melhoria da qualidade falharão” (2003: 137). Perante esta aceção podemos afirmar que, a noção de qualidade em saúde é uma construção coletiva e resultado da competência individual de cada um (Leprohon, 2001). Dawnie e Laudfoot (1978) descreveram o Serviço Social como um “trabalho principal”, ou seja, a prática do Serviço Social é definido por um conjunto de direitos e deveres institucionais. Estes autores, consideram que é de grande importância para o Serviço Social uma estrutura institucional, uma vez que os assistentes sociais intervêm na vida particular dos cidadãos, por esta razão é importante que existam regras como a confidencialidade e respeito que transmitam segurança no processo de intervenção (citado por Banks, 2006).

Considerando as dimensões da qualidade como elementos essenciais para o agir profissional pretendemos representar uma concetualização da intervenção social suportada pelas dimensões de qualidade. Temos então três dimensões diametralmente análogas, quanto à sua finalidade e sustentação, em que os princípios éticos da profissão estão vinculados com as dimensões da qualidade na saúde, numa abordagem mais ampla e completa: quanto à avaliação dos cuidados de saúde centrados na pessoa, o compromisso de todos, uma boa liderança e, como uma gestão baseada na medição dos resultados e processo no caminho da melhoria da qualidade (IFSW; Campos *et al*, 2010; Expósito, 2004). Esta visão permite que seja promovida e assegurada, a todos os cidadãos, a acessibilidade e a equidade dos cuidados de saúde (Pisco, 2007 citado por Revez & Silva, 2010). Neste sentido, a representação

contida na Figura 2.3 propõe um ponto de partida para criar diferentes topologias de correlação para a ação do assistente social numa perspectiva de qualidade face à intervenção. Em que dimensão ética do agir e a qualidade na saúde são indissociáveis de boas praticas de intervenção.

Em consonância com o exposto e no confronto entre os princípios éticos da profissão e da possibilidade de compreensão da articulação entre a qualidade e o processo de intervenção social, é imperativo que se faça por dimensão o estabelecimento de relação. Esta conceptualização mostra que a realidade do agir profissional se orienta por uma ética que articula as dimensões de qualidade nos diferentes níveis de enquadramento a que se encontra exposto.

Figura 2.3 - Conceptualizar a qualidade no agir do assistente social



Fonte: Elaboração própria

A cada um destes pilares em que se pode tomar as dimensões de qualidade em saúde, há-de corresponder um papel no exercício da argumentação e ação aos princípios éticos, estando inter-relacionados, são identificáveis entre si.

Quanto ao princípio da dignidade humana, pode compreender os elementos de qualidade: aceitabilidade, o respeito, adequação, a oportunidade e segurança. Na aceitação e respeito pelas preferências, o direito e aspirações individuais e culturais dos utentes. E dessa forma, promover o seu *empowerment* no desenvolvimento de competências que possibilitarão que as pessoas se tornem sujeitos com capacidades de decisão e participação no seu processo de hospitalização e tratamento. Considerar a pessoa como um todo, no contexto da família, comunidade, meio social e natural. Devemos igualmente promover a oportunidade de o cidadão ter acesso a cuidados de saúde que necessita, considerando o tempo clinicamente aceitável e da sua condição atual. E que estes cuidados, sejam prestados em segurança, na medida a evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos relacionados com a prestação dos cuidados de saúde. (Declaração de princípios do SS, 2013; Campos *et al*, 2010).

Na base da justiça social, a equidade e a acessibilidade são outras dimensões que impregnam todas as intervenções e estratégias que resultam em ganhos de saúde. O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos no local apropriados e no momento adequado (DGS-PNS 2012-2016b;e).

A terceira e última dimensão apresentada, respeita diretamente à conduta profissional, quanto à eficiência, efetividade, continuidade e competência técnica. Atendendo a estas diferentes e complementares dimensões, e face aos desafios decorrentes da prática profissional e concomitantemente do sistema de qualidade, há que encarar a capacidade de promover ações que garantam aos cidadãos uma prestação de cuidados de qualidade, atingindo os objetivos com efetivo impacto e que o mesmo consiga responder às expetativas e às necessidades dos cidadãos. Utilizando apenas os recursos adequados para cada cidadão. Dados estes considerandos, a intervenção social de qualidade passará também por uma “gestão eficaz, completamente envolvida no processo de mudança e de melhoria continua, e munida de uma liderança com aptidão para envolver todas as pessoas no objetivo” (Mezomo, 2001 citado por Quintino & Saraiva, 2010: 69).

A ética está representada por um conjunto de normas que regulamentam o comportamento de um grupo particular de pessoas (neste caso, profissionais), e que se exprime no Serviço Social através de um compromisso (através da justiça social e respeito pelos direitos humanos) onde há um respeito pela dignidade e valores inerentes de todos os cidadãos. Estes princípios conduzem ao respeito do direito de autodeterminação, promoção do direito de participação, resposta para cada pessoa como um todo, reconhecimento do desenvolvimento das forças dos indivíduos, grupos e comunidades e promoção de seu *empowerment* bem como a capacidade para autossustentabilidade (Banks, 2006).

Em concordância com o referido, Pallinger (2002) pretende sublinhar os princípios de melhoria da qualidade, incorporados no contexto profissional do Serviço Social, a vigorar nas Instituições Sociais da União Europeia:

- Orientação para o utente, promovendo a sua participação e *empowerment*;
- Participação dos utentes e profissionais nos sistemas de qualidade e desenvolvimento organizativo;
- Implementação de sistemas de qualidade que sejam flexíveis, adaptáveis e relevantes às necessidades;
- Mecanismos de prestação de serviços organizados e integrados face às necessidades de forma integral;
- Uma cultura de inovação nos serviços para que respondam flexivamente às necessidades e pedidos;
- Sistemas efetivos de avaliação com mecanismos de feedback;
- Equipas altamente qualificadas que sejam capazes de responder às necessidades dos utentes e que desenvolvam mudanças organizativas” (citado por Expósito, 2004:89).

Uma vez que a interconexão entre estes princípios devem ser contínuos e coexistentes importa ressaltar que, e de acordo com a perspetiva de Moreno (2002) existem valores elementares que devem constituir imperiosamente parte da cultura da organização ou da unidade de Serviço Social, tais como: i) abertura e disponibilidade, no direito que o cidadão tem face às suas necessidades sejam elas clínicas ou sociais; ii) acolhimento, que o autor apelida de ética de hospitalidade quanto à receção e acolhimento do utente/ sujeito; iii) preocupação em atender a pessoa de forma integral, iv) promoção dos direitos dos cidadãos, v) humanização da intervenção, de forma a compreender a pessoa como um todo e como um

ser particular; vi) proporcionar a relação pessoal, ao proporcionar um espaço de confiança e de empatia. O autor refere ainda, que as organizações que não cumpram estes requisitos básicos, não prestam serviços de qualidade aos sujeitos.

Ainda que noutra linha de argumentação, e numa perspetiva e perceção da qualidade de um serviço por parte dos utentes, as investigações indicam-nos quatro aspetos que mais valorizam na prestação de um serviço (Bengoa & Celorico, 2003:141-142):

- Aspetos éticos, que contemplem a honestidade profissional, a confiabilidade, a sensibilidade, a privacidade e a veracidade;
- Aspetos técnicos, que se referem à competência dos profissionais, à execução da intervenção de acordo com os *standards*, segurança, informação acessível e compreensível e uma certa tangibilidade;
- Aspetos temporais, relacionados com a acessibilidade ao serviço, ao tempo e oportunidade do mesmo, tal com a flexibilidade;
- Aspetos psicológicos, na compreensão e reconhecimento das dificuldades pessoais e familiares, a amabilidade e a estética ambiental.

É importante destacar que qualidade percebida por parte dos cidadãos em relação à intervenção do assistente social está associada aos seguintes elementos:

- a) *A qualidade interativa* – o utente de Serviço Social percebe a qualidade através das relações que estabelece com o assistente social, das suas competências, atitudes e conhecimentos face às necessidades que apresenta;
- b) *A qualidade física do serviço* – compreende o estado das instalações físicas, o material utilizado e os próprios instrumentos utilizados pelos próprios utentes. Todos os elementos que intervêm na prestação de serviços transmitem qualidade;
- c) *A qualidade incorporada na conceção do serviço* – adequar o serviço às necessidades e especificidades dos utentes;
- d) *A qualidade latente* – proporcionar ao utente a satisfação das necessidades ou de recursos (Pedraza, 2003).

Pedraza (2003) chama a atenção para um aspeto importante, a perceção da qualidade de um serviço realizada por um utente, pode torna-se subjetiva, imprecisa e muito variável, devido à ausência de padrões que avaliem a qualidade. Todavia, esta dificuldade não deve

impedir que os gestores implementem recursos para determinar quais os parâmetros de qualidade percebidos pelos utentes, de forma a valorizar a qualidade da prestação do serviço. Zeithaml (1998) considera que a qualidade percebida pelo utente, o entendimento que o mesmo faz de um serviço prestado, pelo que desta forma depende diretamente da conceção e valorização subjetiva que efetuam os utentes em relação à satisfação com os serviços que recebem (citado por Pedraza, 2003). Neste sentido, os prestadores de cuidados “são responsáveis pela missão complexa e subtil que consiste em ajudar a existência das pessoas para que elas consigam (...) criar um modo de viver compatível com o seu estado. É isto que constitui o cerne da prática de cuidados e que define a sua qualidade (...) o modo de agir de cada prestador de cuidados possa criar qualidade, tanto pelo modo como orienta a sua prática quanto pela intenção que põe nela” (Hesbeen, 2001:52).

Nos sistemas de saúde cada grupo possui definições, valorizações e medições de qualidade particulares. Os profissionais de saúde tendem a valorizar a qualidade ao nível dos atributos e resultados dos cuidados prestados e da efetividade dos mesmos. Os políticos e os gestores, centram-se mais nos indicadores de medidas decorrentes do desempenho organizacional e da população tratada. Os utentes, e indo ao encontro com o que já foi dito, valorizam os aspetos relacionais decorrentes do contato com a organização e com os profissionais de saúde, atribuem igualmente valor à acessibilidade, às expectativas e o resultado final dos cuidados recebidos (Bowers; Swan; Koehler, 1994 citado por Sousa, 2010).

Perspetivar a qualidade no agir profissional do assistente social “ implica por um lado, melhorar a capacidade de dar resposta eficaz às necessidades sociais que afetam os cidadãos, e por outro, procurar uma estratégia educacional com a finalidade de mudar atitudes, valores e estruturas internas, para que cada organização possa adaptar-se melhor aos novos desafios atuais” (Pedraza, 2003: 147). Para a autora, os responsáveis e profissionais da unidade de Serviço Social da organização, devem ter uma postura ativa quanto à melhoria contínua, procurando em cada momento aumentar a qualidade da intervenção, dos processos, dos recursos sociais e da sua finalidade última, proporcionar mais e melhor bem-estar ao sujeito (Pedraza, 2003).

Ao compreender o Serviço Social na perspetiva da qualidade em saúde, a partir da contribuição de Deming (1990) proporciona um olhar, uma conexão e interação considerável em três dimensões: i) a satisfação do utente/ sujeito, na realização de estudos de avaliação da satisfação dos serviços prestados e também na agilização dos processos de reclamação ou de

sugestão; ii) a motivação dos profissionais, na avaliação da satisfação laboral e o feedback do seu exercício profissional; iii) o mínimo custo, na definição dos processos e procedimentos sociais, analisar de forma contínua o que está mal e aplicar estratégias de melhoria (citado por Masftet, 2007).

A satisfação do utente, a definição de procedimentos de intervenção social e a motivação profissional torna possível “um processo de melhoria continua e de inovação de forma a aperfeiçoar e o apreender constante” (Pedraza, 2003:151). Tendo em conta que “os cidadãos têm mais informação dos serviços de saúde, mais conhecimento dos recursos e prestações e são mais conscientes e exigentes sobre os seus direitos como utentes. Quando estes recorrem aos serviços de saúde esperam uma perfeita intervenção fundamentada nos conhecimentos profissionais, com uma relação de trato cordial e adequado” (Robles, 2004:53). Este autor, argumenta ainda, que a não presença de um assistente social nos serviços de saúde implica a impossibilidade de oferecer aos utentes uma intervenção de saúde integral, integrada e de qualidade (*Ibidem*).

Organização e Gestão da qualidade da Unidade de Serviço Social

Considerar que a qualidade é em si mesma um assunto de grande importância, e exige um processo de melhoria continua e concludentemente uma diminuição de incorreções, lacunas, perdas de tempo e condutas inaceitáveis no processo de intervenção social. Trata-se portanto, de uma eliminação progressiva do que a autora denomina de fontes de *não qualidade*. Estas fontes nas organizações, estão inerentes aos processos e a fatores técnicos, de comportamento e atitudes humanas (Pedraza, 2003). Estes comportamentos poderão ocorrer, devido aos gestores e profissionais implicados carecerem de oportunidades e ou capacidades para controla-las ou erradica-las. O compromisso com a qualidade e a responsabilidade dos profissionais coexistem numa relação estreita de comunicação e colaboração, de forma a resolver os problemas e prever as dificuldades.

A este propósito desenvolver a capacidade de adaptação às mudanças que se produzem face à implementação de um sistema de qualidade, a formação contínua é fulcral, para que se capacite os profissionais a novas formas de trabalho, fomentando uma melhoria da qualidade da organização e por conseguinte no serviço que presta ao cidadão (Pedraza, 2003). Porcel (2007) argumenta que o reconhecimento da qualidade de um serviço, deve compreender quatro elementos substanciais e integrantes entre si (Figura 2.4).

Figura 2.4- Elementos integrantes de um sistema de qualidade num serviço



Fonte: Adaptado de Porcel, 2007

- O primeiro elemento – a missão, os valores e os objetivos do Serviço Social na organização devem ser claros, estarem identificáveis, e todos os assistentes sociais deve ter conhecimento dos mesmos. O foco central desta dimensão, incide sobre o utente, na identificação das suas necessidades e dos recursos necessários, promovendo uma intervenção de qualidade. Por outro lado, estende-se ao compromisso e determinação da liderança na organização e gestão do serviço.

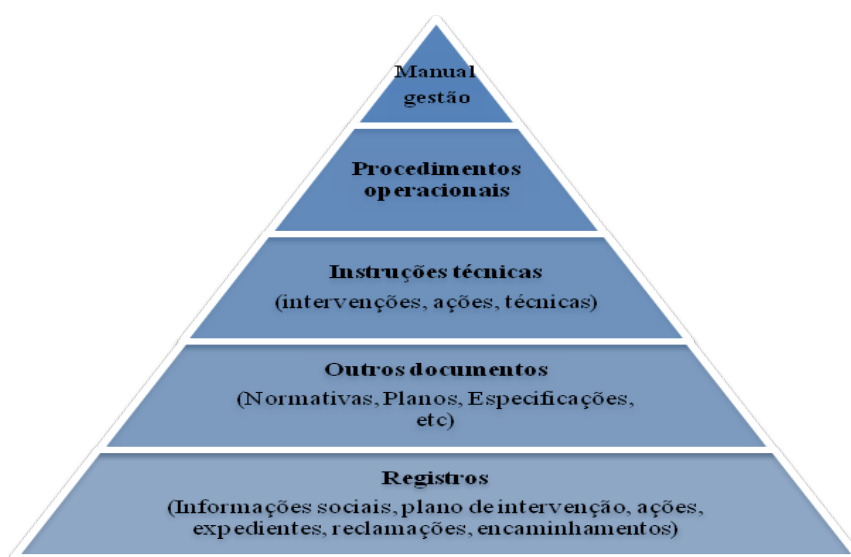
- O segundo elemento – elementos de um serviço, constituídos por três componentes conectados entre si: i) o cidadão, é o destinatário da nossa intervenção, a sua participação tem de ser ativa e participada em todo o processo; ii) o suporte físico, quanto à constituição de todos os elementos necessários à promoção da intervenção do Serviço Social. A equipa, na inter-relação e articulação com os diversos profissionais, seja inter ou intrainstitucional, de forma a planearmos e objetivarmos a nossa intervenção com o utente e família; iii) o compromisso da direção deve ser efetivo e contínua na organização e gestão de todos os elementos organizacionais.

- O terceiro elemento – a organização do Serviço Social, consiste fundamentalmente na participação dos profissionais, na definição de um método de trabalho uniforme, na metodologia e documentação e na tomada de decisão baseada em evidências.

As responsabilidades, funções e atividades dos assistentes sociais devem ser precisas e estarem evidenciadas. Deve existir um organograma a identificar a estrutura de suporte de linha operacional e hierárquico, de como estão organizados e que funções lhes compete. Tem de existir uma formalização de procedimentos, quanto à elaboração de um plano de ação anual propondo atividades e ações que visem uma melhoria da intervenção do Serviço Social na unidade hospitalar. Deverá existir procedimentos escritos relativamente a toda a atividade do Serviço Social.

Hoyle e Thompson (2002), referem diversos níveis e componentes de organização documental relativamente à atividade do Serviço Social mencionados na Figura 2.5. Este sistema, compreende todos os elementos necessários para a atividade global da Unidade de Serviço Social inserida em contexto hospitalar. Iniciando esta organização pelo topo da pirâmide, manual de gestão, é uma ferramenta que permite toda a disposição e uniformização de métodos de trabalho. Estes implicam a definição de processos, especificando o modo de intervir e de registar. Ou seja, os procedimentos e as instruções de trabalho têm como intuito fundamental, descrever detalhadamente o processo necessário para atingir o objetivo de cada ação e expõe numa sequência ordenada as principais operações ou passos de que o compõem e a forma de o realizar, utilizando os diagramas de fluxo, que expressam graficamente a trajetória das distintas ações e inclui as instâncias administrativas que intervêm. Entendemos como processos “um conjunto de atividades ligadas entre si que, a partir de uma ou diversas entradas, procura um resultado de valor para o utente” (Anzuola, 2003:20).

Figura 2.5- Sistema documental da atividade do Serviço Social



Fonte: Adaptado de Porcel, 2007

Este manual permite identificar processos e procedimentos e aplica-los para toda a atividade do Serviço Social. No estabelecimento de critérios, métodos e recursos que assegurem a eficiência da intervenção. Obter e analisar informações sobre os resultados da intervenção social, como por exemplo a satisfação dos utentes. Consequentemente a implementação de ações para garantir resultados e melhorar continuamente os processos. O registro das atividades e os objetivos profissionais permite que a organização tome decisões baseadas em evidências (Porcel, 2007). Assim, o registro e subsequentemente o cumprimento das políticas, dos procedimentos e das instruções de trabalho constituem evidência, através do registro.

Em relação ao quarto elemento - a melhoria contínua, a autora refere que a gestão da qualidade é a vontade e a capacidade de melhorar instrumentos e práticas. Para além do que foi dito até ao momento, a formação continua adequada aos assistentes sociais é a ferramenta essencial no planeamento de gestão de um serviço. Devem ser consideradas as necessidades de formação no que respeita à implementação de procedimentos para a atividade profissional e por outro lado, as capacidades relacionais que necessitam de interação continua entre a equipa. Importa sublinhar a perspetiva de Howe (1992) quanto à padronização dos processos e procedimentos do Serviço Social, que este intitula de “ burocratização do trabalho social e na tendência para os trabalhadores sociais se manterem rigidamente colados aos procedimentos requeridos de forma a evitar a culpa se algo correr mal” (citado por Banks, 2001: 115). Todavia a autora, refere que os procedimentos podem ser úteis ao proporcionar e assegurar a consistência da prática para os assistentes sociais, desde que estes não sejam demasiados pormenorizados quanto à descrição do agir profissional nos diferentes contextos de intervenção.

É pelo elevado nível de descrição dos procedimentos da intervenção social, que pensar, analisar e refletir critica e reflexivamente poderá adquirir contornos de passividade profissional. Ou seja, o assistente social assume “ mais o papel de um técnico a seguir regras do que um profissional reflexivo a utilizar um discernimento profissional” (Banks, 2001:115). Cumpre aqui salientar as transformações que Banks (2001) advoga que ocorreram no Serviço Social relativamente à ética e aos valores da prática profissional. Conforme sublinhado pela autora a organização e a prática do Serviço Social estão em mutação. E coloca a questão, se ainda faz sentido que todos os assistentes sociais retenham um conjunto de valores universais exclusivos ao Serviço Social, face a três orientações gerais:

- A fragmentação e especialização do trabalho social, refere-se às orientações que originam que os assistentes sociais façam trabalhos cada vez mais diferenciados e especializados numa série de organizações e em determinadas áreas de trabalho (2001:106). A natureza do contexto profissional, a população alvo e as situações particulares, interfere e prioriza a forma como os assistentes sociais aplicam o conjunto de valores;
- O desenvolvimento do trabalho multidisciplinar, as recentes políticas sociais da saúde e de bem-estar estão orientadas para vários grupos profissionais, que devem trabalhar em conjunto, tendo em vista o desenvolvimento de sistemas de comunicação ou a criação de redes para partilha de informações e conceção de estratégias comuns através do trabalho em equipas multidisciplinares. Banks defende que o sucesso de numa equipa multidisciplinar advém da uma incorporação de objetivos e valores que são partilhados em conjunto com o contributo de todos os profissionais envolvidos. “Por isso, os valores individuais listados para o trabalho social não são completamente exclusivos ao trabalho social, no entanto, a configuração particular de valores, a ênfase colocada em cada um deles e a forma como, na prática, são implementados, podem ainda ter uma qualidade distinta” (2001:114) “como a autodeterminação do utente ou a justiça social, no compromisso particular do trabalho social com o bem-estar e direitos dos indivíduos” (Banks, 2001:112), trabalhando no sentido de mudar atitudes e políticas que mantêm as desigualdades e a injustiça social.
- O crescimento dos procedimentos e linhas diretrizes governamentais e institucionais, para além de novas diretrizes governamentais influenciarem as políticas sociais, as instituições têm vindo a desenvolver o seu próprio código de conduta e de procedimentos, que especificam o que se espera que um assistente social faça, exigindo uma série de tarefas técnico-administrativas para além das suas funções tradicionais de aconselhamento individual (Banks, 2001).

Deste modo, importante que o assistente social seja reflexivo e crítico que procure inscrever o utente num contexto relacional, permitindo-lhe utilizar plenamente as suas capacidades e competências, a proporcionar escolhas e mudanças face a um processo de doença. Ou seja, espera-se que o assistente social numa determinada situação e de acordo com a standardização dos procedimentos da intervenção, aja de uma forma sequencial para executar e concretizar a intervenção.

Para compreender estas transformações que se deram ou que vão ocorrendo na prática do assistente social, é fundamental apresentar três novas abordagens à ética profissional / modelos de prática profissional (Banks, 2001):

- *Fim da ética: o domínio do técnico*, em que a “orientação geral no sentido do aumento de procedimentos é a maior ameaça para a ideia dos valores profissionais no trabalho social” (2001:116), através da qual o assistente social é visto como um técnico/gestor (burocrata/gestor), centrado em critérios de eficiência e em diretrizes institucionais, dissemelhante de um profissional independente, centrado nos direitos e necessidades dos clientes (profissional) identificadas no Quadro 2.1.

Quadro 2.1 - Modelos de prática do Serviço Social

	Profissional	Burocrata/gestor	1.Empenhado 2. Radical
Trabalhador social como	Profissional	Oficial/técnico	Igual/aliado
Poder de	Especialidade profissional	Papel organizador	Competência para lidar com a situação
Centrado em	Relação trab.individ./utilizador	Prestação de serviço	1. Poder individual 2. Mudança social
Directrizes de	Código de ética profissional	Regras e procedimentos da instituição	Empenho pessoal/ Ideologia
Princípios chave	Autodeterminação, aceitação, confidencialidade	Deveres da instituição de distribuição justa dos recursos e promover o bem-estar público	1. Empatia 2. Consciencializar 3.Acção coletiva
Disposição organizacional	Prática privada ou alto nível de autonomia na instituição	Instituição burocratizada em estatuto de voluntariado ou sector privado.	Instituição de voluntariado ou grupo de campanha independente

Fonte: Banks, 2001: 117

- *Ética pós-moderna: substituição da ética pelo impulso moral*, é importante que os assistentes sociais consigam estabelecer relações de confiança com os seus utentes e que tenham a capacidade de distanciamento das chefias imediatas, por forma a questionar práticas que possam ser consideradas injustas (*empenhado/ radical*). Banks questiona, se é necessário um conjunto de valores para este aspeto ser considerado, pois há “alguns autores que consideram que os valores pessoais dos profissionais são

suficientes para os conduzir na sua conduta profissional e que os valores articulados com os códigos de ética são desnecessários” (2001:118). Há ainda outros, que postulam a necessidade de uma nova moralidade baseada na ética da diferença ou no impulso moral, que segundo Bauman (1993) significa a capacidade individual para agir moralmente, capacidade esta, colocada acima dos vários papéis e funções que cada um desempenha da pessoa individual quando se encontra frente a frente com outro ser humano (*Ibidem*).

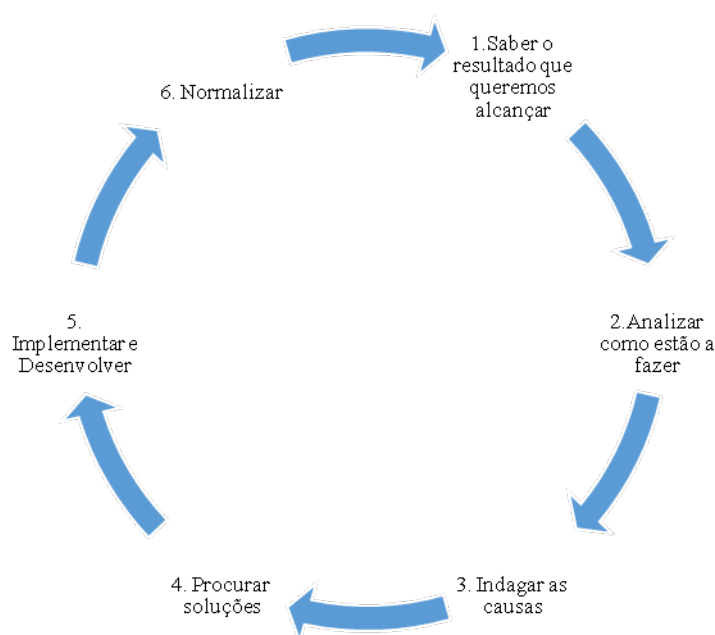
- *Um novo profissionalismo: repensar os valores existentes*, torna-se cada vez mais importante no nosso quotidiano e perante os desafios da prática profissional aprender a “questionar a nossa própria moralidade, a examinar os nossos próprios valores e a reinterpretá-los à luz do trabalho e na base de um conjunto de valores profissionais”, o que poderia originar um (...) maior reconhecimento do papel do trabalhador social na distribuição justa dos recursos e serviços e reconhecendo o papel do trabalhador social na mediação de conflitos de interesses entre indivíduos e grupos culturais e religiosos diferentes” (Banks, 2001:119). A autora sublinha que “ter um conjunto de valores não fornece um conjunto de respostas acerca do que fazer na prática (...) princípios éticos gerais não são a mesma coisa que regras específicas que determinem a ação correta em todos os casos. Os princípios enunciados são relacionados com a crença ética sobre o tipo de sociedade em que queremos viver e a forma como queremos tratar as pessoas. Finalmente se os trabalhadores sociais fazem parte duma comunidade profissional, então os princípios não são impostos por uma autoridade externa, mas são criados por um grupo do qual os trabalhadores sociais são membros (...) e isto significa que o trabalhador social tem que se tornar mais apto para uma reflexão ética, mais do que abandoná-la (2001: 119-120).

Não podemos esquecer a unicidade do sujeito, o processo de doença, a complexidade e a mutação das problemáticas sociais que interferem na forma e como intervir do assistente social. Sendo fulcral, o que a Banks designa de discernimento profissional, em que os procedimentos que descrevem e orientam a prática profissional, não sejam demasiados circunscritos e fechados, proporcionando a abertura necessária à especificidade das situações. Para a prossecução da melhoria contínua da qualidade da intervenção social torna-se necessário efetuar, de forma dinâmica, estruturada e sistemática, a identificação de problemas e propostas de novas soluções (Sousa, 2010; Montero & Gonzalez, 2007).

Um dos principais mecanismos da avaliação da melhoria contínua da qualidade, utilizados é o Ciclo de Deming, o PDCA que representa um processo circular e dinâmico em constante identificação, monitorização e melhoria contínua das atividades. Trata-se de uma ação cíclica constituída por quatro fases fundamentais e complementares entre si: Plan – planificar, fase em que se analisam as áreas e atividades ou processos a melhorar; Do- fer, fase de implementação relativamente às ações previstas na primeira fase; Check – comprovar, é a fase de monitorização e acompanhamento da mudança e melhoria; Act- ajustar, após a implementação das anteriores fases, vem a fase em que se toma a decisão do melhor resultado, considerando o efeito no processo de melhoria da qualidade (Jackson, 2001; Walley, Gowland, 2004 citado por Silva, 2010; Casado, 2004 ; Montero & Gonzalez, 2007).

Nesta perspectiva é nos, dada outra forma de melhorar e avaliar os processos e por conseguinte o alcance de melhores resultados na prática profissional do assistente social. De acordo com a Figura 2.6, verificamos a cadeia sequencial dos diversos passos a realizar para alcançar uma melhoria contínua da atividade do Serviço Social (Anzuola, 2003).

Figura 2.6- Conceptualizar a melhoria contínua dos processos



Fonte: Readaptado de Anzuola, 2003

O primeiro passo consiste, na definição clara dos resultados que desejamos alcançar, ou seja, na identificação de quais os parâmetros que nos vão permitir a medição dos processos na obtenção de melhores práticas profissionais. A autora refere que só existe melhoria, se

conseguirmos alcançar uma ou mais destas dimensões: maior satisfação do utente; maior satisfações das pessoas que participam no processo e melhor utilização e rentabilização dos recursos existentes.

Numa fase seguinte, quanto à análise do que fazemos, é analisar criticamente e com precisão a nossa prática. É decidir e descrever o processo de acordo com a sucessão de atividades que dão lugar aos resultados. E neste seguimento que é fundamental, indagar as causas que originam o que a autora intitula de pontos conflituosos das práticas, com resultados menos positivos. Temos de examinar a prática, questionar as causas do que corre menos bem, e realizar o estudo e identificação de alternativas de melhoria do processo de intervenção social. Contudo, podem ocorrer dificuldades e desajustes no processo de melhoria que se terá de ajustar de forma constante e continua. Por último, e uma vez comprovada que a definição do processo de melhoria é válida, é adotado uma prática uniforme e normalizada. Todavia há que comprovar periodicamente os resultados que se vão obtendo, tendo como referência os parâmetros e/ ou indicadores de medida, identificados no início do processo de melhoria (Anzuola, 2003: 200-202).

A qualidade em saúde é uma exigência ética que deve orientar e estimular as boas práticas de qualidade. E neste sentido, devemos adequar e criar instrumentos para tal fim (Osinalde, 2003).

4. Avaliar boas práticas profissionais do assistente social no quadro da qualidade em saúde

Ao longo da análise e reflexão que temos vindo a fazer acerca da temática e dos conceitos associados ao estudo, o conceito de qualidade foi atravessando todo o desenvolvimento do trabalho. Por um lado, dada a orientação da política de saúde que “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” (DGS- PNS, 2012-2016f:3). Por outro, a implementação de um sistema de qualidade e subsequentemente de acreditação, pode constituir um elemento central de criação de mudanças promotoras de desenvolvimento de atitudes, comportamentos dos profissionais. Por outro ainda, dada a perspetiva do Serviço Social enquanto disciplina das ciências sociais com uma componente de conhecimentos sólida, crítica e reflexiva, que intervém nas diferentes necessidades dos cidadãos e suas famílias em contexto de doença, tendo por finalidade um agir profissional de qualidade.

Porém, é comum dizer-se que um profissional competente e experiente é capaz de reconhecer o que é uma intervenção social de qualidade, o que não deixa de ser verdade. Mas, será que por isso a qualidade não deveria ser avaliada e monitorizada, no sentido da sua promoção e desenvolvimento de boas práticas do agir do assistente social em contexto hospitalar? Donabedian refere que “ (...) o conceito de qualidade pode ser definido com precisão, o que é essencial para a sua monitorização que é a base para a sua garantia” (2003: 32). Considerando que os sistemas de saúde são constituídos por diversos profissionais de distintas áreas de intervenção. Cada grupo profissional deverá “ possuir definições e consequentemente medições de qualidade própria (...) tendo por base as dimensões, objetivos, indicadores e nos padrões (*standards*) utilizados como referência (Brook; McGlynn, 1996 citado por Sousa, 2010:24). Neste ato de medir e avaliar as boas práticas de intervenção social de qualidade, poderá existir alguma subjetividade? Certamente, que sim, mas terá de ser reduzida ao mínimo, pois pode limitar-se ao fato de assistentes sociais diferentes olharem o mesmo valor que, apesar de se considerarem boas práticas, pode ser perspectivado como o mais próximo ou o mais afastado do padrão e, em consequência, leva-los a propor um determinado comportamento. Na realidade, perante o vasto espectro de realidades da condição humana e societal que sitiam o agir do assistente social, em que “cada prática se reveste de singularidade (...) os atores que intervêm possuem uma trajetória, posturas e significados próprios, as experiências são condicionadas pelo marco normativo, pelas políticas sociais, o contexto institucional e as características da realidade em que se intervém” (Pinzon, 2011: 152).

A subjetividade relativamente ao sujeito é compreendida pelos sentimentos, desejos, interpretações e perceções. Cada pessoa é portadora de uma subjetividade individual que poderá estar condicionada à realidade objetiva e ao modo de cada um interagir e se relacionar com o seu meio (Cocker & Letchfield, 2013).

Quando nos situamos no contexto hospitalar, falamos da pessoa doente, na imensidão de sentimentos e vivências que a doença pode provocar. Ao abordamos todas estas dimensões singulares estamos a aportar o subjetivo da pessoa. Acresce ainda ao fato de “as práticas, por sua vez, adquirirem uma particularidade e subjetividade de acordo com cada situação específica diferenciando sujeitos, grupos, comunidades e trajetórias históricas uns dos outros, dando origem a vários significados e identidades “ (Pinzon, 2011:150).

A complexidade do processo de intervenção social, bem como a sua subjetividade e a subtilidade que caracteriza a prática profissional do assistente social, não facilitam nem a

compreensão nem a avaliação da qualidade dessa prática (Hesbeen, 2001). Todavia, a importância e a necessidade de “encontrar o significado de intervir com qualidade, por meio de definições, de grelhas de avaliação e de processos de validação não é um ato anódico, uma vez que é essa intervenção que determina o sentido da prática bem como a representação que dela se tem” (Hesbeen, 2001:37). Não se pretende recusar a necessidade de avaliação, pelo contrário, apesar da subjetividade que acarreta todo o processo de intervenção social, acreditamos que só a partir da avaliação das situações é possível identificar problemas ou fragilidades e propor alternativas. É fundamental a criação de critérios, elementos, indicadores e objetivos de avaliação de qualidade nas unidades do Serviço Social hospitalar. Para que essa avaliação assente na melhoria e uniformização de procedimentos das práticas profissionais dos assistentes sociais. E revelem o conteúdo real e o sentido de uma prática de qualidade para que a sua essência seja valorizada.

Por prática profissional entendemos “uma ação específica do assistente social em relação aos sistemas ou processos humanos para produzir mudanças (...) é o que fazer e como fazer, onde se inscrevem profundamente os valores ideológicos do assistente social e a orientação do que se faz com os clientes” (Caparros, 1998:27). Campo & Restrepo (2002) também descrevem a prática como “os modos de ação quotidiana quer sejam intelectuais ou materiais, que respondam a uma lógica tática mediante as quais o ser humano constrói sua existência como indivíduo” (citado por Pinzón, 2011: 150). A autora sublinha ainda que a prática profissional se caracteriza “com um fato significativo por excelência” (...) na produção de abstrações, instrumentos, símbolos, relatos que permitem dota-la de sentido com base na negociação e definição comum da situação” (*Ibidem*).

Expósito (2011) argumenta que uma boa prática de qualidade em Serviço Social é a “experiência considerada como a melhor das atuações imagináveis, possíveis e bem-sucedidas, que tem um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas, acrescentado valor às organizações e comunidade, e são o resultado de uma cooperação efetiva entre os atores sociais” (Expósito, 2011:58). Significa ainda um “conjunto de ações que fruto da identificação de uma necessidade, são sistemáticas, eficazes, eficientes, sustentáveis, flexíveis e estão pensadas e realizadas pelos membros de uma organização com o apoio dos órgãos da direção, e que para além de satisfazer as necessidades e expectativas dos

seus utentes, supõem uma melhoria evidente dos padrões de qualidade, de acordo com os critérios éticos e técnicos alienados com a missão, visão e os valores (...) estas boas práticas devem estar documentadas para servirem de base e facilitar a melhoria dos processos” (FEAPS, 2007:6). Expósito (2011) argumenta que a trajetória das boas práticas não é recente remonta à pós-modernidade. Mas o seu impulso deu-se em 1995 na Conferência Internacional das Nações Unidas que consequentemente estabeleceu critérios de boas práticas como: i) o impacto, ao demonstrar que a prática produz melhoria atingível na vida das pessoas; ii) a sustentabilidade, ao assegurar que a sua ação se manterá no tempo e garantirá mudanças; iii) a liderança e fortalecimento da comunidade, no reforço das redes sociais e das políticas sociais, promovendo o intercambio de experiencias e dotar de recursos; iv) o género e inclusão social, ao proporcionar e promover a igualdade de oportunidades e reconhecer e valorizar a diversidade cultural, funcional e social (Expósito, 2011:58-59).

De acordo com Barrancos (2010) os critérios de uma boa prática de qualidade em Serviço Social, consistem nos enfoques teóricos e metodológicos positivos dos sistemas de qualidade integrados e os diálogos apreciativos (citado por Expósito, 2011). Esta perspetiva implica um agir profissional positivo ao indagar e trabalhar as mudanças positivas das pessoas, organização e comunidade, proporcionando as boas práticas de qualidade. É fulcral enfatizar os fatores positivos como o bem-estar, as relações interpessoais de confiança e empatia, os valores contemplados nos Direitos Humanos, os recursos, experiências bem-sucedidas, colaboração, responsabilidade, aprendizagem, entre outros. A autora designa de diálogos apreciativos, a relação que se estabelece com o utente e na forma de questionar os problemas. Sugere que tenhamos um agir não de indagação dos problemas, mas sim do que está bem (Expósito, 2011: 62-63). A mudança está implícita em “cada pergunta e as perguntas positivas evocam o melhor que há nas pessoas, inspiram a ação positiva e criam possibilidades de um futuro melhor” (Expósito, 2011: 61).

Neste seguimento, estão definidos nove critérios que determinam uma boa prática e que se propõem a acrescentar qualidade de vida aos utentes e ao processo de intervenção do Serviço Social:

1. Um conjunto de ações, relacionadas com experiências quotidianas uteis, reflexivas e críticas. São ações pensadas e construídas socialmente com as pessoas com quem trabalhamos e para as quais intervimos;
2. Na identificação e satisfação das necessidades, ao promover as potencialidades, recursos e igualdade entre os sujeitos;
3. Na eficácia quanto aos objetivos, na eficiência quanto à maximização dos recursos, sustentabilidade face à estrutura económica, organizativa e técnica possível a longo prazo e flexibilidade na adaptação às necessidades e exigências atuais e emergentes, assim como as mudanças do contexto socio-ambiental.
4. No desenvolvimento e implementação da boa prática é realizado pelos profissionais, ao se evidenciar a sua implicação e compromisso em todo o processo de acompanhamento do sistema de qualidade;
5. Que seja sistemática, na existência de um plano de intervenção que descreva de forma clara e concreta os objetivos a alcançar;
6. Na alienação com a missão, visão e os valores da organização conduzem a uma boa prática de qualidade mediante o processo de melhoria contínua, estabelecendo indicadores e padrões para medir os resultados obtidos;
7. No apoio da direção participativo, ao dotar de recursos e na criação de diretrizes das políticas sociais, orientadas a implementar os sistemas de qualidade integrados e outros enfoques positivos de forma a envolver todos os profissionais;
8. Exista uma revisão periódica do plano de intervenção, relativamente aos elementos recolhidos através da avaliação e de acordo com a evolução do processo de doença e subsequentemente das necessidades do utente e família;
9. Procedimentos da intervenção social de forma a facilitar a melhoria dos processos e resultados e divulgada para que seja uma referência para as outras instituições sociais, ao enfatizar e partilhar experiências de boas práticas de Serviço Social (Expósito, 2011 ; FEAPS, 2007).

O emparelhamento de uma diversidade de critérios na identificação de uma boa prática de qualidade mostra, entre outros, a extensão de sustentabilidade aportada por estratégias capazes de diminuir lacunas e intervenções menos eficazes. Enfatizar a liderança, o fortalecimento das parcerias, a qualidade significa que a melhoria das práticas profissionais

surgirá precisamente a partir da convergência das forças que criam a qualidade na intervenção social.

Diferentes perspectivas têm vindo a evidenciar o consenso inerente à avaliação da prática profissional do assistente social. Rodriguez (2010) descreve que a qualidade da prática do assistente social está relacionada com o que podemos proporcionar através das intervenções técnicas, da forma adequada ou não, de como se concretizam e gere bem-estar às pessoas doentes e suas famílias. Martinez (2010) sustenta, que uma boa prática de intervenção social contempla três aceções: i) as ações têm de ter um carácter inovador, como programas, projetos ou experiencias de intervenção social que respondam de forma inovadora e satisfatória ao objetivo de melhorar o agir profissional e a qualidade de vida das pessoas doentes; ii) a existência de ações de mudança quanto aos recursos que proporcionem melhor qualidade da intervenção profissional; iii) a intervenção social tem de ter por base as recomendações de atuação profissional relacionadas com as competências, com os aspetos relacionais, organizacionais ou metodológicas (citado por Rodriguez, 2010). Contudo, conforme enfatizado por Rodriguez (2010) a existência de uma boa prática, se manifesta numa serie de dualidades e requisitos exigíveis que se encontram numa relação intrínseca e complementar, como a técnica e a ética.

Watson & West (2006) consideram que o agir profissional adquire um significado de excelência, ao pensá-lo como um processo transformacional dinâmico onde as ações têm por finalidade identificar através “de práticas éticas e efetivas de como o trabalho é feito e como foi conseguido o resultado final” (pág. 1-2). A este respeito, os autores sublinham que as respostas formatadas devem ser findas em detrimento de um agir profissional inovador e interativo. E implica uma participativa e inclusiva abordagem promotora da resolução dos problemas (Watson & West, 2006).

Esta perspetiva tem inerente a complementaridade de práticas éticas e efetivas que originem mudanças e que devem atingir fins combinados com o utente e assistente social. Neste contexto, os autores estabelecem a diferenciação entre estas duas práticas:

- i) *Prática ética* requer do assistente social uma base forte e sólida de conhecimentos acerca do processo de intervenção e do impacto do resultado; reger-se por princípios anti discriminatórios e anti opressivos, assentes na responsabilidade pessoal e profissional;

- ii) *Prática efetiva* deve envolver uma compreensão do contexto onde estão inseridos os assistentes sociais e os utentes. É importante e necessário a existência de evidências de pesquisas atuais e um claro processo de avaliação da satisfação do utente.

Significa isto, e segundo Watson & West (2006) precisamos de enfatizar o *empowerment* como uma aproximação democrática e considera-lo como um processo ou meta. Em que o assistente social deve utilizar os saberes e as capacidades do utente para efetuar mudanças. É reconhecer que todos os utentes, por mais oprimidos ou em situação de desvantagem que se encontrem, têm que contribuir para a resolução da sua situação (DuBois *et al*, 1992 citado por Watson & West, 2006).

Esta perspetiva implica que os assistentes sociais reflitam sobre os seus conhecimentos, saberes e valores de forma permanente e consequentemente melhorem as suas práticas. Implica também “uma redefinição profissional do Serviço Social e a noção de que o conhecimento formal e o controlo do poder para incorporar práticas mais efetivas e libertadoras que coloquem o utente no centro do processo das decisões” (Lymbery, 2004 citado por Watson & West, 2006:4).

O Serviço Social poderá encontrar-se num “ cruzamento difícil entre dois sistemas (...) que por vezes pode ser conflituoso e contraditório” (Watson & West, 2006:5). Por um lado, a implementação de novas práticas profissionais com o intuito de capacitar os utentes a efetuar as suas próprias mudanças. Por outro, poderão ser estas comprometidas pela submissão organizacional, ou seja, os assistentes sociais integrados em contexto hospitalar, dependem e agem de acordo com as regras institucionais. E portanto, poderá “ter implicações ao nível de discernimento e disponibilidade na sua atividade” (Watson & West, 2006:6). Conforme observado por Shaw Ian (2011) na compreensão daquilo que compõe e afeta a avaliação prática profissional, nas suas fragilidades e potencialidades. Considera que esta, é moldada por contantes mudanças relacionadas com as políticas e as orientações institucionais. É também, cada vez mais interprofissional e multiprofissional e tem múltiplas visões de acordo de quem a perspetiva: os utentes, os assistentes sociais, os cuidadores e os gestores.

São estas considerações que induzem a pensar com atenção o princípio, aos que os autores apelidam de – *anti opressiva moralidade*, na necessidade de os assistentes sociais refletirem e reverem as suas práticas profissionais (Watson & West, 2006). Todavia, não se pode adotar e aceitar o discurso de *que é assim que tem de ser feito* fundamentado em comportamentos e pensamentos regressivos, desadequados e passivos. A ideia de que o

modelo de práticas éticas e efetivas ocorram de forma ocasional e não de forma sistemática, como deveria ser, (Watson & West, 2006: 6-7) leva a que o agir profissional não seja revisto pela sua efetividade nem a que os utentes sejam envolvidos no processo de intervenção. Spong argumenta que uma prática efetiva fundamentada em boas analogias requer, o que a autora apelida de *crença pragmática*, ou seja, o assistente social tem de manter a crença necessária, para que a intervenção seja efetiva e o ceticismo para manter a fenda a novas perspetivas e proposições alternativas (citado por Shaw Ian, 2011: 34-35). Desta forma, para o assistente social, o posicionamento e entendimento perante novas possibilidades e perspetivas afigura-se como uma ferramenta que promove a melhoria do agir profissional.

O reconhecimento de práticas éticas e efetivas “exigem dos assistentes sociais a utilização de conhecimentos adquiridos tanto na componente teórica como prática (...) numa constante revisão e reflexão dos seus valores e do impacto que os mesmos possam ter na sua intervenção como um todo (...) tornando-se num processo de pensamento, reflexão e ação para se considerar um serviço de alta qualidade” (Watson & West, 2006:7).

Importa ter presente que “ boas práticas são organizadas, completas e dependentes de um leque alargado de conhecimentos e aptidões a serem utilizadas (...) baseada numa continuada aprendizagem formal e experimental (...) a assegurar que a situação do utente seja o amago da atividade do assistente social” (Watson & West, 2006:170). Efetuando-se sempre em determinadas condições de desenvolvimento de pesquisas e de práticas dentro da sua área de conhecimento. Na medida em que todo o aperfeiçoamento profissional se faz acompanhar pela ligação e registo em corpos profissionais e pela manutenção dos *standards* da prática (*Ibidem*). Esta relação de mútua dependência e complementaridade significa que os conhecimentos teóricos dependem do investimento e interesse investigativo de forma a melhorar as aptidões para a prática.

Ao sustentar que a prática empírica e a avaliação da prática, são crucias no desenvolvimento de uma intervenção social de qualidade. Shaw Ian (2011), coloca as seguintes indagações: Usarão os assistentes sociais instrumentos que possam medir a eficácia dos resultados da sua intervenção? Utilizam sistemas ou instrumentos de avaliação para compreenderem como funcionam as suas práticas? Na realidade, comumente se invoca a prática empírica, a qual é identificada como um valor profissional de extrema importância na sua expressão na intervenção social. O autor sustenta, que os assistentes sociais não fazem nem utilizam na sua prática métodos sistemáticos de avaliação, pela inexistência de padrões. Todavia, se existisse uma cultura e uma base de informação sustentada dos modos de avaliar

as práticas, faria mais sentido para os assistentes sociais e subsequentemente seria integrado no seu dia-a-dia profissional (Shaw Ian, 2011: 41-42). Neste seguimento, Everitt & Hardiker (1996) enfatizam a importância da avaliação sobre a eficácia da prática profissional, de acordo com os pressupostos da intervenção.

Neste contexto, o desenvolvimento de padrões é essencial para a promoção e melhoria da qualidade do exercício profissional. Moullin (2010) advoga, que para os padrões proporcionarem uma melhoria da intervenção social devem ser:

- i) Realistas e exequíveis dentro dos recursos disponíveis, que vão ao encontro das necessidades dos utentes e em simultâneo ter a capacidade de se adaptar a possíveis contínuas melhorias;
- ii) Baseados na visão do utente através da avaliação da satisfação e do feedback do processo de intervenção;
- iii) Indicadores de qualidade de fácil monitorização;
- iv) Claros e sem ambiguidade;
- v) Consistentes com os valores e objetivos do serviço, na definição e planeamento de estratégias para atingirem os objetivos delineados;
- vi) Envolver os profissionais na aplicação de padrões;
- vii) Mesuráveis e monitorizados, de forma a saber se os objetivos foram alcançados (Moullin, 2010: 69-70).

É importante assumir que o processo de construção de padrões da prática profissional em Serviço Social no quadro da qualidade em saúde se situa, inexoravelmente, no seio de uma relação bilateral entre os campos científico e da prática. O saber que procuramos tem a sua génese na necessidade de criação de *standards* profissionais nos contextos hospitalares. Nos quais se pretende efetivar, esses padrões de boas práticas e indicadores de avaliação orientados para a singularidade da intervenção do assistente social, em que promoverá a qualidade em saúde, através do seu agir profissional. Assim, a avaliação da prática revela-se de uma grande utilidade e uma “boa ferramenta, uma boa coisa para desenvolver, para ser consciente de, que se impõe às sub agendas existentes” (Shaw Ian, 2011: 47).

Os padrões são desenvolvidos de acordo com os resultados que pretendemos obter. Em cada área prática do Serviço Social existe: um objetivo definido como um resultado; a definição e resumo dos principais aspetos relativos ao contexto de atuação, os padrões de resultados e indicadores de resultados mínimos esperados de desempenho (AASW, 2003).

Esta ênfase nos resultados “reflete não só a importância dos assistentes sociais olharem e avaliarem o impacto da sua prática, mas também serem capazes de demonstrar que o envolvimento do Serviço Social é eficaz” (AASW, 2003: 4).

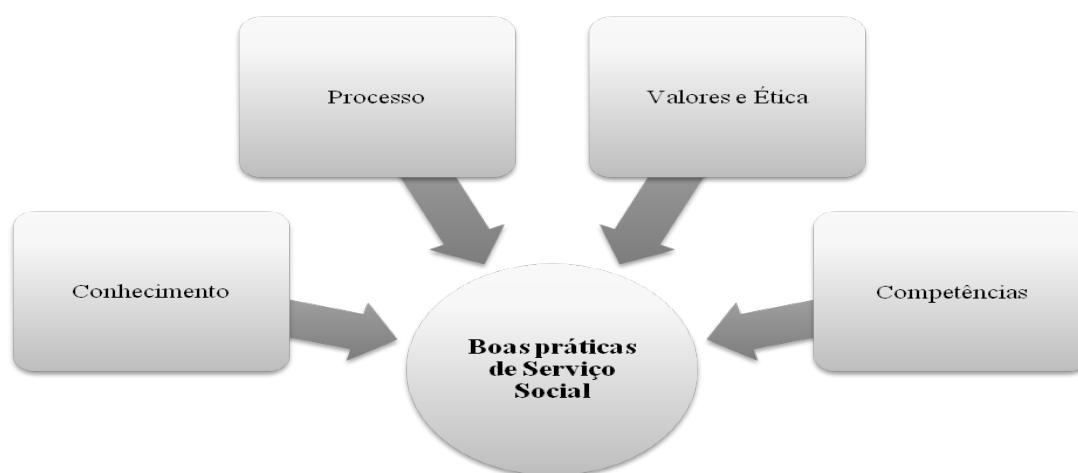
Donabedian (2003) propõe como modelo de avaliação e promoção da qualidade em saúde, a tríade de avaliação – estrutura, processo e resultados já abordados anteriormente, de uma forma mais ampla no capítulo anterior. Os indicadores de estrutura procuram medir aspetos relacionados com os recursos organizacionais, materiais, humanos e de características institucionais, como procedimentos, processos e políticas. O processo refere-se, aos procedimentos e às práticas implementadas pelos assistentes sociais na avaliação e prestação de cuidados diretos com os utentes e a rede informal e formal, nomeadamente às atividades de diagnóstico social, ao planeamento, encaminhamento e ao processo de intervenção social dito. Os resultados traduzem-se nas “modificações desejadas ou indesejadas nos indivíduos” (Donabedian, 2003:46). Os efeitos do processo de intervenção com o utente, sejam eles positivos ou negativos na combinação de fatores envolventes, da estrutura e processo nas condições dos utentes (Donabedian, 2003; Moullin, 2010). Esta é uma questão extremamente importante ao pensarmos em modelos de conceção de indicadores de avaliação capazes de traduzir o contributo da intervenção social para os ganhos em saúde dos utentes e concomitantemente a criação de padrões de referência de boas práticas. De fato, como nota a AASW (2003) os padrões aplicam-se a todos os contextos de intervenção do Serviço Social. Sendo necessário e de acordo com o contexto a que está adstrito, o aprofundamento de conhecimento e competências específicas, de forma a intervir mais adequada e eficazmente.

A partir de um estudo feito com estudantes graduados, na validação de uma escala que avaliou a frequência de utilização das competências práticas dos assistentes sociais que trabalham em contexto de saúde mental, mostram que a PSI (Practice Skills Inventory) proporciona um modelo promissor das práticas de ação social e pode ser usado para avaliar as intervenções baseada na evidência e na prática diária (O’Hare *et al*, 1997; 2002). O PSI foi construído para ser um instrumento de resposta à prática, cujo enfoque está nas atividades do profissional em questão e na frequência das mesmas para a ajuda do utente. Especificamente, é desenhado para medir a frequência com que certas práticas são tomadas no relacionamento com os utentes. As categorias para este teste foram conceptualizadas a partir da psicoterapia, mediação de casos e prática das potencialidades. Pode apresentar-se uma ferramenta de extrema importância para a prática profissional do assistente social na manutenção de capacidades. Os autores advogam ainda, que os assistentes sociais já há muito, que

compreendem e sentem a necessidade de criação de instrumentos que aumentem a eficácia das intervenções (*Ibidem*).

Na Figura 2.7 apresentamos a perspectiva da FSWP (2013) que complementar e coerentemente integradas apresentam um modelo composto por quatro componentes elementares da boa prática do Serviço Social, organizadas por: i) o conhecimento; ii) as competências; iii) os valores e ética; iv) o processo do Serviço Social. Este modelo, reconhece que o agir profissional do assistente social, não é somente composto pelos conhecimentos teóricos e o aprendizado acadêmico, mas profundamente inter-relacionado com as capacidades os valores e a ética, implícita na intervenção direta com os utentes.

Figura 2.7 – Componentes de boas práticas em Serviço Social



Fonte: FSWP, 2013

Conhecimento

O Instituto de Assistência Social de Excelência, em 2003, diferenciou diversos tipos de conhecimento importantes, para a prática do assistente social, como: o conhecimento da organização, do serviço e dos seus objetivos; o conhecimento e a experiência prática para trabalhar com pessoas; o conhecimento acerca das políticas e respostas sociais; o conhecimento sobre pesquisas e teoria; e experiência que adquiriu com a intervenção com os utentes e famílias (citado por FSWP, 2013).

Ética e Valores

A ética orienta a intervenção profissional relativamente à forma como devemos agir. Segundo Beauchamp (1996), citado por Sara Banks (2006:27) “ética e valores são uma norma de conduta, da qual outras normas e decisões dependem. A manutenção de códigos e padrões de prática que visam proteger os utentes são, sem dúvida, essenciais, no entanto, os valores do Serviço Social são percebidos como mais do que aderir a um conjunto de regras (Wiles, 2012, Banks, 2010 citado por FSWP, 2013). O assistente social no seu processo de intervenção deve enfatizar o seu compromisso com três valores básicos: os direitos humanos, o respeito pelo valor inerente e a dignidade com todos os utentes; a justiça social, na responsabilidade de promover a justiça social com os utentes com quem trabalha e a integridade profissional, ao respeitar e defender os valores e princípios inerentes à profissão e promover um agir profissional confiável e honesto. (Código de Ética para o Serviço Social -. Declaração de Princípios, pág. 8).

Competências

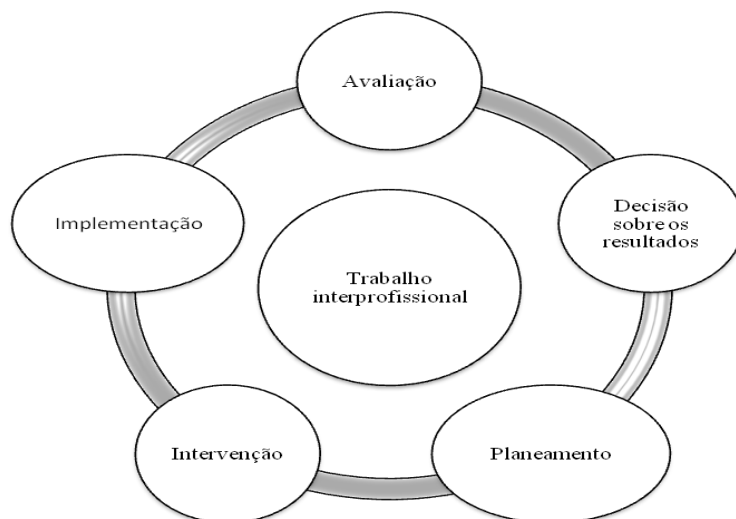
Vass (1996) sublinha que a competência é uma “fusão bem-sucedida entre os conhecimentos, valores e capacidades, juntamente com um processo de compreensão do próprio e os efeitos desse processo tem sobre os outros, bem como sobre o resultado da supervisão, intervenção e relações interpessoais com os colegas, utentes e outros serviços” (Vass, 1996:195). Ao adquirir e identificar as principais componentes das competências, confirma a existência de uma multiplicidade de planos, mede a atividade desenvolvida e avalia simultaneamente os resultados eficazes, eficientes e esperáveis do processo de intervenção social. Ao fazê-lo, obedece à dinâmica do processo, como a definição de parâmetros de intervenção e atividades a desenvolver no contexto adstrito (*Ibidem*). Similarmente, o desenvolvimento da capacidade de refletir, analisar, observar, reconhecer atitudes discriminatórias, trabalhar e aprimorar as competências interpessoais e de comunicação (FSWP, 2013) são aptidões que visam o crescimento e aperfeiçoamento permanente do agir do assistente social.

O processo de Serviço Social

O processo do Serviço Social compreende uma sequência de ações ou atividades que se baseiam em todos os componentes da prática acima referenciados. Apesar do processo ser apresentado sequencialmente, raramente segue uma abordagem linear e é mais frequentemente, uma intervenção circular e sequencial que vai desde a avaliação até a

implementação e em caso de necessidade podemos (re) avaliar, como podemos verificar na Figura 2.8 (FSWP, 2013).

Figura 2.8 - Processo de Serviço Social

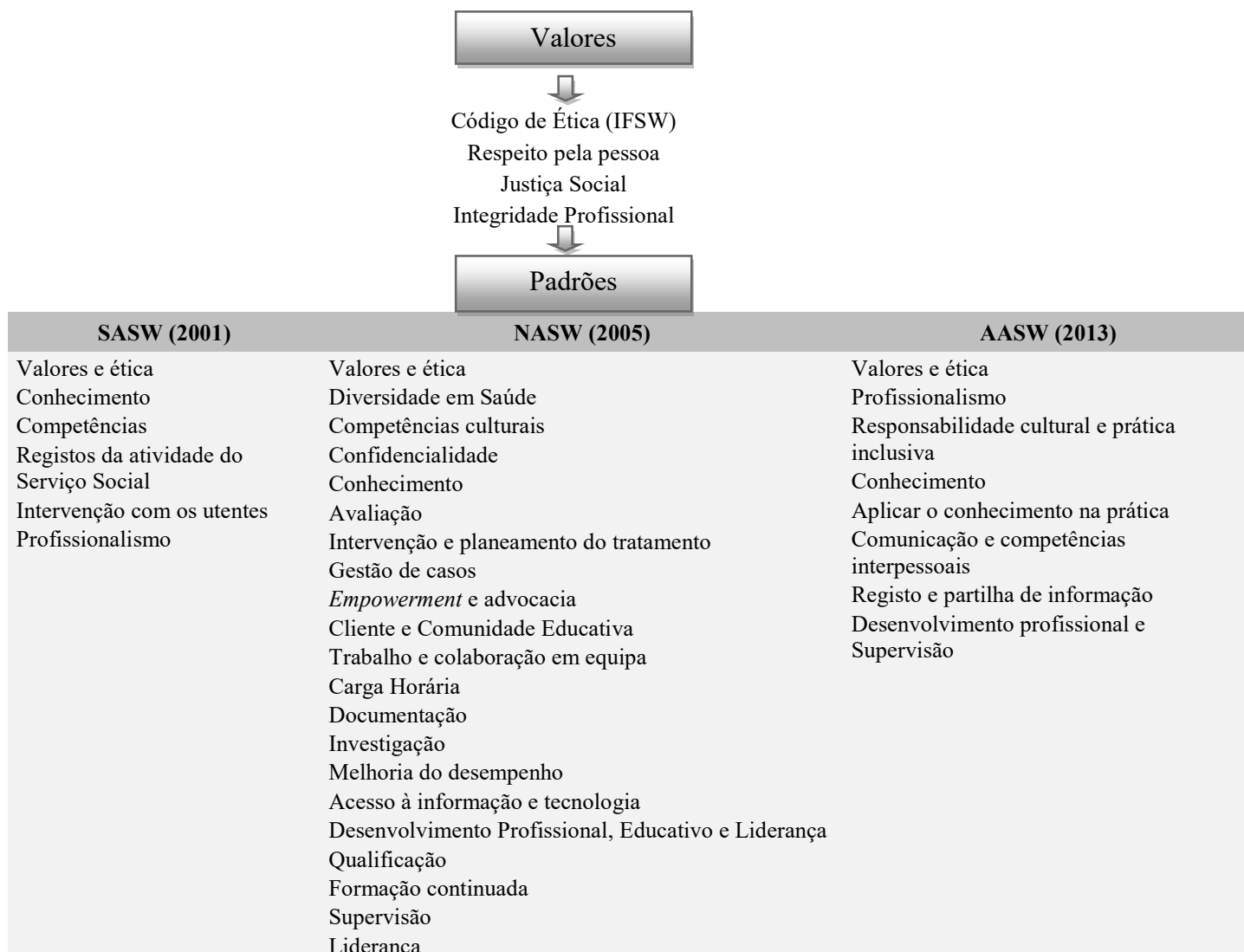


Fonte: FSWP, 2013

Desenvolver uma compreensão e consciência do processo intervenção social é um dos pré-requisitos para se tornar um assistente social reflexivo e crítico. Reflexão refere-se à capacidade de trabalhar de uma forma consciente e sistemática. As intervenções devem ser significativas e comportar um plano global, participado e integrado. A consciência das diferentes etapas do processo de Serviço Social pode apoiar os assistentes sociais a se prepararem para, executar e avaliar as suas intervenções e refletir sobre suas ações, por um agir profissional de qualidade (*Ibidem*).

O fomento de uma perspetiva mais ampla e complementar ao que foi dito até aqui, liga-se à definição e apresentação de *standards* internacionais da prática do Serviço Social. Como podemos verificar na Figura 2.9, o nexó entre os valores, os padrões e as áreas da prática profissional, assumem o cerne das boas práticas do agir do assistente social.

Figura 2.9 - *Standards* de boas práticas do Serviço Social



Fonte: SASW, 2001; NASW, 2005; AASW, 2013

Segundo a AASW (2013), os padrões de prática, delineados são fundamentais e necessários para o agir profissional eficaz, profissional e responsável. As normas de boas práticas neste documento, aplicam-se a todos os contextos e são categorizados em oito componentes das práticas comuns. Padrões de prática são especificados para cada um desses componentes e cada padrão detalhou indicadores que ilustram os requisitos para dar resposta a esse padrão.

De entre os vários manuais de *standards* normativos internacionais, a que a prática do Serviço Social se tem vindo a pautar, destaca-se o já referido anteriormente (AASW, 2013) *Australian Association of Social Worker's* o (NASW, 2005) *Standards Social Work Practice in Health Care Setting* e (SASW, 2001) *Standards in Health Care for Registered Social*

Workers in Saskatchewan, com a definição de padrões ainda que distintos, são complementares e coexistem como um todo que se pretendem serem coerentes e integrados.

A NASW (2005) reconhece que as normas por si só, não podem melhorar a qualidade da prática, a menos que sejam divulgados e implementados no exercício profissional. O reconhecimento e a aplicação destes padrões por parte dos assistentes sociais e dos gestores, tem consequências positivas na satisfação do utente e na melhoria da qualidade dos resultados da intervenção social.

A SASW (2001) é o órgão profissional para assistentes sociais registrados numa Associação de Profissionais, que tem responsabilidades de regulação para garantir que a prática do Serviço Social é realizado com competência e dentro das diretrizes éticas da profissão. Estas normas destinam-se a serem integradas em todas as áreas da saúde, e são o reflexo da aplicação patente dos valores, princípios e da ética profissional.

Os padrões de boas práticas devem obedecer a um conjunto de níveis de correspondência funcional que permitam: proporcionar proteção aos utentes, assegurando a qualidade prática do Serviço Social, conforme definido pelos padrões; estabelecer um conjunto de referências que podem ser aplicados na realização da prática e em resolução de questões relacionadas com o agir profissional; na criação de diretrizes para as avaliações de desempenho, supervisão e gestão (SASW, 2001).

Perspetivar os padrões de boas práticas no agir do assistente social é sinonimo de edificar uma concetualização e exige o desenvolvimento de um pensamento mais crítico e refletivo, contribuído pela basilar composição eficaz das aceções daí decorrentes no seu exercício profissional num quadro de melhoria contínua do agir. Deste modo, importa abordar a prática crítica e reflexiva de forma a adquirir um conhecimento pleno da refletividade da diversidade de situações, confirma a existência de uma multiplicidade de perspetivas, mede as possibilidades de melhoria e avalia simultaneamente o processo de intervenção, face aos desafios do agir profissional.

5. Perspetiva crítica e reflexiva da prática do assistente social

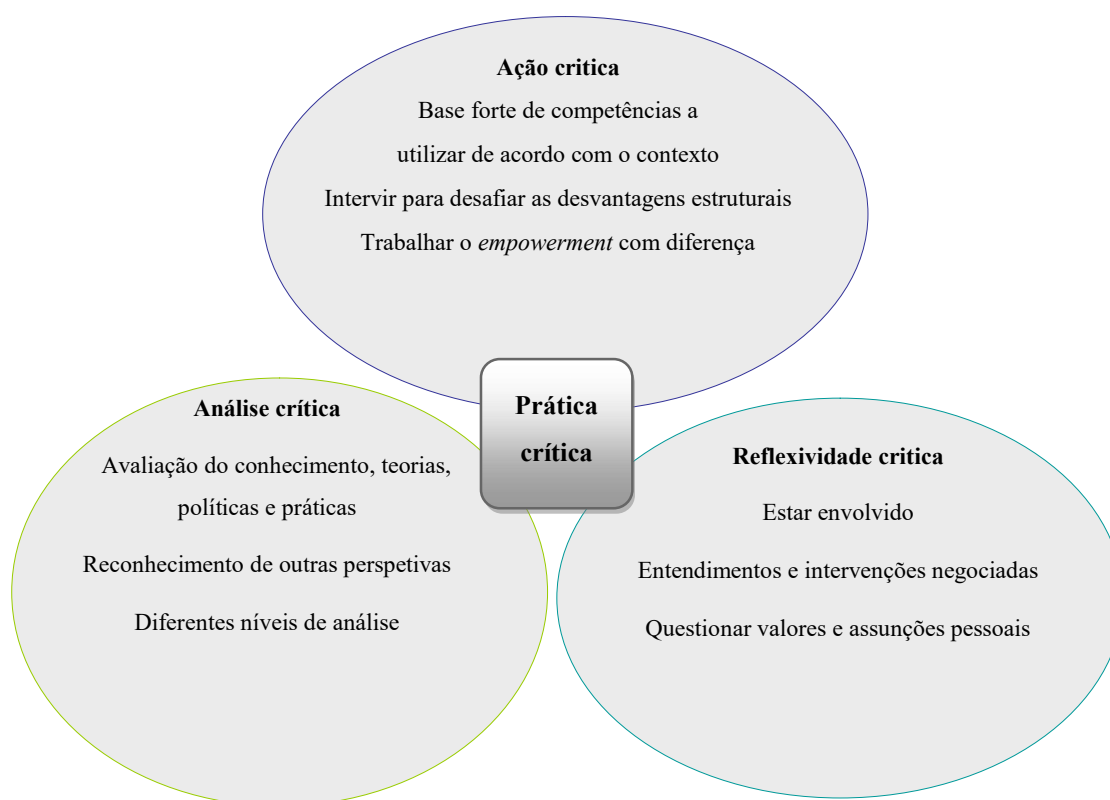
A abordagem critica reflete uma postura aberta e refletiva que considera diferentes perspetivas, experiencias e assunções. Este exercício pode ser exemplificado através da concetualização de Glaister (2008). Os autores dizem-nos que cada vez mais necessitamos de capacidades de lidar com “a incerteza e mudança, sendo ao mesmo tempo, capaz de trabalhar

de acordo com o conhecimento e as capacidades profissionais” (2008:8). Mas de acordo com Barnett (1997) os profissionais num contexto pós moderno têm o dever de “professar” ou seja, ter a capacidade e liberdade a outras perspectivas (citado por Glaister, 2008:9).

Everitt & Hardiker (1996) sustentam que a postulação de uma abordagem crítica à avaliação, distingue-se entre a transparência das políticas, da prática e dos programas a serem avaliados, proporcionando a formação de avaliações com base em evidências. A partir desta perspectiva crítica, a estrutura e o processo através dos quais os fatos aparentemente objetivos e as experiências subjetivas da prática profissional, são concebidas e filtradas e alvo de serem questionadas e melhoradas (1996: 11-12).

O modo mais apropriado de abordarmos os três domínios da prática crítica, consiste em apresentar a perspectiva de Barnett (1997) de acordo com a Figura 2.10.

Figura 2.10 - Três domínios da prática crítica



Fonte: Barnett, 1977:105 citado por Glaister, 2008: 13.

O domínio da *análise crítica*, pode ser visto como a avaliação crítica de conhecimentos, evidências, políticas e práticas profissionais, com reconhecimento de

múltiplas perspectivas e uma orientação para avaliação da satisfação. *A ação crítica* requer uma capacidade adequada, mas também implica o reconhecimento das desigualdades de poder e das discrepâncias estruturais e concomitantemente procura trabalhar o *empowerment* com diferença.

O terceiro domínio, *a reflexividade crítica*, pressupõe uma autoconsciência reflexiva e comprometida; o termo reflexividade implica que os profissionais reconheçam o seu envolvimento com os utentes, famílias e outros profissionais, em processo de compreensão, de negociação e intervenção e estão conscientes dos pressupostos e valores que trazem para este processo (Glaister, 2008).

A abertura e o respeito coexistem e acompanham a circularidade dos domínios *ação, análise e reflexividade* como princípios orientadores da prática crítica, que é, “ parte integral de um processo contínuo, evidenciado, discutido e partilhado, de teorizar e desenvolver o conhecimento” (*Ibidem*, pág. 14). Os três domínios estão intrinsecamente ligados mas não redutíveis umas às outras, a tríade é como um circuito que corrige, seleciona e reorganiza na compreensão das condições existentes às diferentes possibilidades de existência relativamente ao agir profissional. Os autores advogam, que a posição dos profissionais de saúde e nomeadamente dos assistentes sociais ocupam um lugar privilegiado na intervenção com os utentes vulneráveis face a um processo de doença (Glaister, 2008). É fundamental estabelecer uma base de valor, já referida no início do texto, relativo às práticas profissionais na uniformização de procedimentos, de forma a proporcionar uma intervenção similar a todos os intervenientes. Mas na medida em que a prática crítica deseja modificar e transformar o agir profissional, fomenta o desenvolvimento das capacidades de mudança e de sustentação do praticante crítico. Como defendido pela autora, a prática crítica é constituída por três pilares conectados entre si: i) *criar relações interpessoais sofisticadas*, com os colegas, utentes, famílias e profissionais. A capacidade de estabelecer diálogo em situações de crise, de forma a negociar, mediar, estabelecer limites, desafiar e influenciar. Thompson (1996) argumenta que o assistente social tem de comunicar com um leque vasto de pessoas, sendo estas utentes ou profissionais, e requer o aperfeiçoamento das capacidades interpessoais (citado por Glaister, 2008).

Estabelecer relações não se resume meramente “ a ser simpático, mas sim criarmos ligações e canais através dos quais, as comunicações reais possam ocorrer, criando oportunidades para que possamos aprender mais acerca de outras visões e perspetivas e descobrindo modos de comunicar construtivamente das diferenças de opinião” (Glaister,

2008: 17). Tal novo modo de olhar e de intervir implica, em consonância com o que foi dito, abordar a relação com os outros, pressupor a negociação, de forma a alcançar o melhor resultado; ii) *procurar capacitar o outro, o empowerment*, a opressão, discriminação, e oportunidades iguais são conceitos utilizados na área de saúde e no Serviço Social (Dominelli, 1998; Braye & Preston-Shoot, 1995; Thompson, 1998 citado por Glaister, 2008). Os autores consideram, que os grupos menos poderosos ou minorias tendem a ser oprimidas e que os assistentes sociais que trabalham na saúde são parte do *status quo* que inevitavelmente e inconscientemente desempenham um papel importante nesta opressão estruturada. Ao reconhecerem este fato, os assistentes sociais críticos, identificam e desenvolvem um trabalho de reconstrução do desequilíbrio do poder (citado por Glasiter, 2008: 19-20).

O reconhecimento de papéis e identidades mais flexíveis no desenvolvimento de estratégias dialógicas de articulação é um dos objetivos da prática crítica, tal como apoiar a “inclusão dos utentes como iguais, ou mesmo leva-los a participar nas negociações e tomadas de decisão, no controlo de planeamento e prestação de serviços” (*Ibidem*, pag.21); iii) *fazer a diferença*, proporcionar e promover uma melhor intervenção e prestação de cuidados, em que os “profissionais têm que manter atualizados as suas práticas e as evidências recentes de pesquisas (...) agir e avaliar os resultados adequadamente (...) em que o método científico proporciona uma abordagem em constante evolução ao conhecimento e à prática” (Glaister, 2008:21).

Para o assistente social crítico, a *ética do cuidado* afigura-se como um elemento importante que pode contribuir para a compreensão das necessidades dos utentes e da prática profissional (Orme, 2002; Parton, 2003; Featherstone, 2006 citado por Burt & Worsley, 2008: 38). A ética do cuidado é uma teoria desenvolvida pela corrente feminista na 2ª metade do século 20 que aprofunda a relação entre a moralidade e o género. A partir dos anos 80 as filósofas feministas começaram a compreender a importância da sensibilidade, das emoções, da compaixão, da empatia e, em suma, da moralidade das relações interpessoais (Meagher & Parton, 2004). Deste modo, a ética do cuidado reúne um conjunto de proposições relativas à natureza do bem-estar nas relações humanas, estabelecendo aquilo a que o autor apelida de “*ontologia relacional*” (Sevrenhuijsen, 2000: 11) na medida em que incide sobre o processo de inter-relação e de interdependência dos seres humanos, demonstrando que as responsabilidades de uns para com os outros, decorrem da tomada de decisão em determinados contextos, podendo alcançar uma alternativa moral epistemologicamente diferente, porque advém de uma ação moral responsável (citado por Meagher & Partin, 2004:

15). As interações entre os utentes e os assistentes sociais são contínuas e descoincidentes, no que diz respeito ao envolvimento de riscos e possibilidades, importa ressaltar a abordagem sustentada pelos autores Meagher & Parton (2004) em que a ética do cuidado é uma oportunidade para: i) reconhecer e afirmar as percepções da prática e as avaliações da qualidade dos serviços pelos utentes, na medida em que alguns assistentes sociais consideram e demonstram alguma resistência entre a prática mais burocratizada e tecnocrática e subsequentemente as prioridades dos governantes, dos líderes das instituições e dos serviços onde exercem a sua atividade profissional; ii) as questões que estão subjacentes à ética do cuidar, podem ser uma oportunidade base epistemológica para uma nova teoria/prática, na perspectiva do Serviço Social crítico e para os fundamentos morais de uma prática reflexiva, sobretudo ao nível das linhas mais estruturalistas que procuram uma intervenção mais macroestrutural no sentido da ação transformadora da realidade (Mullaly, 1997, citado por Meagher & Parton, 2004) ou que desenvolvam uma intervenção na base do paradigma pós-estruturalista de ação local; iii) as teorias da prática profissional estão em interconexão com a perspectiva psicossocial e mais adequadas à linguagem da ética do cuidado, no sentido de enfatizar a importância da relação e da qualidade da experiência, evidenciando os detalhes da articulação entre o assistente social e os utentes; iv) identificar, criticar e propor reformas aos serviços, procedimentos burocráticos e práticas, desenvolvendo a capacidade de melhores respostas por parte dos serviços e proporcionarem uma melhor qualidade dos serviços, fortalecendo o valor do Serviço Social (Meagher & Parton, 2004: 20-24).

Esta interconexão entre os diferentes aspetos produz-se pela sua coexistência e exerce efeitos sobre o agir profissional do assistente social crítico. Inserindo e conectando ainda a componente da supervisão como “uma maneira diferente de descrever o crescimento criativo de novas formas de explicar e compreender a conceptualização das funções profissionais, das tarefas e os compromissos quer com os colegas, quer com os utentes (...) ajudam a explorar novas perspectivas e percepções que transmitem as complexidades das intervenções profissionais na vida de outras pessoas” (Cooper, 2008:233).

Prática reflexiva

Em consonância e em interconexão com o que foi dito, a prática reflexiva pode ser concebida de acordo Johns & Freshwater (1998 citado por McClure, 2005) através da aprendizagem, do questionamento das ações, dos valores e das crenças. A compreensão da finalidade da prática reflexiva e dos seus componentes pode ser encontrada na seguinte definição: "a reflexão é um

processo de revisão de uma experiência da prática, a fim de descrever, analisar, avaliar e informar a aprendizagem sobre a prática" (Reid, 1993:305 citado por McClure, 2005:3) de forma a "envolver o pensamento holístico, que integra fatos e sentimentos, compreensão artística e científica, assim como a perspectiva subjetiva e objetiva (...) considerando "as necessidades únicas e específicas do indivíduo" (Wilson, 2008:12:18).

A preocupação em melhorar o exercício profissional levou McKay (2008) a sustentar que "refletir sobre o desempenho e o agir profissional é um imperativo profissional" (citado por Finlay, 2008:2). Neste prepositivo, esta abordagem foi integrada nos padrões de referência de boas práticas profissionais em Inglaterra. A reflexão é destacada como uma competência fundamental para alcançar um bom agir profissional (Finlay, 2008). Neste seguimento, Taylor & White (2000:6) enfatizam a reflexividade prática, na abordagem de como "os profissionais também precisam examinar e tornar-se mais explícitos sobre os tipos de conhecimento que utilizam na sua prática e como aplicá-los a dar sentido aos acontecimentos e situações que enfrentam".

Dois aspetos importantes a reter no processo histórico da abordagem reflexiva como um forma especializada e estruturada de pensar. A reflexão *em* e *na* prática, Dewey (1933) pioneiro desta abordagem, considerou a reflexão resultante da dúvida, da hesitação ou da perplexidade relacionado a uma situação vivenciada. Ao exteriorizar o problema, formular novas alternativas, proporciona situações reflexivas, consequentemente planeando novas intervenções (citado por Finlay, 2008). Tomando este argumento como base, à fundamentação da prática reflexiva, que ganhou maior proporção com os fundamentos de Shon (1983). O autor sublinha o modo de como os profissionais podem tornar-se conscientes do conhecimento implícito e compreender com a sua experiência profissional. Tinha como grande preocupação o desenvolvimento de profissionais reflexivos, por consequência do processo de reflexão em si. Deste ponto de vista, uma das mais importantes contribuições do autor, foi a criação de um modelo que identifica dois tipos de reflexão: reflexão-em-ação (depois do evento - pensamento), os profissionais são conduzidos a avaliar, descrever e analisar a prática anterior, com vista a obter conhecimento para melhorar a prática futura. A reflexão-na-ação (pensando enquanto fazia), os profissionais devem analisar as experiências e as respostas à medida que ocorrem (citado por Finlay, 2008).

Sob formas diferentes, modelos de reflexão têm sido desenvolvidos em diversos âmbitos de intervenção. Quinn (2000) sugere que os diferentes modelos visam a conexão e o envolvimento de três processos fundamentais: i) retrospeção, ao pensar sobre uma situação ou

experiência; ii) autoavaliação, na análise crítica e avaliação das ações e sentimentos associados com a experiência profissional; iii) reorientação, ao utilizar os resultados da autoavaliação para influenciar futuras abordagens para situações ou experiências semelhantes (Quinn, 2000:82 citado por Finlay, 2008: 7-8).

Num recente estudo empírico, Jude & Regan, (2010) debruçam-se sobre identificação e descrição das experiências e percepções de reflexão por parte de profissionais de uma equipa multidisciplinar de Serviço Social. O modelo *sistêmico reflexivo* sustentado por Anderson (1987) e adaptado para o trabalho em equipa em contexto do Serviço Social, revela-se de grande utilidade para o desenvolvimento da prática profissional que exige aos praticantes a utilização das suas capacidades, competências promovendo uma prática colaborativa e reflexiva (Jude & Regan, 2010). Dos resultados da pesquisa, relativamente ao conceito de reflexividade ser considerado alternativa complementar ao agir profissional (D’Cruz *et al*, 2007), é-nos dada a validação empírica de que a reflexividade é central e uma alternativa para o desenvolvimento de uma boa prática. Por sua vez, tal reenquadramento encontra incentivo na perspetivas que os praticantes individuais geram significados pragmáticos e adequados aos seus contextos de intervenção. Assim, a experiência, o conhecimento e as percepções são partes elementares de uma prática crítica e reflexiva, pelo qual passam todos os sentidos e significações que se disseminam ao mesmo tempo que compõe novos olhares e formas de intervir. O seu requisito transformativo da prática reflexiva e crítica só nos pode inspirar a “dar sentido à incerteza nos nossos locais de trabalho” e proporcionar a “coragem de trabalhar com competência e ética no cairel da ordem e do caos” (Ghaye, 2000:7 citado por Finlay, 2008: 20).

CAPITULO III - ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: UM IMPERATIVO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Ao longo da problematização que temos vindo a fazer, foram ficando claras duas ideias que reportamos como centrais e como complementares a este capítulo: a) a compreensão dos fatores que influenciaram o desenvolvimento e a configuração das políticas de qualidade na área da saúde; e b) a otimização da informação de Serviço Social relativamente às práticas de intervenção, requer o desenvolvimento e implementação de modelos de boas práticas e de avaliação. Ao pensarmos que a avaliação da qualidade resulta em processo de melhoria continua e de desempenho profissional.

Neste contexto, urge a necessidade de conceitualizar e integrar o processo de acreditação, como um método de avaliação do desempenho organizacional, que reforça “o compromisso de todos na concretização dos resultados (...) na adoção de novas práticas culturais (...) e um aprofundamento de valores éticos e civilizacionais num contexto e numa perspetiva multiprofissional e interdisciplinar” (Almeida *et al*, 2010: 131).

Pretendemos apresentar ainda, algumas considerações sobre a mudança organizacional, analisando as questões de conteúdo e os fatores que podem comprometer os objetivos das ações de mudança ao nível individual – profissional e de liderança.

1. Conceito, processo e competências

Com o desenvolvimento dos programas de acreditação na área da saúde surge a necessidade de se encontrar uma definição universal e consensual da mesma. No entanto, a sua formulação revelou-se mais complexa, sendo esta dificuldade explicada pelas especificidades inerentes às organizações de saúde e pelo tipo de serviço que estas prestam.

A acreditação de um hospital é definida na literatura como, um processo desenvolvido pela instituição, sob a orientação de uma equipa de profissionais externos ou de uma organização acreditadora, focalizado nas suas funções e práticas como um todo, com o objetivo de assegurar que as mesmas respeitem um determinado conjunto de normas, procedimentos e critérios, referentes a alguns aspetos como a gestão, equidade, acessibilidade, eficiência, segurança, qualidade dos cuidados, o tratamento dos doentes e a satisfação dos mesmos (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; Shaw, 2004a; WHO, 2003a). De fato, “acreditar um hospital ou um serviço, consiste em torná-lo credível aos olhos de terceiros (...)

atestar por um organismo, em regra independente, a capacidade de um hospital receber e tratar um conjunto de pessoas” (Simões, 2009: 288). Todavia, medir e avaliar o desempenho de um hospital não é tarefa fácil, pelas particularidades e dissemelhanças que lhe estão inerentes.

Tendo em conta que um hospital é um sistema de saúde que presta cuidados à população em diversos contextos: internamento, ambulatório, meios de diagnóstico e terapêutica, em que, os nexos entre a complexidade e a multidimensionalidade se encontram estreitamente ligadas ao caráter dinâmico e mutável de diferentes fatores: área de influência; diferenciação técnica; hierarquização de valências; número de especialidades/valências; regime de propriedade; ensino universitário; situação na doença e ligação entre hospitais (DGS, 2004). Significa isto que precisamos de “ (...) ter um claro entendimento dos objetivos (...) e de encontrar *standards* normativos”, sendo o seu objetivo central “tratar bem os doentes” (Simões, 2009: 289). Deste ponto de vista, há umas décadas foram introduzidas diversas abordagens, de forma a auxiliarem os hospitais a melhorarem o seu desempenho e subsequentemente a melhoria na prestação de cuidados, assentes na competência profissional, através de normas clínicas, educação contínua, entre outras abordagens organizacionais baseadas na experiência da indústria (Eggli & Halfon, 2003). Não obstante estas intervenções, na perspetiva de Saltman & Figueras (1997), assentam numa abordagem isolada e pontual, com limitado efeito e impacto na garantia da qualidade. Dizem-nos ainda, que há outro fator de importância primordial na garantia da qualidade numa organização, a existência de um plano de monitorização e de avaliação de natureza contínua da qualidade e da diferenciação entre avaliações internas e externas. Neste contexto, emerge a assertividade e a concordância dos autores quando afirmam que “a acreditação não é uma atividade isolada, mas deve ser parte integrante de qualquer sistema de cuidados de saúde” (Heidmann, 2007: 3).

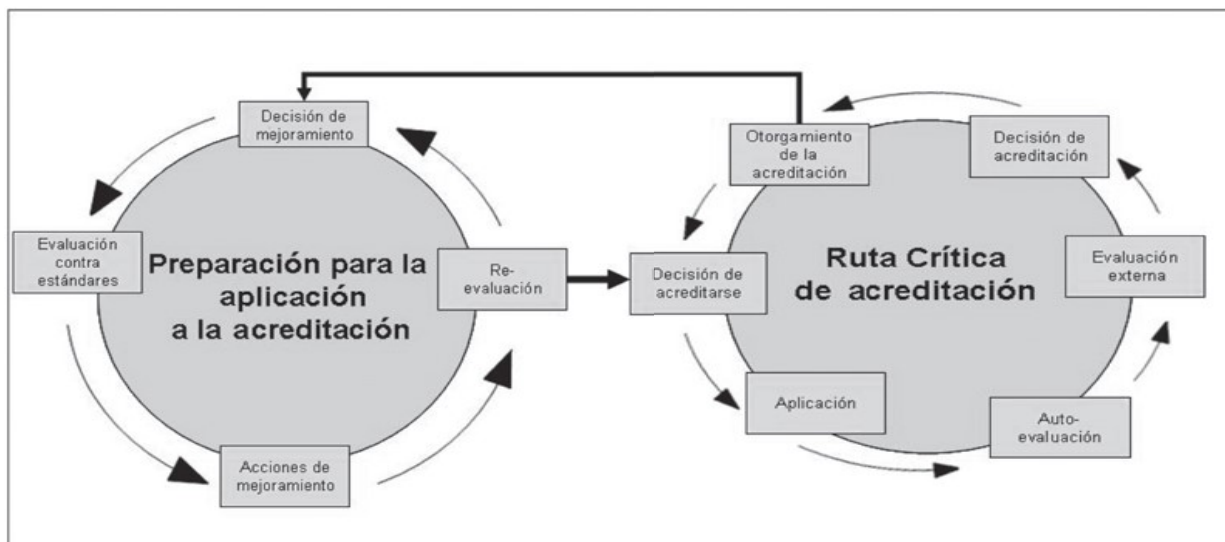
Griffiths, diretor do *King’s Fund Health Quality Services* (KFHQS), entidade que desenvolveu um programa de acreditação em hospitais, enfatiza que o processo de acreditação nos sistemas de saúde “...procuram integrar as lacunas detetadas através de um processo de avaliação feita por uma equipa externa ao hospital. Nesta avaliação, são compilados todos os procedimentos que integram o trabalho de administrativos, médicos, técnico de diagnóstico e terapêutica, enfermeiros, auxiliares e demais colaboradores da organização. Da análise dos procedimentos - que permite detetar erros e falhas - resultam indicações corretivas destinadas a melhorar os desempenhos, com reflexos na qualidade dos serviços prestados” (Griffiths 2000: 21).

Uma visão diacrônica de tal percurso implica que a definição de acreditação se desenvolva em seis atos distintos e complementares entre si: processo (compreende diversas atividades e fases, envolvendo distintos agentes); *standards* (a relevância, utilidade e a sua aplicação); pares (a avaliação deve ser realizada por profissionais seniores que trabalhem em organizações similares à que está a ser acreditada); regular (a acreditação deve ocorrer em intervalos regulares); não-governamental (a acreditação deve manifestar algum distanciamento e independência em relação ao governo) e a auto avaliação (Heidmann, 1999 citado por Simões, 2009).

Heidmann (2007) define a acreditação como, um “programa voluntário patrocinado por uma organização não-governamental, em que auditores externos treinados avaliam uma organização de saúde quanto à sua conformidade com os padrões de desempenho pré-estabelecidos”, numa outra dimensão, ainda que distinta, mas complementar “o reconhecimento público do cumprimento de normas de acreditação por uma organização de cuidados de saúde, demonstrou através de uma externa e independente avaliação por pares, relativamente ao nível do desempenho organizacional e às suas normas” (Heidmann, 2007:2).

Conforme exemplificado na Figura 3.1, um processo de acreditação tem subjacente um sistema transformacional dinâmico e cíclico, onde a implementação de ações tem por finalidade a progressão e fortalecimento dos padrões e práticas e/ ou determinar os seus objetivos na planificação de oportunidades de melhoria da qualidade (Lopes *et al*, 2012). Para iniciar o processo de acreditação é necessário compreender e avaliar cada um dos padrões, comparando-os com o desempenho organizacional, a sua implementação e os resultados. Este exercício proporciona à organização um diagnóstico claro sobre os aspetos que devem priorizar as ações de melhoria a serem realizadas em conformidade (Parra *et al*, 2007).

Figura 3.1 – Ciclo de implementação do processo de Acreditação



Fonte: adaptado de Parra *et al*, 2007:23

Os autores sustentam que, a revisão crítica se inicia quando a instituição decide implementar o processo formal de acreditação e de avaliação interna, mostrando qual o nível de conformidade alcançado de acordo com os padrões que permitem estimar a probabilidade de "passar" na auditoria (*Ibidem*). Se “a preparação para a implementação de um sistema de acreditação for desenvolvido adequadamente e de acordo com as normas pré-definidas é de esperar que a revisão critica termine com sucesso e origine uma organização acreditada” (Parra *et al*, 2007: 24). Todavia, os autores, referem que existe a possibilidade de a organização não “passar” na avaliação e que neste caso, existem duas opções: iniciar de imediato novas ações e estratégias de melhoria da qualidade que permitam corrigir as deficiências detetadas e apontadas, ou, recorrer da decisão se considerarem que existem argumentos suficientes para demonstrar a conformidade da organização perante as normas e procedimentos do programa de acreditação (*Ibidem*).

O conceito de acreditação está relacionado “a um sistema de avaliação externa, periódica e voluntária do cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria da qualidade (Romano, 2005, citado por Sousa, 2010:25), “ baseada num modelo cíclico, dividido em três categorias: análise, estratégias e implementação, que reflete e compreende o

problema, planeia as ações, estuda os resultados e (re) planeia novas ações como resposta” (OMS,2006 citada por Revez & Silva, 2010:48).

Dados estes considerandos, o programa de acreditação tem inerentes características espaço-temporais longas (2-5 anos) de forma a implementar a segurança ao doente, aos profissionais e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde hospitalar (Øvretveit, 2003). Griffiths diz-nos ainda que, a acreditação apresenta três grandes vantagens: maior segurança dos cuidados prestados; uniformização de procedimentos e melhoria da acessibilidade aos equipamentos de saúde. À semelhança de Griffiths (2000) Heidmann (2007) ressalta igualmente as vantagens ou metas que a acreditação se propõe a alcançar: garantir a segurança, manter e melhorar a qualidade, promover a prestação eficaz e eficiente dos serviços e do atendimento, criar uniformidade de procedimentos, promover o desenvolvimento do sistema de saúde e ajudar a promover a confiança nos serviços de saúde públicos.

A acreditação é um reflexo do desenvolvimento organizacional e a sua “conformidade com as normas podem ser entendidas como uma proteção pública, ao certificar-se que os padrões na prestação de cuidados estejam satisfatoriamente alcançados” (Saltman *et al* 2002:96). A acreditação de um hospital é um processo formal pelo qual uma autoridade legítima e reconhece o desempenho organizacional, se estes estiverem de acordo com os pressupostos e *standards* para os diferentes critérios da referida autoridade. Este processo é realizado a pedido da instituição, a uma entidade exterior que avalia o grau de conformidade de uma série de *standards* determinados previamente (Bohigas, 1996 citado por Oliveira, 2007). Sem dúvida que, um processo de acreditação “está desenhado para criar uma cultura de segurança e qualidade dentro de uma organização que se esforça por melhorar constantemente os processos e resultados na prestação de cuidados aos cidadãos” (JCI, 2011:4). Surge dependente das condições objetivas da acreditação que, por sua vez, atuam num sistema organizacional multidimensional, donde emergem importantes benefícios do método de implementação da acreditação: i) melhoram a confiança para com o público; ii) proporcionam um meio laboral seguro e eficiente que contribui para a satisfação do profissional; iii) humanização de cuidados prestados aos utentes e suas famílias; iv) criação de uma nova cultura; v) estabelece uma liderança contínua para a qualidade e segurança do utente em todos os níveis (*Ibidem*).

Compreende-se por isso que, a acreditação assim como as suas metodologias associadas, apresentam múltiplos benefícios: na criação de *standards* de qualidade para todas as funções no desempenho hospitalar; representa um conhecimento aos utilizadores dos serviços existentes; permite uma dinâmica e organização interna de forma a cumprir as normas de qualidade estabelecidas; permite uma avaliação do desempenho e promoção da mudança da cultura e das práticas no sentido da qualidade dos cuidados prestados (Simões, 2009; Boavista *et al*, 2000).

2. Perspetivas do processo de acreditação hospitalar ao nível nacional e europeu

A acreditação das instituições de saúde remonta ao início do século XX, nos EUA. A sua amplitude ocorreu em 1951 com a criação da *Joint Commission on the Accreditation of Hospitals*, posteriormente designada como *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) “uma organização multiprofissional, independente, privada, sem fins lucrativos que avalia a qualidade dos cuidados de saúde, concedendo um estatuto de acreditação às unidades envolvidas” (Simões, 2009:283).

Aquando e desde o início da sua criação, tem mantido e assegurado o seu caráter de independência em relação a outras instituições, no desenvolvimento de novas e precisas metodologias e procedimentos em que a organização expandiu e originou a *Joint Commission International* (JCI), que presta serviços de consultoria a programas de acreditação em todo o mundo (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003b, Saltman *et al*, 2002). Subjacente a esta perspetiva a “acreditação tem-se afirmado, em todo o mundo desenvolvido, como um meio de monitorização da melhoria contínua de qualidade, no sentido de garantir aos cidadãos cuidados de saúde de qualidade, de regulamentar aspetos da prática profissional e de responsabilizar as unidades prestadoras” (Simões, 2009: 283).

O reconhecimento da acreditação como modelo de avaliação da qualidade em saúde, aparece atualmente trazendo em si o alicerce de diversos tipos de programas de avaliação, consolidados e desenvolvidos internacionalmente, como: a JCAHO, do *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) no Canadá; o *King's Fund Health Quality Services* (KFHQS) no Reino Unido; a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES) em França; o programa da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) em Espanha e muitos outros.

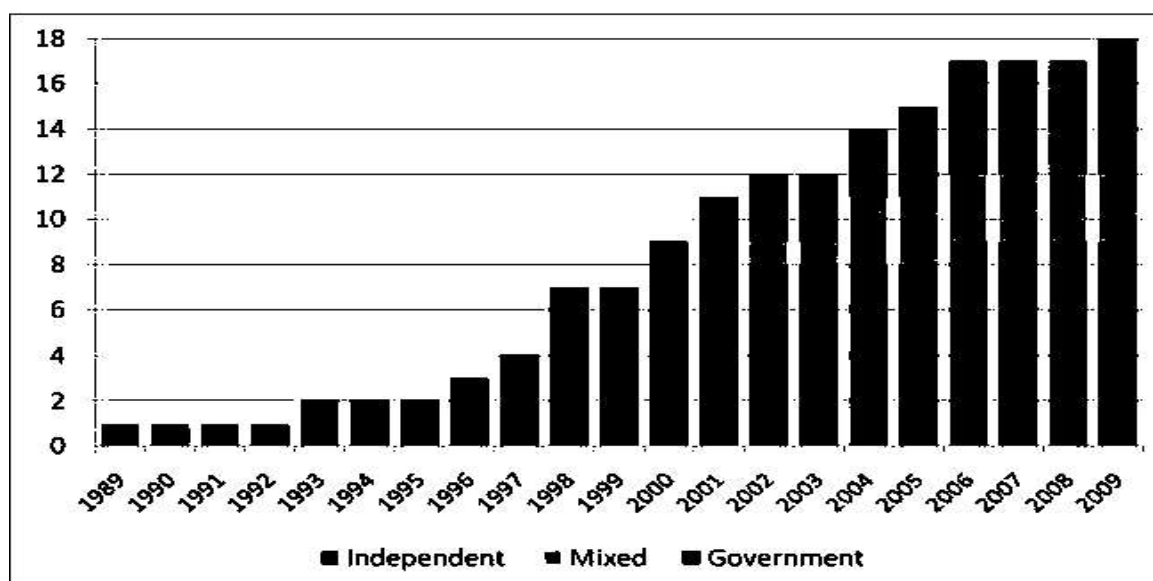
A maioria destes programas tem uma participação voluntária dos países que os desenvolvem, excetuando-se a França, Inglaterra e a Itália, em que o seu carácter é governamental (Legidio-Quigley *et al*, 2008; WHO, 2003b), ou seja, “um modelo (...) que tende a ser utilizado como forma de licenciamento obrigatório, baseado também em *standards*, utilizados como critérios mínimos que as organizações devem atingir” (Scrivens, 2002 citado por Simões, 2009:284), “com o propósito da acreditação agir como uma ferramenta de gestão confidencial no sentido de promover o interesse interno na qualidade” (Saltman *et al* 2002:95). Analogamente a acreditação foi adotada e desenvolvida na Europa, nos anos 80, no Reino Unido, Espanha, Portugal, Holanda, Finlândia e França, posteriormente alargada em 2000, à Suíça e Alemanha (Shaw, 2000; Shaw *et al*, 2010a).

Assim, compreender a dinâmica de análise dos sistemas de acreditação na Europa, implica considerar três diferentes modelos na organização de saúde: i) um modelo baseado no mercado, com competências de avaliação, de regulamentação e processos de assegurar a qualidade nas instituições de saúde; ii) um modelo autorregulado pelas associações profissionais, responsáveis pela avaliação das instalações das instituições de saúde, de forma assegurar, a sua adequação e que os procedimentos clínicos sejam concretizados em que os padrões são definidos e monitorizados por uma entidade independente com carácter voluntário; iii) um modelo governamental ou regulador, mais recente que o anterior, que tende a ser utilizado como forma de licenciamento obrigatório, em que o Estado assume diretamente a responsabilidade de padrões e de avaliação que as organizações de saúde têm de cumprir (Scrivens, 2002 citado por Simões; Saltman *et al*, 2002, França, 1998). Mas, intrínseco a este modelo, está a eficácia clínica, ou seja, comparar os seus processos e procedimentos organizacionais reconhecidos pelas boas práticas (Scrivens, 1995 citado por Saltman *et al* 2002).

Scriven (1996) argumenta que a acreditação é um “processo dentro de uma diversidade de outras possibilidades, para verificar e standardizar a qualidade dos cuidados de saúde determinado por organizações de saúde” (citado por Saltman *et al* 2002:91).

Na conceção histórica dos sistemas de acreditação, encontramos na Gráfico 3.2 a configuração do desenvolvimento e crescimento de dezoito organizações europeias de acreditação, num período de vinte anos verificamos que a responsabilidade da acreditação recai de forma progressiva no governo até 1998. (Shaw *et al*, 2010a).

Gráfico 3.2 - Evolução dos programas de acreditação Europeus 1989-2009



Fonte: Shaw *et al*, 2010a: 34

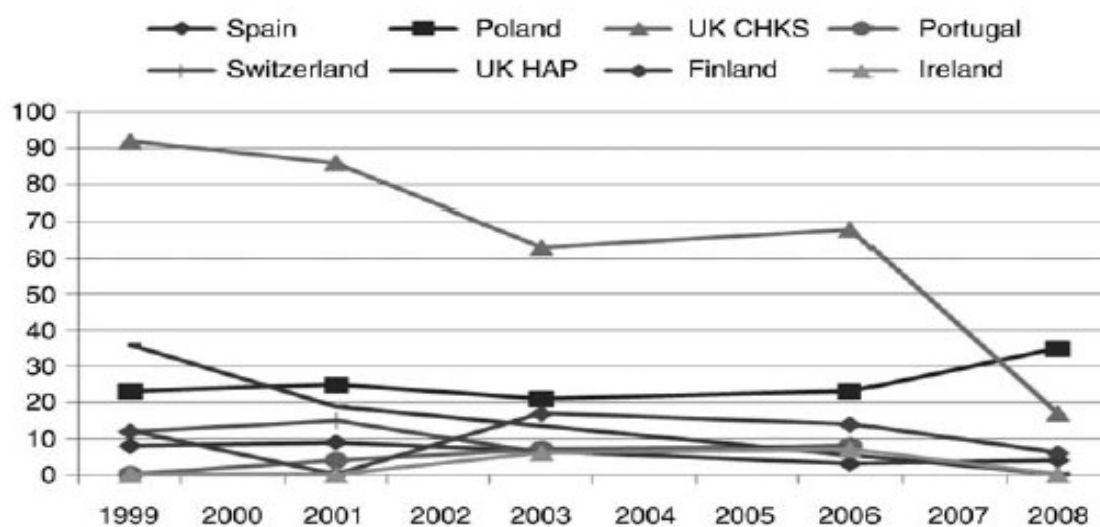
A partir de 1990, Scrivens (1998) alerta para a necessidade de os governos começarem a considerar o processo de acreditação como um instrumento de monitorização da qualidade dos serviços de saúde. O autor refere que estudos recentes têm demonstrado que os governos podem permitir a promoção dos sistemas de acreditação de forma independente e voluntária como função reguladora e de gestão da qualidade. No entanto, o fomento de uma perspetiva ampla liga-se ao carácter regulatório governamental, na capacidade de adotar novas abordagens quanto à monitorização da qualidade do atendimento aos cidadãos (Saltman *et al*, 2002). Podemos dizer que cada país é responsável pelo fomento de uma perspetiva diversificada de programas de acreditação, de forma a adaptar às suas características particulares dos sistemas de saúde (Shaw *et al*, 2010c).

Desta diversidade de programas de acreditação, emerge na Europa a necessidade de convergência e conformidade destes programas em função de um conjunto de fatores, como: o processo de globalização, a mobilidade de doentes, a formação dos profissionais de saúde e a proteção e segurança dos doentes em espaço comunitário (Shaw, 2004a; Shaw *et al*, 2004b; Lopes, 2007; WHO, 2003b).

Tratando-se de contextos irredutivelmente diversos, países com especificidades próprias, o resultado que pode advir das diferentes combinações não é fácil de compreender e analisar.

Há todavia, argumentos ainda pouco definidos quanto às relações jurídicas entre os Estados membros e as organizações intergovernamentais na harmonização e uniformização das práticas de gestão e de qualidade. O consenso sobre as normas de qualidade em saúde entre os vinte e oito governos da União Europeia, poderia ser um processo longo na sua concretização, ou mesmo, se não impossível de se objetivar (Shaw *et al*, 2010b). No entanto, o nexos causal parece claro para os autores, “o progresso mais célere para níveis elevados de desempenho seriam alcançados através do modelo voluntário de cooperação não regulamentar, no sentido de definir medidas e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde nos hospitais europeus” (Shaw *et al*, 2010b: 248). Neste sentido, implica um entendimento intrínseco no que concerne não só aos contextos de evolução do número de auditorias externas de sistemas de acreditação na Europa, mas também com a dimensão espaço-temporal que ocorrem. Significa isto, que as organizações de acreditação ativas desde 1999 a 2008, tiveram um percurso dissemelhante e díspar, em que a sua atividade se caracterizou por períodos evolutivos, em constante crescimento, mas a sua maioria teve um carácter estático ou em extenuação, como poderemos observar na Gráfico 3.3.

Gráfico 3.3 - Evolução do número de auditorias externas no período 1999-2008



Fonte: Shaw *et al*, 2010a: 345

A filosofia subjacente ao crescimento dos programas de acreditação, encontra-se igualmente patente no estudo global da OMS (2000) que identificou trinta e seis programas nos sistemas de saúde.

O desenvolvimento dos sistemas de acreditação trouxe uma contribuição substancial para as organizações de saúde. O número de programas de acreditação em todo o mundo

dobrou a cada cinco anos desde 1990. Com maior incidência e relevância na Europa em que a acreditação prosperou, com predomínio do modelo de acreditação voluntária e independente considerado como um instrumento de carácter institucional e de responsabilidade pública (Shaw, 2003b, 2004a).

É de salientar que, os “ sistemas de acreditação estão mais desenvolvidos nos países em que existe separação entre o financiamento e a prestação de cuidados” (Simões, 2009:284). Diremos então que, vista desta ótica, a conexão entre os sistemas testados e consolidados “já demonstraram a sua capacidade de desenvolvimento e sensibilidade à mudança nos sistemas de saúde em que se encontram inseridos” (Boavista *et al* 2000:31). Estando intrínseco a estes, padrões, diferenças e formas de desenvolvimento quanto à sua génese. Os resultados do estudo apresentado por Shaw *et al* (2010a;c), apontam que a acreditação como uma ferramenta estruturada na avaliação dos padrões e do desempenho organizacional, que visam melhorias na prática clínica, de gestão e política.

Os autores, sequazes da qualidade em saúde, acreditam que a aceitação e o impacto da acreditação incidem mais sobre o ambiente do sistema de saúde do que propriamente e apenas, na competência técnica, evidência da prática ou na ciência. Sendo certo que, os principais desafios num processo de acreditação sustentável, passam pela consistência das políticas de qualidade, do financiamento e dos incentivos dos programas de acreditação num país.

A origem e a evolução da acreditação em Portugal

Na história da acreditação em Portugal houve um claro, importante e crescente interesse por parte da tutela e dos prestadores dos cuidados de saúde, na consolidação e promoção da acreditação. “Todas as iniciativas foram e são louváveis, tanto as voluntárias como as “impostas”, nomeadamente pelo fato de poderem contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos” (Boto *et al*, 2008:104). Assim, a conceção tradicional acerca da história da acreditação em Portugal assenta no desenvolvimento do SNS e consequentemente na criação de uma entidade com atribuições específicas, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados de saúde no Ministério da Saúde. Esta conceção foi objeto de alterações em vários eixos de desenvolvimento. Em primeiro lugar, destaca-se a implementação de um sistema de acreditação das unidades de saúde, identificada, no ano de 1999, a partir do protocolo de colaboração para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade em Saúde e o *King,s Fund Healht Quality Service* (KFHQs) com duração de cinco

anos (Boavista *et al*, 2000). Este protocolo desenvolve-se em três fases distintas: i) “aprendizagem do processo de acreditação de hospitais e sua aplicação; ii) estabelecimento da infraestrutura e gestão da transição; iii) revisão e avaliação do sistema e consequente definição do tipo de colaboração desejada por ambas as partes ” (Pisco & Biscaia, 2001:48). Este programa veio dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Campos & Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

A metodologia King’s Fund (KF) que teve na sua génese um acordo celebrado entre o IQS e o Health Quality Service (HQS), foi implementada num conjunto de sete hospitais pilotos portugueses, nomeadamente: os hospitais do Barlavento algarvios – Portimão, Dr. José Maria Grande – Portalegre, Santa Marta – Lisboa, Fernando Fonseca – Amadora, S. Teotónio – Viseu, Garcia da Orta – Almada e a unidade de saúde local de Matosinhos. A partir daqui, vários outros grupos de hospitais se juntaram a este projeto, tendo sido o PNAH alargado a um número significativo de Unidades da Saúde no continente e ilhas (Boavista, *et al*, 2000).

Em termos gerais, Portugal tem 102 Unidades Hospitalares / Hospitais, que se subdividem em Centros Hospitalares (25); Hospitais Gerais/ Centros Especializados (21) e ULS (6) (ACSS). Assim, e sob uma análise evolutiva e histórica da acreditação, entre 2001 e 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo CHKS, obtiveram a acreditação; dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI, apenas 2 a obtivera (DGS, 2009).

Dados mais recentes e de acordo com a disponibilidade de informação através dos *websites* das Organizações Acreditadoras e da SPQS, encontram-se identificadas, no Quadro 3.1, as instituições hospitalares acreditadas e/ou em processo de acreditação. Sucede porém, que a configuração organizativa hospitalar tem sofrido importantes alterações que ocorrem devido à requalificação da rede de urgências e da criação dos Centros Hospitalares, na fusão dos hospitais, dos serviços, áreas de especialidade e da respetiva gestão. Este facto leva a que não exista uma planificação estratégica centralizada ao nível do processo de acreditação em todos os hospitais que integram Centros Hospitalares. Todavia tem-se conseguido o tão almejado reconhecimento destas unidades hospitalares (com tão diversas culturas), mas em diferentes datas.

Verificamos no Quadro 3.1, a CHKS até ao ano de 2012, acreditou ou incluiu em processo de acreditação, 11 instituições de saúde pública (5 Centro Hospitalares e 6 Hospitais

gerais). Relativamente à JCI incluiu em processo de acreditação 11 instituições de saúde (5 Centros Hospitalares e 1 Hospital Geral).

Quadro 3.1 – Número de Instituições Hospitalares Acreditadas / Modelo de Acreditação

Modelo de Acreditação	Instituição Hospitalar
CHKS	– Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (Hospital dos Capuchos; Hospital de São José; Hospital Dona Estefânia; Hospital de Santa Marta e Hospital Curry Cabral). – Hospital de Almada – Garcia da Horta – Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (Hospital Ortopédico de Santiago do Outão; Hospital São Bernardo – Setúbal); – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil EPE- Coimbra – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – Centro Hospitalar do Porto, EPE – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Porto – Hospital Magalhães Lemos, EPE – Porto – Hospital de Braga – Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Bragança
JCI	– Centro Hospitalar Trás – os – Montes Alto Douro, EPE (Hospital de São Pedro de Vila Real; Hospital Dom Luiz; Hospital Distrital de Chaves; Hospital Distrital de Lamego); – Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (Hospital de Amarante; Hospital do Vale do Sousa); – Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE (Hospital da Covilhã; Hospital do Fundão). – Centro Hospitalar de Leiria – Pombal, EPE (Hospital Distrital de Pombal; Hospital Stº André); – Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE (Hospital Dr. Manoel Constâncio; Hospital Nossa Senhora da Graça; Hospital Rainha Santa Isabel); – Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais

Fonte: dados obtidos nos sites da JCI, da CHKS e SPQS

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou a “existência de uma escassa cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos Serviços de Saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão” (DGS,2009:4). De forma a melhorar estes aspetos, este plano identificou como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e, em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A., veio a adotar o modelo da *Joint Commission International* (JCI) para acreditação destes hospitais (*Ibidem*).

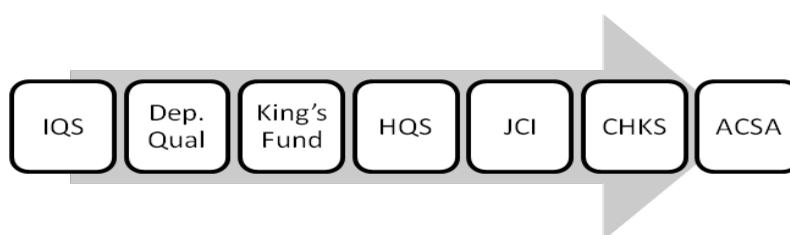
A acreditação centrou-se ao nível organizativo, infraestrutural ou de certificação individual de determinadas áreas, mas pouco focada na componente clínica do processo de prestação de cuidados e resultados (DGS - Plano Nacional de saúde 2012 -2016c). Não obstante, este protocolo determinou a disseminação das comissões de qualidade, começando-se a evidenciar uma preocupação estratégica nesta área, também ao nível das unidades de saúde (Campos & Vaz, 2010; Sekallarides *et al.*, 2005).

Esta experiência na adaptação do modelo KFHQS, tornou-se um alicerce inovador com potencial contributo para a criação de padrões internacionais e subsequente garantia de um desenvolvimento sustentado e integrado do sistema da qualidade em saúde (Boavista *et al.*, 2000). Portanto, a qualidade nas Organizações de Saúde permanece como eixo fundamental no Plano Nacional de Saúde, 2012-2016c, ao “garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com padrões pré-definidos, fortalecendo a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições, fomentando uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança”.

Na sequência da extinção do IQS a DGS, em 2009, assumiu as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no SNS. Foi, criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), que constitui um patamar transversal na implementação do programa de acreditação nos hospitais e nos centros de saúde, bem como, a ações que visam garantir mais segurança aos doentes, promoção da qualidade clínica, boas práticas, inclusão de iniciativas de prevenção e controlo de doenças (DGS, 2011).

Verificamos que dos diversos modelos de acreditação anteriormente desenvolvidos em Portugal, a escolha recaiu sobre o modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*) “por ser o que melhor se adapta aos critérios acima enunciados e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos” (DGS, 2009:4). Assim, e ao encontro do que foi referido apresenta-se, de forma esquemática na Figura 3.4 a evolução dos programas de acreditação em Portugal.

Figura 3.4 – Evolução dos programas de acreditação de hospitais adotados em Portugal



Fonte: elaboração própria

3. Um modelo de avaliação da qualidade em saúde

Foram apresentadas até aqui, diversas abordagens e modelos sistemáticos na definição e clarificação do conceito de qualidade em saúde, contudo, estas tornam-se exíguas, quanto à sua avaliação. (Legidio- Quigley *et al*, 2008).

A questão da avaliação da qualidade em saúde tem uma pertinência central pela análise de Donabedian (1988), tendo sido em meados dos anos 60 o pioneiro na criação do modelo de avaliação dessa qualidade, assente na tríade estrutura, processo e resultados. Com o argumento de que “uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e que um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado” (Donabedian,1988; Legidio- Quigley *et al*, 2008:9). Na assunção de que diversos fatores aparecem como um conjunto de níveis em correspondência funcional dá lugar “ao despertar a atenção da avaliação da qualidade em saúde, entre os quais se destacam; i) as preocupações com as questões económicas e de eficiência; ii) o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*); iii) a pressão por parte dos doentes / utentes, cada vez mais informados e exigentes; iv) o peso dos “média”, que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; v) o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes” (Marshall; Davies,2001; Cheng; Song, 2004; Larsson; *et al.*, 2005 citado por Sousa, 2010:24).

Tendo subjacente esta tríade, Donabedian definiu estrutura como as características das condições sob as quais os cuidados ocorrem, considerando os recursos necessários para a prestação de cuidados aos pacientes, ou seja, é o que existe. Pode incluir os recursos materiais (infraestruturas, capital, equipamentos, medicamentos). Os recursos intelectuais (conhecimentos médicos e sistemas de informação, avaliação de desempenho, funções de ensino e investigação, estrutura hierárquica) e os recursos humanos (os profissionais de

saúde). O processo pretende designar todas as atividades que constituem os cuidados de saúde desempenhadas por profissionais de saúde. São envolvidos no processo de cuidados os próprios pacientes e suas famílias, pretende dar ênfase ao que se faz. Contempla assim, a prestação direta de cuidados de saúde (como o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente) e os aspetos organizacionais (armazenamento de medicamentos, manutenção de equipamentos, gestão das listas de espera e pagamentos aos profissionais de saúde). Os resultados referem-se às mudanças e efeitos dos cuidados de saúde dos pacientes e populações, ou seja, o que acontece atribuível aos cuidados médicos. Implica considerar os níveis de saúde (mudanças no estado de saúde e nos conhecimentos adquiridos pelos pacientes e seus familiares), aos custos associados e à satisfação dos pacientes e familiares relativamente aos cuidados recebidos e com os respetivos resultados (Legidio-Quigley *et al* 2008; Donabedian, 2003; Sousa 2010).

Atendendo à complexidade do processo de avaliação da qualidade, Donabedian (1988) afirma e argumenta que existem fatores que temos de ponderar previamente à avaliação: i) significação do conceito de qualidade; ii) como a saúde e a responsabilização das partes deve ser definida; iii) definir quem deve fazer parte do processo de avaliação – a performance dos médicos ou se deve incluir de igual forma, a dos pacientes e do sistema de saúde; iv) se os serviços e a gestão do processo interpessoal deve ser contemplado.

A abordagem tridimensional da avaliação dos cuidados de saúde de Donabedian, assume grande centralidade e origina uma análise crítica e mais aprofundada dos autores Shaw & Kale (2002). Tal análise recai, na construção de uma abordagem incorporada de classificação das categorias correspondentes com as dimensões da qualidade dos cuidados em saúde, como poderemos ver no Quadro 3.2. A cada uma destas dimensões em que se pode tomar a avaliação da qualidade em saúde, há-de corresponder uma dimensão no exercício de argumentação e ação avaliativa, estando relacionados entre si.

Quadro 3.2 – Dimensões de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde

Estrutura	Como os recursos são distribuídos no que diz respeito ao tempo,
	lugar e na resposta dada as necessidades das populações (acesso)
	Justiça em partilhar os custos e os benefícios (equidade)
Processo	Como é que os recursos são aplicados (gestão)
	Uso do tempo e recursos (eficiência)
	Evitar o desperdício (economia)
	Redução do risco (segurança)
	Prática baseada na prova (conduta apropriada)
	Cuidado centrado no paciente (continuidade)
Resultados	Informação paciente/público (escolha, transparência)
	Saúde da população (melhoria da saúde)
	Resultado clínico (efetividade)
	Conhecer as expectativas do público e das forças do trabalho (custo – benefício)

Fonte: adaptado Shaw & Kale, 2002; Legidio-Quigley *et al* 2008

A abordagem clássica estrutura- processo- resultados é consensual entre os diversos autores, contudo, “desencadeou diferentes movimentos consoante a componente que era mais valorizada na avaliação da qualidade” (Sousa, 2010:27).

Na mesma linha de pensamento e abrangendo distintos argumentos, Brook *et al* (2000), que, procuram precisamente demonstrar que os “ dados do processo fornecem, muitas vezes, uma medida mais sensata de qualidade, do que os dados que são fornecidos pelos resultados, uma vez que um mau resultado nem sempre provém de uma falha, quando se presta o cuidado” (Brook *et al* 2000 citado por Legidio-Quigley *et al* 2008: 11). Por se tratar de dimensões irredutivelmente diversas, a avaliação do processo pode advir das diferentes interações entre o profissional de saúde e o utente. Na óptica de Peabody *et al* (2006) o processo tem um papel mais preponderante que a estrutura na qualidade dos cuidados, na medida que, a prestação de cuidados de qualidade, resultam em contextos com escassos recursos. Nesta linha de argumentação, sucede que as competências técnicas, científicas e

relacionais dos profissionais de saúde, ganham relevância e podem ser legitimamente analisadas na dinâmica relacional subjacente à prestação de cuidados ao utente.

A importância da ampliação das abordagens de avaliação que precedem a década de 1970 e a primeira metade dos anos 90, centradas nos aspetos relacionais com a estrutura e o processo, demonstrou a existência de mudança de paradigma, nomeadamente em países com conhecimentos e práticas particularmente desenvolvidas a esse nível, sobretudo os Estados Unidos da América, o Canadá, o Reino Unido e França (WHO, 2003b). Desde modo, e subjacente a uma perspectiva mais atual, Sousa sublinha a importância da análise dos resultados, numa relação conexa e indissociável entre as três categorias, “na medida em que a identificação de um resultado menos favorável que o expectável, possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura” (Sousa, 2010:28), em consonância com um pensamento conectado e a adoção de abordagens integradas e globais.

Neste seguimento, Legidio-Quigley *et al* (2008) argumentam de que os resultados são considerados reducionistas quanto à sua medição de qualidade, por serem “parcialmente imputáveis aos cuidados de saúde e poderem ser influenciados por outros fatores, como; i) a nutrição; ii) meio ambiente; iii) modo de vida ou condições socioeconómicas” (2008: 11).

Um doente pode receber cuidados de saúde deficientes e recuperar do seu problema de saúde, enquanto outro doente pode ter uma melhor prestação dos cuidados e não surtir efeito tão benéfico na sua recuperação, “os resultados dos pacientes que recebem os mesmos tratamentos, refletem até certo ponto, características do paciente mais do que os fatores controlados pelos prestadores do serviço médico” (*Ibidem*). Podendo dever-se a três diferentes domínios: um primeiro, relacionado com as diferenças do tipo de doentes que recebem cuidados de saúde por profissionais diferentes; um segundo domínio, está influenciado pela forma como é feita a colheita de dados, na preocupação por parte dos profissionais de equacionar os fatores de risco ao problema de saúde do doente. Estes dois fatores levam-nos ao terceiro domínio, na frequência de ocorrências de determinados resultados (Mant, 2001).

Todavia, poderão existir um conjunto de fatores que podem condicionar a relação binária entre a prestação de cuidados e o seu resultado, desde as características fisiológicas, psico-emocionais e culturais dos indivíduos, mas também as características peculiares dos problemas de saúde (Peabody *et al*, 2006).

Wareham *et al* (2001) dizem-nos que “ os resultados não captam todos os elementos da performance, mas permitem uma inferência acerca da qualidade dos processos e estruturas do cuidado” (Wareham *et al* , 2001 citado por Legidio-Quigley *et al* 2008: 12). Isto revela-nos que a medição dos resultados são relevantes e necessários, ainda que, a sua medição seja reducionista para os indivíduos que recebem intervenção dos prestadores de cuidado. Mas considerando a medição do resultado de todos os fatores do processo do cuidado que não sejam necessariamente mesuráveis (Mant, 2001).

Indo ao encontro dos autores Legidio-Quigley *et al* (2008), que “ qualquer sistema de avaliação deveria incluir elementos de estrutura, processo e resultado, uma vez que examinam diferentes aspetos do cuidado prestado nos sistemas de saúde. Enquanto, que usando somente medidas de processo e resultado, podem induzir em erro” (2008:12). O fomento de uma perspetiva mais ampla e inconsútil na avaliação da qualidade em saúde é imperativo nos diversos domínios. “Para os profissionais de saúde, a avaliação fornece evidência acerca dos benefícios, riscos e resultados dos cuidados prestados (...) para os gestores da saúde pode ajudar a identificar estratégias potencialmente efetivas que devem ser implementadas no sentido de melhorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde (...) ao relacionar os cuidados que os doentes recebem, com os *outcomes* neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 2002 citado por Sousa, 2010:28).

Na mesma linha de argumentação e reforçando a avaliação como um objetivo estratégico de melhoria de qualidade das instituições de saúde, Mota *et al* (2003), refere que os critérios de mensuração se devem evidenciar em três dimensões - na estrutura (recursos e qualificações das instituições), no processo (prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais) e nos resultados (efeitos dos cuidados no utente, a satisfação e consequentemente a readaptação). Uma outra posição é argumentada por Gil (1994), ao propor quatro pressupostos de avaliação da qualidade em saúde; i) “a crença, o empenho e o envolvimento de todos os agentes intervenientes; ii) o processo, como sede própria dos aspetos técnicos do controlo de qualidade; iii) a performance, consequência do desempenho coletivo dos agentes intervenientes; iv) a perceção de que o nível deste desempenho supera as expectativas dos cidadãos” (Gil, 1994, citado por Quintino & Saraiva, 2010:68).

Embora se notem diferenças entre as distintas concetualizações, há entre elas o comum reconhecimento de que assenta na confrontação “medir a qualidade em programas e serviços de saúde torna-se indispensável para o planeamento, organização, coordenação /

direção e avaliação / controlo das atividades, tendo como alvo a medição dos resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas pelo meio ambiente” (Quintino & Saraiva, 2010:69).

A avaliação da qualidade em saúde é um fator decisivo para o desenvolvimento das organizações de saúde e concludentemente para todos os envolvidos na prestação de cuidados. Assim, a utilização de instrumentos “disponíveis para avaliar a qualidade na área da saúde, como a acreditação, as auditorias e a avaliação de resultados, têm sido as mais utilizadas e, as que apresentam uma base de evidência mais sólida” (Mainz, 2003; Veillard *et al.*, 2005 citado por Sousa, 2010:25). No entanto, poderemos destacar outras perspetivas ou modelos mais frequentes referidos na literatura, relativamente à avaliação da qualidade em saúde, que vão desde a “revisão de pares” (*Peer review*), Modelos de Excelência, EFQM), pela Certificação - ISO 9001, aos diversos programas de acreditação internacional (Legidio – Quigley *et al.*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003b) e licenciamento (Shaw, 2004b). Significa que estamos perante um conjunto de vastos instrumentos de avaliação da qualidade em saúde “que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países, ou estratégias terapêuticas, tendo como referencial uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência” (Ovretveit, 2001 citado por Sousa, 2010: 22), estando subjacente a perspetiva que tem “como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de accountability, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos pacientes” (Sousa *et al* 2008: 58).

Devemos assim considerar, que a utilização de instrumentos de avaliação da qualidade em saúde, tem uma dualidade de funções, por um lado, permitem a realização de um diagnóstico do funcionamento organizacional e dos seus resultados e consequentemente por outro, contribuem para a melhoria contínua dos processos e procedimentos técnicos.

Ainda que, não sendo objetivo do estudo caracterizar todos estes modelos de avaliação da qualidade em saúde, será realizada uma breve descrição dos diferentes modelos, dando maior ênfase à acreditação, sendo este o modelo de avaliação da qualidade em saúde, reconhecido pela Direção Geral de Saúde (DGS), como um paradigma oficial e nacional.

Esta é uma das ações prioritárias do Departamento da Qualidade na Saúde, que decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na saúde, adotando o modelo de acreditação da *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) por Despacho ministerial (Despacho 69/2009) (Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde, 2012-2016c).

A revisão por pares teve a sua origem na Holanda e consiste numa avaliação interna ou externa, baseada em padrões fundamentados, orientações práticas levadas a cabo por profissionais das áreas maioritariamente uni-disciplinares, focalizando-se na melhoria das práticas clínicas, desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade dos serviços. A revisão externa compreende uma avaliação realizada por peritos extra organização (inspeção por peritos, a inspeção por standards e a acreditação). A revisão interna é conduzida por peritos da própria organização que evidenciam os seus juízos e comentários (Legidio – Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003b; Simões, 2009). Este tipo de avaliação era até há pouco tempo, único método conhecido nas organizações burocráticas.

Modelos de Excelência – *European Foudation for Quality Managmnet* (EFQM) – estes modelos resultam do desejo das instituições encontrarem um padrão uniforme através do qual serão avaliadas ou comparadas, relativamente ao seu desempenho na aplicação de técnicas de qualidade. Têm uma abordagem holística, no sentido de considerar todos os aspetos das atividades e resultados da organização. Este modelo funciona como instrumento de autoavaliação, em instituições de ensino, institutos e organizações públicas que procura conduzir à melhoria contínua da qualidade nas organizações, tendo como meta final a excelência, no sentido de melhorar o desempenho, identificando os pontos fortes e fracos.

À semelhança destas organizações, também a Comissão Europeia apoia a utilização deste instrumento, na política de qualidade que implica o aumento da competitividade no espaço comunitário. (Legidio – Quigley *et al*, 2008; JCI, 2007; WHO, 2003b; Simões, 2009; Almeida *et al*, 2010). Este modelo considera “nove áreas de desempenho: a liderança, as pessoas, a política e a estratégia, as parcerias e os recursos, os processos, o desempenho do pessoal, a satisfação dos clientes, avaliação da satisfação da sociedade em geral e os resultados chave do desempenho” (Simões, 2009: 205).

Certificação, consiste no reconhecimento formal, realizado por uma organização independente, através do qual, auditores acreditados avaliam e reconhecem formalmente a conformidade e a eficácia, com recurso a requisitos e critérios predeterminados pelas normas de certificação, produzidas pela *International Standars Organisation* (ISO) na determinação de competências individuais, produtos e serviços (Legidio – Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003b; Simões, 2009; Campos *et al*, 2010).

ISO 9000/9001 – estas normas expressam um consenso internacional sobre as boas práticas de gestão que permitem assegurar a qualidade dos produtos e serviços, em resposta às

expetativas dos clientes, através da atividade de certificação. Todavia, tem vindo a sofrer revisões, tendo sido a última em 2008 - ISO 9001 (Sistemas de Gestão da Qualidade). Tem intrínseca uma auditoria ao sistema de qualidade por uma entidade independente e externa, de modo a que a organização possa obter uma certificação em conformidade relativamente às normas (Legidio - Quigley *et al*, 2008; WHO,2003b). A conexão desta norma é sustentada por oito princípios de gestão da qualidade, assentes na sua melhoria contínua: foco no cliente, liderança, envolvimento de pessoas, abordagem do processo, abordagem sistemática para a gestão, melhoria continua, abordagem à tomada de decisão baseada em fatos e benefícios mútuos nas relações com os fornecedores (Portugal, IPQ, 2008).

Nesta perspetiva podemos afirmar, que este conjunto de modelos de avaliação da qualidade “têm como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos pacientes” (Sousa *et al* 2008: 58).

Programas de acreditação

Os programas de acreditação revelam-se essenciais para monitorizar e garantir a qualidade dos serviços de saúde e visam reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde e promover o seu empenho voluntário na melhoria contínua, consolidando a cultura de qualidade e segurança ao doente (DGS - Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016c,d).

As principais metodologias adotadas em Portugal passam pela acreditação e Certificação fundamentadas em modelos internacionais, como as da *Joint Commission Internacional* (JCI), o *King's Fund Health Quality Service* (CHKS), as normas ISO 9001 e por último o modelo recentemente adotado pela DGS, *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA).

International Standardisation Organization (ISO 9001:2000)

As normas ISO 9000 são referência para a implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ) que, representam um consenso internacional sobre boas práticas de gestão e com o objetivo de garantir, o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos dos utentes ou estatutários e/ou regulamentares, bem como a prevenção dos problemas e a ênfase na melhoria contínua.

Após tradução e adoção em Portugal, foram designadas por NP EN ISO 9001:2008 (Portugal, IPQ, 2009). A Norma NP EN ISO 9001 especifica os requisitos de um sistema de gestão da qualidade que pode ser utilizado para aplicação interna pelas organizações, ou para certificação, ou para propósitos contratuais. Encontra-se centralizada na eficácia da gestão da qualidade para ir de encontro aos requisitos do cliente (Portugal, IPQ, 2009). Como podemos verificar na Figura 3.5, um sistema de gestão da qualidade assenta na identificação das atividades chave da organização e no estabelecimento de prioridades para monitorizar e melhorar processos, centrada e orientada para a satisfação dos utentes.

O modelo organiza e integra as atividades de melhoria da qualidade, fornece a estrutura necessária ao planeamento, conceção, medição, análise e melhoria de processos, estruturas e resultados com base numa abordagem sistemática e sistémica da organização (Rocha, 2006).

Figura 3.5 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processo



Fonte: Adaptado da ISO 9000:2008.

A norma NP EN ISO 9001:2000 está baseada em oito princípios de gestão da qualidade: focalização no utente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem à gestão através de um sistema, melhoria contínua, abordagem à tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores.

Esta norma é organizada segundo uma lógica de processos:

- A gestão de topo é responsável por estabelecer a política de qualidade, comunicá-la à organização, estabelecer os objetivos de qualidade, assegurar a disponibilidade dos recursos e os processos de trabalho para ir ao encontro dos requisitos do utente a aumentar a sua satisfação. Este sistema deve ser revisto em intervalos planeados de forma a assegurar que se mantém apropriado, adequado e eficaz.
- Os recursos devem ser os necessários e geridos eficazmente (competência, consciencialização e formação dos recursos humanos, a infraestrutura necessária, o ambiente de trabalho adequado). Na realização do produto deve haver um planeamento da realização do produto com controlo de todo o processo de trabalho e de todas as variáveis e processos relacionados com o utente para determinação e revisão dos requisitos do produto.
- A organização deve planear e implementar os processos de monitorização, medição, análise e melhoria necessários, determinando os métodos aplicáveis, incluindo técnicas estatísticas e a extensão da sua utilização (NP EN ISO 9001:2000).

Health Quality Service (CHKS) – King’s Fund

É uma organização multiprofissional, privada e sem fins lucrativos, que tem como missão garantir um elevado nível de qualidade assistencial nos serviços de saúde.

No âmbito da implementação de um programa de qualidade em Portugal, foi assinado um protocolo de colaboração em 1999, entre o Sistema Português da Qualidade na Saúde, o Ministério da Saúde e o *King’s Fund Health Quality Service* (KFHQS), com a duração de 5 anos, desdobrados em três fases distintas: i) aprendizagem do processo de acreditação de hospitais e sua aplicação; ii) estabelecimento da infraestrutura e gestão da transição; iii) revisão e avaliação do sistema e consequente definição do tipo de colaboração desejada por ambas as partes (Boavista *et al*, 2000: 31-32). Usa como metodologia um conjunto de normas e critérios delineados especificamente para o contexto hospitalar com o envolvimento de todos os profissionais. Estas metodologias e normas hospitalares do KFHQS foram desenvolvidas e validadas para a realidade portuguesa (Boavista *et al*, 2000).

Este processo de acreditação é baseado na implementação e avaliação, por pares, de um conjunto de padrões e critérios pré-definidos, aplicados à área de gestão institucional, gestão de recursos humanos, direitos e necessidades dos pacientes e serviços específicos. O seu desenvolvimento trouxe uma contribuição substancial para a ligação entre o envolvimento

multidisciplinar e reconhecimento da boa prática e consequentemente para a melhoria contínua da qualidade (Almeida *et al*, 2010). França (2000) refere que esta metodologia tem alguns passos de realização obrigatória e sequencial que, em termos gerais, se enunciam do seguinte modo: introdução aos padrões e critérios, autoavaliação e desenvolvimento organizacional, revisão por pares e, por último, relatório final e decisão de acreditação.

Atualmente este modelo define um total de 69 normas e 2664 critérios “a” para a avaliação da organização, divididos em seis grandes áreas:

1. Liderança e Gestão organizacional;
2. Serviços Hoteleiros;
3. Cuidados centrados nos doentes;
4. Funções corporativistas / organizacionais;
5. Gestão de serviços;
6. Serviços clínicos.

O programa CHKS, desde que foi implementado na realidade portuguesa, tem vindo a evoluir e a adaptar-se com novas normas e critérios. Neste sentido é o único programa de acreditação que, a partir de 2010, contempla uma norma específica do Serviço Social (norma 63), na área dos Serviços Clínicos, enquadrando-se no “ trabalho em colaboração para os serviços clínicos, de forma a promover e aumentar a independência das pessoas num ambiente seguro” (CHKS,2010:476). Constitui-se assim, “como um sistema de verificação da qualidade, permitindo o reconhecimento externo de que aquele hospital tem implantado um sistema de acordo com o referencial exigido” (Almeida *et al*, 2010:120) e por conseguinte, numa cultura exclusiva de excelência do Serviço Social Hospitalar na melhoria dos cuidados e serviços prestados aos utentes.

Joint Commission International (JCI)

Com o objetivo de permitir a acreditação voluntária dos hospitais, foi criada em 1951 a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* com um programa de normas para avaliação das instituições. A adesão a este programa deu-se a nível mundial, as atividades foram-se expandido e, em 1987, a organização mudou de nome para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) que tem como missão melhorar a

segurança e qualidade da saúde, através da acreditação de cuidados de saúde ou através da certificação de serviços e fornecendo normas para avaliar as organizações.

A acreditação tem como referencia um Manual Internacional de Padrões de Acreditação que, está organizado em 11 funções e 368 padrões e subdividido: cinco funções dirigidas ao utente (Acesso e Continuidade dos Cuidados; Direitos do Doente e Familiares; Avaliação do Doente; Cuidados ao Doente e Educação dos Doentes e Familiares) e seis funções dirigidas à organização (Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente; Prevenção e Controlo da Infecção; Governo, Liderança e Direção; Gestão do Ambiente Hospitalar e Segurança; Educação e Qualificação dos Profissionais; Gestão da Informação) (Almeida *et al*, 2010; JCI, 2007).

A acreditação hospitalar, segundo as normas da JCAHO, tem a seguinte filosofia:

- Avaliar globalmente a organização, tendo como pressuposto que o utente representa um conjunto complexo de processos e funções;
- Utilizar normas consensuais para a avaliação da qualidade;
- Envolver todos os profissionais de saúde no desenvolvimento das normas e avaliação de processos;
- Focalizar no utente o desenvolvimento das normas e a avaliação dos processos, como as questões da segurança e efetividade dos cuidados prestados;
- Criar uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)

O Modelo ACSA adotado e adaptado para Portugal em 2009 como Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, destina-se a instituições de saúde na sua totalidade ou a serviços de saúde e, abrange outras áreas de acreditação, nomeadamente, as competências profissionais (distinta das titulações e especializações profissionais concedidas pelos órgãos competentes), de formação contínua e de *websites* com conteúdos de informação sobre saúde (DGS, 2009).

Este modelo assenta em diversas características próprias: é coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e por conseguinte com os planos e ferramentas de gestão que estão em desenvolvimento com vista à melhoria contínua do SNS; tem como referência os diferentes programas de saúde; aborda a qualidade de uma forma integral e tem um

carácter progressivo. É portanto, um processo dinâmico, contínuo e evolutivo que considera não apenas o momento atual de desenvolvimento da qualidade nas organizações de saúde, como o seu potencial de crescimento e aperfeiçoamento.

A acreditação Hospitalar segundo o modelo ACSA tem como pilares fundamentais: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão de competências. Temos portanto, diferentes possibilidades de configurações de sistemas de qualidade a aplicar numa organização hospitalar.

4. Acreditação Hospitalar: Entre a inovação e a mudança organizacional e na prática profissional

Umbilicalmente o processo de acreditação num hospital pressupõe mudança. Num primeiro momento e quando falamos em mudanças provocadas pela acreditação, falamos essencialmente sobre mudanças no “ funcionamento organizacional e práticas como um todo” (Pomey *et al*, 2004:113).

Ao refletirmos sobre a acreditação hospitalar entendemos que é um processo “ que não se esvazia numa definição de atividade única e isolada, mas antes cria uma rede de atividades complexas de mudança organizacional” (França, 2004:2). Vemos deste modo que, uma mudança complexa numa organização poderá compreender a implementação ou reestruturação de programas de iniciativa de mudança cultural, de fusões, envolvimento de um grande número de pessoas e distintos grupos profissionais, entre outros (Cameron & Green, 2009).

Konigswieser & Hillebrand (2005), dizem-nos que há outros pressupostos de importância primordial a considerar nas organizações tendo por base os princípios de complexidade: i) as organizações não funcionam como máquinas; ii) estão em constante mudança e reprodução; iii) devem criar estruturas internas de forma a promover segurança e estabilidade dentro da organização; iv) as organizações devem ser proactivas e dinâmicas sempre e não só em tempo de crise e depressão (citado por Cameron & Green, 2009).

Neste contexto, e considerando que a acreditação hospitalar “apresenta múltiplas vantagens” (Simões, 2009: 288) no desenvolvimento de uma política de qualidade, que passa pela organização, pela gestão qualificada dos processos e integração concertada dos diversos setores da Unidade Hospitalar, fomentando ainda “ (...) a satisfação das expectativas e necessidades dos cidadãos e dos profissionais (...) garantirá os seus direitos, potencializando

a segurança, motivando e reconhecendo a competências dos profissionais, produzindo resultados efetivos” (DGS, 2011: 20).

Podemos compreender que uma mudança organizacional é um conexo de valores, técnicas e estratégias reconhecidas cientificamente, perspetivando alterações planeadas na organização, de forma a melhorar o desempenho individual e organizacional (Porras & Robertson, 1992). Reconhece-se portanto, que o foco central passa pelo desenvolvimento individual e organizacional, tendo subjacente uma mudança planeada, estando assim, em plena consonância com o processo de acreditação. Na mesma linha de reflexão e a fim de sublinhar a importância da mudança organizacional na incorporação e envolvimento da organização como um todo, Lima & Bressan referem-nos que uma mudança é “qualquer alteração, planeada ou não, nos componentes organizacionais: pessoas, trabalho, estrutura formal, cultura ou nas relações entre a organização e seu ambiente, que possam ter consequências relevantes, de natureza positiva ou negativa, para a eficiência, eficácia e/ou sustentabilidade organizacional” (Lima & Bressan, 2003:25).

Complementando, Araújo (2001) diz-nos que, há outro fator de importância primordial para a mudança organizacional, o envolvimento, o apoio e a supervisão dos gestores, pressupondo que possa alterar as componentes comportamental, estrutural, tecnológica e estratégica. Visando promover a melhoria contínua de todos os níveis das suas estruturas de gestão, de forma a dotar o Hospital de um modelo de gestão responsável, idóneo, participado e motivado, no quadro de uma política em constante desenvolvimento organizacional. A relevância da mudança organizacional, “será tanto mais efetiva quanto maior a capacidade de execução dos intervenientes e a capacidade do ambiente hospitalar em responder à mudança” (França, 2004: 1).

Apesar da reduzida investigação sobre as mudanças nas organizações de saúde, decorrentes de um processo de acreditação Pomey *et al* (2004) referem que, estudos realizados em diversos países como Canadá, Austrália e Estados Unidos da América, demonstram divergência nos resultados.

No que diz respeito à Austrália, a avaliação do impacto da acreditação revelou grandes benefícios em diversas áreas organizacionais; administração e gestão, segurança e na definição da missão hospitalar. De sublinhar a importância dos contributos da equipa de enfermagem na implementação dos processos de qualidade nos serviços e na melhoria da comunicação.

Relativamente ao Canadá, os estudos demonstram uma melhoria substancial dos processos de comunicação em relação às práticas clínicas. Por outro lado, os indicadores desenvolvidos pelos grupos de autoavaliação não permitiram a monitorização da performance organizacional. Todavia, Pomey *et al* (2010) menciona que a acreditação pode ser considerada uma ferramenta eficaz de mudança mas, podendo esta dinâmica estar relacionada com o contexto organizacional. Significa ainda que o processo de acreditação é um instrumento relevante para: i) acelerar a integração e estimular um espírito de cooperação; ii) apoiar na introdução de programas de melhoria contínua da qualidade; iii) criação de nova liderança; iv) proporcionar aos profissionais um melhor relacionamento e; iv) promover as relações entre as organizações de saúde e outras organizações (Pomey *et al*, 2010).

Nos EUA, o estudo realizado em 1992 por Keeler *et al* (1992 citado por Pomey *et al*, 2004) não revelou evidências na melhoria dos cuidados de saúde prestados. No entanto, outros estudos realizados posteriormente demonstraram que a introdução de novos padrões conduziu de um processo de garantia da qualidade a uma melhoria contínua da mesma.

A participação e o envolvimento dos profissionais no processo de acreditação assentam também, na identificação de debilidades e volubilidades na organização e na execução de medidas corretivas (DGS, 2011).

A pesquisa levado a cabo por Pomey *et al* (2004) torna patente que a autoavaliação é um dos fatores propícios à implementação da mudança organizacional. Isso releva-nos que, ao reconhecer a autoavaliação da performance dos hospitais na criação de valores partilhados entre os profissionais e o ambiente organizacional, promove-se uma melhor prestação de cuidados ao doente. Compreendemos que a amplitude da autoavaliação proporcione focar a prestação de cuidados no utente e na sua família, na avaliação sistemática da sua satisfação e na implementação de um sistema de gestão de queixas mais apropriado.

Ainda que noutra linha de investigação, quanto à avaliação do impacto da acreditação, mas com ênfase em dois tipos de organizações de saúde, acreditadas e não acreditadas, Hazard *et al* (2002), afirmam que foram encontradas variações e dissemelhanças entre os dois tipos de estrutura organizacional. Em algumas áreas de funcionamento, quanto à implementação da gestão do risco, na avaliação da performance e nos processos de ação corretiva.

Esta pesquisa torna patente a dialética entre os dois tipos de organizações, em que nas organizações de saúde acreditadas existe um maior envolvimento por parte dos órgãos de

gestão na análise da natureza dos riscos na estrutura organizacional, à semelhança do que ocorre nos processos de ação corretiva, em que a monitorização e a eficácia dos planos de ação corretivos são realizados de forma a identificar, reduzir e a eliminar os problemas na organização.

Quanto à avaliação da performance, as organizações acreditadas demonstram evidências registadas da avaliação participada do desempenho dos profissionais, o que não ocorre com as organizações não acreditadas. Lopes (2007) realizou, a nível nacional, um estudo empírico com ênfase no *impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar*. No referido estudo, o autor foca dois hospitais, um em processo de acreditação e outro sem acreditação e, revela-nos que o hospital em processo de acreditação tem melhor performance que o hospital sem acreditação.

A acreditação configura “um programa com impacto nas práticas de gestão da qualidade e um ponto de partida para a implementação de um sistema de qualidade no hospital” (Lopes, 2007:105).

Como notam Alkhenizan & Shaw (2011), no estudo realizado para avaliar o impacto dos programas de acreditação da qualidade dos serviços de saúde, os resultados apontam evidências consistentes de que os programas de acreditação nos serviços de saúde melhoram o atendimento aos utentes e os resultados clínicos de uma grande variedade de circunstâncias clínicas. Dizem-nos ainda, que os programas de acreditação devem ser considerados como um instrumento de extrema importância na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

As mudanças organizacionais podem ser perspectivadas conforme o modo como é desencadeado e o grau de mudança efetuado. Assim, um processo de acreditação poderá incitar *mudanças de primeira ordem, ou incremental*. Estas mudanças assentam na dinâmica organizacional regular, traduzindo-se no esforço de melhoria nos processos, quanto às “ (...) alterações introduzidas no quadro dos projetos de qualidade nas organizações” (Caetano, 2001: 532-533). Isto significa que o modo como se desencadeia a mudança, no interior da organização, é no formato de *mudança planeada*, em que “ pressupõe algum tipo de estabilidade e previsibilidade das condições em que a organização vai operar, o que permite diferenciar, no tempo, a fase de conceção e planeamento da fase de implementação das alterações consideradas necessárias” (Caetano, 2001:533). Diremos então que, a conexão com o sistema de acreditação num hospital é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo que proporciona o desenvolvimento e a melhoria da qualidade na organização.

Subjacente aos objetivos da organização, o processo de mudança pode ter como alvo, os indivíduos, os grupos e a organização considerada. Ao nível individual visa sobretudo o aperfeiçoamento profissional, a aquisição de novos conhecimentos ou competências, a modificação de comportamentos e de atitudes. Em consonância e afinidade com a mudança individual, está a mudança no grupo, no desenvolvimento e consolidação do espírito de equipa e a resolução dos problemas em grupo. Estas estão interconectadas com a mudança macro organizacional que incide nos valores e na cultura, sobre as práticas os processos de gestão, estrutura e a estratégia global da organização e das redes das organizações (Caetano, 2001; Weick, 2000). Nos seus pressupostos e princípios da acreditação, o desempenho organizacional é maximizado quando baseado numa gestão e partilha de conhecimentos, dentro de uma cultura de aprendizagem contínua, de inovação e de melhoria.

O papel do líder

Numa confluência necessária à mudança organizacional, também é fundamental falarmos da liderança, pelo contributo que fornece ao processo considerado, pelo facto de “ o líder influenciar os processos e as dinâmicas de grupo” (Dias, 2001:20) e procura “ obter a participação voluntária dos subordinados num esforço para atingir os objetivos da organização” (Frederico & Leitão, 1999:79). A este propósito, Cameron & Green alertam para a necessidade de os líderes terem um papel diferente na mudança complexa, ou seja, ser um “facilitador da mudança emergente, significa que se transmite através da visão, dos valores e da ética organizacional. Significa, também, a criação de um diálogo generativo e reflexivo, e estar presente para o "aqui e agora"” (2009: 330).

Existe uma relação distinta entre a liderança necessária para resolver um problema técnico de rotina e o tipo de liderança necessária para permitir a mudança organizacional. Heifetz e Laurie (1997) argumentam que os líderes da mudança devem ter como abordagem, a análise do ambiente, motivar as pessoas para os desafios e por conseguinte promover o diálogo ativo e informado, capacidade para perceber a mudança de cultura e de processos de trabalho (citado por Cameron & Green, 2009).

De acordo com estes ideais, chegamos ao conceito de liderança transformacional, em que os líderes bem-sucedidos são carismáticos, visionários e inspiradores (*Ibidem*). Burns (1978) e Bass (1985), aludem de uma forma geral que a liderança transformacional é a capacidade de transmitir aos liderados: confiança, admiração, lealdade e respeito que se traduz em altos níveis de desempenho, fazendo com que adiram à visão do líder, se

identifiquem com o mesmo, e com os interesses coletivos da organização (citado por Caetano, 2001). No entanto, como acentua Caetano (2001) a liderança poderá assumir três formatos: a liderança transacional, liderança transformacional e liderança carismática.

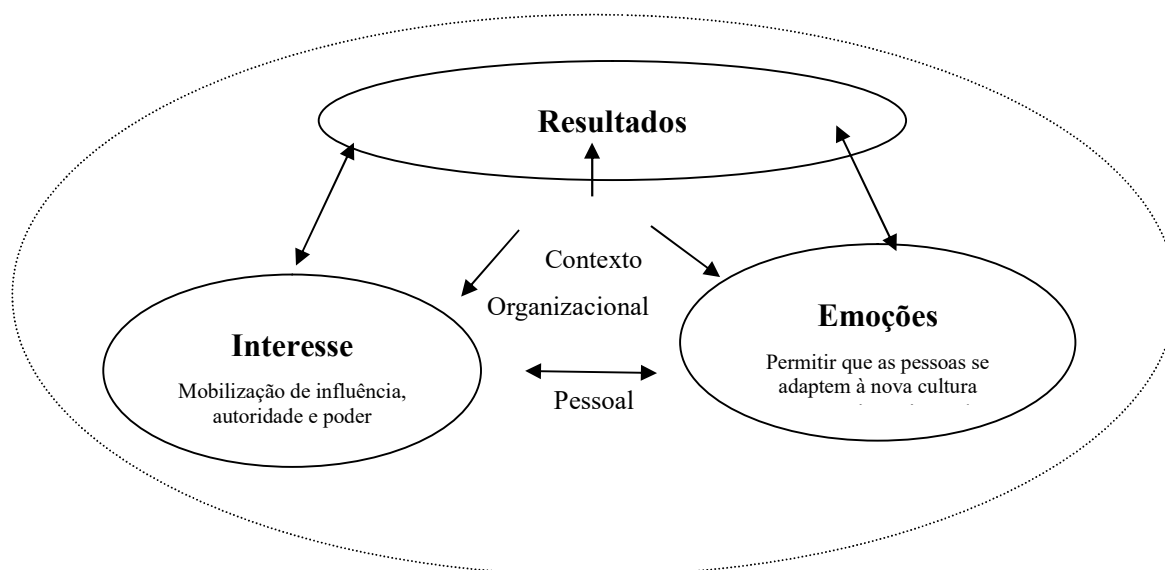
O líder poderá optar por adotar um destes três tipos de comportamentos, de forma isolada ou complementar, variando-os ao longo do tempo ou /e de acordo com as situações. De realçar que, estudos empíricos conhecidos, evidenciam o comportamento transformacional relacionando-o com baixas taxas de rotatividade de pessoal, elevada produtividade e alta satisfação dos colaboradores (*Ibidem*).

Depreendemos que a liderança transformacional envolva o líder na regulação e elevação dos valores organizacionais, na confiança e nas expectativas de grupo e na sua transformação como um todo. Este comportamento, tem subjacente o carisma, a inspiração, o estímulo intelectual e a consideração individualizada.

A liderança transacional tem por base a troca, ou seja, trocam-se incentivos e estatuto por desempenho. Esta modalidade pressupõe duas dimensões: reforço contingente: o bom desempenho é valorizado pelo líder e a gestão por execução: o líder atua para corrigir algo que vai mal. (Bryman 1992, citado por Cameron & Green, 2009 ; Caetano, 2001). Quanto à liderança carismática Conger & Kanungo (1987), dizem-nos, que o líder carismático procura alcançar forte empenho pessoal na concretização dos objetivos organizacionais, é um gestor de mudança. Todavia, esta liderança tem uma componente ideológica e constitui uma referência de mudança organizacional (citado por Caetano, 2001).

A perspetiva mais inconsútil e atual relaciona-se com o modelo de liderança proposto pelos autores Green & Cameron (2009), que estabelece três dimensões fulcrais para os líderes considerarem num processo de mudança, expostas na Figura 3.6. Este modelo valoriza dimensões que, apesar de distintas são complementares, o que permite enaltecer, para além dos resultados organizacionais, as emoções das pessoas envolvidas no processo de mudança concomitantemente ao interesse e influência de liderança, a fim de promover e consolidar a mudança e alcançar o sucesso contínuo a longo prazo.

Figura 3.6- Três dimensões de liderança



Fonte: adaptado do modelo de liderança de Mike Green, Andy Holder and Mhairi Cameron, citado por Cameron & Green, 2009

Segundo a perspectiva dos autores, quanto ao sucesso do modelo de liderança face à mudança organizacional, está a capacidade de moderação entre o sucesso e a capacidade de admitir erros e falhas. Ter a capacidade de harmonizar e conciliar metas de trabalho, a *curto* e a longo prazo, associada a uma postura visionária e pragmática tendo como fim o reconhecimento e incentivo do trabalho em equipa (Cameron & Green, 2009). Vemos, deste modo, que o nexo entre as mudanças provocadas pela acreditação e a liderança assume verdadeira importância. Um bom líder de mudanças dá oportunidade para que todo funcionário pratique reiteradamente o comportamento desejado, ao mesmo tempo modelando novos métodos e procedimentos de trabalho reforçando assim os valores, a missão e a visão organizacional. Waldman, *et al.* (1998) acreditam que a liderança influencia os comportamentos orientados para a gestão pela qualidade total, nomeadamente a melhoria contínua e do trabalho de equipa.

Mudança individual

O referido até aqui, entre múltiplas intenções, abarca o seguinte “ processo de mudança que representa um grande desafio para todos os atores (...) aos profissionais de saúde competentes assumir a liderança ética, técnica e científica deste processo” (Revez & Silva, 2010: 48).

Na realidade, para a “eficácia dos processos de mudança planeada, é conveniente adotar uma visão integrativa e sistémica das mudanças desencadeadas a vários níveis”

(Caetano, 2001:537). Configura-se pois, a necessidade de uma análise integrada, complementar e interrelacionada dos alvos de mudança numa organização: macro organizacional, grupos e indivíduos.

A repercussão da mudança tem de ter uma dimensão concertada e conjugada aos diversos níveis. Cameron & Green referem que “a mudança individual é o cerne de tudo o que é alcançado nas organizações” (2009:9). A filiação deste pensamento no quadro da mudança individual é sustentada por quatro fatores apresentados por Basto (1998) da seguinte forma: i) os fatores intrapessoais: as atitudes, as competências, a autoimagem, o carácter, a opção, a perceção, o conflito, a intenção, o controlo, a satisfação e o stress/burn-out; ii) os fatores interpessoais: distribuição do trabalho, características da função, identidade grupal, liderança e à interação com os clientes; iii) os fatores posicionais: estrutura organizacional e no controlo de trabalho; iv) os fatores ideológicos possuem como componentes fundamentais, os valores, as normas e a ideologia organizacional.

Assim, compreender a dinâmica decorrente da ação simultânea de um sistema de acreditação e de mudança individual, poderá compreender quatro abordagens definidas pelos autores Cameron & Green (2009) já mencionadas na figura 10. Cada uma delas, tem uma perspetiva diferente e ao mesmo tempo pode ser complementar quanto às questões de mudança:

- Abordagem comportamental- Como podem mudar o comportamento das pessoas? Deste ponto de vista, este modelo tem por base, a estratégia da recompensa e punição, associado e suportado pelo sistema de gestão de desempenho, relativamente à avaliação do comportamento do indivíduo. Subjacente à avaliação do desempenho está a fixação de objetivos “ no sentido ou direção de desempenho da atividade e o critério de medida do resultado do desempenho efetuado” (Neves, 2001: 272). A este propósito Cameron & Green (2009), alertam para a necessidade de considerar alguns fatores de forma a fazer deles variáveis constituintes de uma abordagem comportamental. Como o reforço financeiro, na atribuição de prémios ou recompensas pelo desempenho profissional. O reforço não financeiro na perspetiva de dar *feedback* acerca do desempenho profissional que poderá ser negativo ou positivo. Este *feedback* pode assumir a forma, de *coaching* onde se trabalham os comportamentos e atitudes em conjunto e na promoção de estratégias de motivação. Por último, esta abordagem ainda contempla o reforço social, que assume a forma de ações interpessoais, ou seja, direcionada para a comunicação escrita ou verbal que poderá de ser de natureza

positiva ou negativa. Como por exemplo a atribuição de louvores, elogios e reconhecimento. Assim, “ o impacto positivo da participação no desempenho traduz-se no incremento individual de aspiração e na predisposição para aceitar objetivos com um nível maior de dificuldade” (Neves, 2001: 272).

Herzberg (1968), sugere que há um claro e importante fator que advém da motivação para além da recompensa e punição. Significa isto que precisamos de enfatizar a motivação quanto: à realização, ao reconhecimento, à responsabilidade, ao progresso, à aprendizagem, e ao tipo e natureza do trabalho (citado por Cameron & Green, 2009).

- Abordagem cognitiva (Obtenção de resultados) – Como a mudança pode ser atraente para as pessoas e como as mesmas podem alcançar os resultados que ambicionam? A teoria cognitiva fundamenta-se na premissa de que as emoções e os problemas dos indivíduos são o resultado da forma como pensam e naturalmente da maneira como avaliam e vêem a situação. Ou seja, “ a força da tendência para agir de uma determinada maneira, depende da força da expectativa no resultado da sua atuação e no grau de atratividade de tal resultado” (Neves, 2001: 266). Assim, os valores dos indivíduos influenciam as suas crenças, que por sua vez influenciam as suas atitudes, os seus sentimentos e o seu comportamento dentro da organização. Face a um processo de mudança, esta abordagem tem como técnicas: listar qualidades individuais, repetir afirmações pessoais e positivas, reenquadrar o que causa ansiedade. Ao mesmo tempo que se diminuem de padrões comportamentais e se analisam racionalmente as crenças irracionais. E assim, fundamentar a necessidade de introduzir mudanças nas funções desempenhadas pelos funcionários (Cameron & Green, 2009).

A fim de sublinhar a importância da abordagem cognitiva, Vroom (1964) e Lawler (1986) apresentam também um conexo de consideráveis pressupostos, dotados de uma força que é a da sua constante articulação numa relação binária de recompensa – instrumentalidade.

Esta formulação assume três propósitos: i) a atratividade ou a importância que representa para o individuo o resultado que pode ser conseguido na sequência do trabalho; ii) a relação desempenho – recompensa em que o individuo acredita que determinado desempenho conduzirá à obtenção de um resultado desejado; iii) o conexo esforço – desempenho, na percepção do individuo de que dependendo do esforço feito conduzirá à obtenção de bom desempenho. Vemos, deste modo, que as recompensas são fulcrais para

promover elevada instrumentalidade (citado por Neves, 2001). Pressupõe que as recompensas devem ser consideradas em função do desempenho e não pela antiguidade.

- Abordagem psicodinâmica (o mundo interior da mudança) – O que está realmente a acontecer às pessoas? A abordagem psicodinâmica é útil para os gestores que querem entender as reações dos seus funcionários durante um processo de mudança. Este modelo permite e, é importante, para que os gestores saibam compreender as atitudes e reações, dos funcionários, quando estes se deparam com a mudança. Ou seja, é fulcral que o líder e o profissional reconheçam as diversas fases de dificuldade em conjunto, de forma a gerir e ultrapassar as reações negativas à mudança.
- Abordagem humanista (maximizar o potencial) – Como as pessoas podem maximizar os benefícios da mudança? Na perspetiva do gestor esta abordagem humanista abre possibilidades e desafios interessantes à compreensão das atitudes do indivíduo face a um processo de mudança. Isto implica a existência de uma relação de confiança entre o líder e o colaborador, para que este último senta que pode expor as suas fragilidades e anseios e que estes irão ser compreendidos. Esta predisposição leva a que o colaborador elimine resistências e assuma um processo de desenvolvimento e de mudança. A filiação desta abordagem é sustentada por três pressupostos: i) a importância da consciência subjetiva vivida pelo indivíduo; ii) a importância de assumir a responsabilidade por uma situação, na escolha da forma como pensa, sente ou age; iii) a importância da pessoa como um todo (uma abordagem holística), inseridos num contexto social e cultural.

Compreender a dinâmica decorrente de um processo de mudança é de extrema importância para que se promova a adaptação e renovação dos comportamentos dos colaboradores informando, envolvendo e apoiando em todo o procedimento. Esta perspetiva implica uma interação com a dimensão organizativa e fundamentalmente com a dimensão individual. Significa isto, que precisamos de enfatizar a mudança numa perspetiva relacional e interdisciplinar num espírito esclarecedor, participativo e dinâmico, donde o elemento chave é o indivíduo, envolvendo-o em todo o processo de mudança.

Mudar implica aprender um novo comportamento ou atividade, ou seja a “melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados, é alimentada pela criatividade das pessoas e apoiada por elas, tem origem em necessidades específicas do cliente, e não está necessariamente obcecada com o custo mas

sim, com uma cultura que valoriza a melhoria contínua” (Carapeto & Fonseca, 2006: 348-349).

Neste alinhamento de ideias, Caetano (2001) refere que a maioria dos gestores não perspetiva a mudança como um processo que tem inerentes diversos mecanismos de gestão mas estabelece e determina a diferenciação entre três distintas fases que descrevem o processo de mudança e que nos permitem refletir sobre os mecanismos que atuam em cada fase de implementação e gestão de programas de acreditação:

- i) *descongelamento*, surge com a rutura de hábitos e comportamentos, dando lugar à disponibilidade para novas experiências ou modelos de conduta. Pode traduzir-se em insatisfação com o estado atual e implica a enunciação da motivação associada a processos de ansiedade;
- ii) *mudança*, situa-se num novo nível de envolvimento contemplando novos valores, atitudes e comportamentos. A particularidade desta fase, assenta na capacidade de definir temporal e espacialmente a mudança sociocognitiva, afetiva e comportamental dos profissionais, criando desta forma bases para efetivar uma análise sequencial e contextual das transformações a ocorrer. Significa ainda que, os profissionais têm de se sentir motivados e informados de forma a adquirir e adotar nova visão da situação;
- iii) *recongelamento*, consiste na estabilização das mudanças efetuadas já integradas nos processos operacionais dos profissionais. De notar, que esta fase tem carácter transitório e cíclico, podendo conduzir ao início de um novo ciclo. Esta dimensão pode subdividir-se em *recongelamento pessoal*, assenta na capacidade da pessoa aferir os seus novos comportamentos e atitudes e se estes são congruentes com as mudanças produzidas e, o *recongelamento relacional*, permite verificar se as pessoas ou os membros dos grupos de referência adotam e certificam os novos padrões comportamentais e atitudes consequentes à mudança.

Na perspetiva deste ciclo de mudança, a avaliação do contexto organizacional na sua interconexão com a dimensão individual, nas relações interpessoais e grupais, conduz à identificação das técnicas facilitadoras do processo de mudança durante as diferentes fases. Implica ainda, que a durabilidade de cada fase tenha um carácter contingencial redefinida de acordo com as especificidades organizacionais, o tipo de mudança a implementar e a metodologia a utilizar.

Similarmente também Schein (1996) sugere que quando se dá o descongelamento e as pessoas estão motivadas para interiorizar e aprender novas práticas e ideias dá-se, de imediato, a célere apropriação das mesmas (citado por Caetano, 2001). A este propósito Lewin (1951) alerta também, para a necessidade de analisar os elementos fundamentais para a sua implementação e reintroduzir os fatores, espaço e tempo, a fazer deles variáveis integrantes de forma a aumentar os elementos favoráveis em detrimento dos não favoráveis para se adquirir sucesso numa mudança (citado por Caetano, 2001).

Resistência à mudança

Uma organização é constituída por pessoas diferentes, com distintas particularidades, que podem influenciar com as suas atitudes, a mudança organizacional. Ao destacar o papel dos profissionais de saúde na implementação de programas de acreditação numa organização e consequentemente de problemas em contingentes imprevisíveis relacionados com a mudança, poderá ser algo complexo. Este ponto de vista introduz, a possibilidade de incorporar reações peculiares que nem sempre são congruentes com os objetivos da mudança.

O estudo realizado por Alkhenizan & Shaw (2012) sobre a avaliação da atitude dos profissionais de saúde face a um programa de acreditação, os autores afirmam “ que os profissionais de saúde tiveram uma atitude séptica em relação à acreditação (...) viram-na como algo burocrático e exigente” (2012: 74-79). Desta forma, a mudança organizacional planeada ou não, poderá fazer emergir contrariedades no profissional que poderão estimular atitudes negativas, que poderão originar resistências à mudança. Esta descrição compreende assim a definição multidimensional de resistência à mudança, que inclui três componentes: i) cognitivo ii) emocional e iii) comportamental. Estes diferentes componentes possibilitam compreender os sentimentos, as intenções, as crenças, os pensamentos, os anseios e as reações dos colaboradores quando sujeitos a um processo de mudança (Pederit, 2000).

À semelhança de Pederit, Oreg ressalva igualmente a definição de resistência, vista como uma “atitude tridimensional (negativa) para a mudança, que inclui os componentes afetivo, comportamental e cognitivo ” (2006: 76.) e como a “tendência de um indivíduo para resistir ou evitar fazer alterações desvalorizando a mudança em geral, e considerar a mudança como algo aversivo em diversos contextos e tipos de mudança” (Oreg, 2003:680). Desta forma, a questão da resistência à mudança traduz-se “no facto dos colaboradores não aderirem ou assumirem as mudanças que a direção da organização pretendem efetuar” (Caetano, 2001:541).

É neste seguimento que Kim & Mauborgne (2008) enfatizam e argumentam os possíveis obstáculos inerentes a um processo de mudança organizacional: i) “o despertar dos colaboradores para a necessidade de mudança estratégica - é fundamental romper com o *status quo*; ii) os recursos limitados; iii) a motivação; iv) as políticas organizacionais (2008:183). Confiança e compromisso devem coexistir como elementos intrinsecamente interligados na implementação da mudança por parte dos líderes e por conseguinte na redução da resistência, apelando às atitudes e comportamentos dos seus colaboradores como parte integrante dos valores organizacionais.

Diferentes estudos sobre a resistência à mudança têm vindo a evidenciar-se na gestão estratégica (Bouckenooghe, 2010) que vê a mudança organizacional como um processo de implementação de estratégias corporativas manifesta numa série de dualidades, como os líderes organizacionais e tomadores de decisão. Por outro lado, e sob o ponto de vista do desenvolvimento organizacional, Choi & Ruona (2011) consideram a mudança como o esforço intencional e progressivo no agir profissional, no sentido de melhorar o desenvolvimento individual e subsequente melhoria do desempenho organizacional.

Destaca-se ainda, a questão da resistência à mudança, como o elemento fundamental a considerar nos processos de mudança organizacional. Com este propositivo, a resistência tem assumido diferentes significados no Serviço Social, dependendo da circunstância e do contexto em que ocorre. Na prática direta com os utentes, o conceito de resistência teve “influência pela visão freudiana, de que a resistência surge devido a uma incompatibilidade de crenças fortemente enraizadas e baseiam-se na diminuição de resolução de problemas do passado, os quais colocam impedimento na intervenção com os clientes” (Payne, 2005 citado por Hendrickson & Gray, 2012:55).

Lines (2005) demonstra que as crenças e os valores individuais estabelecem uma ponte entre o processo de mudança e a justiça social. Afirmar que, uma das principais razões porque os assistentes sociais resistem a certas mudanças organizacionais, deve-se ao tipo de mudança ou aos possíveis resultados dessa iniciativa, serem incongruentes com a prática profissional de base, sustentada no valor social (Lines 2005, citado por Hendrickson & Gray, 2012).

Ao sustentar que, a mudança organizacional tem sido influenciada pelos pressupostos de Freud relativamente aos mecanismos de defesa, Scott & Jaffe (1988) defendem que este processo se faz em quatro fases: a negação, a resistência, a exploração progressiva e o eventual compromisso com a mudança (citado por Bovey & Hede, 2001a). Por exemplo,

estratégias de mudança normativa-reeducativa, que iremos falar mais à frente, sustentam que os elementos inconscientes do indivíduo dificultam a resolução dos seus problemas e, portanto, devem ser conduzidos para a consciência para serem examinados (Choi & Ruona, 2011), isto inclui a compreensão do conjunto de emoções e impulsos que constituem fonte de ansiedade decorrente do processo de implementação de um programa de qualidade.

Conforme referido, os processos inconscientes surgem na forma como os indivíduos respondem às ameaças de mudança (Halton, 1994; O'Connor, 1993, citado por Bovey & Hede, 2001a). Os resultados da pesquisa realizada pelos autores, na compreensão dos fatores que afetam o indivíduo num processo de mudança organizacional, a reflexão crítica revela-nos que é fulcral considerar e trabalhar os fatores humanos associados à resistência.

No modelo proposto, os autores definem duas estratégias de intervenção focadas nos fatores humanos a serem compreendidos e estabelecendo conexão com os processos inconscientes – mecanismos de defesa (Bovey & Hede, 2001a: 545-546):

- i) A intervenção baseada em informações – proporcionam ao sujeito informação de forma a uma maior consciência e compreensão dos processos inconscientes e como estes podem influenciar as motivações e comportamentos em ambientes de mudança;
- ii) A intervenção baseada no aconselhamento – cooperação tanto ao nível individual como grupal, pelo compromisso de analisar, interpretar e compreender como seus próprios mecanismos de defesa podem influenciar as suas percepções e motivações para mudar.

Segundo os autores, as estratégias de intervenção são fundamentais para apoiar e estimular o indivíduo a identificar e interpretar as suas próprias percepções de mudança “estabelecendo assim, uma maior consciência e compreensão de si mesmo. Este crescimento e desenvolvimento pessoal são suscetíveis de alterar as percepções que indivíduo tem da mudança organizacional, reduzindo assim o nível de resistência” (Bovey & Hede, 2001a: 546). Os mesmos autores são perentórios ao afirmar que uma estratégia equilibrada para a implementação da mudança, inclui a compreensão do indivíduo.

De acordo com, Forrester *et al* (2008), existem novos argumentos na literatura sobre a resistência à mudança e o Serviço Social. Uma vez que a resistência está ligada à prática direta com clientes tem vindo a ser considerada como “uma resposta acessível a uma situação” e “um produto da interação cliente-trabalhador que pode ser influenciado pelo comportamento profissional” (citado por Hendrickson & Gray, 2012). Segundo esta lógica, a

resistência pode ser o resultado do assistente social tentar utilizar uma técnica que não se ajusta bem a uma determinada situação-problema, conceber a resistência desta forma, sugere que compete ao assistente social analisar e repensar a sua própria prática profissional. É importante realçar que, semelhante à evolução dos trabalhos relativos à resistência à mudança organizacional, o campo de Serviço Social tende também a focar mais a disponibilidade para o cliente na sua mudança, em vez de superar a resistência (Hendrickson & Gray, 2012).

Argumentar que uma das principais razões pelas quais os assistentes sociais resistem a certas mudanças organizacionais é porque o tipo de mudança, ou possíveis resultados da iniciativa de mudança, são incongruentes com o trabalho de base de valor social. Esta noção é apoiada por Lines (2005) afirmando que, as atitudes negativas para a mudança são mais prováveis que a reação às mudanças pelo facto de no seu conteúdo ou processo se opõem fortemente a valores importantes e salientes de membros de uma organização (citado por Hendrickson & Gray, 2012).

Esta estratégia na prática do Serviço Social, proporciona oportunidades de expressão, envolvimento e participação. Na realidade invoca a justiça social, a qual é identificada como um valor e princípio profissional fulcral e daí advém, a importância da sua expressão na intervenção do assistente social “ cada vez mais desafiados por mudanças organizacionais na forma de reestruturação” (Hendrickson & Gray, 2012:57).

Em interconexão, com o que já foi dito e, perante o quadro de abordagens da mudança planeada, tal como a implementação de um programa de qualidade numa organização de saúde a resistência à mudança deve ser previamente prevista de forma a ser devidamente percebida e analisada os procedimentos e técnicas que permitem prevenir ou reduzir a sua dimensão (Caetano, 2001). Assume aqui pertinência a argumentação do autor quando nos diz que há um fator de primordial neste processo, é a interpretação que os colaboradores fazem das razões que lhe foram fornecidas para a realização de mudanças. Este fato influencia o modo como reagem e se predispõem a colaborar ou não com a direção da organização.

É vital que a informação sobre as razões que determinam o processo de mudança, o modo como este é efetuado, tenha um papel fulcral na análise da resistência à mudança. Para ilustrar este ponto, fazemos referência aos resultados de uma pesquisa realizada pelos autores Oreg & Schyns que concluíram: “os funcionários que perceberam a existência de uma relação de qualidade e um forte clima de envolvimento, tinham recebido mais informação e oportunidades de participação, ou seja, houve um clima de maior confiança na gestão e

posteriormente relataram menos resistência à mudança” (Oreg & Schyns, 2008 citado por Schiffer, 2011:22).

Temos então, um dos fatores com mais impacto na redução da resistência: “a participação dos colaboradores no processo de tomada de decisão sobre as mudanças organizacionais a implementar” (Conh & French, 1948 citado por Caetano, 2001:541).

O desafio para as organizações é implementar a mudança, de forma a causar o mínimo impacto na resistência individual à mudança. Neste sentido, é essencial a adoção de uma estratégia de mudança que influencie a compreensão deste processo e a consequente compreensão das razões e vantagens que daí podem advir, os autores Chin & Benne (1969); apontam três estratégias de mudança organizacional:

- i) Empírico-racional – incorpora práticas de pesquisa e disseminação do conhecimento. Esta abordagem enfatiza que as pessoas são racionalmente auto-interessadas. Se uma proposta de alteração é justificada de forma racional e demonstra benefícios para a organização ou para o indivíduo, em seguida, os membros irão comprá-lo. Isso ocorre porque as pessoas tendem a interpretar as mensagens de comunicação em termos das suas próprias atitudes e crenças. A justificação terá pouco efeito sobre eles se não está de acordo com as suas necessidades, valores e crenças.
- ii) Normativo-reeducativo - esta abordagem enfatiza a participação dos indivíduos na sua própria reeducação, é fundamental para a construção de parceria, confiança e compromisso. As pessoas não só racionalmente processam as informações assimilados no processo de mudança como, reconsideram os valores, hábitos, estruturas normativas e relacionamentos;
- iii) Poder-coercitivo - esta abordagem subestima o papel dos indivíduos que refletem sobre os seus valores e crenças, por vezes à custa de compromisso prejudicial de confiança e de relacionamento.

Em consonância com estas três abordagens, a estratégia normativa – reeducativa é concebida e defendida pelos autores como sendo a mais eficaz na interação entre os líderes transformacionais e os colaboradores, permitindo a sua colaboração e participação no processo de tomada de decisão para a mudança (Chin & Benne 1969; Choi & Ruona, 2011). Este facto leva-nos a um ponto importante e decorrente de pesquisa, as estratégias de poder coercitivo são menos eficazes (Szabla, 2007 citado por Hendrickson & Gray, 2012). A partir de uma visão crítica pode argumentar-se que, “ os interesses dos gestores não devem ser

privilegiados em detrimento dos interesses dos trabalhadores quando se considera a mudança organizacional” (Piderit, 2000 citado por Hendrickson & Gray, 2012: 54).

Ainda na mesma linha de argumentação da estratégia normativa-reeducativa, Conh e French (1948) enfatizam a participação dos indivíduos no processo de tomada de decisão sobre as mudanças organizacionais como fator que mais contribui para a diminuição da resistência à mudança (citado por Caetano, 2001). Descrevem a diminuição da resistência à mudança como um sistema cujo funcionamento se encontra amparado e conectado nos diferentes componentes psíquicos, cognitivos, motivacionais e emocionais. Lawler (1986) defende que o seu domínio se encontra diretamente relacionado com a integração interativa de três diferentes processos: i) *motivacional*, a participação das pessoas faz com que estas se impliquem psicologicamente nas mudanças a realizar; ii) *natureza das mudanças*, trabalhar de forma participada na estruturação da mudança, indo ao encontro dos seus interesses e percepção das consequências, maximizando os benefícios a obter; iii) *comunicação*, permite um melhor conhecimento e aceitação dos objetivos da mudança e das suas consequências (citado por Caetano, 2001).

Podemos dizer que “ as pessoas não resistem em mudar, mas sim, resistem a serem excluídos de um processo de mudança que afeta todos os aspetos da organização, nomeadamente o seu trabalho” (Gravenhorst, 2003:15). Também Pardo del Val & Fuentes (2003) defendem que para reduzir a resistência, os gestores devem considerar a cultura organizacional em conexão com os objetivos da mudança. Esta condição pode configurar a aproximação dos gestores e dos colaboradores e evitar “ o silêncio organizacional” (pag. 148).

A formação é considerada outro fator evidente a ser convertido num instrumento de superação e minimização das dificuldades de comunicação e “ assim evitar a resistência (...) bem como ajudar a reduzir a distância entre a situação atual e as capacidades necessárias para o processo de mudança” (*Ibidem*, pag. 150). Ainda segundo os autores, a resistência apesar de ser considerada como algo negativo, pode ter aspetos positivos, na compreensão dos mecanismos de construção e desconstrução, de negação e denegação dos sujeitos para que os decisores ou os responsáveis pela implementação das mudanças reparem nos processos mais particulares dos sujeitos, que de noutro modo, seriam negligenciados ou mesmo omitidos. Da mesma forma que a resistência pode ser considerada como uma fonte de possibilidades na compreensão dos sujeitos e na singularidade do agir profissional, por forma a modificar, transformar e desenvolver um melhor processo de mudança.

Diversos estudos têm vindo a evidenciar o fracasso inerente a distintas iniciativas de mudança atribuindo-se esse fracasso à resistência por parte dos trabalhadores. Esta resistência implica custos e consequentemente atrasos na implementação do processo de mudança (Oreg, 2006; Pardo del Val & Fuentes, 2003). Do exposto resulta, a título exemplar, um estudo realizado em 500 grandes organizações, donde se concluiu que a resistência dos colaboradores era a principal dificuldade encontrada pelos gestores ou responsáveis na tentativa de implementação de programas de mudança (Bovey & Hede, 2001b).

CAPITULO IV – DA TEORIA AO MÉTODO

1.Das questões teóricas ao Modelo de Análise

Como referimos na Introdução a presente investigação pretende identificar e analisar eventuais alterações no agir dos assistentes sociais, decorrentes de um processo de acreditação hospitalar e ainda, compreender a qualidade como elemento potencializador ou redutor das boas práticas de Serviço Social no quadro da acreditação hospitalar.

A exploração teórica que fomos fazendo sobre a temática, bem como a manifesta carência de resultados de investigação desenvolvidos neste domínio, apontam para a identificação de um conjunto de perguntas de investigação que irão orientar o estudo sobre a acreditação hospitalar e a sua influência nas práticas profissionais dos assistentes sociais:

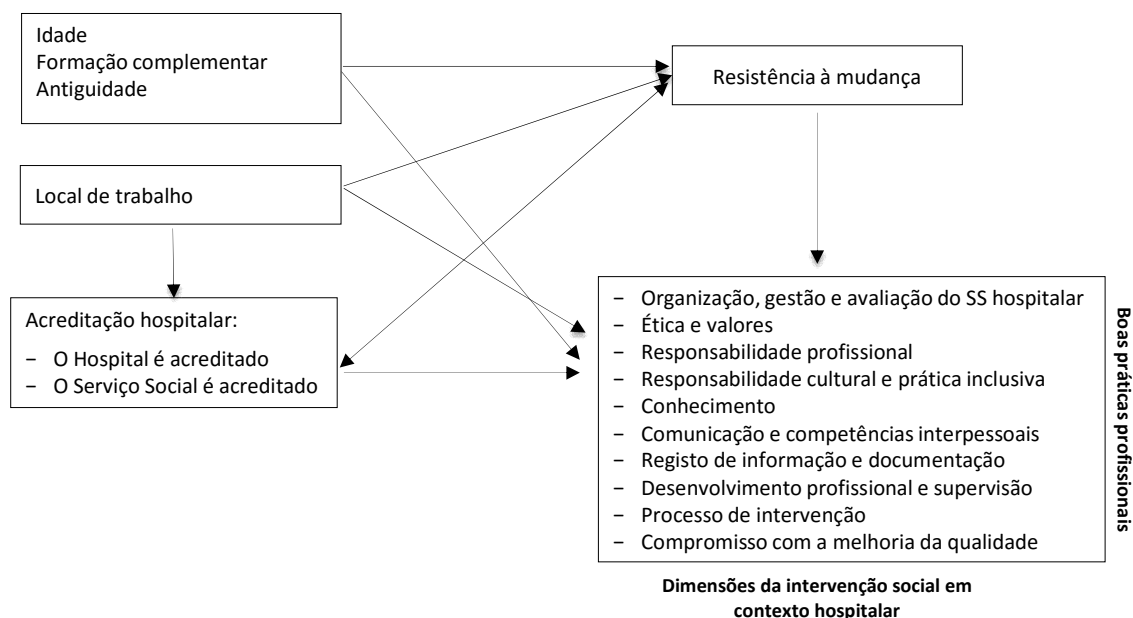
- A acreditação das instituições hospitalares traz alterações para a prática do assistente social?
- Os processos de acreditação hospitalar estabelecem uma relação com as boas práticas dos assistentes sociais?
- O envolvimento da Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar e da equipa no processo de acreditação promove inovação e boas práticas?

Com base na revisão da literatura efetuada nos capítulos teóricos anteriores, é proposto um modelo de análise (Figura 4.1) que sistematiza um conjunto de relações entre conceitos centrais nesta investigação.

A ação do assistente social em contexto hospitalar é descrita pela intervenção com utentes com instabilidades psicossociais geradas pela doença (Mafrest, 2012), na sua adaptação à nova condição, às exigências do processo de tratamento e de hospitalização (Erickon *et al*, 1994). Neste sentido, o objetivo do agir profissional passará por utilizar capacidades de diagnóstico e de tratamento num âmbito de constantes e inesperadas mudanças e por conseguinte na (re) definição de prioridades. Desta forma, o assistente social desenvolve uma ação proactiva de análise considerando um conjunto de dimensões da intervenção social (ver figura 4.1), na promoção de bem-estar e da saúde do sujeito. Uma intervenção que se afigura como um processo transformacional dinâmico onde o empreendimento de ações tem por finalidade “estudar os problemas gerados ou revividos pela doença e pelas necessidades de tratamento médico, estabelece o diagnóstico social de saúde,

planos de atuação em que as pessoas são parte ativa da solução ...) (citado por Masfret, 2012: 58). Esta conceção tem inerente “a garantia de uma intervenção de qualidade que supõe um fator diferencial de apoio prestado, pois materializa a ação profissional apoiada na participação dos sujeitos” (Masfret, 2010:117).

Figura 4.1- Modelo analítico da investigação



Fonte: elaboração própria

A necessidade de um sistema de qualidade em saúde foi reconhecida pela OMS (1985) como um “conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados prestados” (Biscaia, 2002:7 citado por Sousa, 2010) aos doentes e seus familiares, como elementos ativos no processo de cuidados. Considerando as suas preferências e o reconhecimento da tomada de decisão que se relaciona “com os valores e normas de cada indivíduo, cimentados pelos códigos de ética de cada profissional de saúde e expectativas do doente (...) consegue-se a maximização do seu bem-estar depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes” (Nobrega *et al*, 2004:59).

Uma boa prática de qualidade em Serviço Social é uma atuação possível e bem-sucedida com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Expósito, 2011). É uma estratégia que possibilita: i) legitimar práticas e modelos de intervenção; ii)

responder às exigências sociais e profissionais; iii) aplicar as recomendações das instituições internacionais e europeias; iv) incorporar os processos de avaliação contínua dos planos de intervenção, programas e projetos sociais (Expósito, 2004:87-88). A prestação de cuidados com qualidade é aquele que organiza e gere os seus recursos da forma mais efetiva, em função das necessidades dos utentes, com segurança, promovendo a acessibilidade, a humanização de cuidados e a equidade (*Ibidem*).

Entendemos por prática profissional “uma ação específica do assistente social em relação aos sistemas ou processos humanos para produzir mudanças (...) é o que fazer e como fazer, onde se inscrevem profundamente os valores ideológicos do assistente social e a orientação do que se faz com os clientes” (Caparros, 1998:27). Nesta ótica, para que a qualidade da prática profissional venha adquirir um significado de excelência é fundamental a criação de um modelo de avaliação quanto à identificação de “indicadores para medir e monitorizar os níveis / padrões de qualidade dos cuidados prestados” (Sousa, 2010: 26).

Importa reconhecer que um processo de acreditação é uma ferramenta estratégica na renovação das práticas e de processos de trabalho, nomeadamente ao nível das competências de formação, comportamentos, atitudes, valores éticos e de rigor profissional (Donabedian, 2003) nas suas diversas dimensões da intervenção social em contexto hospitalar descritas no modelo. Sendo fundamental, a criação de indicadores de avaliação da qualidade nas unidades do Serviço Social hospitalar, assentes na melhoria e uniformização de procedimentos das práticas profissionais dos assistentes sociais.

A implementação de um sistema de avaliação da qualidade em saúde – a acreditação – tem inerente um conjunto de alterações ao nível organizacional e individual. Trata-se portanto, de um processo sistemático, que avalia o hospital como um todo para que, de uma forma progressiva e planeada, ocorram mudanças organizacionais e consequentemente se transforme o comportamento dos profissionais que trabalham na organização (Amaral *et al*, 2005). Neste contexto, a acreditação apresenta três grandes vantagens: maior segurança dos cuidados prestados; uniformização de procedimentos e melhoria da acessibilidade aos equipamentos de saúde (Heidmann, 2000, 2007). Assim, considera-se que a implementação de um processo de acreditação numa organização de saúde ou numa Unidade de Serviço Social hospitalar, tem como objetivo definir e promover um determinado conjunto de normas, procedimentos e critérios, referentes a alguns aspetos como a gestão, equidade, acessibilidade, eficiência, segurança, qualidade dos cuidados e a satisfação dos mesmos (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; Shaw, 2004b; WHO, 2003a). A acreditação é “um sistema de avaliação

externa, no cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Romano, 2005 citado por Sousa, 2010: 25). Nesse sentido e como pode observar-se na Figura 4.1 é assumido que um processo de acreditação tem efeito nas boas práticas profissionais.

Consideramos igualmente as variáveis pessoais e profissionais dos assistentes sociais, nomeadamente: idade, formação, antiguidade e local de trabalho como fatores que podem influenciar as boas práticas profissionais. Interessa ainda esclarecer a relação entre a acreditação e a resistência à mudança. Consideramos que a acreditação hospitalar tem inerente uma mudança organizacional planeada que poderá fazer emergir contrariedades no profissional que poderão estimular atitudes negativas e, consequentemente originar resistência face à introdução de um sistema de qualidade na organização (Piderit, 2000).

Oreg & Schyns sublinham que “os funcionários que perceberam a existência de uma relação de qualidade e um forte clima de envolvimento tinham recebido mais informação e oportunidades de participação, ou seja, houve um clima de maior confiança na gestão e posteriormente relataram menos resistência à mudança” (Oreg & Schyns, 2008 citado por Schiffer 2011:22). Neste contexto, e de acordo com a Figura 4.1 considera-se necessário compreender a relação entre a resistência à mudança como fator que pode ou não influenciar a implementação do processo de acreditação de um hospital ou unidade de serviço social. E por outro, perceber se o facto de o hospital, ou o serviço, ser ou não acreditado pode ter influência na maior ou menor resistência à mudança. Investe-se assim em uma relação de interdependência entre resistência à mudança e a acreditação.

A melhoria contínua é uma premissa que deve considerar o desempenho individual e global da organização, em que a avaliação deve integrar um dos objetivos estratégicos dessa mesma organização. Precisamos de enfatizar a mudança numa perspetiva relacional e interdisciplinar num espírito esclarecedor, participativo e dinâmico, donde o elemento chave é o indivíduo, envolvendo-o em todo o processo de mudança.

Em que o fomento de uma “melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados, é alimentada pela criatividade das pessoas e apoiada por elas, tem origem em necessidades específicas do cliente, e não está necessariamente obcecada com o custo mas sim, com uma cultura que valoriza a melhoria contínua” (Carapeto & Fonseca, 2006: 348-349). A resistência à mudança

deve ser previamente prevista, percebida e analisada, de forma a prevenir ou reduzir a sua dimensão (Caetano, 2001).

Se a mudança for compreendida e percebida por todos os assistentes sociais como sendo necessária e precisa, que tem como fim uma melhor prestação de cuidados, melhores práticas e com ganhos evidentes em saúde, a implementação dessa mudança poderá ser facilitada e as resistências serem menores. Assim e neste contexto de investigação considera-se importante perceber o efeito da resistência à mudança nas boas práticas profissionais.

Compreender o comportamento dos profissionais face à mudança constitui uma necessidade e subsequentemente um desafio para as organizações. Deste ponto de vista “as características individuais e as aptidões intelectuais, valores e motivações têm sido elementos considerados importantes na compreensão do funcionamento das pessoas em contexto de trabalho” (Neves, 2001:255). É nesta perspetiva, que o comportamento individual deverá ser analisado de forma a traduzir a influência das características biográficas e profissionais (Neves, 2001) na resistência à mudança. Como se pode observar na Figura 4.1 consideramos as variáveis pessoais e profissionais dos assistentes sociais, nomeadamente: idade, formação, antiguidade e local de trabalho como fatores que podem influenciar a resistência à mudança.

2. Metodologia de Pesquisa

Para a concretização desta pesquisa é necessário proceder à identificação e sistematização do paradigma e da epistemologia, que induzem à compreensão das eventuais alterações no agir dos assistentes sociais decorrentes do processo de acreditação hospitalar. A metodologia de investigação e a recolha de dados proporcionam a compreensão de novas perspetivas, novos conhecimentos e instrumentos de avaliação de boas práticas de Serviço Social e da qualidade hospitalar.

Relativamente à estrutura do capítulo tem subjacentes quatro pontos principais: i) orientação do paradigma da investigação; ii) identificação do universo de trabalho e da amostra; iii) sistematização dos aspetos metodológicos orientadores do estudo. Tem-se como objetivo identificar e descrever os procedimentos metodológicos e as técnicas e usadas no desenvolvimento e concretização da pesquisa.

2.1. Natureza da pesquisa

De acordo com Hussen (1988) o paradigma adotado pelo investigador determina a forma como a pesquisa é desenvolvida e simultaneamente de como é abordado a questão metodológica (citado por Coutinho, 2004). Um paradigma envolve um conjunto de “crenças, valores e perceção (...) na orientação do problema de investigação e da metodologia” (Oullet, 1990, citado por Fortin, 1999:21) e é uma “forma de olhar o mundo, seguindo determinado modo de pensamento” (Basto, 1998:25).

Tradicionalmente, a investigação quantitativa e qualitativa são caracterizadas por paradigmas distintos. A estas concetualizações, bem como, a inferência que lhe subjaz, estão inerentes dois paradigmas divergentes, o quantitativo também designado de positivista, racionalista, empirista e o qualitativo, classificado pela literatura como hermenêutico, interpretativo, construtivista e naturalista (Coutinho, 2004: 438-439). No cerne destas divergências entre paradigmas, estão subjacentes as questões ontológicas (natureza da realidade) e as epistemológicas (a relação do investigador com o objeto ou sujeito do estudo). No paradigma quantitativo, a realidade a investigar é objetiva, há uma clara distinção entre o subjetivo investigador e o objetivo mundo exterior. Enfatiza o determinismo, a racionalidade, a impessoalidade e a previsão. Esta abordagem rege-se por uma lógica dedutiva, na qual a investigação está ligada a uma teoria que fundamenta e justifica os fenómenos em análise.

Quanto ao paradigma qualitativo, inscreve-se numa epistemologia subjetiva e do ponto de vista ontológico adota uma posição relativista, na perspectiva que existem diversas realidades. Assenta numa lógica indutiva, em que os dados recolhidos não têm por base hipóteses previamente definidas, mas tem como objetivo produzir conhecimento através das experiências dos participantes (Coutinho, 2004).

Embora estes dois paradigmas tenham uma natureza divergente e aparentemente antagónica ao nível epistemológico e ontológico, Clark (1999) sustenta que é possível existir um entendimento mais pragmático, quanto às metodologias, métodos, recolha e análise de dados (citado por Coutinho, 2004). Cook & Reichard (1979) argumentam que não se deve negar a importância dos paradigmas e da sua legitimação ao nível metodológico, mas que temos de ter a flexibilidade de permitir a criatividade e inovação da pesquisa. Os autores procuram estimular a maior complementaridade das opções paradigmáticas no estudo de uma realidade, em que “ não há necessidade de escolher um método de pesquisa baseado no patamar paradigmático (...) nem escolher entre os dois paradigmas diametralmente opostos (...) há toda a razão de os usar em conjunto para satisfazer os requisitos de uma avaliação que desejamos seja o mais eficiente possível” (Cook & Reichardt, 1979:27, citado por Coutinho, 2004:443).

A análise das práticas profissionais exige abordagens diversificadas que compreenda a precisão analítica do paradigma quantitativo com a autenticidade das abordagens sistémicas de cariz interpretativo (qualitativo); “é uma coabitação que está longe de ser um luxo, é antes uma necessidade se desejamos mesmo que dela nasçam resultados frutíferos” (Salomon, 1991:17 citado por Coutinho, 2004: 444). Assim, fica claro que, sob esta perspectiva, fica aberta ao investigador a escolha de uma melhor perspectiva a ser adotada, bem como dos métodos e os procedimentos na recolha e análise de dados. É nesta linha argumentativa que o nosso estudo se sustenta, numa perspectiva pragmática ou de métodos mistos, como argumenta o autor Morgan (2007, citado por Walker, 2009) em que são “utilizadas diferentes técnicas ou abordagens no mesmo estudo” (pag.270).

Ao investigarmos somos produtores de novos conhecimentos e informação, com potencial em novos modos de conhecer e ver a realidade, que não podemos nem devemos excluir. Dito isto, procuramos que a opção metodológica nos permita ir ao encontro de “modelos plurimetodológicos que combinem o rigor e objetividade de dados quantitativos com a autenticidade e profundidade de dados qualitativos (...) necessariamente modelos

multidisciplinares que combinem a participação de todos os intervenientes no processo de investigação” (Coutinho, 2004:445) e que certamente permite a abertura de caminhos para estudos e concetualizações posteriores e concomitantemente a construção de novos modelos de produção de conhecimento na área do Serviço Social e da qualidade hospitalar. Compreender esta lógica de investigação marcadamente abductiva, que se move entre a dualidade indutiva e dedutiva dada a natureza daquilo que pode ser conhecido da realidade, do ponto de vista epistemológico, assumimos que o investigador está, de forma consciente, e intersubjetivamente envolvido com aquilo que pretende conhecer num entendimento mútuo com os inquiridos (Walker, 2009). É uma abordagem que determina que o conhecimento adquirido numa determinada fase da pesquisa, pode ser articulado, justificado e aplicado em outro contexto ou fase da investigação (Walker, 2009).

Adotamos a abordagem pragmática para nos orientar e conduzir no percurso da investigação. Lincon & Guba (2006) advogam que esta abordagem parte do pressuposto de que o conhecimento resulta da interação, quer do investigador, quer dos participantes. Os benefícios oferecidos por esta abordagem para a presente investigação incluem assim, a possibilidade de compreender as alterações nas práticas dos assistentes sociais decorrentes da acreditação hospitalar, a partir da perspetiva dos seus atores e da (re) interpretação do investigador num processo dicotómico e, por conseguinte, no desenvolvimento de um instrumento de boas práticas profissionais no quadro da qualidade. Nesta combinação de métodos, Greene *et al* (1989) argumentam que os resultados de um método devem servir para informar ou desenvolver outros métodos e/ ou resultados (citado por Walker, 2009). Destacamos assim, a complementaridade, a ampliação e a combinação de métodos de pesquisa, para alcançar melhor compreensão e a completude dos resultados de investigação (Bryman, 2006 citado por Walker, 2009).

O estudo que nos propusemos realizar pretende, por um lado, analisar as possíveis alterações nos modos de atuação do assistente social, decorrentes do processo de acreditação da qualidade hospitalar, e por outro, desenvolver um instrumento de boas práticas de Serviço Social Hospitalar no quadro da qualidade. Neste sentido, podemos dizer que a presente investigação, do ponto de vista dos objetivos, constitui um estudo exploratório, descritivo e interpretativo porque investe na exploração de informação acerca do processo de acreditação e na descrição do conhecimento e experiência de peritos privilegiados em função da sua área de saber e é um estudo descritivo/interpretativo porque pretende descrever fenómenos e

encontrar relações possíveis entre variáveis de hospitais acreditados e não acreditados (Fortin, 1999).

2.2. Universo de trabalho e amostra

Este ponto refere-se aos participantes e ao contexto onde foi desenvolvido o processo de investigação. Como o estudo teve duas fases, iniciamos pela identificação e relevância dos participantes do painel de Delphi. De seguida, contextualizamos o campo empírico referente à segunda fase do estudo, relativo à aplicação de um questionário a assistentes sociais e de uma entrevista não estruturada aplicada às coordenadoras das Unidades Hospitalares de LVT.

De acordo com a R.C.M. n.º 39/2006, de 21 de Abril, bem como da Lei Orgânica das ARS, IP (D.L. n.º 222/2007, de 29 de Maio), o âmbito de jurisdição dos Hospitais ARSLVT, IP abrange os Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria. Encontram-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 22 unidades hospitalares das quais 8 são centros hospitalares de acordo com o Quadro 4.1. Perante esta configuração organizacional, foram contemplados para o estudo o total de 16 Unidades Hospitalares.

Quadro 4.1 – Unidades Hospitalares em LVT

Centro Hospitalar de Lisboa Norte	Hospital Garcia de Orta
Centro Hospitalar de Lisboa Central	Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental	Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital Dr. José de Almeida (Cascais)	Centro Hospitalar do Oeste
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca	Centro Hospitalar do Médio Tejo
Hospital Beatriz Ângelo	Hospital Distrital de Santarém
Hospital de Vila Franca de Xira	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO)	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto

Fonte: *Site da ARS LVT*, 2014

Relativamente à primeira fase do estudo, e para a constituição do painel Delphi consideramos a argumentação de Kennedy (2004) e Price (2005) de que um perito deve possuir conhecimentos e experiência atualizada e que pode dar contribuições importantes ao estudo (citado por Gallardo & Olmos, 2008; Hsu & Sanford, 2007).

Powell (2003) refere que é fundamental a existência de diversidade de pontos de vista, ou seja, é essencial a presença de um grupo heterogêneo na construção de respostas de maior qualidade, vantagem face a um grupo homogêneo. Assim, adicional e complementarmente, Justo (2005) reforça que a aplicação da técnica em áreas “com uma forte componente social, como a saúde, a heterogeneidade seria preferível à homogeneidade na composição do painel (...) e que a multidisciplinariedade permitiria obter consensos preditivos mais válidos do que aqueles que seriam obtidos se o painel fosse constituído por peritos da mesma especialidade” (Justo, 2005: 5).

O processo de composição do painel Delphi e o seu êxito dependem do número de participantes, estando este relacionado com o tipo de problema e os recursos disponíveis (Justo, 2005). Okoli & Pawlowski (2004) sustentam que a literatura recomenda entre 10 a 18 peritos (citado por Gallardo & Olmos, 2008). Ruiz *et al* (2012), contudo consideram que o mínimo de participantes num painel deverá ser 7 e 30 de máximo.

Para o presente estudo estabelecemos como condição de inclusão a conformidade com um dos seguintes critérios: i) ter experiência de gestão na área da qualidade em saúde em Portugal; ii) ter experiência como auditor e membro de projetos de acreditação hospitalar; iii) ser Assistente Social e Coordenador em Unidades de Serviço Social Hospitalar; iv) ser Docente Universitário e Investigador; v) e ter um participante internacional com experiência em Serviço Social Hospitalar e de Investigação nesta área.

Obteve-se uma lista composta por 12 peritos (6 da área da qualidade e 6 da área do Serviço Social). Tal como indicado no Quadro 4.2 dos peritos convidados onze aceitaram participar na 1ª volta e nas subsequentes. Verificamos que os peritos na área da qualidade tiveram e têm, um papel preponderante e privilegiado na saúde em Portugal. Tal como os participantes na área do Serviço Social, cuja experiência em contexto hospitalar e, por conseguinte, com funções de Coordenação, proporcionaram conhecimentos e a partilha de experiências particulares. Complementando a estes saberes, os participantes na área da docência e investigação em Serviço Social, numa perspetiva nacional e internacional.

Quadro 4.2 – Caracterização dos peritos das três voltas consoante a sua área de especialidade e relevância profissional

Área de Formação	Aspetos profissionais relevantes
Qualidade (A1)	– Ex. Diretora adjunta do Instituto da Qualidade na Saúde; – Presidente da Sociedade Portuguesa da Qualidade em Saúde – Membro do Conselho para a Qualidade na Saúde - DGS
Qualidade (A2)	– Presidente do Conselho para a Qualidade na Saúde - DGS
Qualidade (A3)	– Ex. Vice-presidente da Associação Portuguesa para a Qualidade – Auditor – Membro do Grupo Coordenador Nacional do projeto de Acreditação dos Hospitais
Qualidade (A4)	– Gestor da Qualidade – Auditor – Membro do Grupo Coordenador do Processo de Acreditação Hospitalar – Consultor em Sistemas de Gestão da Qualidade na área da saúde
Qualidade (A5)	– Membro Fundador da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde – Ex. Diretor do Instituto da Qualidade em Saúde – Membro do Conselho para a Qualidade na Saúde - DGS
Serviço Social (B1)	– Experiencia como assistente social na área Hospitalar – Docente Universitária de Serviço Social em Espanha – Investigadora na área do Serviço Social na Saúde em Espanha
Serviço Social (B2)	– Assistente Social Hospitalar – Membro da Equipa de Coordenação Regional dos Cuidados Continuados Integrados – ARS
Serviço Social (B3)	– Experiencia como assistente social Hospitalar – Coordenadora de Unidade de Serviço Social Hospitalar
Serviço Social (B4)	– Experiencia como assistente social Hospitalar – Experiencia na implementação de projetos de qualidade na área do Serviço Social Hospitalar – Coordenadora de Unidade de Serviço Social Hospitalar
Serviço Social (B5)	– Experiencia como assistente social Hospitalar – Coordenadora de Unidade de Serviço Social Hospitalar
Serviço Social (B6)	– Docente Universitário de Serviço Social – Investigador

A utilização e o recurso ao painel Delphi teve como objetivo procedermos à recolha de informação privilegiada e de conhecimento pertinente que fosse capaz de traduzir e identificar domínios de ação no agir do assistente social decorrente do processo de acreditação hospitalar. Com base nos resultados obtidos foi construído i) um questionário de avaliação de boas práticas, aplicado a uma amostra de assistentes sociais a trabalhar nas Unidades hospitalares de LVT e ii) um guião de entrevista não estruturada, aplicado às respetivas coordenadoras integrados nesses mesmos hospitais.

Partimos de um universo de 230 assistentes sociais a exercer funções de ação direta com os utentes e famílias nos Hospitais de LVT. Após a contextualização da natureza e dos objetivos do estudo, o inquérito por questionário foi aplicado às assistentes sociais que manifestaram interesse e disponibilidade em participar, obtendo-se a colaboração de 157 (cerca de 69%).

Relativamente às Coordenadoras das Unidades Hospitalares de LVT foi aplicado uma entrevista semiestruturada a 15 num universo de 16.

2.3. Técnicas de Recolha de Dados

A seleção adequada de técnicas, à finalidade, aos objetivos do estudo, e à concretização de procedimentos rigorosos, são requisitos essenciais de qualquer investigação que pretenda primar pela sua cientificidade e inovação. E que a presente investigação teve a preocupação de ser orientada pela combinação de métodos quantitativos e de métodos qualitativos. Como podemos ver no Quadro 4.3 a recolha de dados foi efetuada através de uma articulação entre as técnicas: Delphi, o questionário e a entrevista, em função das questões e dos objetivos concretos.

O desenvolvimento metodológico teve início com recurso à técnica Delphi com o intuito de recolher informação relevante e inexistente face à temática em estudo e que se prende com o impacto da acreditação no agir profissional dos assistentes sociais. Os resultados obtidos foram essenciais à construção do inquérito por questionário de avaliação de boas práticas. Por sua vez, a entrevista semiestruturada realizada às Coordenadoras teve como principal objetivo, complementar os resultados obtidos no painel Delphi relativos às alterações da prática profissional dos assistentes sociais, por forma a auscultar na primeira pessoa, as dificuldades, mais-valias, estratégias e possíveis mudanças decorrentes do processo de acreditação hospitalar.

De acordo com os pressupostos do paradigma de investigação enunciados até aqui, a entrevista semiestruturada e a técnica Delphi, compreendem uma posição epistemológica de natureza qualitativa e de cariz construtivista, na procura da compreensão do contexto social a partir da sua perspetiva dos seus atores e da interpretação do investigador num processo dialético (Denzin & Lincoln, 2006, citado por Denzin & Linclon e col., 2006).

Quadro 4.3 – Relação entre as questões, os objetivos e as técnicas de recolha de dados

Questões	Objetivos	Técnicas de recolha de informação		
		Delphi	Entrevista	Questionário
1.A acreditação das instituições hospitalares traz alterações para a prática do assistente social?	Tipificar as alterações nos processos e procedimentos das práticas dos assistentes sociais que trabalhem nos hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo;	X		X
	Categorizar os padrões / <i>standards</i> internacionais das boas práticas profissionais dos assistentes sociais;	X		X
	Analisar as convergências e divergências entre a atuação do Serviço Social nos hospitais acreditados e hospitais não acreditados;			X
	Analisar a resistência à mudança face a um processo de acreditação que os assistentes sociais apresentam.			
2.Os processos de acreditação hospitalar estabelecem uma relação com as boas práticas dos assistentes sociais?	Categorizar os padrões / <i>standards</i> internacionais das boas práticas profissionais dos assistentes sociais,	X		X
	Criar uma escala de avaliação de qualidade de boas práticas de Serviço Social Hospitalar;	X		X
	Identificar as limitações e as potencialidades da participação e do envolvimento da unidade de Serviço Social nos projetos da qualidade;	X	X	X
3.O envolvimento da Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar e da equipa no processo de	Analisar as convergências e divergências entre a atuação do Serviço Social nos hospitais acreditados e hospitais não acreditados;		X	X
	Analisar a resistência à mudança face a um		X	X

Questões	Objetivos	Técnicas de recolha de informação		
		Delphi	Entrevista	Questionário
acreditação promove inovação e boas práticas?	processo de acreditação que os assistentes sociais apresentam Identificar estratégias de envolvimento da equipa face a um processo de acreditação, na perspectiva das Coordenadoras; Analisar e compreender o processo de acreditação nas unidades de serviço social, na perspectiva das Coordenadoras;		x x	

Contrariamente às técnicas mencionadas, optamos por oscilar entre o paradigma construtivista e o quantitativo, sob uma forma estratégica de ampliação da construção de conhecimento e na validade de padrões de boas práticas. Enfatizamos o questionário como um instrumento “de medida que traduz os objetivos com variáveis mensuráveis” (Fortin, 1999:249). O investigador para prosseguir com o seu processo de investigação e consequentemente responder a outros objetivos definidos, de forma intrínseca e complementar, opta por uma abordagem positivista de natureza quantitativa. Em que os fenómenos sociais assumem uma existência objetiva e as questões de investigação são empiricamente verificadas (Denzin & Lincoln, 2006, citado por Denzin & Lincoln e col., 2006).

De salientar que, foram considerados no estudo e perante as técnicas utilizadas, o consentimento informado (em relação à natureza e à voluntariedade em participar, no acesso a informações completas e claras sobre o estudo e a sua implicação). Tal como, a privacidade e confidencialidade dos dados de forma, a salvaguardar a identidade e o local de pesquisa do participante (Fortin, 1999).

2.3.1. Painel Delphi

Face aos objetivos do estudo optou-se pela constituição de um painel Delphi o qual permite conduzir os participantes a chegarem a um consenso e, concomitantemente, em obter uma base organizada de domínios de ação da prática dos assistentes sociais, suscetíveis de mudança face a um processo de acreditação hospitalar. Neste sentido, a relação entre o investigador e o processo de investigação possui uma natureza subjetiva, proporcionada pelo

paradigma construtivista, em que a abordagem da realidade é construída por cada um, dos peritos através das suas experiências e conhecimentos.

Reconhecendo o valor estratégico da inovação desta técnica, e precisamente pelas dimensões que pode configurar a abordagem qualitativa e quantitativa, permite a multidisciplinariedade na inclusão dos peritos no estudo, quanto à diversidade da formação e experiência dos mesmos (Gallardo & Olmos, 2008). Similarmente é uma abordagem que é utilizada em áreas de investigação, de escasso conhecimento, como os aspetos e as dimensões da prática profissional no quadro da qualidade hospitalar. Esta técnica é flexível e adaptável quando se procura construir um consenso entre peritos em áreas de incerteza ou ausência de evidência empírica, como a temática em estudo (Gallardo & Olmos, 2008).

A técnica Delphi é constituída por um conjunto de procedimentos que assentam no anonimato, através da utilização de meios de comunicação formal, como o correio ou sistema informático. Para Okoli & Pawlowski (2004) ao evitar-se a confrontação direta entre os participantes é possível definir uma opinião gradual mais consistente (citado por Gallardo & Olmos, 2008), permitindo a oportunidade de cada um apresentar as suas opiniões sem o conhecimento nem pressão dos outros participantes (Justo, 2005). Os peritos devem ser consultados pelo menos duas vezes sobre a mesma questão para que possam reconsiderar as suas respostas perante as respostas dos demais peritos. O benefício desta interação consiste na retroalimentação em cada etapa do Delphi quanto à formação de consensos entre os participantes (Gallardo & Olmos, 2008), ou seja, a essência desta técnica funda-se numa abordagem multifacetada em que cada fase é construída com base na anterior.

Tomando em consideração estas aceções, Lincoln & Guba (2006) argumentam que a natureza do conhecimento é o resultado de “reconstruções individuais que se fundem em torno de um consenso comum” (citado por Denzin, Lincoln e col., 2006:172).

De forma a permitir aos participantes identificar respostas possíveis relacionadas com o estudo (Justo, 2005). O autor argumenta ainda que os painéis que iniciam com questões abertas estão relacionadas sobretudo com situações nas quais a informação ou conhecimento sobre determinado tema é escasso ou inexistente, e o intuito é “gerar ideias que têm em conta os conhecimentos, a experiência dos peritos (...) em que se pretende chegar (...) a um consenso e uma hierarquização de aspetos importantes relativos ao problema em estudo” (Sousa *et al*, 2005:370).

O painel Delphi teve início através da seguinte questão aberta: *Com base na sua experiência e/ ou no seu conhecimento, em que medida um processo de acreditação hospitalar pode mudar procedimentos e processos na prática dos assistentes sociais?*

Foi enviada via correio eletrónico e para efeitos de resposta e de contextualização dos participantes, inclui-se no mesmo documento, o âmbito e os objetivos do estudo.

As respostas à questão inicial foram tratadas e analisadas através de análise de conteúdo com apoio do *software Maxqda 11*. Os resultados obtidos permitiram a construção de um questionário com uma escala de *likert*, de forma a prosseguir para a 2ª volta. No Quadro 4.4 estão sistematizados os cinco domínios de ação resultantes da 1ª volta.

Quadro 4.4 – Domínios de ação

Domínios	Número de itens
Especificidades da prática	23
Interação de equipas	6
Eficácia profissional	8
Avaliação e Monitorização	13
Ganhos em Saúde	8

Na 2ª volta solicitou-se a todos os participantes que através do recurso a uma escala de *Likert* atribuissem a cada um dos itens o grau de concordância (1 – Discordo; 2 – Discordo Parcialmente; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo Totalmente), tomando por referência a sua perceção do impacto do processo de acreditação nas práticas profissionais. Este questionário e os resultantes foram enviados através do *software Survey Monkey*.

Com a 3ª volta os participantes do painel foram confrontados com o resultado individual e com a apreciação coletiva de cada item, em termos da sua média e percentagem de consenso. Solicitou-se ainda que indicassem se concordavam ou não com a apreciação anterior de cada item e se a desejavam manter.

Os critérios de consenso que utilizamos foram definidos previamente e correspondem aos que os outros investigadores têm vindo a aplicar (quadro 4.5) (Fink *et al*, 1984; Justo 2005). Para cada um dos questionários, o consenso obtido em cada uma das questões teve em

consideração em simultâneo as seguintes condições: Os autores advogam que os itens que não cumpram os critérios definidos devem ser rejeitados (*Ibidem*).

Quadro 4.5 – Critérios de Consenso definidos

Consenso	Critérios e Definição
Consenso verificado	Média ≥ 3 Concordância $\geq 65\%$

Fonte: Adaptado de Fink *et al* 1984; Justo 2005

2.3.2. Entrevista semiestruturada

Segundo Fortin (1999:245), “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativamente às questões de investigação formuladas. (...) Este tipo de método de colheita de dados é muito utilizado quando são realizados estudos exploratórios – descritivos”.

Nesta perspetiva, a entrevista constituiu uma estratégia a ser utilizada em conjunto com os outros métodos, permitindo a recolha e o complemento de dados descritos, na primeira pessoa (Bogdan & Biklen, 1994), acerca do impacto do processo de acreditação na instituição hospitalar em que se encontram integradas profissionalmente com funções de Coordenação. A importância de promover uma boa entrevista “produz riqueza de dados recheados de palavras que revelam as perspetivas dos entrevistados, estando as transcrições cheias de detalhes e exemplos” (Bogdan & Biklen, 1994:136).

Com base nos objetivos da investigação, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas. De acordo com Wilson (1985), neste tipo de entrevistas “o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas, e apresenta-os ao respondente, segundo uma ordem que lhe convém. O objetivo visado é que no fim da entrevista todos os temas propostos tenham sido cobertos” (citado por Fortin, 1999:247). E no que respeita às questões colocadas às Coordenadoras das Unidades Hospitalares e que se encontram discriminadas no Anexo D, foram agrupadas em cinco domínios:

1. Visão da Unidade de Serviço Social;
2. Dificuldades decorrentes do processo de acreditação;
3. Estratégias de melhoria na prática profissional;

4. O processo de acreditação como potencial de desenvolvimento de boas práticas;
5. Acreditação, valores e ética.

Relativamente ao planeamento da realização das entrevistas começou por ser enviado um e-mail a todas as Coordenadoras de Serviço Social das Unidades Hospitalares de LVT a fim contextualizar o tema e os objetivos do estudo e, simultaneamente, a solicitar a sua colaboração e participação.

Por forma, a facilitar a colaboração e a disponibilidade por parte das coordenadoras a entrevista foi enviada em *link via on line* e suporte técnico foi o *software survey monkey*.

Importa referir que foi previamente realizada a validação do guião da entrevista (pré-teste) e, para esse efeito, recorreu-se às Coordenadoras de outras Unidades Hospitalares: Hospital na Ilha dos Açores; Hospital de Vila Nova de Gaia e o Centro Hospitalar Alto Ave.

Para a análise de conteúdo das entrevistas recorreu-se ao *software MaxQda* versão 11. Começou-se por uma leitura sistemática dos testemunhos e à sua numeração para fins de identificação. De seguida procedeu-se, à codificação e categorização dos dados qualitativos e unidades de registo para posterior interpretação.

2.3.3. Inquérito por Questionário

O inquérito por questionário é um dos métodos de recolha de dados com o objetivo de obter informação factual sobre os fenómenos ou verificar possíveis mudanças e diferenças de atitudes, comportamentos, procedimentos e processos nos modos de atuação dos inquiridos. Nesse sentido considerámos pertinente inquirir os assistentes sociais nessas múltiplas dimensões a fim de avaliar as boas práticas no quadro da qualidade quer estejam a trabalhar em hospitais acreditados, quer estejam inseridos em hospitais não acreditados.

Para além disto, podem ainda comportar diversos níveis de estruturação, que se optou por “conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis (...) na tradução de objetivos do estudo com variáveis mensuráveis e que ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser recolhidas de uma maneira mais rigorosa” (Fortin, 1999:249 – 250).

A abordagem de natureza quantitativa, em nada coloca em causa a visão paradigmática que caracteriza este estudo. A este respeito, Denzin & Lincoln (1994) argumentam a conveniência de métodos quantitativos em estudos orientados pelo paradigma construtivista,

substancialmente para responder a questões muito particulares, como o nosso, de forma a dar continuidade ao conhecimento já recolhido na primeira fase.

Uma das vantagens do questionário é poder ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos, o que justificou a sua eleição para recolher dados junto dos assistentes sociais que trabalham em contexto hospitalar em LVT. Para a mesma autora, outras vantagens são a natureza impessoal, uma apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os participantes. Para além destas relevâncias, os participantes podem sentir-se mais seguros quanto ao anonimato das respostas e, por este facto, exprimir mais livremente as suas opiniões. Entre as desvantagens estão as fracas taxas de resposta, assim como a taxa elevada de dados em falta (Fortin, 1999).

A construção do questionário teve por base, os resultados do painel Delphi e complementarmente os *standards* internacionais da prática do Serviço Social, referidos no Capítulo II.

O questionário inclui uma escala de boas práticas profissionais com 120 itens teoricamente agrupados em 10 subescalas (especificação dos itens no Anexo V). As subescalas 2 a 9 (são compostas por diversos itens operacionalizados por uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes e 5 – Sempre. Nas subescalas 1 e 10 foi aplicada a seguinte escala de *Likert* de 5 pontos com 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem discordo nem concordo; 4 – Concorde e 5 – Concorde totalmente. No questionário foi também considerada a dimensão da resistência à mudança, no sentido de perceber se face a um processo de acreditação, os assistentes sociais colaboram ou resistem às mudanças na sua atividade profissional. Esta dimensão foi operacionalizada segundo duas medidas. Foi definido um índice inclui os seguintes itens aos quais estava associada uma codificação binária (0=não e 1= sim):

- Não fui envolvida no processo de mudança e por isso não considero ser importante;
- Tento evitar as responsabilidades adicionais decorrentes de mudanças no meu trabalho;
- Se houver mudança atuo sem compromissos;
- Prefiro ficar indiferente às mudanças;
- Considero negativas as mudanças organizacionais;
- Se acontecem mudanças, não me sinto comprometido;
- Não estou interessado em realizar atividades que resultarão em mudanças.

Na composição do índice de resistência à mudança têm-se scores que variam de 0 a 7 e quanto mais elevado o score obtido maior será a resistência à mudança. Foi ainda analisada *per se* cada um dos itens com o objetivo de detalhar mais a análise da resistência à mudança.

2.3.4. Pré-teste

É de salientar que na construção do questionário foram considerados os pressupostos metodológicos identificados na literatura, relativamente à sua conceção, à aplicação do pré-teste, da determinação da fiabilidade interna e da validade do questionário da aplicação do tratamento de dados (Fortin, 1999; Hill & Manuela Magalhães, 2000).

O pré-teste do questionário foi aplicado a 19 assistentes sociais, com funções de ação direta e adstritos às Unidades Hospitalares: Hospital na Ilha dos Açores; Hospital de Vila Nova de Gaia e o Centro Hospitalar Alto Ave. Teve como opção um campo aberto, no sentido de os participantes expressarem-se a sua opinião sobre o instrumento. A mais-valia deste processo está interligada com aspetos circunstanciais, na medida em que os diferentes participantes reconheceram o potencial e os contributos que este instrumento pode trazer à área do Serviço Social:

(A) A nossa opinião é a de que o inquérito está bem formulado e as questões são abrangentes.

(P) Considero o questionário muito completo e pertinente à nossa atividade profissional.

(P) Francamente achei que o questionário tinha uma boa estrutura e que as perguntas efetuadas tinham toda a pertinência. Em minha opinião não incluía mais nada pois parece-me estar muito completo.

Na análise dos resultados decorrentes do pré-teste no que se refere aos 120 itens da escala de boas práticas profissionais e dado, naturalmente, o reduzido número de casos para proceder à sua validação, optou-se por privilegiar, nesta fase, somente uma análise de consistência interna das subescalas e da escala total tal como a mesma se apresentava nessa fase de arranque da investigação. Assim, considerámos as observações dos intervenientes no pré-teste e medimos a consistência através do *Alpha de Cronbach* com os dados disponíveis nessa fase (Quadro 4.6). De notar que apesar de ter sido calculada a medida de consistência nesta fase de pré-teste os resultados são meramente indicativos.

Dado o número reduzido dos indivíduos aos quais foi aplicado o pré-teste (n=19) por contraste com o elevado número de itens da escala de boas práticas profissionais em

construção remeteu-se a sua validação para fase na qual existe uma relação item/inquirido bastante maior decorrente da aplicação do inquérito por questionário.

Da exploração dos dados no pré-teste verificámos que a subescala 6 apresentava um alfa bastante baixo e que isso decorria apenas de um item (Quadro 4.6). A sua exclusão faria subir para 0,733 a consistência dessa subescala. Assim foi decidido retirar esse item (*«Existe um documento específico na tomada de conhecimento quanto à comunicação intrainstitucional, relativamente ao registo de documentos enviados ou rececionados»*) da versão final da escala. Na subescala 3, foi acrescentado um item por sugestão dos participantes (*«Contribuo de forma participada nas atividades do serviço»*). Tendo mantido o número total de itens do questionário com 120 indicadores.

Quadro 4.6 – Consistência interna de cada subescala e da escala total do pré-teste

Subescalas e escala total	Alfa de Cronbach
Organização, Gestão e Avaliação SS Hospitalar (subescala 1)	$\alpha=0,750$
Ética e Valores (subescala 2)	$\alpha=0,829$
Responsabilidade Profissional (subescala 3)	$\alpha=0,675$
Responsabilidade Cultural e Prática Inclusiva (subescala 4)	$\alpha=0,771$
Conhecimento (subescala 5)	$\alpha=0,871$
Comunicação e Competências Interpessoais (subescala 6)	$\alpha=0,593$
Registo de Informação e Documentação (subescala 7)	$\alpha=0,869$
Desenvolvimento Profissional e Supervisão (subescala 8)	$\alpha=0,738$
Processo de Intervenção (subescala 9)	$\alpha=0,775$
Compromisso com a Melhoria da Qualidade (subescala 10)	$\alpha=0,966$
Boas práticas de SS (escala total)	$\alpha=0,934$

Após ter sido efetuada a revisão do questionário, foi reforçado junto das Coordenadoras a importância da participação de toda a equipa. Finalizada a construção do inquérito, ele foi enviado através de *link do software Survey Monkey*, de forma a dar início ao seu preenchimento. A sua aplicação decorreu de Maio a Setembro de 2014. Todavia, por questões de procedimentos de algumas Unidades Hospitalares, a resposta ao pedido de autorização por parte do Conselho de Administração fez dilatar o prazo.

A administração e a gestão dos questionários ficaram a cargo da Coordenadora de cada Hospital, admitiu-se que esta opção pudesse ter influência na minimização da taxa de não-resposta aos questionários.

CAPITULO V - ACREDITAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR: DESAFIOS E MUDANÇAS NO AGIR DO ASSISTENTE SOCIAL

A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação da qualidade que permite melhorar a intervenção social e, conseqüentemente, o desempenho global da unidade de Serviço Social hospitalar no “envolvimento multidisciplinar para o reconhecimento de boa prática e para a melhoria contínua da qualidade” (Almeida, *et al*, 2010: 120). Reconhece-se portanto, que tendo subjacente um processo de qualidade, estamos perante possíveis alterações ao nível organizacional e da prática profissional.

Neste capítulo procura-se responder a duas questões: A acreditação das instituições hospitalares traz alterações para a prática do assistente social? O envolvimento da coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar e da equipa no processo de acreditação promove inovação e boas práticas? Recorremos aos resultados do painel Delphi e, complementarmente, aos contributos das entrevistas realizadas às coordenadoras de serviço social das unidades hospitalares de LVT. Começamos por destacar o conjunto de fundamentos que sustenta os propósitos consensualizados e que nos permite identificar as mudanças nas práticas profissionais dos assistentes sociais face à implementação de um processo de acreditação hospitalar. Para, em seguida, compreender através do discurso das coordenadoras, as alterações, dificuldades e estratégias identificadas face à implementação de um sistema de qualidade enquanto líderes de uma equipa.

Relativamente aos resultados finais do estudo Delphi identificámos que de um total de 58 itens, 50 (86,2%) alcançaram o nível de consenso $\geq 72\%$ e 8 (13,8%) alcançaram um consenso $< 63\%$.

Face à definição de consenso adotada, identificámos a presença de consenso em 50 itens distribuídos por diferentes domínios de ação. Destes 50 itens, 22 têm um consenso de 100%, 14 itens de 90%, 8 itens de com 81% e 6 com 72%.

Compararam-se igualmente, as apreciações feitas aos participantes das duas áreas (qualidade e serviço social) na 2ª e na 3ª voltas e verificou-se que não existem diferenças significativas em nenhum das cinco dimensões de ação ($p > 0,05$).

Dos resultados obtidos do painel Delphi emergiram, assim consensos que nos permitiram considerar um conjunto de dimensões de ação relevantes, face ao impacto da acreditação nas práticas profissionais dos assistentes sociais quanto: 1) especificidades da prática; 2) interação de equipas; 3) eficácia profissional; 4) avaliação e monitorização 5) por último, ganhos em saúde.

1. Especificidades da prática

O Serviço Social reveste-se de características específicas que o particularizam, designando como Macdonald (1995) e Abbot (1998) de *profissões de cuidado*. A especificidade conceptual e prática adstrita ao campo de ação do assistente social na saúde deve ser entendida pelo seu próprio contexto histórico, pela diversidade das políticas de saúde, na acessibilidade aos cuidados de saúde e pelas particularidades das organizações de saúde (Erikson, 1994; Holosko & Taylor, 1994). Esta singularidade assenta na avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e de saúde dos sujeitos (Bracht, 1978:13 citado por Erikson, 1994).

As organizações de saúde e em particular os hospitais prestam serviços numa vasta área de serviços e especialidades, todavia, cada hospital possui características que lhe confere uma acentuada especificidade. É necessário reconhecer “que o profissional de saúde para desempenhar as suas funções necessita de ter uma identidade própria, com código de ética, valores e princípios específicos” (Miguel, 2009:38). São exatamente estas considerações que nos induzem a afirmar que a identidade profissional define quem somos, o que fazemos e como fazemos, reconhece-se portanto, que a intervenção do assistente social em contexto hospitalar é divergente mas complementar a outros campos de saber (Miguel, 2009).

Relativamente ao domínio 1 – *especificidades da prática* foram identificados 23 itens dos quais 16 preencheram os requisitos estabelecidos para o consenso, os restantes (7) foram eliminados por não obterem consenso (sublinhados) de acordo com os critérios estabelecidos (Quadro 5.1).

O consenso global gerado em torno da dimensão *especificidades da prática* é explicado pela melhoria da capacidade de gestão na garantia da qualidade do exercício profissional do assistente social, ao planear e concretizar ações que visem essa melhoria, bem como, na definição e sistematização de padrões de intervenção uniformes nas diversas áreas de atuação do Serviço Social.

Verificamos que os itens 17,18,21,22 e 23 não obtiveram consenso. Na atuação do assistente social estão presentes princípios e valores que sustentam o profissionalismo e o desenvolvimento de competências. A formação em serviço e o acesso a informação assente em conhecimentos, técnicas e recursos constituem-se em elementos fundamentais ao desempenho profissional, não estando estes, intrínsecos a um processo de acreditação.

Quadro 5.1 – Indicadores da especificidade da prática

ITENS	% Consenso	Média
1. Melhora a capacidade de gestão	100%	4,73
2. Desenvolve capacidades inovadoras	81%	4,09
3. Proporciona a adequação da autogestão das competências de desenvolvimento profissional	81%	4,36
4. Proporciona mais e melhor formação	81%	4,00
5. Amplia a capacitação das questões da qualidade	90%	4,45
6. Introduce sistemas de reclamação de forma aos utentes exporem as suas queixas e sugestões	72%	3,82
7. Fomenta mudanças relativamente ao conhecimento que permite ao Assistente Social intervir de acordo com as metodologias profissionais	72%	4,00
8. Melhora o reforço do domínio científico da área disciplinar no que respeita à conceção e definição de estratégias valorativas da qualidade da resposta do Serviço Social	72%	4,27
9. Introduce sistemas de formação de pessoal de <i>front-line</i> em atendimento e o pessoal em <i>BackOffice</i> em <i>root cause analysis</i> .	63%	3,73
10. Determina critérios que os serviços e os profissionais devam cumprir em matéria organizativa	100%	4,64
11. Sistematiza o trabalho na criação de normas e procedimentos que uniformizam as práticas nas diversas áreas de atuação	100%	4,91
12. Promove a melhoria contínua	100%	4,91
13. Introduce alterações nos processos de trabalho dos Assistentes Sociais	100%	4,64
14. Promove a criação de uma estrutura definida e precisa	100%	4,82
15. Determina a sustentabilidade relativamente aos conhecimentos, técnicas e recursos	63%	4,18
16. Promove maior centralidade no doente na prestação de cuidados e no seu bem-estar	90%	4,64
17. Introduce mudanças nas funções do Assistente Social, quanto ao princípio de controlo, na tomada de decisão e de execução	54%	3,64
18. Introduce alterações quanto à subalternização de uma área específica da intervenção profissional	36%	3,36

19. Determina sistemas que assegurem os direitos dos utentes	72%	4,09
20. Melhora a organização dos registos relevantes para a atividade social	100%	4,64
21. Proporciona transparência e ética na atuação profissional	54%	3,91
22. Defini critérios de urgência na resposta	45%	3,45
23. Tem uma atuação custo-efetiva	45%	3,45

A FITS (2000) estabelece que a profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas, capacita e autodetermina a pessoa para o aumento do seu bem-estar concomitantemente intervém nas interações sociais com o meio ambiente. Tem como princípios primordiais os direitos humanos e a justiça social, que pressupõe uma “transparência ética na atuação profissional e na definição de critérios de urgência na resposta” (itens 21 e 22) não sendo necessário ter subjacente um processo de acreditação para que estas ocorram.

2. Interação de Equipas

Face à complexidade organizacional, o trabalho em equipa é considerado como um fator humano fundamental para a prestação dos cuidados de qualidade, nas instituições de saúde (Santos *et al*, 2010). Essas mesmas equipas são formadas por elementos do corpo clínico e não clínico para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, promovendo assim a comunicação e a decisão conjunta de grupos fundamentais de avaliação, resolução e implementação de medidas (...) (Santos *et al*, 2010:52 -53).

Foram identificados no domínio 2 – *interação de equipas*, seis itens que obtiveram consenso na sua totalidade (Quadro 5.2).

Quadro 5.2 – Indicadores da interação de equipas

ITENS	% Consenso	Média
1. Melhora a visibilidade do papel do Assistente Social nas equipas multidisciplinares	100%	4,27
2. Proporciona e demonstra o contributo do trabalho do Assistente Social junto dos utentes e familiares na melhoria da prestação de cuidados de saúde numa perspetiva biopsicossocial	100%	4,45
3. Proporciona ao Assistente Social ser um elemento facilitador de comunicação entre os grupos	72%	3,82
4. Fomenta a colaboração do Assistente Social com os serviços clínicos	90%	4,36
5. Potencializa os <i>skills</i> para o trabalho em equipa	81%	4,36
6. Melhora a comunicação e relacionamento interpessoal e interserviços	90%	4,27

Poderemos verificar no Quadro 5.2 os itens que obtêm consenso pleno estão relacionados com a visibilidade do papel do assistente social na equipa de saúde hospitalar, assim como, com o contributo que estes profissionais poderão dar na complementaridade da prestação de cuidados de saúde ao utente.

3. Eficácia profissional

A eficiência da intervenção social deve ser medida pelo bem-estar que gera, pela satisfação individual e do bem coletivo. É importante identificar e desenvolver indicadores possíveis de efetividade individual ou institucional. A eficiência pode classificar-se por três dimensões: 1) *técnica* – avalia os resultados de cada um ou de um procedimento; 2) *produtiva* – avalia o uso combinado de recursos e 3) *alocativa* – avalia a distribuição de recursos, de escolhas, de prioridades e avalia o próprio sistema (Palmer & Torgerson, 1999 citado por Costa, 2005: 51). Esta eficiência *alocativa* está conectada ao conceito de custo oportunidade, ou seja, ao custo adicional envolvido numa determinada escolha ou resposta em detrimento de outra. A procura da qualidade é o grande imperativo para que a eficiência valha a pena e seja verdadeiramente a longo prazo, custo-efetiva (Costa, 20005).

Relativamente ao domínio 3 – *eficácia profissional* obteve-se igualmente consenso em todos os itens que o compõem (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Indicadores da eficácia profissional

ITENS	% Consenso	Média
1. Desenvolve indicadores de efetividade do processo da intervenção do Serviço Social	90%	4,45
2. Incrementa indicadores de efetividade dos resultados da intervenção do Serviço Social	90%	4,45
3. Desenvolve indicadores de eficiência de processo da intervenção do Serviço Social	81%	4,18
4. Incrementa indicadores de eficiência dos resultados da intervenção do Serviço Social	90%	4,36
5. Potencializa melhorias das práticas profissionais	90%	4,64
6. Propicia o desenvolvimento de uma postura profissional mais pro ativa	81%	4,18
7. Garante a avaliação do desempenho profissional	72%	4,18
8. Melhora os registos individuais	81%	4,36

Aqui, destacam-se os aspetos relacionados com o desenvolvimento e incrementação de indicadores de efetividade e de eficiência do processo e dos resultados da intervenção do Serviço Social e ainda, os itens associados a melhorarem a performance das práticas profissionais dos assistentes sociais.

3.1. Avaliação e Monitorização

Pretende-se que a avaliação da qualidade determine o nível de sucesso das profissões relacionadas com a área da saúde, por forma a impedir erros ou incompetências, através da monitorização da qualidade, sendo implementado uma vigilância contínua e preventiva para que os desvios dos padrões possam ser precocemente detetados e corrigidos (Donabedian, 1986). Assim, “a monitorização pode ser definida como uma função contínua que serve primeiramente para fornecer aos gestores e principais *stakeholders* ao longo de uma intervenção continuada, indicações de progresso ou da falta deste, na concretização de resultados” (UNDP, 2002:6).

A avaliação e a monitorização traduzem-se na sistematização e no registo de informação da atividade do Serviço Social que pressupõe um trabalho dinâmico e de interação

entre a equipa, na identificação de indicadores e critérios mais coerentes a incluir na unidade de Serviço Social hospitalar. Identifica-se no domínio 4 – *avaliação e monitorização*, no qual somente um item não obteve consenso: sistemas de avaliação das diferentes necessidades dos profissionais.

Quadro 5.4 – Indicadores de avaliação e monitorização

ITENS	% Consenso	Média
1. Assegura sistemas de análise na identificação de causas	90%	4,55
2. Assegura sistemas de análise na identificação de soluções	90%	4,45
3. Monitoriza indicadores de desempenho que promovam ações de melhoria e corretivas	100%	4,64
4. Proporciona análises de reavaliação das ações de melhoria e corretivas	100%	4,64
5. Aumenta o nº de auditorias internas sobre a prática profissional dos Assistentes Sociais	90%	4,55
6. Avalia a qualidade percecionada pelo utente e família	81%	4,18
7. Avalia as diferentes necessidades dos profissionais (emocionais, físicas e laborais)	63%	4,00
8. Define sistemas de identificação de eventos indesejáveis	100%	4,82
9. Introduz sistemas de tratamento e análise da reclamação numa perspetiva tridimensional: na identificação, avaliação e correção de fatores de risco	90%	4,64
10. Proporciona estudos comparativos de Benchmarking de práticas profissionais	100%	4,45
11. Assegura o processo de segurança aos utentes	90%	4,36
12. Assegura o processo de segurança aos profissionais	90%	4,18
13. Proporciona uma revisão de práticas e avaliação de conformidades	100%	4,64

De realçar que os itens que obtiveram consenso global (Quadro 5.4) prendem-se com a monitorização de indicadores de desempenho que permitam de forma eficiente avaliar os padrões de qualidade e subsequentemente identificar e propor ações de correção e melhoria.

3.2. Ganhos em Saúde

Esta expressão pode traduzir-se em diferentes abordagens, como: “ganhos em anos de vida; diminuição de situações de incapacidade temporária ou permanente; aumento da funcionalidade física e psicossocial; redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida” (DGS, 1999: 31). A obtenção de ganhos em saúde é a missão do sistema nacional de

saúde e consequentemente do Serviço Social, em proporcionar uma intervenção precisa, concertada e centrada no utente e no seu bem-estar.

Relativamente ao domínio 5 – *ganhos em saúde* obteve-se um nível de concordância de 100% em todos os itens (Quadro 5.5).

Quadro 5.5 – Indicadores dos ganhos em saúde

ITENS	% Consenso	Média
1. Proporciona a promoção e prestação de cuidados de saúde seguros ao utente	100%	4,64
2. Assegura a promoção de cuidados de saúde de qualidade ao utente	100%	4,55
3. Propicia o aumento da confiança dos utentes quanto aos serviços prestados	100%	4,55
4. Promove mudanças positivas ao nível individual	100%	4,64
5. Fomenta mudanças organizacionais positivas	100%	4,73
6. Assegura o cumprimento de padrões da qualidade previamente estabelecidos procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade	100%	4,64
7. Introduce alterações organizacionais positivas no comportamento e desempenho na generalidade dos profissionais	100%	4,64
8. Promove maior responsabilização por parte dos profissionais no processo de intervenção	100%	4,64

Como se pode verificar no (Quadro 5.5), são múltiplos os ganhos em saúde decorrentes de um processo de acreditação. Estes ganhos precursores da intervenção do Serviço Social constituem uma base estruturante importante na melhoria contínua da qualidade no agir do assistente social. Assentes numa maior responsabilização, melhor desempenho profissional e maior satisfação dos utentes, em que se pressupõe uma filosofia de gestão que faz dos profissionais verdadeiros agentes de mudança, com vista a potenciar os níveis de eficiência e qualidade da intervenção social.

4. Qualidade e Serviço Social: a perspetiva de quem Coordena uma Unidade Hospitalar

A qualidade integrada na prática do Serviço Social pode potencializar a capacidade de inovar face a um processo de reorganização de práticas, formas e procedimentos de trabalho, em que “inovar promove o aumento da qualidade em saúde e possibilita empreender novos projetos e diferentes desafios (...) na adaptação às mudanças e na criação de conhecimento e novas soluções para velhos problemas” (Orzano *et al*, 2008 citado por José & Abrantes, 2010).

Assumindo que a qualidade em saúde tem uma perspectiva multidisciplinar, o Serviço Social tem um papel preponderante que “permite o conhecimento da componente clínica e social, o conhecimento das circunstâncias que condicionam o tratamento e a recuperação do sujeito-utente, sendo esta a essência do Serviço Social Hospitalar” (Chancosa & Galán, 2012:11).

Neste ponto vai explorar-se a questão da qualidade focada na perspectiva das coordenadoras de Serviço Social das Unidades Hospitalares de LVT, tendo como referencial as entrevistas que lhes foram realizadas.

Foram entrevistadas 15 coordenadoras participantes e a maioria (11 em 15) tem mais de 45 anos de idade (11) (Quadro 5.6). Relativamente à sua formação de base, 14 participantes são de Serviço Social e apenas 1 tem formação complementar, o mestrado e 4 tinham uma pós graduação.

Quanto às funções desempenhadas nas Unidades Hospitalares, 5 têm funções exclusivas de Coordenação e 10 acumulam funções de Coordenação com as de intervenção direta com os utentes/família.

No que diz respeito ao tempo de exercício do cargo de coordenação cerca de metade (7) já o exerce há 10-14 anos, e quase metade também é mais jovem no cargo, 6 exercem até 4 anos)

A maioria das coordenadoras entrevistadas está na instituição há mais de 21 anos (9). E a situação jurídica de emprego é predominantemente caracterizada por contrato de funções públicas (10).

Quanto à implementação de um processo de acreditação nas unidades hospitalares de Serviço Social hospitalar em LVT nas quais estão integradas as coordenadoras entrevistadas apenas 6 são acreditadas cuja antiguidade de implementação é a seguinte: menos de 3 anos (2), 4-8 anos (1), 9-13 anos (1) e superior a 14 anos (1). Os programas mais adotados pelas instituições de saúde são: o CHKS (4) seguido pelo JCI (2). De salientar, que existe uma unidade de Serviço Social hospitalar que apesar de não ser acreditada, tem implementado um modelo de qualidade – EQUASS – certificação.

Quadro 5.6- Características predominantes das Coordenadoras do Serviço Social nas unidades hospitalares de LVT (n=15)

Características	Resultados
Género	Feminino (15)
Idade	Superior a 45 anos de idade (11)
Licenciatura	Serviço Social (14)
Formação complementar	Sem outro grau académico (14)
Antiguidade na Instituição	Superior a 13 anos (12)
Acumulação de funções	Coordenação e ação direta (10)
Situação jurídica de emprego	Contrato em funções Públicas (10)
Acreditação do SS	Sim (6); Não (9)
Tempo de acreditação	<3 Anos (2)
Programas adotados	CHKS (4); JCI (2); EQUASS (1)

No que respeita às questões colocadas e que se encontram discriminadas no Anexo D são passíveis de agrupamento em cinco domínios:

- Apresentação da Unidade de Serviço Social hospitalar;
- Perspetiva de um processo de acreditação: Desafios e dificuldades;
- Acreditação e Serviço Social Hospitalar;
- O impacto da acreditação nos valores deontológicos e éticos;
- Estratégias.

4.1. Apresentação da Unidade de serviço social hospitalar

As coordenadoras entrevistadas foram solicitadas a apresentar a sua unidade de Serviço Social e daí decorreram as seguintes subcategorias (Quadro 5.7): enquadramento, constituição, definição, como sendo as mais associadas aos seus discursos e, ainda, competências, objetivo e funcionamento.

Quadro 5.7 -Distribuição das subcategorias da apresentação da unidade de SS com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço

Apresentação da unidade de serviço social hospitalar que coordena	Antiguidade do exercício de funções de Coordenação			Idade		Serviço Social acreditado	
	<5	5 - 9	10 -14	<45	≥45	Sim	Não
	N	N	N	N	N	N	N
Enquadramento	2	1	4	1	5	3	4
Constituição	4	0	3	2	5	3	4
Competências	1	0	1	1	1	2	0
Definição	2	2	2	2	3	2	4
Objetivo	1	0	3	1	3	4	0
Funcionamento	2	0	1	0	3	0	3

A subcategoria *enquadramento* sobressai no discurso das coordenadoras mais velhas e com maior antiguidade no cargo. Para as participantes, o Serviço Social:

“ (...) enquadra-se na orgânica hospitalar como uma estrutura de suporte à prestação de cuidados de saúde e intervém em todas as áreas de prestação direta de cuidados de saúde: Internamento; Urgência; Ambulatório.” (EH7)

“ (...) integra a equipa de cuidados de saúde, sendo elo de ligação e interlocutor privilegiado entre o utente, a família, a equipa terapêutica e a comunidade”. (EH2)

No caso da subcategoria *constituição* é interessante verificar que ela está associada, quer a coordenadoras com menor antiguidade, quer às mais antigas, mas em coordenadoras mais velhas. A constituição das equipas nas diversas unidades hospitalares é variada, possivelmente relacionada com a dimensão e estrutura da organização hospitalar:

“ (...) dispõe de 5 Técnicas distribuídas pelas diferentes especialidades médicas.” (EH10)

“ (...) tem 46 assistentes sociais com 6 responsáveis de pólo (Artigo 36º, ponto 2 – regulamento) e estão divididos em 6 equipas”. (EH1)

“ (...) é uma unidade jovem, criada em 2012, com a abertura do hospital, que iniciou com 4 elementos e à data de hoje conseguiu duplicar o n.º de colaboradores”. (EH13)

O *Enquadramento* e a *constituição* parecem ser independentes do Serviço Social ser ou não acreditado, como evidencia a distribuição quase equitativa.

A presença da subcategoria *definição* é equilibrada em termos de antiguidade e também de idade mas está mais presente nas coordenadoras que afirmaram que o Serviço Social é acreditado. A acreditação do Serviço Social pode ser considerada pelas participantes, como um mecanismo de melhoria do agir profissional, no (...) respeito máximo pela dignidade humana e com envolvimento e valorização do trabalho de toda a equipa, rumo à qualidade e humanização do atendimento”. (EH9)

Infere-se dos discursos das coordenadoras mais velhas e com maior antiguidade no cargo, que o *enquadramento* do Serviço Social na instituição hospitalar e a *constituição* da equipa se reveste de grande importância na apresentação da unidade a que estão afetas.

Constatamos igualmente, e de forma consensual entre as diferentes coordenadoras que a definição não pode estar dissociada do constructo das práticas dos assistentes sociais em contexto hospitalar. A subcategoria definição é qualificada pelas participantes, pela importância dos valores profissionais, do trabalho em equipa, e do diagnóstico participado nos respetivos níveis de intervenção numa unidade de Serviço Social hospitalar. Como ilustram os seguintes discursos:

“ (...) na prestação de apoio psicossocial e proteção a cidadãos em situação de fragilidade e dependência, incrementando a sua promoção e inclusão social, por forma a alcançar o máximo do seu bem-estar”. (EH3)

“ (...)salvaguarda o superior interesse do utente”. (EH8)

“ (...) ser responsável por a inserção social do utente/doente e família, intervindo no planeamento da alta hospitalar, promovendo a melhoria da continuidade de cuidados de saúde e sociais (...) assume um papel mediador entre a Instituição hospitalar, o doente/família, seu contexto social e recursos/equipamentos existentes na comunidade”. (EH11)

Todas as participantes afirmam que o Serviço Social intervém na avaliação e diagnóstico psicossocial fomentando uma abordagem mais global do utente no seu processo de doença. O agir do assistente social em contexto hospitalar é particularizado pela intervenção com sujeitos com distúrbios psicossociais gerados pela doença (Mafrest, 2012) sendo necessário trabalhar a sua adaptação à nova condição, às exigências do processo de tratamento e de hospitalização (Erickson *et al*, 1994).

A componente social tem um peso importante na conceção e prestação dos cuidados de saúde como um todo, ou seja, qualquer sujeito que enfrente um processo de doença, tem sempre subjacentes alterações a diferentes níveis e com impactos dissemelhantes (Chancosa & Galán, 2012). A este respeito Gaulejac (2009) sublinha a importância de compreendermos os contextos onde os sujeitos estão inseridos e a sua singularidade, quanto às interferências das trajetórias da polaridade entre os processos de doença e os processos sociais em contexto hospitalar (Gaulejac, 2009 citado por Silva, 2011).

A ênfase colocada nestes elementos surge num exercício de reflexão complementar e uniforme quanto aos diferentes discursos. Predominantemente o *enquadramento e definição* encontram-se associados à perceção de como as coordenadoras vêem o Serviço Social numa unidade hospitalar, ilustrado na seguinte citação:

“ (...) ao efetuar o diagnóstico de necessidades de apoio social dos doentes é relevante para a sua reabilitação plena, promovendo, em articulação com as entidades competentes as ações necessárias para a sua concretização; (...) participar nas equipas de gestão de altas, promovendo os contactos necessários e a articulação com a família e ou instituição competentes permitindo a caracterização da alta dos doentes no momento da alta clínica, no âmbito do processo de continuidade de cuidados (...) o levantamento, caracterização e promover a atualização permanente do equipamento social que melhor resposta permita às necessidades de apoio social dos doentes no âmbito do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes”. (EH1)

4.2. Perspetiva de um processo de acreditação: desafios e dificuldades;

Considera-se que acreditação hospitalar “apresenta múltiplas vantagens” (Simões, 2009: 288) no desenvolvimento de uma política de qualidade, que passa pela organização, pela gestão

qualificada dos processos e integração concertada dos diversos setores da organização hospitalar, fomentando e perspectivando mudanças planeadas na organização (Porras & Robertson, 1992). Quando falamos em mudanças decorrentes de um processo de acreditação, falamos essencialmente de mudanças no “funcionamento organizacional e de práticas como um todo” Pomey *et al*, 2004:113).

Foi solicitado às coordenadoras que identificassem dificuldades e desafios, perante a perspectiva de um processo de acreditação na unidade hospitalar a que esta afeta. Da análise desta categoria foram identificadas as seguintes subcategorias: obstáculos; contributos; perceções; limitações e inexistência (Quadro 5.8).

Quadro 5.8- Distribuição das subcategorias do processo de acreditação com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço

Processo de acreditação	Antiguidade do exercício de funções de Coordenação			Idade		Serviço Social acreditado	
	<5	5 - 9	10 -14	<45	≥45	Sim	Não
	N	N	N	N	N	N	N
Obstáculos	2	1	1	1	3	1	3
Contributos	2	0	4	1	5	3	3
Perceções	1	1	0	0	1	0	2
Limitações	3	0	3	1	5	4	2
Inexistência	1	1	0	0	1	0	2

A subcategoria *contributos* predomina nos discursos das coordenadoras mais velhas e com maior antiguidade no cargo, independentemente de o Serviço Social ser acreditado.

As participantes reconhecem que a implementação de um sistema de qualidade numa unidade hospitalar tem como contributos:

“ (...) uma avaliação; Melhoria Contínua; Auditorias; Preservação dos níveis de qualidade; Investimento na formação contínua”. (EH2)

“ (...) uniformização de procedimentos e práticas”. (EH9)

“ (...) uma mais-valia para o serviço”. (EH6)

Apesar dos aspetos positivos mencionados pelas participantes também foram identificadas algumas *limitações e obstáculos* inerentes à implementação de um sistema de qualidade, bem como à própria configuração e funcionamento das unidades hospitalares a que estão adstritas.

Relativamente à subcategoria *limitações* está associada, quer a coordenadoras com maior antiguidade, quer às menos antigas no cargo, mas em coordenadoras mais velhas de idade, com maior incidência nas coordenadoras que afirmam que o Serviço Social é acreditado.

A qualidade como processo contínuo de obtenção de resultados esperados, implica a envolvimento de todos os intervenientes na implementação de novas estratégias de melhoria contínua da intervenção social. Tais ações constituem, sem dúvida, um processo de mudança em que é necessário identificar limitações, obstáculos e antecipar soluções. De fato:

“ (...) as dificuldades identificadas foram a realização e uniformização dos procedimentos inerentes à área social”. (EH 13)

“ (...) responder a critérios que estavam mal formulados e não adaptados à realidade portuguesa”. (EH15)

“ (...) ter disponibilidade para dar resposta ao trabalho de ação direta, coordenação e realização de procedimentos do Serviço Social”. (EH13)

A subcategoria *obstáculos* é percecionada com maior ênfase pelas coordenadoras mais velhas, independentemente da antiguidade no cargo, e que referem que o Serviço Social não é acreditado.

As participantes evocam alguns obstáculos, como a distância entre as unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar que coordenam e a sobrecarga de trabalho que advém do processo de acreditação:

“ (...) o centro hospitalar é constituído por três unidades que se distam entre si 40km, que perturbam a comunicação efetiva”. (EH9)

“ (...) dispersão geográfica dos vários Hospitais do Centro Hospitalar, especialidades altamente diferenciadas dirigidas a diferentes grupos alvo (crianças, grávidas, adultos, idosos); diferentes entendimentos, sobrecarga de

trabalho dentro das funções atribuídas; rotina de trabalho muito exigente e volume documental em constante análise e atualização”. (EH1)

Neste processo de gestão de mudança, a acreditação representa um enorme desafio para todos os profissionais da saúde, com particular relevância para as coordenadoras como órgãos de gestão das unidades de Serviço Social hospitalar. Neste sentido, a estas coordenadoras são lhe exigidas políticas de desenvolvimento profissional contínuo, que garanta a sustentabilidade e consolidação do sistema de qualidade em saúde na área do serviço social (Biscaia, 2007; Pisco, 2007 citado por Revez & Silva, 2010).

4.3.Acreditação e Serviço Social Hospitalar

Foi também solicitado às coordenadoras para enquadrarem o processo de qualidade na sua unidade de Serviço Social. Daí resultaram as seguintes subcategorias: mais-valia, uniformização, necessidade e melhoria contínua (Quadro 5.9).

A acreditação pode ser considerada como um instrumento de extrema importância na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e subsequentemente na intervenção do Serviço Social (Alkhenizan & Shaw, 2011).

Quadro 5.9 - Distribuição das subcategorias da acreditação e Serviço Social com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço

Enquadramento do processo de qualidade da sua unidade no contexto institucional do hospital	Antiguidade do exercício de funções de Coordenação			Idade		Serviço Social acreditado	
	<5	5 - 9	10 -14	<45	≥45	Sim	Não
	N	N	N	N	N	N	N
Mais-valia	3	2	2	1	5	3	4
Uniformização	2	1	2	2	3	3	2
Necessidade	2	0	2	2	2	1	3
Melhoria contínua	1	1	2	1	3	2	2

A subcategoria *mais-valia* sobressai no discurso das quer das coordenadoras com maior antiguidade, quer às menos antigas no cargo, mas em coordenadora mais velhas, independentemente de o Serviço Social ser acreditado. De fato:

“ (...) a qualidade é encarada com fonte de promoção do serviço (...) deve ser vista como um instrumento para aperfeiçoar a intervenção, como meta de melhor responder ao público-utente”. (EH3)

“ (...) uma mais valia para a organização do serviço”. (EH 6)

“ (...) constituiu um fator de desenvolvimento, uma vez que permite criar oportunidades de melhoria e alcançar metas de globalização”. (EH9)

Deduz-se dos discursos das participantes que a acreditação torna-se portanto um instrumento estratégico e um fator de desenvolvimento de medidas de melhoria contínua da qualidade da intervenção social.

É interessante verificar que as subcategorias *uniformização*, *necessidade* e *melhoria contínua* evidenciam uma distribuição quase equitativa pelo que se afiguram transversais à antiguidade, à idade e ao facto do Serviço Social estar ou não acreditado.

A acreditação é considerada como uma *necessidade*, uma oportunidade de *melhoria contínua* na prática e da atividade do Serviço Social, quanto à *uniformização* de procedimentos de trabalho e à atuação profissional numa unidade hospitalar. Partindo destes pressupostos, as participantes consideram a acreditação:

“ (...) um processo fundamental e imprescindível” (EH5).

“ (...) promove a reestruturação do Regulamento do Serviço Social, na elaboração de Protocolos de atuação e instruções de trabalho, com vista ao enquadramento de princípios condutores à uniformização de procedimentos e técnicas e possível certificação do serviço num futuro próximo”. (EH 9)

“ (...) introduz ganhos de eficácia e eficiência uma vez que se encontram padronizados os procedimentos de base internos e os que envolvem outros serviços e unidades da instituição. Introduz níveis de confiança e responsabilização individual de cada colaborador do serviço. Alguns pólos de intervenção, em auditorias externas são evidenciados os níveis de excelência da intervenção do Serviço Social, sendo este feedback impulsionador de motivação (...) uma otimização de recursos e uniformização de práticas e procedimentos, melhoria da qualidade dos registos e documentação e reconhecimento de competências profissionais (EH1)

“ (...) é fundamental para definir e delimitar patamares de atuação e definir metodologias de trabalho no contexto hospitalar é um trabalho contínuo”. (EH13)

“ (...) é fundamental o hospital ser acreditado não só pela uniformização de todos os procedimentos a efetuar aos utentes e famílias, bem como para a atuação do Serviço Social Hospitalar ser pautada de uma forma uniforme”. (EH11)

Identifica-se nas entrevistas que a qualidade é uma condição primordial como espaço de ação para o Serviço Social na saúde. A qualidade corresponde a uma ferramenta estratégica que possibilita uma evolução contínua alicerçada em elementos basilares, ao “ reestruturar a organização como um todo, melhorando as estruturas, os procedimentos, reafectando os recursos, efetuando o ajustamento dos profissionais ao perfil das funções e às necessidades da organização, desenvolvendo as lideranças, a comunicação e potenciando o enfoque no utente/ cidadão” (Almeida *et al*, 2010:131).

A qualidade da prática tem como princípio “fazer bem à primeira vez e sempre” (Sale,1998; Masfret, 2007: 23) esta perspetiva implica que os assistentes sociais no seu agir profissional devam intervir com base nos valores de natureza ética e deontológica e devam ter sempre “presente os princípios e os métodos de melhoria da qualidade (...) e se este compromisso dualista estiver ausente, até os mais sofisticados métodos de melhoria da qualidade falharão” (Donabedian, 2003:137).

4.4. O impacto da acreditação no fortalecimento dos valores deontológicos e éticos

A acreditação configura “um programa com impacto nas práticas e um ponto de partida para a implementação de um sistema de qualidade no hospital” (Lopes, 2007:105). Relativamente ao impacto da acreditação nas práticas profissionais e no fortalecimento nos valores éticos e deontológicos da profissão foram identificadas as seguintes subcategorias: ganhos; rigor; melhoria e reforço.

Quadro 5.10- Distribuição das subcategorias acreditação e valores deontológicos e éticos com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço

Impacto do processo de qualidade no fortalecimento dos princípios éticos e valores deontológicos na intervenção do assistente social	Antiguidade do exercício de funções de Coordenação			Idade		Serviço Social acreditado	
	<5	5 - 9	10 -14	<45	≥45	Sim	Não
	N	N	N	N	N	N	N
Ganhos	4	2	1	1	5	2	5
Rigor	1	0	3	0	4	3	1
Melhoria	0	0	3	0	3	2	1
Reforço	2	1	2	3	2	2	3

Verifica-se que a subcategoria *ganhos* predomina no testemunho das coordenadoras mais velhas e mas jovens no cargo. A subcategoria *reforço* não é discriminada nem pela idade, nem pela antiguidade. O ganho é essencialmente mencionado por coordenadoras mais jovens na função e pelas mais velhas.

As participantes destacam *ganhos* e *reforço* decorrentes da acreditação na prática profissional e no Serviço Social, como:

“(…) um impacto muito importante e facilitador de boas práticas profissionais”.
(EH5)

“(…) um processo de qualidade iria promover uma reflexão sobre os princípios éticos e valores deontológicos que, normalmente não são alvo de reflexão, e que poderão alterar algumas das atividades/diligências do Serviço Social, bem como fortalecer o sentido de grupo profissional”. (EH13)

“(…) um impacto fortíssimo e decisivo na dignificação da profissão reforçando os princípios éticos e valores deontológicos, alargando horizontes das redes de comunicação e interação, com os indivíduos e comunidades, com mais equilíbrio e equidade”. (EH9)

“ (...) tem forçosamente que ter um impacto positivo, de fortalecimento e coesão do grupo profissional como um todo, contribuindo inclusive para a reflexão acerca das práticas instituídas e aspetos a melhorar”. (EH12)

“ (...) satisfação dos utentes e uma cultura de melhoria contínua (...) obriga a uma reflexão acerca da prática profissional a nível de consistência teórica, recursos logísticos e físicos que implicam o cumprimento e fortalecimento dos princípios éticos e deontológicos”. (EH1)

“ (...) uma maior consciência profissional”. (EH3)

“ (...) poderá reforçar os princípios éticos e deontológicos da intervenção do assistente social”. (EH6).

Verifica-se nos testemunhos das participantes, que a acreditação *reforça* os valores éticos e deontológicos do assistente social, com enfoque para os *ganhos* em saúde. Significa que perante o desafio da acreditação, o envolvimento e a formação dos profissionais são fundamentais, na “ adoção de novas práticas culturais (...) no aprofundamento de valores éticos e civilizacionais num contexto e numa perspetiva multiprofissional e interdisciplinar” (Almeida *et al*, 2010: 131).

Realçam-se fatores críticos de sucesso no discurso da maioria das participantes: maior consciência profissional; mais reflexão do agir profissional, maior satisfação dos utentes; uma cultura de melhoria contínua, no fortalecimento do grupo profissional como um todo e dos princípios éticos e deontológicos da profissão. O processo de acreditação tem subjacente um sistema transformacional, dinâmico e cíclico, onde a implementação de ações tem por finalidade a progressão e fortalecimento dos padrões e práticas e/ou determinar os seus objetivos na planificação de oportunidades de melhoria da qualidade (Lopes, *et al*, 2012).

A subcategoria *rigor* sobressai nas coordenadoras mais velhas e com maior antiguidade no cargo e está mais associado a contextos nos quais o Serviço Social é acreditado.

O reconhecimento do *rigor* da atividade do Serviço Social e dos princípios éticos e deontológicos está patente no discurso de algumas participantes:

“ (...) melhoria da prestação do profissional, sendo exigido maior rigor na aplicação dos princípios éticos e deontológicos”. (EH15)

“ (...) a acreditação veio reforçar a solidez do Serviço Social no sentido de garantir a melhoria de cuidados de saúde e sociais “. (EH11)

“ (...) no rigor e profissionalismo da intervenção social quotidiana”. (EH10)

Um processo de acreditação “está desenhado para criar uma cultura de segurança e qualidade dentro de uma organização que se esforça por melhorar constantemente os processos e resultados na prestação de cuidados aos cidadãos” (JCI, 2011:4). Donde emergem importantes benefícios: “ melhoram a confiança para com o público; proporcionam um meio laboral seguro e eficiente que contribui para a satisfação do profissional e dos utentes; humanização de cuidados prestados ao doente e suas famílias; criação de uma nova cultura e estabelece uma liderança continua para a qualidade e utente em todos os níveis de intervenção” (*Ibidem*).

Podemos aferir baseando no discurso das diferentes coordenadoras, que a acreditação tem um impacto relevante e positivo nas práticas dos assistentes sociais. Um sistema de qualidade pode reforçar os princípios éticos e deontológicos da profissão ao “melhorar a capacidade de dar resposta eficaz às necessidades sociais que afetam os sujeitos, e por outro, procurar uma estratégia educacional com a finalidade de mudar atitudes, valores e estruturas internas, para que cada organização possa adaptar-se melhor aos novos desafios atuais” (Pedraza, 2003: 147).

4.5. Estratégias

Na categoria *estratégias* utilizadas ou que utilizariam no envolvimento de todos os assistentes sociais no processo de qualidade para a melhoria da prática profissional foram identificadas diversas subcategorias: *comunicação, trabalho em equipa, multidisciplinariedade, desempenho, envolvimento e coaching*.

A gestão pela qualidade permite dotar os sistemas de saúde de ferramentas para os processos de melhoria continua, a sua monitorização e avaliação de riscos e fragilidades (França, 2011). Neste sentido, é fundamental relevarmos o papel da liderança quanto à necessidade e importância de “influenciar os processos e as dinâmicas de grupo” (Dias, 2001:20) de trabalho com a finalidade de “obter a participação voluntária dos subordinados num esforço para atingir os objetivos da organização” (Frederico & Leitão, 1999:79).

Quadro 5.11- Distribuição das subcategorias das estratégias com a antiguidade, idade e a acreditação do serviço

Estratégias utilizadas ou a utilizar no envolvimento de todos os assistentes sociais no processo de qualidade	Antiguidade do exercício de funções de Coordenação			Idade		Serviço Social acreditado	
	<5	5 - 9	10 -14	<45	≥45	Sim	Não
	N	N	N	N	N	N	N
Comunicação	1	1	2	0	4	2	2
Trabalho equipa	1	1	2	0	4	1	3
Multidisciplinarietà	0	0	2	0	2	2	0
Desempenho	2	1	1	0	3	1	3
Envolvimento	6	1	3	2	8	3	7
Coaching	1	0	1	0	2	1	1

É interessante verificar que a subcategoria *envolvimento* prevalece nas coordenadoras mais velhas e nas mais antigas no cargo.

As coordenadoras entrevistadas identificam o *envolvimento* como principal estratégia a utilizar com os seus colaboradores face a um processo de acreditação:

“ (...) o envolvimento de todos os elementos das equipas neste processo para análise da documentação, circuitos e metodologias de trabalho e reflexão acerca da prática profissional de acordo com os critérios de qualidade inerentes ao processo de acreditação”. (EH1)

“ (...) Enquanto responsável da equipa enquadro a qualidade numa lógica de melhoria da prática do grupo profissional que integro e não numa perspectiva avaliativa. Poderemos assim contribuir para o crescimento e afirmação dos próprios serviços de saúde.” (EH3)

“ (...) nas reuniões de equipe tento motivar os profissionais para a necessidade de procedimentos orientadores da prática profissional do Serviço Social”. (EH 5)

“ (...) reconhecimento do trabalho individual e de grupo profissional”. (EH4)

De salientar que as subcategorias *comunicação, trabalho de equipa e desempenho* são sobretudo invocadas pelas coordenadoras mais velhas.

Para que um sistema de qualidade seja implementado com sucesso numa organização e num serviço, é fundamental que o líder seja “um facilitador da mudança (...) transmitindo a visão, os valores e a ética organizacional (...) proporcionando um dialogo generativo, reflexivo e estar presente para o aqui e agora” (Cameron & Green, 2009:330).

Dados estes considerandos as participantes referiram que utilizaram ou utilizariam, face à implementação de um sistema de qualidade na unidade de Serviço Social hospitalar:

“(...) o desenvolvimento de canais de comunicação, com pastas partilhadas entre as três unidades (...) criação de grupos de trabalho por departamentos com responsabilidade direta num elemento, que tem funções de dinamização das equipas”. (EH9)

“(...) motivar os profissionais para a necessidade de procedimentos orientadores da prática profissional do Serviço Social”. (EH5)

“(...) realizar mensalmente uma reunião de serviço, para reavaliação/ alteração de procedimentos, reflexão de práticas e discussão de casos (...) presenças em ações de formação relacionadas com a prática profissional e partilha dos conteúdos com toda a equipa”. (EH10)

“(...) valorização da prática desenvolvida e dos resultados obtidos (...) avaliação do grau de satisfação dos utentes”. (EH8)

Cada vez mais é essencial a interação e articulação do assistente social com outros grupos profissionais de saúde como dimensão metodológica crucial:

“(...) integrar assistentes sociais em grupos transversais, tanto em políticas como procedimentos multisectoriais (EH1).

Caetano considera que a “eficácia dos processos de mudança planeada é conveniente adotar uma visão integrativa e sistémica das mudanças desencadeadas a vários níveis (Caetano, 2001:537). A motivação, sensibilização, envolvimento, reconhecimento, reflexão e a valorização das práticas são alguns fatores evidenciados pelas participantes e que podem influenciar a implementação de um sistema de qualidade. Como diz Cameron & Green a “mudança individual é o cerne de tudo o que é alcançado nas organizações” (2009:9).

Constatamos também, e de acordo com os discursos das participantes, que estamos perante uma liderança transformacional. Na capacidade de transmitir aos seus liderados: confiança, admiração, lealdade e respeito (Burns, 1978) e (Bass, 1985) citado por Caetano, 2001). Na regulação e elevação dos valores organizacionais, na confiança e nas expectativas de grupo (Caetano, 2001).

Está patente no discurso das coordenadoras que é necessário enfatizar a motivação, o reconhecimento, a responsabilidade quanto ao progresso, aprendizagem, ao tipo e natureza do trabalho (Herzberg, 1968 citado por Cameron & Green, 2009).

O conjunto de fatores estratégicos referidos pelas participantes converge com o argumento de Cameron & Green (2009) que sustentam que uma mudança pode compreender diferentes abordagens complementares entre si e profícuas para os líderes. Por um lado, na abordagem psicodinâmica, permite ao líder compreender previamente as atitudes e reações dos profissionais quando estes se deparam com a mudança. É importante, o líder conjuntamente com o profissional de mudança, reconheçam as dificuldades e sentimentos para que possam ser geridos e ultrapassados mais eficazmente.

Por isso a importância de promover (...) reuniões alargadas com toda a equipa de Serviço Social”. (EH9 “ (...) na sensibilização para a necessidade de uma cultura de qualidade na intervenção, neste sentido foram realizadas muitas ações de formação e auditorias”. (EH1)

Para que possam ultrapassar e gerir as dificuldades do processo de mudança, é necessário “ (...) criar o espírito de equipa, e objetivos comuns ”. (EH4)

A abordagem humanista o líder considera que todo o profissional tem conhecimento das suas capacidades e pode melhorá-las. Demonstra abertura a novas possibilidades e desafios na compreensão das suas atitudes face a um processo de mudança, para que desenvolvam os seus potenciais e contribuam para a mudança organizacional. Implica a existência de uma relação de confiança entre o líder e o profissional subordinado, de forma a eliminar resistências e assumir um processo de desenvolvimento e de mudança (Cameron & Green, 2009).

Nesta lógica, verifica-se uma estreita relação entre a “ (...) reflexão conjunta sobre prática profissional e a colaboração direta na definição de funções, na elaboração de procedimentos”. (EH15) “(...) e criar momentos de envolvimento coletivo”. (EH4)

“ (...) as reuniões de serviço a partilha dos documentos elaborados e da informação transmitida nas várias reuniões de chefia, foram essenciais para o envolvimento”. (EH7)

Da análise do discurso das coordenadoras entrevistadas fica claro que é necessário compreender a mudança numa perspetiva relacional e interdisciplinar, numa atitude esclarecedora, dinâmica e participativa, onde o elemento chave é o profissional. De fato, a “melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados (...) com uma cultura que valoriza a melhoria continua” (Carapeto & Fonseca, 2006: 348-349).

Síntese conclusiva

O presente capítulo assumiu como questão central, a compreensão das alterações decorrentes de um processo de acreditação nas práticas profissionais dos assistentes sociais, na perspetiva de um conjunto de peritos privilegiados. Pretendeu também, perceber o papel e a perspetiva das coordenadoras de Serviço Social numa unidade hospitalar face à implementação de um sistema de qualidade.

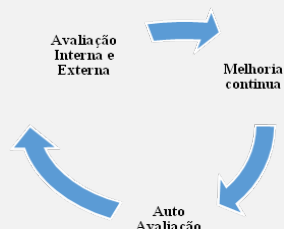
Na saúde e também no Serviço Social os sistemas de gestão de qualidade, de avaliação, monitorização e de melhoria contínua constituem necessariamente objetivos e metas a cumprir. Apesar de não haver literatura específica sobre estes tópicos, os resultados são consensuais entre os aspetos referidos pelo painel e pelas entrevistas às coordenadoras.

Em resposta à primeira questão, podemos salientar que os peritos identificaram cinco dimensões e itens de ação do Serviço Social suscetíveis de alteração, melhoria e de reforço da prática profissional face a um processo de acreditação. Também de forma consensual, as coordenadoras identificaram os aspetos que consideram de mais-valia para a prática e atividade profissional do Serviço Social numa unidade hospitalar, tal como as estratégias utilizadas no envolvimento da equipa.

Em relação às dimensões de ação, resultantes do painel são análogos, complementares e consensuais com os aspetos de mudança nas práticas proferidos pelas coordenadoras como poderemos aferir na Quadro 5.12.

Quadro 5.12 – Dimensões e aspetos de mudança na prática face a um processo de acreditação

Dimensões de ação				
Especificidades da prática	Interação de equipas	Eficácia profissional	Avaliação e Monitorização	Ganhos em Saúde
– Melhora a capacidade de gestão e de inovação – Adequação da autogestão das competências profissionais – Maior consciência para as questões de qualidade e melhoria continua – Sistematização de normas e procedimentos – Uniformização de práticas e instrumentos de trabalho – Uma estrutura mais precisa e determinada – Maior centralidade no doente, nos seus cuidados e bem-estar – Melhoria dos registos da atividade do Serviço Social	– Maior visibilidade do papel do assistente social nas equipas multidisciplinares e na melhoria da prestação de cuidados; – Um elemento facilitador de comunicação entre os grupos; – Maior colaboração com os serviços clínicos, – Potencializa o trabalho em equipa e melhora a comunicação e o relacionamento interpessoal e interserviços.	– Desenvolve indicadores de efetividade e eficiência do processo e dos resultados da intervenção do Serviço Social – Potencializa melhorias das práticas profissionais – Desenvolvimento de uma postura profissional mais proactiva – Avaliação do desempenho profissional – Melhoria dos registos individuais	– Desenvolve sistemas de análise e de identificação de causas e soluções; – Desenvolve e monitoriza indicadores de desempenho que promovam ações de melhoria e de análises de reavaliação corretiva; – Aumenta o nº de auditorias internas sobre a prática profissional; – Avalia a qualidade percebida pelo utente e família; – Sistemas de tratamento e análise da reclamação numa perspetiva tridimensional; – Proporciona uma revisão de práticas e avaliação de conformidades.	– Promove a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade ao utente; – Aumento da confiança dos utentes quanto aos serviços prestados; – Estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade; – Alterações no comportamento e desempenho na generalidade dos profissionais; – Maior responsabilização por parte dos profissionais no processo de intervenção.



Ciclo de acreditação

Características de mudança na perspetiva do líder

Na Prática Profissional	Serviço Social Hospitalar	Estratégias
– Facilitador de boas práticas; – Melhoria contínua da prestação de cuidados; – Reforço e maior rigor na aplicação dos princípios éticos e valores deontológicos; – Sistematização de procedimentos, técnicas e instrumentos de trabalho; – Uniformização de práticas; – Níveis de confiança e responsabilidade individual;	– Dignificação da profissão; – Fortalecimento e coesão do grupo profissional; – Satisfação dos utentes; – Definição de objetivos e indicadores de qualidade; – Diminuição de más práticas; – Maior controle da gestão – Otimização dos processos de trabalho – Ganhos de eficiência e eficácia – Excelência de intervenção do Serviço Social são evidenciados em auditorias externas;	– Motivação, sensibilização; – Desenvolvimento de canais de comunicação; – Reuniões e criação de grupos de trabalho; – Reflexão conjunta; – Espírito de equipa; – Reconhecimento; – Envolvimento coletivo; – Ações de formação; – Valorização da prática e dos resultados obtidos.

Os resultados sugerem de forma clara que um processo de acreditação em contexto hospitalar influencia de forma direta e positiva a qualidade da intervenção do Serviço Social, reforçando um conjunto de aspetos que induzem a pertinência dessa relação.

As cinco dimensões de ação identificadas na pesquisa – especificidades da prática, interação de equipas, eficácia profissional, avaliação e monitorização e ganhos em saúde – encontram-se interligadas e são complementares entre si. Neste sentido, cada dimensão de ação corresponde a mudanças diversas e sugere uma linha de ação que é influenciada, senão determinada, pelo processo de mudança nas práticas profissionais dos assistentes sociais.

Relativamente à dimensão *especificidades da prática* e aos elementos que a compõem, converge com o argumento de Donabedian (2003), o qual sustenta que a componente de desempenho, relativo à forma como os cuidados são prestados, é constituída pela parte técnica e interpessoal (citado por Fernandes, 2010). Em que por um lado, o domínio técnico da qualidade “certifica que o doente recebe somente procedimentos e serviços, em que o resultado esperado excede em muito os riscos, e que estes são prestados de forma tecnicamente excelentes”. E pelo outro, o domínio interpessoal consiste na “prestação de cuidados que o doente recebe de uma forma humana e culturalmente adequada e é convidado a participar nas decisões sobre o seu tratamento” (Donabedian, 2003: 95).

Com efeito, esta dimensão mostra que o impacto da acreditação tem subjacente elementos respeitantes à organização da unidade de Serviço Social integrada num contexto hospitalar, bem como, e complementarmente, elementos do processo de intervenção com o utente e sua família, pelo que devem ser avaliadas e integradas no seu conjunto.

Pomey *et al* (2004) defendem que a acreditação tem impacto na performance do hospital, traduzida no desenvolvimento de valores partilhados pelos profissionais, na criação de um ambiente organizacional e de uma melhor prestação de cuidados ao centralizar a sua intervenção na pessoa doente e na sua família. Através de uma avaliação sistemática da satisfação e da implementação de um sistema de gestão e reclamação mais eficiente e apropriado (Sicotte *et al*, 1998 citado por Pomey *et al*, 2004).

A dimensão *interação de equipas* está intrinsecamente conectada à particularidade da relação e da comunicação entre os profissionais de saúde na prestação de cuidados ao utente e à família (Santos *et al*, 2010). A disposição subjacente de um sistema de qualidade visa definir e clarificar a atribuição de responsabilidades, as atividades de intervenção e desenvolver evidências claras e precisas da qualidade da atividade do Serviço Social,

permitindo também, a sistematização e a descrição de procedimentos e processos de trabalho relativos a funções do Serviço Social em determinada área de atuação, inter ou multidisciplinar. A visibilidade e a interação do assistente social nas equipas de saúde ocorrem na definição clara e precisa das funções dos diferentes grupos profissionais em relação aos procedimentos multidisciplinares de atuação. Conforme sustentado por Beaumont (2002), a acreditação serve para melhorar os processos de comunicação e de trabalho entre os diferentes profissionais (citado por Pomey *et al*, 2004).

Perspetivar a *eficácia da intervenção social* (outra dimensão de ação) passa por esperar o melhor resultado possível na definição da sua ação em função da sua própria expectativa de efeitos desejados e de consequências benéficas (Costa, 2005). O assistente social deverá ser eficiente no uso dos seus meios e recursos para atingir os objetivos face à sua intervenção social com os utentes e as famílias. Pressupõe que se observem as práticas profissionais de forma crítica e reflexiva, de modo a introduzir melhorias contínuas. Autores como Hazard, *et al* (2002) apontam para a diferença entre as instituições acreditadas e as não acreditadas, a qual incide na ação corretiva, no desempenho profissional, na forma a eliminar ou reduzir problemas identificados e na monitorização constante da eficácia dos planos de ação.

Para que as dimensões referidas anteriormente sejam eficazes, é fulcral a operacionalização da dimensão da *avaliação e monitorização* da qualidade da intervenção e da atividade do serviço social. A monitorização da qualidade deve permitir “uma melhoria continua não só dos resultados e dos efeitos dos cuidados prestados, mas também dos métodos usados para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade” (Ferreira, 1991: 109). É uma preocupação crescente das unidades hospitalares “em que já não basta fazermos o melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível” (Pisco & Biscaia, 2001:44). A avaliação é necessária e profícua ao proporcionar um controlo de qualidade mais padronizado e sistematizado e, concomitantemente, uma melhor gestão do risco (Baker *et al* (1995); Daucourt & Michel (2003) citado por Pomey *et al*, 2004).

Em consonância com as dimensões anteriores e em aparente ajuste para com o que foi identificado como principal orientação e resultado do agir profissional no quadro da qualidade, considerámos ainda a dimensão ganhos *em saúde*. Duas proposições sustentam a conceptualização dos ganhos em saúde na intervenção do Serviço Social: por um lado podem

ser “entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde (...) na melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde” e, por outro, os ganhos potenciais em saúde “que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis, considerando a evolução temporal, numa lógica de redução de desigualdades (...) na definição de metas, articulação com agentes, identificação de modelos de determinantes e respetivas intervenções prioritárias” (DGS- PNS, 2012-2016e:2).

Na realidade, o processo, as competências e o resultado da prática reflete indubitavelmente, a enumeração dos ganhos em saúde no Serviço Social. Nesta lógica, “a necessidade de melhorar a eficiência na saúde melhorando a qualidade, em particular os ganhos em saúde dos cidadãos (...) é um desafio que se coloca a todos os serviços de saúde” (Pisco, 2011:40).

As cinco dimensões de ação identificadas constituem e estabelecem um conjunto de domínios diferentes mas complementares, que procuram traduzir a complexidade e a multidimensionalidade da abordagem da ação. Essas dimensões sustentam a intervenção e a atividade do Serviço Social numa unidade hospitalar no quadro de melhoria de qualidade em saúde. Por entre a dinâmica desse processo “uma série de atividades que se vão desenvolvendo de uma forma cíclica e que inclui a avaliação da prestação de cuidados, a tomada de medidas corretoras e a reavaliação para verificação das melhorias obtidas” (Pisco, 2011:40). O conjunto de indicadores de uma dimensão não proporciona, por si só, a melhoria das práticas do assistente social, mas deverá contemplar no seu conjunto as cinco dimensões de ação, para que permita identificar áreas de intervenção necessárias ou estratégicas, desde a dimensão do agir profissional, à interação da equipa, à eficácia e avaliação e monitorização da atividade do Serviço Social através de uma análise global, sistemática e multidimensional de atividades e resultados.

As estratégias de gestão e a forma como são implementadas em cada instituição hospitalar podem não ser semelhantes face à implementação de um sistema de qualidade, devido às suas particularidades, estrutura, maturidade e visão dos profissionais que constituem a equipa do Serviço Social. No entanto, os discursos das coordenadoras evidenciam um contributo positivo das estratégias de gestão, como sendo promotoras do desenvolvimento de competências, motivação, responsabilidade e confiança perante um processo de mudança. Para isto contribui o fato de estas coordenadoras desempenharem uma liderança transformacional e paradoxal (Burns, 1978) e (Bass, 1985) citado por Caetano, (2001), ao apresentarem uma perspectiva multifacetada da aprendizagem, na capacidade de

transmitir aos assistentes sociais, a confiança, a admiração e o respeito, e demonstrar preocupação e sensibilidade face à qualidade que a intervenção social é desenvolvida com o utente e suas famílias. Por outro lado, permite-nos igualmente compreender que as coordenadoras tiveram um posicionamento valorativo dos assistentes sociais na implementação do sistema de qualidade, promovendo a escuta, a coesão e o espírito de equipa e simultaneamente a aprendizagem através da partilha e discussão individual e em grupo.

Demonstram que essas mudanças dependem de forma decisiva do líder e da forma como este gere, compreende e aplica estratégias de trabalho, envolvimento e motivação em todo o processo de implementação do sistema de qualidade numa unidade hospitalar numa atitude proactiva (Quintino & Saraiva, 2010).

Relevamos também, a categoria dos princípios éticos e deontológicos relativamente à qualidade, pela elevada expressividade nos resultados. Tal facto, denota a valorização e reforço da mesma, na implementação de um sistema de qualidade em saúde. Os princípios éticos são determinantes para justificar e fundamentar a intervenção do assistente social. A sua capacidade e empenho em agir eticamente é um aspeto essencial da qualidade do serviço que presta aos sujeitos, na promoção da mudança social, na resolução de problemas nas relações humanas e no reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Os princípios dos direitos humanos, da justiça social e da conduta profissional são basilares no exercício da profissão do assistente social (FIAS). Podemos afirmar que os princípios éticos são essenciais para justificar e fundamentar a intervenção do assistente social no quadro da qualidade em saúde. Assim, a sua incorporação no quadro da qualidade em saúde processa-se num enquadramento tridimensional envolvendo a interação entre satisfação do utente, motivação dos profissionais e eficácia profissional. Esta conexão sustenta a definição de processos e procedimentos de intervenção social associa-se à análise e monitorização de forma contínua do agir profissional e consequentemente fazer bem e promover melhor bem-estar (Masftet, 2007). A esta constatação, podemos associar a conceção da OMS (2008) para a qual um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza os seus recursos da forma mais adequada e efetiva em detrimento das necessidades, de acordo com padrões de elevado nível pelos respetos humanos.

CAPITULO VI – VALIDAÇÃO DA ESCALA E A CONSISTENCIA INTERNA

Como foi oportunamente explicado, o inquérito por questionário aplicado incluía uma escala de *boas práticas profissionais* (EBPSSQH), composta por 120 itens que se apresentavam teoricamente agrupados em 10 subescalas. A partir dos dados obtidos da aplicação do questionário foram desenvolvidos diversos procedimentos estatísticos para, com os dados agora disponíveis ($n=156$), cumprir dois objetivos: validação da escala e medição da sua consistência. Para a validação da escala foi realizada uma análise fatorial em fatores comuns (AFC), a qual permitiu identificar a estrutura fatorial subjacente à matriz das respostas e, consequentemente avaliar a adequabilidade do seu ajustamento à proposta inicial da escala com 10 subescalas. Para medir a consistência utilizou-se o coeficiente alfa de cronbach.

1. Análise descritiva dos itens

Começou por se realizar uma análise exploratória sobre a distribuição das respostas aos 120 itens a fim de avaliar o ajustamento à distribuição normal. Importa referir que apesar de a normalidade não ser um pressuposto das análises fatoriais é importante testar se a distribuição dos itens se aproxima da normalidade, no sentido de promover a qualidade dos resultados (Tabachnick & Fidell, 2006). Sendo a assimetria e o achatamento (curtose) duas componentes da normalidade privilegiou-se a sua análise na distribuição dos 120 itens da escala, concretizada na análise gráfica e na interpretação de indicadores estatísticos de assimetria e de achatamento. É também sabido que o afastamento face à normalidade é menos preocupante em amostras de maior dimensão, na ordem dos 200 ou mais casos (Hair & al., 2010). Contudo a base empírica para esta validação ronda apenas os 150 indivíduos, o que torna particularmente importante a avaliação da performance da distribuição dos itens.

Começou por ser feito um diagnóstico relativo aos valores da assimetria (sk) e do achatamento (ku) a fim de ser calculada uma estatística Z e decidir sobre a admissibilidade da distribuição ser normal. Isso pressupõe que o valor da estatística Z (para a assimetria e para o achatamento) se situe ou i) no intervalo $(-1,96; 1,96)$ se se considerar um nível de significância de 5% ou ii) no intervalo $(-2,58; 2,58)$ se se admitir um erro um pouco mais elevado, de 10% (Hair & al., 2010).

Dado estar-se numa fase inicial de validação da EBPSSQH optou-se por trabalhar com um erro um pouco mais elevado que o habitual, orientando-se assim a tomada de decisão para

o referencial dos 10%. Procurou-se que os itens a submeter à análise fatorial verificassem então os seguintes requisitos: ou grau de assimetria e grau de achatamento a pertencer ao intervalo (-2,58; 2,58); ou um a pertencer ao intervalo e o outro a não exceder em muito o valor |3|.

Analisados os vários indicadores estatísticos relativos à distribuição de cada um dos 120 itens obteve-se como primeira conclusão relevante que as subescalas Responsabilidade Cultural e Prática Inclusiva (subescala 4), Comunicação e Competências Interpessoais (subescala 6), Registo de Informação e Documentação (subescala 7) e Processo de Intervenção (subescala 9), responsáveis por 47 itens – cerca de 40% dos itens da escala original – não viriam a ser consideradas para a análise fatorial. Todos os itens (teoricamente associados a essas quatro subescalas) apresentavam um grau de assimetria e/ou um grau de achatamento cujos resultados excediam largamente os limites do intervalo de referência ($<-2,58$ ou $>2,58$), observando-se uma acentuada assimetria negativa. A este propósito importa referir que em 40 dos 47 itens a excluir da AFC, pelo menos 75% das respostas estavam concentradas nos pontos 4 e 5 da escala de *likert* (recorde-se que 5 era o ponto máximo). Verificou-se assim, uma explícita consensualidade dos assistentes sociais na medida em que a esmagadora maioria optou por responder entre «muitas vezes» ou «sempre» nos itens que compõem (teoricamente) as referidas quatro subescalas.

Relativamente às restantes subescalas também acabariam por ser excluídos alguns itens que apresentavam um grau de assimetria e/ou de achatamento muito distante de |3|. Paralelamente a este diagnóstico considerou-se também a análise gráfica a fim de detetar a existência de observações *outliers* que pudessem comprometer de forma severa a normalidade.

Desse diagnóstico ficaram em condições de serem selecionados para a análise fatorial 30 itens (Quadro 6.1). Se excetuarmos as quatro subescalas anteriormente mencionados, as restantes seis subescalas estariam assim representadas na análise fatorial embora com um menor número de itens.

Quadro 6.1 – Grau de assimetria e de achatamento dos itens de *input* para a análise fatorial

Itens	N	Assimetria	Erro padrão	Grau de assimetria	Achatamento	Erro padrão	Grau de Achatamento
P.1.1.1	156	-0.144	0.194	-0.7423	-1.464	0.386	-3.1927
P.1.1.4	156	0.036	0.194	0.1856	-1.216	0.386	-3.1503
P.1.1.5	156	-0.514	0.194	-2.6495	-0.968	0.386	-2.5078
P.1.1.6	156	-0.334	0.194	-1.7216	-0.874	0.386	-2.2642
P.1.1.7	156	-0.417	0.194	-2.1495	-0.900	0.386	-2.3316
P.1.2.1	156	-0.467	0.194	-2.4072	-0.518	0.386	-1.3420
P.1.2.2	156	-0.626	0.194	-3.1268	-0.232	0.386	-0.6010
P.1.3.1	156	-0.321	0.194	-1.6546	-0.416	0.386	-1.0777
P.1.3.2	156	-0.743	0.194	-3.1299	-0.188	0.386	-0.4870
P.1.3.4	156	-0.657	0.194	-3.1866	-0.225	0.386	-0.5829
P.1.3.5	156	-0.527	0.194	-2.7165	-0.122	0.386	-0.3161
P.1.5.1	156	-0.094	0.194	-0.4845	-0.664	0.386	-1.7202
P.1.5.2	156	0.242	0.194	1.2474	-0.195	0.386	-0.5052
P.1.5.4	156	-0.027	0.194	-0.1392	-0.550	0.386	-1.4249
P.1.5.5	156	-0.008	0.194	-0.0412	-0.924	0.386	-2.3938
P.1.5.6	156	-0.385	0.194	-1.9845	-0.866	0.386	-2.2435
P.1.5.7	156	-0.150	0.194	-0.7732	-0.157	0.386	-0.4067
P.1.5.10	156	0.034	0.194	0.1753	-0.751	0.386	-1.9456
P.1.8.3	156	-0.547	0.194	-2.8196	0.217	0.386	0.5622
P.1.8.6	156	-0.271	0.194	-1.3969	-1.171	0.386	-3.0337
P.1.8.7	156	0.223	0.194	1.1495	-0.588	0.386	-1.5233
P.1.8.8	156	-0.157	0.194	-0.8093	-1.021	0.386	-2.6451
P.1.8.9	156	-0.570	0.194	-2.9381	0.177	0.386	0.4585
P.1.8.10	156	-0.114	0.194	-0.5876	-0.315	0.386	-0.8161
P.1.10.4	156	-0.434	0.194	-2.2371	-0.556	0.386	-1.4404
P.1.10.6	156	-0.414	0.194	-2.1340	-0.614	0.386	-1.5907
P.1.10.12	156	-0.146	0.194	-0.7526	-0.646	0.386	-1.6736
P.1.10.13	156	-0.434	0.194	-2.2371	-0.557	0.386	-1.4430
P.1.10.14	156	-0.567	0.194	-2.9227	-0.339	0.386	-0.8782
P.1.10.16	156	-0.385	0.194	-1.9845	-0.778	0.386	-2.0155

2. Estrutura fatorial

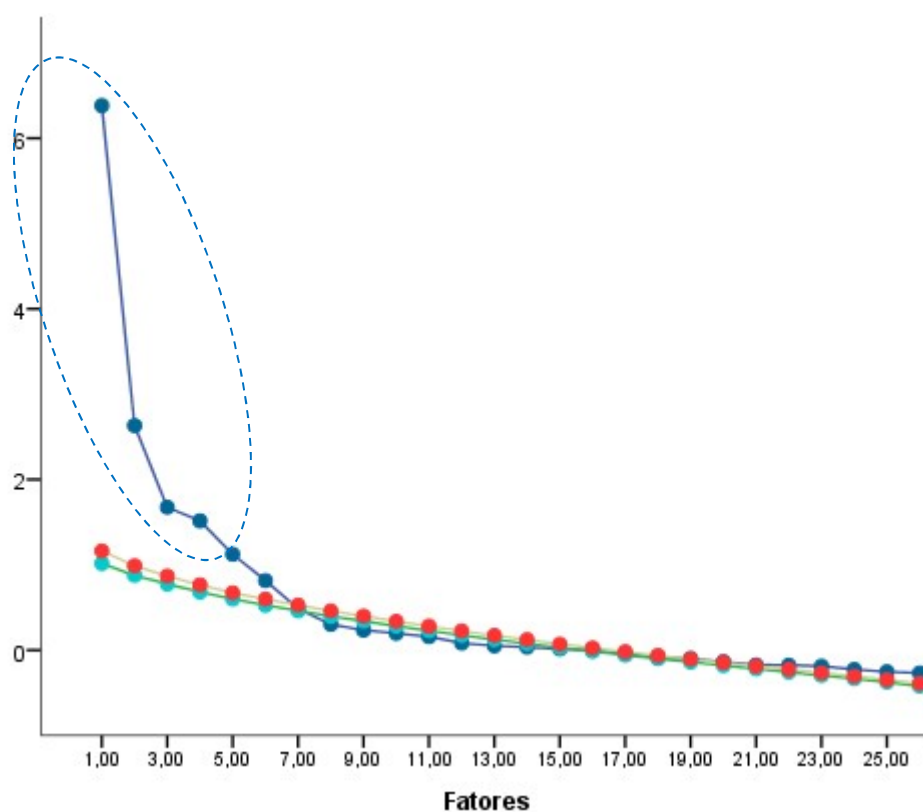
Como foi referido realizou-se uma análise fatorial em fatores comuns (AFC) com rotação ortogonal (opção *varimax*) a fim de extrair a estrutura fatorial subjacente à escala de *boas práticas profissionais*.

Disponha-se de uma amostra com uma dimensão superior ao mínimo recomendado para aplicação da análise fatorial (pelo menos 100 casos) e apesar de não ser obtido o rácio mínimo recomendado de 5:1 (Hair & al., 2010: 102) – estava-se na ordem de 3 casos para 1 variável – a matriz de input apresentava uma boa adequabilidade (com KMO = 0,812) e o teste de Bartlett era significativo ($X(435) = 2137,626, p < 0,001$).

Do primeiro ensaio de AFC verificou-se que 4 dos 30 itens incluídos na análise fatorial apresentavam comunalidades inferiores a 0,40 (entre 0,259 e 0,382), tendo-se optado por repetir a AFC excluindo esses itens (Costello & Osborne, 2005) e ficando a escala final com 26 itens.

A solução final corresponde à extração de seis fatores com valores próprios superiores a 1 (critério de Kaiser) e que explicam 65,15% da variância inicial, o que é convergente com o habitual nas ciências sociais (Hair & al., 2010). A solução com seis fatores foi ainda validada com dois outros critérios (Gráfico 6.1): *scree test* (Cattel, 1966) e *parallel analysis* (O'Connor, B. P. (2000); Costello & Osborne, 2005).

Gráfico 6.1 – Validação de seis fatores via *Scree test* e *Parallell analysis*



No Quadro 6.2 estão destacados os pesos fatoriais mais elevados, a fim de identificar os itens mais correlacionados com cada um dos seis fatores, assim como o valor próprio respetivo e a percentagem de variância explicada por cada um deles.

Quadro 6.2 – Estrutura fatorial da escala de *boas práticas profissionais* via análise fatorial em fatores comuns com rotação ortogonal (*varimax*)

Itens	Estrutura fatorial					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
P.1.10.12 Existe um sistema que identifique e analise causas/anomalias e proponham soluções de melhoria	,875	,051	-,007	-,100	,006	-,004
P.1.10.13 Existem sistemas de monitorização de indicadores de desempenho da atividade que promovem ações de melhoria e corretivas	,873	,146	-,073	,017	,107	,063
P.1.10.14 Existe uma preocupação na realização e concretização de estudos da melhoria contínua relativamente à atividade do Serviço Social	,712	,049	,044	,017	-,040	-,071
P.1.10.6 Existe um envolvimento de todos os colaboradores na conceção e planeamento da qualidade	,681	-,037	,156	-,057	-,045	-,058
P.1.10.16 Existe uma preocupação na realização e concretização de estudos de satisfação dos profissionais	,554	-,047	-,026	,183	-,135	,092
P.1.10.4 Há um controlo e uma melhoria contínua dos processos	,549	-,011	,085	,152	-,053	-,193
P.1.3.5 Avalio e reflito com regularidade a minha prática profissional considerando os princípios de autodeterminação, inclusão, igualdade, direitos humanos e justiça social	,123	,670	,082	-,013	-,022	,104
P.1.3.4 Informo todos os sujeitos/doentes e famílias sobre o ato de confidencialidade a que está sujeito o processo de intervenção	,040	,634	-,037	,142	,061	,043
P.1.5.1 Procuro por minha iniciativa a atualização de novos conhecimentos para o exercício da minha prática profissional	,018	,589	,009	-,121	-,183	-,313
P.1.8.6 Tenho a preocupação em manter atualizado o nível de novos conhecimentos ou pesquisas relevantes para a prática	-,054	,401	-,015	-,010	-,224	-,289
P.1.2.1 Quando sou confrontado com algum dilema ético procuro apoio e supervisão	-,027	-,005	,824	,055	-,056	,148
P.1.2.2 Quando quero discutir questões éticas que decorrem da minha prática recorro a recursos disponíveis pela Unidade de Serviço Social (Reuniões de equipa, Coordenação entre outros)	,055	-,151	,728	,146	,016	-,056
P.1.3.2 Procuro apoio e informação quando necessito de ajuda na resolução de uma situação	-,017	,120	,715	-,010	,152	-,224
P.1.8.3 Procuro ativamente o suporte e crítica construtiva dos colegas	,094	,065	,544	-,145	-,197	,064
P.1.1.5 Na Unidade do Serviço Social existe condições físicas para atendimento ao utente e família, de forma a promover a confidencialidade e privacidade de informação	-,123	,175	,094	,753	-,001	,006
P.1.1.1 As instalações físicas da Unidade do Serviço Social são adequadas à dimensão da equipa e da função profissional	-,069	,014	,073	,708	,026	,028
P.1.1.4 Existe uma monitorização do acompanhamento contínuo das condições de adequabilidade e conforto à qualidade do exercício profissional	,305	-,016	-,088	,653	-,082	-,090
P.1.1.7 Existe um sistema de segurança no meu local de trabalho	,062	-,048	-,064	,627	-,060	-,086
P.1.1.6 Há medidas que promovem a prevenção ou redução de riscos para os profissionais	,260	-,055	-,019	,626	-,148	-,048
P.1.8.7 Tenho iniciativas em trabalhar com investigadores de forma a gerar novas evidências e conhecimentos para a prática	,057	-,093	-,038	-,035	-,850	-,061
P.1.8.10 Promovo novas ações de pesquisa e de conhecimento no âmbito do Serviço Social na saúde	,016	,059	,108	,175	-,648	,057
P.1.8.8 Colaboro com as Universidades no processo de formação profissional dos estagiários, em consonância com os valores e responsabilidades éticas organizacionais	,127	,035	,017	,096	-,641	,127

P.1.5.10 Tenho interesse em colaborar com outros profissionais da mesma e de outras disciplinas na elaboração de trabalhos, dentro e fora da instituição	-,124	,075	,026	-,048	-,563	-,141
P.1.5.6 Participo nas ações de formações mandatárias promovidas pela minha Organização	,003	-,017	,006	,029	-,036	-,672
P.1.5.7 Considero que o plano de formação proposto pela minha organização visa o desenvolvimento de competências	,246	-,072	,082	,194	,070	-,548
P.1.5.4 Tenho a preocupação em pesquisar novas formações, seminários, conferências, publicações, entre outras,	-,071	,308	,019	-,052	-,193	-,441
Valor próprio	6,811	3,091	2,133	1,922	1,617	1,367
% Variância explicada	26,195	11,897	8,204	7,391	6,220	5,258

O Quadro 6.3 sistematiza um exercício de correspondência entre as seis subescalas originais (cujos itens resistiram ao diagnóstico da assimetria e da curtose) e os seis fatores extraídos. As subescalas 1 e 10, não obstante, estarem mais reduzidas, preservam a sua individualidade na estrutura fatorial obtida. Por sua vez, os itens das subescalas 3, 5 e 8 apresentam diferentes combinações entre si na escala agora validada pela análise fatorial, revelando-se assim subescalas menos estáveis.

Quadro 6.3 – Correspondência entre as subescalas originais (input da análise fatorial) e os fatores extraídos da AFC

Subescalas	Fatores (Subescalas da versão final da escala)
Subescala 10 – Compromisso com a Melhoria da Qualidade	F1 – Melhoria Contínua
Subescala 3 – Responsabilidade Profissional	F2 – Iniciativa e Compromisso Profissional
Subescala 5 – Conhecimento	
Subescala 8 – Desenvolvimento Profissional e Supervisão	
Subescala 2 – Ética e Valores	F3 – Apoio e Supervisão
Subescala 3 – Responsabilidade Profissional	
Subescala 8 – Desenvolvimento Profissional e Supervisão	
Subescala 1 – Organização, Gestão e Avaliação SS Hospitalar	F4 – Adequação das instalações
Subescala 8 – Desenvolvimento Profissional e Supervisão	F5 – Inovação e conhecimento
Subescala 5 – Conhecimento	
Subescala 5 – Conhecimento	F6 – Atualização e Desenvolvimento Profissional

Recorde-se que as subescalas responsabilidade cultural e prática inclusiva (subescala 4), comunicação e competências interpessoais (subescala 6), registo de informação e documentação (subescala 7) e processo de intervenção (subescala 9) não foram consideradas na exploração da estrutura fatorial da escala de boas práticas profissionais por apresentarem excessivos níveis de consensualidade nas respostas.

As (novas) subescalas consubstanciam-se nos seguintes fatores:

- Fator 1 – Melhoria Contínua. O profissional de Serviço Social empenha-se na melhoria dos processos da organização e satisfação das necessidades dos utentes, numa utilização eficiente dos recursos, desenvolvimento e melhoria do seu desempenho com vista a garantir a qualidade dos serviços prestados. Compromete-se com a aprendizagem, colabora e propõe soluções de melhoria contínua;
- Fator 2 – Iniciativa e Compromisso Profissional. O profissional de Serviço Social identifica e age de forma proactiva mobilizando-se para a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes; orienta-se para o cumprimento de valores éticos de rigor, imparcialidade, confidencialidade e direitos e deveres dos clientes. Investe na melhoria das suas competências profissionais.
- Fator 3 – Apoio e Supervisão. O profissional de Serviço Social recorre e coopera com colegas e hierarquia e estabelece relações de trabalho construtivas a fim de juntos alcançarem os objetivos do grupo e da organização; Procura orientação e demonstra disponibilidade para partilhar conhecimentos com a equipa de trabalho e a organização.
- Fator 4 – Adequação das instalações. As instalações e os equipamentos garantem as condições de acessibilidade, conforto, confidencialidade, privacidade e segurança aos clientes e colaboradores de forma garantir a efetiva qualidade dos serviços.
- Fator 5 – Inovação e conhecimento. O profissional de Serviço Social coloca questões e propõe soluções, demonstra pensamento conceptual e processos de raciocínio inovadores e realistas focados na produção de novo conhecimento baseado na evidência.

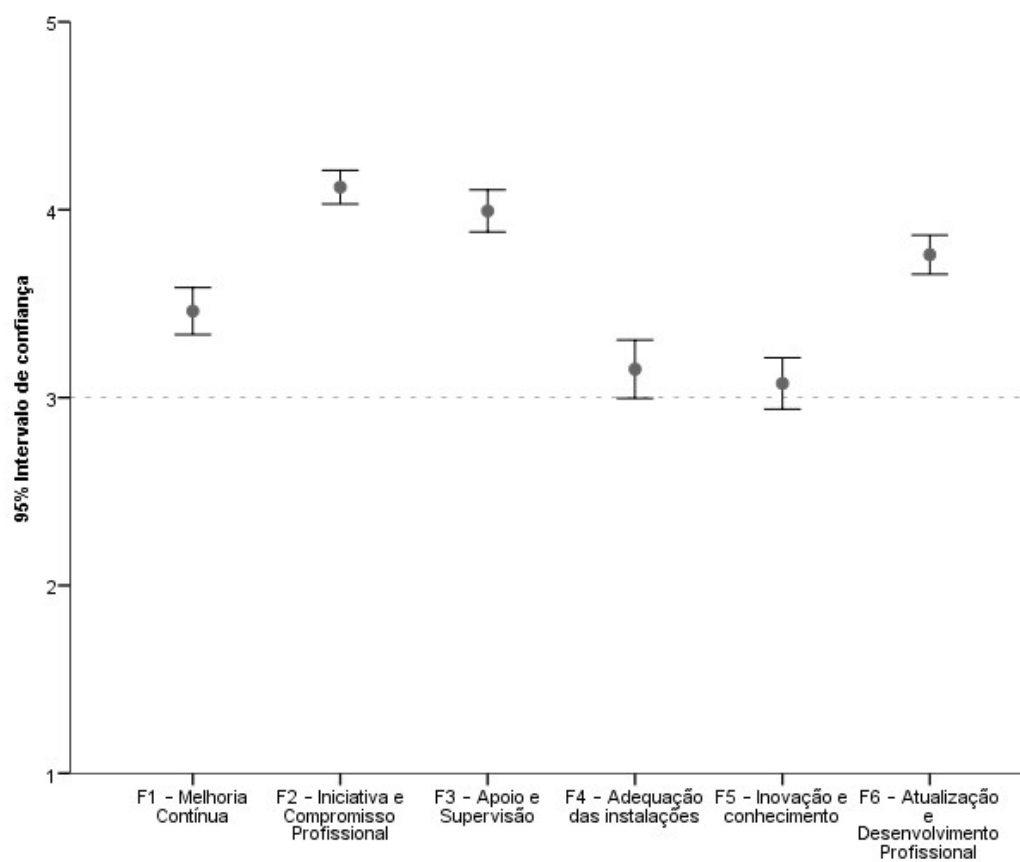
- Fator 6 – Atualização e Desenvolvimento Profissional. O profissional de Serviço Social aceita participar em ações de formação propostas pela organização e implica-se na formação contínua de forma a melhorar o seu desempenho e da organização.

3. Descrição dos fatores

Como pode observar-se no Gráfico 6.2 os fatores apresentam níveis médios acima do ponto central (3) da escala de *likert* adotada para a operacionalização dos itens na aplicação do questionário. As subescalas iniciativa e compromisso profissional (Fator 2) e apoio e supervisão (Fator 3) são as que, em média, se afiguram como sendo mais requisitadas nas práticas dos assistentes sociais. Em contraste as subescalas adequação das instalações (Fator 4) e inovação e conhecimento (Fator 5) são as que apresentam comparativamente as médias menores mas dispersão mais elevada (Quadro 6.3).

Pode também concluir-se que os seis fatores definidos apresentam um grau de assimetria e um grau de achatamento que permite concluir (com um nível de significância de cerca de 5%) tratarem-se de distribuições simétricas e mesocúrticas (graus mínimo de -0,485 e máximo de -2,289 de assimetria e graus mínimo de 0,160 e de -2,411 de achatamento).

Gráfico 6.2 – Descrição dos fatores



Quadro 6.4 – Medidas descritivas dos fatores

Fatores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Grau de assimetria	Grau de achatamento
F1 – Melhoria Contínua	1,17	5,00	3,46	0,793	-1,006	-1,021
F2 – Iniciativa e Compromisso profissional	2,75	5,00	4,12	0,567	-1,783	-1,279
F3 – Apoio e Supervisão	2,25	5,00	3,99	0,710	-2,289	-1,257
F4 – Adequação das instalações	1,00	5,00	3,15	0,986	-0,850	-2,411
F5 – Inovação e conhecimento	1,00	5,00	3,08	0,865	-0,485	-0,709
F6 – Atualização e Desenvolvimento profissional	1,67	5,00	3,76	0,659	-1,560	0,160

4. Consistência

Validada a estrutura fatorial da escala e identificadas as novas subescalas foi também avaliada a sua consistência interna. Os valores do alfa de cronbach provaram serem fatores consistentes. Somente o fator 6 apresenta um valor um pouco inferior contudo ainda aceitável neste contexto de validação de uma (nova) escala. Para o total da EBPSSQH o alfa de Croanbach foi de 0,88.

Quadro 6.5 – Consistência dos fatores (subescalas)

Fatores Número de itens	Consistência
F1 – Melhoria contínua 6 itens	$\alpha = 0,877$
F2 – Iniciativa e Compromisso profissional 4 itens	$\alpha = 0,722$
F3 – Apoio e Supervisão 4 itens	$\alpha = 0,792$
F4 – Adequação das instalações 5 itens	$\alpha = 0,844$
F5 – Inovação e conhecimento 4 itens	$\alpha = 0,785$
F6 – Atualização e Desenvolvimento profissional 3 itens	$\alpha = 0,631$

5. Validade da escala

Para a validação da escala de *boas práticas profissionais* analisaram-se as correlações entre os 26 itens da versão final da escala e os seis fatores que definem as novas subescalas da escala de boas práticas profissionais.

A correlação item/fator evidencia que os itens que se haviam destacado com peso mais elevado em um determinado fator, segundo os resultados da AFC, são os que estão também 7 mais correlacionados, e significativamente, com esse mesmo fator. Conforme se pode

concluir a partir da observação dos valores assinalados a negrito no Quadro 6.6 (e que correspondem à correlação mais elevada para cada par item/fator) nenhum item apresenta correlação mais elevada com outro fator senão com aquele para o qual havia apresentado o peso fatorial mais elevado.

Quadro 6.6 – Correlações itens/fatores

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	F6
P.1.1.1	,240**	,071	,159*	,779***	,127	,134*
P.1.1.4	,580***	,144*	,130	,824***	,303***	,301***
P.1.1.5	,250**	,223**	,204**	,791***	,206**	,186*
P.1.1.6	,529***	,140*	,201**	,810***	,329***	,279***
P.1.1.7	,318	,093	,096	,733***	,190**	,231**
P.1.2.1	,198**	,100	,840***	,163*	,229**	,085
P.1.2.2	,273***	,054	,839***	,268***	,176*	,214**
P.1.3.2	,169*	,232**	,751***	,128	,107	,309***
P.1.3.4	,137*	,755***	,076	,181*	,162*	,203**
P.1.3.5	,195**	,766***	,197**	,104	,258**	,180*
P.1.5.1	,162*	,769***	,171*	,071	,383***	,453***
P.1.5.4	,100	,478***	,148*	,076	,351***	,672***
P.1.5.6	,119	,259**	,130	,167*	,200**	,815***
P.1.5.7	,395***	,192**	,233**	,376***	,180*	,782***
P.1.5.10	,067	,314***	,153*	,080	,695***	,285***
P.1.8.3	,209**	,221**	,722***	,051	,300***	,135*
P.1.8.6	,116	,691***	,111	,129	,379***	,374***
P.1.8.7	,258**	,304***	,180*	,198**	,841***	,278***
P.1.8.8	,319***	,277***	,203**	,272***	,809***	,191**
P.1.8.10	,292***	,314***	,286***	,343***	,777***	,236**
P.1.10.4	,736***	,202**	,278***	,447***	,291***	,350***
P.1.10.6	,768***	,152*	,318***	,314***	,240**	,203**
P.1.10.12	,847***	,151*	,193**	,322***	,214**	,213**
P.1.10.13	,841***	,190**	,131	,377***	,161*	,151*
P.1.10.14	,808***	,208**	,238**	,366***	,277***	,277***
P.1.10.16	,730***	,068	,156*	,428***	,265***	,143*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

As correlações assinaladas são todas bastante elevadas e variam de 0,730 a 0,847 no fator melhoria contínua, de 0,691 a 0,769 no fator iniciativa e compromisso profissional, de 0,722 a 0,840 no fator apoio e supervisão, 0,733 a 0,824 no fator adequação das instalações, de 0,695 a 0,841 no fator inovação e conhecimento e de 0,672 a 0,815 no fator atualização e desenvolvimento profissional.

Os resultados permitem obter uma solução com maior parcimônia, na medida em que de uma versão inicial com 120 itens, é possível sustentar a escala de boas práticas profissionais em apenas 26 itens distribuídos por seis subescalas consistentes, e cuja validação interna foi também testada.

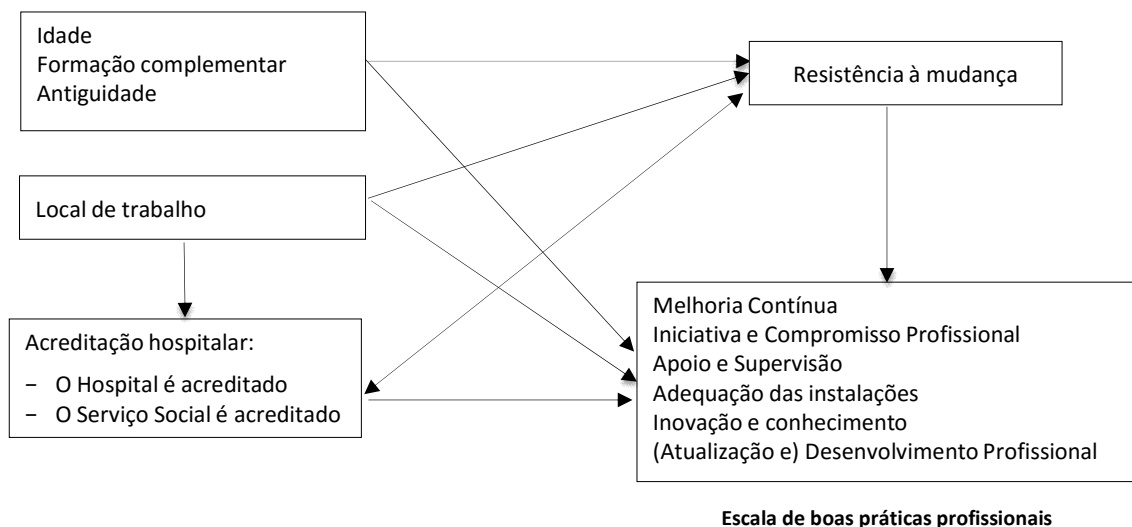
CAPITULO VII - INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO QUADRO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: CONVERGENCIAS E DIVERGENCIAS NA AÇÃO

A acreditação da qualidade em saúde, pode de facto ser um desafio para as Unidades de Serviço Social Hospitalar que pretendam desenvolver uma cultura da qualidade e, consequentemente, estimular o envolvimento de todos os profissionais no caminho da mudança e no alcance de boas práticas, em que “os comportamentos dos colaboradores constituam os passos fundamentais para promover sistemas de controlo da qualidade numa organização, torna-se deliberativo o envolvimento dos profissionais que consigam mudar formas de pensar e agir” (Quintino & Saraiva, 2010:70).

Neste capítulo procura-se responder a dois objetivos: i) identificar as alterações dos processos e procedimentos das práticas dos assistentes sociais que trabalhem nos hospitais na região de LVT ii) e reconhecer os aspetos da resistência à mudança que os assistentes sociais identificam face a um processo de acreditação.

Recorremos aos resultados das respostas dadas pela amostra de 157 assistentes sociais com funções de ação direta e adstritos às unidades hospitalares de LVT que colaboraram no estudo. Começamos por destacar um conjunto de indicadores característicos da amostra. Em seguida apresentam-se os resultados decorrentes das análises realizadas a fim de ser testado o modelo de análise construído à luz da revisão da literatura e no qual são sistematizadas diversas relações entre os conceitos que alicerçam a presente investigação. De referir que o modelo (Figura 7.1) foi reatualizado na sequência da validação da escala de boas práticas profissionais, contemplando a versão final seis subescalas, conforme desenvolvimento apresentado no capítulo anterior.

Figura 7.1 – Modelo de análise



1. Caracterização da amostra

Dos 157 inquiridos 94,9% são do sexo feminino e cerca de 54% têm mais de 35 anos (27,9% com idades entre os 35 e os 39 anos e 26,5% com > 45 anos. Relativamente à antiguidade no serviço existem cerca de 52% dos profissionais que estão na instituição há mais 8 anos (26,5% entre 8 e 12 anos e 25,9% entre 13 e 20 anos).

Quadro 7.1 - Idade e antiguidade no serviço

		N	%
Idade	< 30 anos	17	11,6
	30 a 34 anos	25	17,0
	35 a 39 anos	39	26,5
	40 a 44 anos	25	17,0
	45 ou mais anos	41	27,9
	Total	147	100,0
Antiguidade no serviço/unidade	<6 meses	2	1,4
	6 a 11 meses	3	2,0
	1 a 2 anos	8	5,4
	3 a 7 anos	37	25,2
	8 a 12 anos	39	26,5
	13 a 20 anos	38	25,9
	21 ou mais anos	20	13,6
	Total	147	100,0

De acordo com (Quadro 7.2) a maioria dos profissionais possui licenciatura em Serviço Social (94,1%).

Quadro 7.2- Distribuição por licenciatura de base

Licenciatura de base	N	%	% Válida
Serviço Social	143	91,1	94,1
Política Social	9	5,7	5,9
Total (sem NR)	152	96,8	100,0
NR	5	3,2	
Total	157	100,0	

Verificamos no Quadro 7.3 que 73,2% dos profissionais não detêm outros graus acadêmicos para além da Licenciatura. Apenas 16,6% possuem outros graus acadêmicos, nomeadamente Mestrado (25) e Doutoramento (1).

Quadro 7.3 – Distribuição por grau académico

Outros graus académicos	N	%	% Válida
Sim	26	16,6	18,4
Não	115	73,2	81,6
Total (sem NR)	141	89,8	100,0
NR	16	10,2	
Total	157	100,0	

No que se refere à realização de formações complementares, verificou-se que cerca de metade dos assistentes sociais (50,4%) efetuaram formações, em que 31,2% (49) fez uma pós-graduação e 10,2% (16) uma especialização.

Quadro 7.4 – Distribuição segundo a realização de formações complementares

Outras formações complementares	N	%	% Válida
Sim	68	43,3	50,4
Não	67	42,7	49,6
Total (sem NR)	135	86,0	100,0
NR	22	14,0	
Total	157	100,0	

No que concerne à distribuição dos assistentes pelos diferentes Hospitais destaca-se o CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central) e CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte).

Quadro 7.5 - Distribuição por local de trabalho

Hospital / Centro Hospitalar	N	%
CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central)	36	22,9
CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)	31	19,7
CHLO (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)	9	5,7
CHO (Centro Hospitalar do Oeste)	9	5,7
Centro Hospitalar do Barreiro/ Montijo	6	3,8
Hospital Fernando Fonseca	8	5,1
Hospital Vila Franca de Xira	4	2,5
Hospital Garcia da Orta	4	2,5
Centro Hospitalar Médio Tejo	9	5,7
Hospital Distrital de Santarém	5	3,2
Hospital de Cascais	5	3,2
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	9	5,7
Hospital Beatriz Ângelo	7	4,5
IPO	5	3,2
Centro Hospitalar de Setúbal	9	5,7
Instituto Gama Pinto	1	,6
Total	157	100,0

No que diz respeito ao conhecimento que os profissionais têm relativamente à acreditação do hospital e do Serviço Social a que estão adstritos, verificou-se que na sua maioria têm conhecimento que o Hospital (56,1%) e a Unidade de Serviço Social (52,3%) são acreditados (Quadro 7.6). No entanto, ainda assim existem profissionais que desconhecem a existência de um processo de acreditação, seja na Instituição, seja no Serviço Social.

Quadro 7.6 - Acreditação Hospitalar e do Serviço Social

Acreditação		N	%
Acreditação Hospitalar	Sim	83	56,1
	Não	43	29,1
	Desconhece	22	14,9
	Total	148	100,0
Acreditação do Serviço Social	Sim	79	52,3
	Não	50	33,1
	Desconhece	22	14,6
	Total	151	100,0

Um processo de acreditação poderá provocar contrariedades e reações no profissional que poderão estimular e levar à resistência à mudança.

2. Relação entre Idade, Formação e Antiguidade e a Resistência à Mudança

Como se pode ver no Quadro 7.7 a maioria dos profissionais que não apresentam resistência à mudança (58,2%) têm idades até 39 anos, por contraste, a maioria dos que referem ter resistência têm mais de 40 anos (54,0%). Por analogia, a resistência à mudança tende a aumentar com a antiguidade (veja-se a evolução das percentagens a partir dos 3 anos de permanência na instituição).

Quadro 7.7 - Variáveis Independentes face à resistência à mudança

Variáveis independentes		Resistência à mudança			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Idade (V de Cramer = 0,124 $p > 0,05$)	< 30 anos	13	11,8	4	10,8
	30 a 34 anos	21	19,1	4	10,8
	35 a 39 anos	30	27,3	9	24,3
	40 a 44 anos	18	16,4	7	18,9
	45 ou mais anos	28	25,5	13	35,1
	Total	110	100,0	37	100,0
Antiguidade no serviço/unidade (V de Cramer = 0,229 $p > 0,05$)	< 6 meses	1	0,9	1	2,8
	6 a 11 meses	2	1,8	1	2,8
	1 a 2 anos	8	7,2	0	0,0

	3 a 7 anos	32	28,8	5	13,9
	8 a 12 anos	28	25,2	11	30,6
	13 a 20 anos	27	24,3	11	30,6
	21 ou mais anos	13	11,7	7	19,4
	Total	111	100,0	36	100,0
Formações complementares	Sim	53	49,5	15	53,6
(V de Cramer = 0,033 $p > 0,05$)	Não	54	50,5	13	46,4
	Total	107	100,0	28	100,0

Os profissionais que não têm formação complementar têm menos resistência à mudança (50,5%), que os que possuem formação (53,6%), mas a diferença não é significativa ($p > 0,05$) e associação entre as duas variáveis é muito fraca (V de Cramer = 0,033).

É com a antiguidade no serviço/unidade que a associação é um pouco mais expressiva (V de Cramer = 0,229), contudo não existe relação significativa entre cada uma das três variáveis independentes e ser ou não resistente à mudança ($p > 0,05$).

Com efeito, os resultados mostram que os profissionais mais velhos e com mais tempo de serviço na instituição evidenciam maior resistência à mudança. Estes dados convergem com os argumentos de Huse (1980) e Kanter *et al* (1992) que apontam fatores que podem contribuir para a resistência à mudança dos profissionais: como o sentimento de perda de segurança na instituição, o medo do desconhecido, de falhar, a falta de confiança e preocupações com as novas competências decorrentes das mudanças preferindo a estabilidade e a continuidade de funções (citado por Caetano, 2001). O que caracteriza a resistência destes profissionais é possivelmente “a tendência para resistir ou evitar fazer alterações desvalorizando a mudança em geral e considerar a mudança como algo aversivo” (Oreg, 2003:680). Trata-se, por um lado, do receio de não conseguir adaptar comportamentos, procedimentos de ação no desenvolvimento de novas competências que se adequem à nova realidade face a um processo de acreditação e, por outro, a interpretação que os profissionais fazem das razões que lhe foram fornecidas para a realização de mudanças.

Permite-nos depreender que provavelmente estes profissionais não foram suficientemente envolvidos, implicados e informados no processo de mudança. Como a literatura refere a resistência à mudança deve ser previamente prevista, de forma a ser devidamente percebida e analisados os procedimentos e as técnicas que permitem prevenir ou reduzir a sua dimensão (Caetano, 2001). É fundamental que os profissionais sintam um

ambiente baseado na confiança na gestão, na informação e oportunidade de participação, demonstram menos resistência à mudança (Orgeg & Schyns, 2008 citado por Schiffer, 2001:22).

3. Relação entre Unidade Hospitalar e Resistência à Mudança

Analizou-se a relação entre local de trabalho e a resistência à mudança e as duas variáveis apresentam uma associação (quase) moderada (V de Cramer = 0,388). Não obstante, a relação entre as duas variáveis não ser significativa ($p > 0,05^8$) o Quadro 7.8 mostra que em certos hospitais/centros hospitalares predomina o sim da resistência à mudança.

Quadro 7.8 - Instituição Hospitalar e resistência à mudança

Hospital / Centro Hospitalar	Resistência à mudança			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central)	27	22,9	9	23,1
CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)	22	18,6	9	23,1
CHLO (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)	8	6,8	1	2,6
CHO (Centro Hospitalar do Oeste)	6	5,1	3	7,7
Centro Hospitalar do Barreiro/ Montijo	3	2,5	3	7,7
Hospital Fernando Fonseca	5	4,2	3	7,7
Hospital Vila Franca de Xira	1	0,8	3	7,7
Hospital Garcia da Orta	4	3,4	0	0,0
Centro Hospitalar Médio Tejo	6	5,1	3	7,7
Hospital Distrital de Santarém	2	1,7	3	7,7
Hospital de Cascais	5	4,2	0	0,0
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	9	7,6	0	0,0
Hospital Beatriz Ângelo	7	5,9	0	0,0
IPO	5	4,2	0	0,0
Centro Hospitalar de Setúbal	7	5,9	2	5,1
Instituto Gama Pinto	1	0,8	0	0,0
Total	118	100,0	39	100,0

⁸ Como não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste de independência do qui-quadrado foi estimada a probabilidade do teste por via do método Monte Carlo.

Verificamos que a resistência à mudança predomina nos profissionais adstritos ao CHLC e o CHLN (23,1%), seguido, com peso idêntico (7,7%) nas Unidades Hospitalares: CHO, CHB/M, Fernando Fonseca, HVFX, CHMT e HDS.

Subjacente a estes resultados, pode encontrar-se diferenças a partir das novas abordagens quanto à gestão organizativa e constituição legal das instituições hospitalares. A resistência à mudança tende a ser maior nas Unidades com configuração de Centro Hospitalar (conforme observável pelo Quadro 7.8) do que nas restantes Unidades. A criação dos Centros Hospitalares consiste na fusão de hospitais, dos serviços, das urgências, áreas de especialidade e da respetiva gestão. Esta requalificação das Unidades Hospitalares pretende promover um melhor acesso aos cuidados de saúde e uma elevada diferenciação de cuidados, que permitirá gerar uma maior capacidade de resposta nos serviços (DGS - PNS 2012- 2016 f,g). Neste contexto, as mudanças inerentes à fusão dos hospitais, a mudança de instalações, o funcionamento, a diferenciação do agir profissional (ACSS, 2012), poderá explicar a resistência à mudança por parte dos profissionais que trabalham nos Centros Hospitalares.

4. Relação entre a unidade hospitalar e a acreditação

Um hospital é um sistema de saúde que presta cuidados à população em diversos contextos: internamento, ambatório, meios de diagnóstico e terapêutica, em que, os nexos entre a complexidade e a multidimensionalidade se encontram estreitamente ligadas ao caráter dinâmico e mutável de diferentes fatores (DGS, 2004b). “Acreditar um hospital ou um serviço, consiste em torná-lo credível aos olhos de terceiros (...) atestar por um organismo, em regra independente, a capacidade de um hospital receber e tratar um conjunto de pessoas” (Simões, 2009: 288).

Analizou-se a relação entre local de trabalho e a acreditação do Hospital e obteve-se uma associação moderada e significativa (V de Cramer = 0,568, $p < 0,001^9$).

Como se pode observar no Quadro 7.9, a maioria dos profissionais a trabalhar em hospitais acreditados, com predomínio no CHLC (33,7%), este resultado poderá dever-se, por ser o maior Centro Hospitalar em LVT, em que engloba 6 Unidades Hospitalares. Este facto leva a que exista uma planificação estratégica centralizada ao nível do processo de acreditação em todos os hospitais que integram o centro Hospitalar.

⁹ Como não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste de independência do qui-quadrado foi estimada a probabilidade do teste por via do método Monte Carlo.

No entanto, verifica-se alguma ambiguidade em relação aos resultados do CHLN, em que parte dos profissionais (18,1%) refere que o hospital é acreditado e os restantes (25,6%) referem que não é.

Todavia verifica-se ainda, em diferentes Hospitais, o desconhecimento dos profissionais face à existência de um processo de acreditação.

Quadro 7.9 - Acreditação da Unidade Hospitalar

Hospital / Centro Hospitalar	O Hospital é acreditado					
	Sim		Não		Desconhece	
	N	%	N	%	N	%
CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central)	28	33,7	4	9,3	3	13,6
CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)	15	18,1	11	25,6	4	18,2
CHLO (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)	1	1,2	6	14,0	1	4,5
CHO (Centro Hospitalar do Oeste)	0	0,0	7	16,3	1	4,5
Centro Hospitalar do Barreiro/ Montijo	0	0,0	2	4,7	4	18,2
H ospital Fernando Fonseca	8	9,6	0	0,0	0	0,0
Hospital Vila Franca de Xira	0	0,0	3	7,0	0	0,0
Hospital Garcia da Orta	4	4,8	0	0,0	0	0,0
Centro Hospitalar Médio Tejo	5	6,0	2	4,7	1	4,5
Hospital Distrital de Santarém	2	2,4	2	4,7	0	0,0
Hospital de Cascais	5	6,0	0	0,0	0	0,0
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	1	1,2	3	7,0	5	22,7
Hospital Beatriz Ângelo	6	7,2	0	0,0	0	0,0
IPO	1	1,2	2	4,7	2	9,1
Centro Hospitalar de Setúbal	7	8,4	0	0,0	1	4,5
Instituto Gama Pinto	0	0,0	1	2,3	0	0,0
Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0

A acreditação do Serviço Social apresenta diferenças significativas segundo o local de trabalho e a relação apresenta uma intensidade moderada a tender para forte (V de Cramer = 0,691, $p < 0,001^{10}$).

Pode-se verificar no Quadro 7.10 que a acreditação do Serviço Social é mais evidente em três Unidades Hospitalares: CHLC (39,2%), CHLN (34,2%) e o Hospital Fernando

¹⁰ Como não se verificaram as condições de aplicabilidade do teste de independência do qui-quadrado foi estimada a probabilidade do teste por via do método Monte Carlo.

Fonseca (8,9%). Em consonância com estes resultados e estando estes, na origem da obtenção da acreditação/ certificação dos hospitais em LVT, poderão estes resultados estarem associados a uma cultura de melhoria contínua de qualidade já existente, que desde o ano de 1999 teve início numa Unidade hospitalar do CHLC, em que a partir daí houve uma expansão a todas as unidades que integram o Centro Hospitalar. Tal como, o Hospital Fernando Fonseca que teve início no ano de 2000. O Serviço Social do CHLN apesar de não ter inerente um processo de acreditação em 2010 foi distinguido com a certificação de qualidade.

Quadro 7.10 - Relação entre Unidade Hospitalar e acreditação do Serviço Social

Hospital / Centro Hospitalar	O Serviço Social é acreditado					
	Sim		Não		Desconhece	
	N	%	N	%	N	%
CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central)	31	39,2	3	6,0	0	0,0
CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)	27	34,2	1	2,0	2	9,1
CHLO (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)	1	1,3	6	12,0	1	4,5
CHO (Centro Hospitalar do Oeste)	0	0,0	9	18,0	0	0,0
Centro Hospitalar do Barreiro/ Montijo	0	0,0	6	12,0	0	0,0
Hospital Fernando Fonseca	7	8,9	0	0,0	1	4,5
Hospital Vila Franca de Xira	0	0,0	4	8,0	0	0,0
Hospital Garcia da Orta	2	2,5	0	0,0	2	9,1
Centro Hospitalar Médio Tejo	2	2,5	7	14,0	0	0,0
Hospital Distrital de Santarém	0	0,0	4	8,0	1	4,5
Hospital de Cascais	3	3,8	0	0,0	2	9,1
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	0	0,0	5	10,0	4	18,2
Hospital Beatriz Ângelo	2	2,5	1	2,0	3	13,6
IPO	0	0,0	2	4,0	3	13,6
Centro Hospitalar de Setúbal	4	5,1	1	2,0	3	13,6
Instituto Gama Pinto	0	0,0	1	2,0	0	,0
Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0

5. Relação entre a acreditação hospitalar e a resistência à mudança

Importa começar por referir que apenas um quarto dos assistentes sociais (24,4%) menciona ser resistente à mudança. E a resistência à mudança tende a ter maior expressão quando o hospital não é acreditado comparativamente à aceitação da mudança (39,5% *versus* 25,5%, respetivamente), embora não exista relação significativa entre as duas variáveis ($p > 0,05$).

No caso da acreditação do Serviço Social o contraste entre o sim e o não da resistência à mudança acentua-se na situação na qual o Serviço Social não está acreditado (43,2% *versus*

29,8%, respectivamente) e a relação entre as duas variáveis é, neste caso, significativa ($\chi^2(2) = 6,284, p = 0,043$).

Quadro 7.11 - Relação entre Acreditação Hospitalar e do Serviço Social e a resistência à mudança

		Resistência à mudança			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Acreditação hospitalar (V de Cramer=0,158, $p>0,05$)	Sim	63	57,3	20	52,6
	Não	28	25,5	15	39,5
	Desconhece	19	17,3	3	7,9
	Total	110	100,0	38	100,0
Acreditação do Serviço Social (V de Cramer=0,204 $p=0,043$)	Sim	59	51,8	20	54,1
	Não	34	29,8	16	43,2
	Desconhece	21	18,4	1	2,7
	Total	114	100,0	37	100,0

Destes resultados podemos retirar algumas ilações acerca da relação entre a resistência à mudança quando o Hospital e o Serviço Social são ou não acreditados. Há uma maior resistência à mudança pelos profissionais adstritos a hospitais não acreditados, quando confrontados com a iminência da implementação de um sistema de qualidade na instituição. Por outro lado, há uma menor resistência à mudança, quando é o Serviço Social acreditado.

A repercussão da mudança tem de ter uma dimensão concertada, Cameron & Green referem que “a mudança individual é o cerne de tudo o que é alcançado nas organizações” (2009:9). Neste sentido, as estratégias de intervenção são fundamentais para apoiar e estimular o indivíduo a identificar e interpretar as suas próprias percepções de mudança “estabelecendo assim, uma maior consciência e compreensão de si mesmo. Este crescimento e desenvolvimento pessoal são suscetíveis de alterar as percepções que indivíduo tem da mudança organizacional, reduzindo assim o nível de resistência” (Bovey & Hede, 2001a: 546).

A fim de explorar esta relação com maior nível de especificidade observou-se a relação com cada indicador da resistência à mudança. Como pode verificar-se nos Quadros 7.12 e 7.13 a maioria responde não relativamente aos vários indicadores da resistência à

mudança, independentemente da situação do Hospital e do Serviço Social relativamente ao processo de acreditação, donde se conclui que a relação não é significativa entre as variáveis ($p > 0,05$).

Quadro 7.12 - Relação entre Acreditação Hospitalar e os indicadores da resistência à mudança

		O Hospital é acreditado					
		Sim		Não		Desconhece	
		N	%	N	%	N	%
Não fui envolvida no processo de mudança e por isso não considero ser importante	Sim	6	7,2	1	2,3	1	4,5
	Não	77	92,8	42	97,7	21	95,5
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Tento evitar as responsabilidades adicionais decorrentes de mudanças no meu trabalho	Sim	2	2,4	2	4,7	0	,0
	Não	81	97,6	41	95,3	22	100,0
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Se houver mudança atuo sem compromissos	Sim	9	10,8	8	18,6	1	4,5
	Não	74	89,2	35	81,4	21	95,5
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Prefiro ficar indiferente às mudanças	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não	83	100,0	43	100,0	22	100,0
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Considero negativas as mudanças organizacionais	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não	83	100,0	43	100,0	22	100,0
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Se acontecem mudanças, não me sinto comprometido	Sim	10	12,0	5	11,6	1	4,5
	Não	73	88,0	38	88,4	21	95,5
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0
Não estou interessado em realizar atividades que resultarão em mudanças	Sim	1	1,2	4	9,3	0	0,0
	Não	82	98,8	39	90,7	22	100,0
	Total	83	100,0	43	100,0	22	100,0

Quadro 7.13 - Relação entre Acreditação do Serviço Social e os indicadores da resistência à mudança

		O Serviço Social é acreditado					
		Sim		Não		Desconhece	
		N	%	N	%	N	%
Não fui envolvida no processo de mudança e por isso não considero ser importante	Sim	2	2,5	5	10,0	1	4,5
	Não	77	97,5	45	90,0	21	95,5
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Tento evitar as responsabilidades adicionais decorrentes de mudanças no meu trabalho	Sim	1	1,3	3	6,0	0	0,0
	Não	78	98,7	47	94,0	22	100,0
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Se houver mudança atuo sem compromissos	Sim	10	12,7	7	14,0	0	0,0
	Não	69	87,3	43	86,0	22	100,0
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Prefiro ficar indiferente às mudanças	Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não	79	100,0	50	100,0	22	100,0
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Considero negativas as mudanças organizacionais	Sim	0	,0	0	0,0	0	0,0
	Não	79	100,0	50	100,0	22	100,0
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Se acontecem mudanças, não me sinto comprometido	Sim	9	11,4	6	12,0	1	4,5
	Não	70	88,6	44	88,0	21	95,5
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0
Não estou interessado em realizar atividades que resultarão em mudanças	Sim	3	3,8	2	4,0	0	0,0
	Não	76	96,2	48	96,0	22	100,0
	Total	79	100,0	50	100,0	22	100,0

6. Relação entre idade, antiguidade e formação e as subescalas das boas práticas profissionais

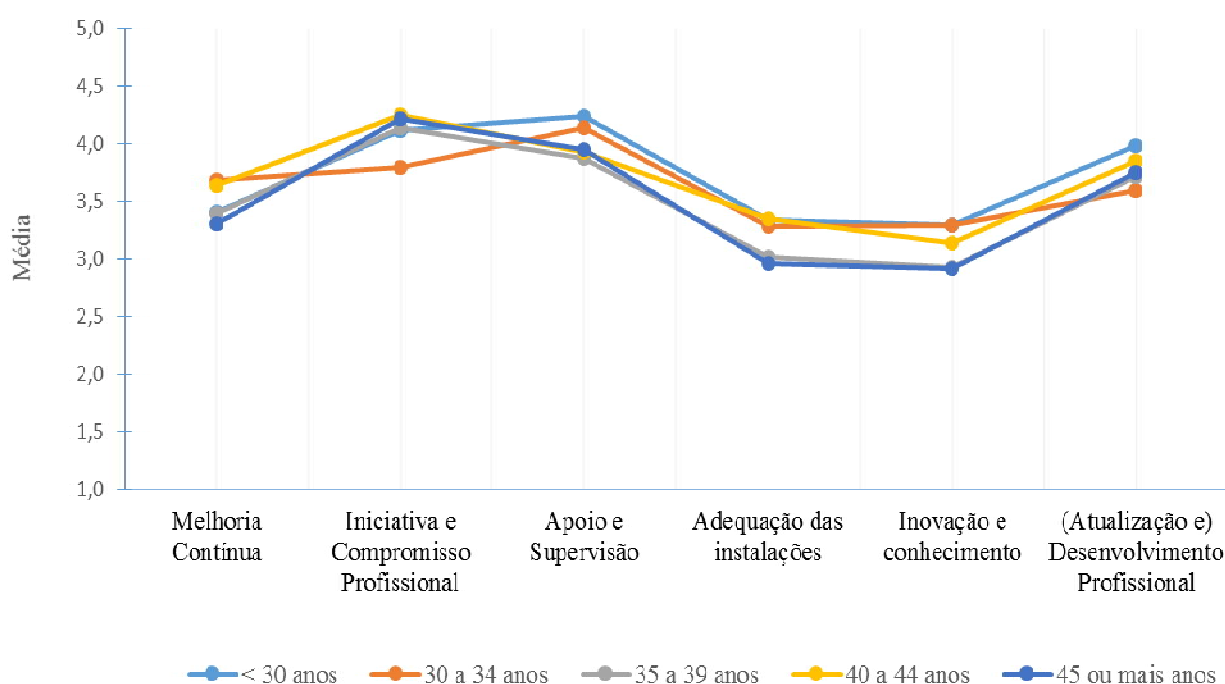
Uma boa prática de qualidade em Serviço Social é a “experiência considerada como a melhor das atuações imagináveis, possíveis e bem-sucedidas, que tem um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas” (Expósito, 2011:58). Importa ter presente que “boas práticas são organizadas, completas e dependentes de um leque alargado de

conhecimentos e aptidões a serem utilizadas (...) baseada numa continuada aprendizagem formal e experimental” (Watson & West, 2006:170).

Este ponto propõe apresentar a análise e reflexão das relações entre as variáveis sociodemográficas e as subescalas das boas práticas profissionais.

Quanto à idade, detetou-se oscilação nos níveis médios entre as diferentes subescalas mas o padrão é muito similar entre os escalões etários (Gráfico 7.2). A *adequação das instalações* e a *inovação e conhecimento* apresentam as médias inferiores, contudo estão situadas em redor do nível 3 (ponto central da escala). A *iniciativa e o compromisso profissional* e o *apoio e supervisão* são os fatores que, comparativamente, parecem mais presentes nas práticas profissionais dos assistentes sociais.

Gráfico 7.2- Relação entre idade e as subescalas das boas práticas profissionais



É interessante constatar que a única subescala que apresenta diferenças significativas entre os escalões etários é a da *iniciativa e compromisso profissional* ($F(4, 142) = 2,811$ $p=0,028$), sendo os assistentes sociais de um escalão mais jovem (30-34 anos) que apresenta a média inferior.

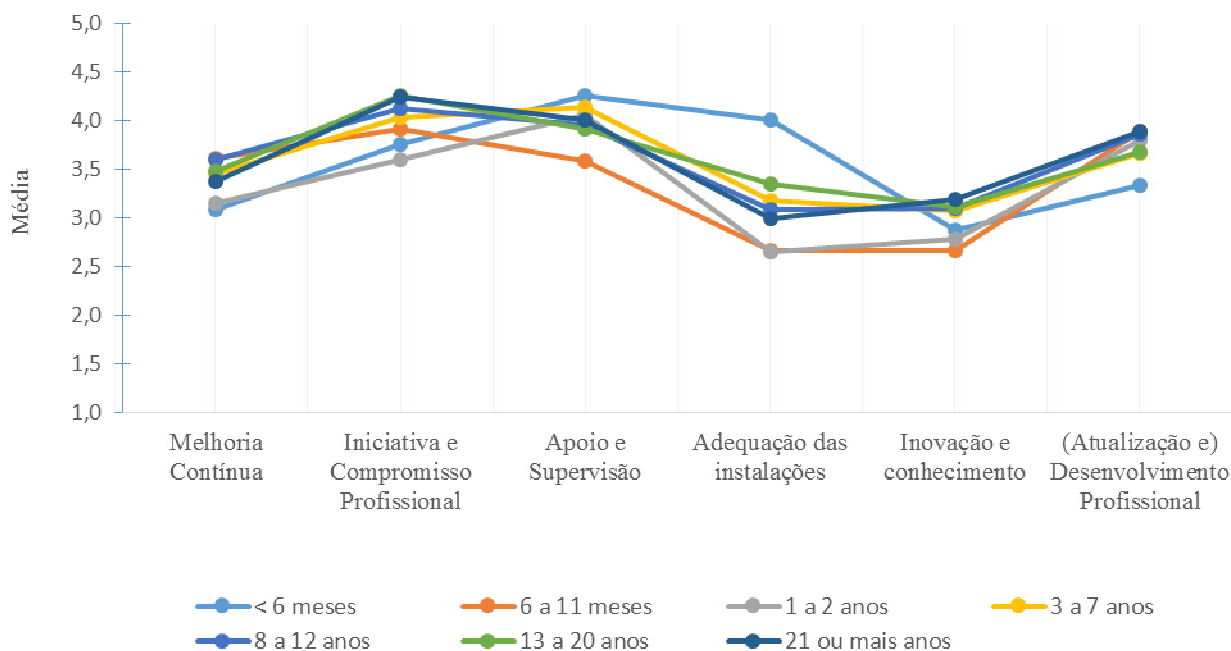
Estes resultados convergem com a argumentação de Tavares (2001) que a identificação e compromisso organizacional ocorrem, quando existe “reconhecimento por parte do profissional de que a organização tem valores e crenças semelhantes aos do próprio” (pág. 316). E quando isto não ocorre “ poderá conduzir a uma diminuição da capacidade de inovação organizacional e ao desenvolvimento de comportamentos que, violam os padrões éticos definidos” (Schneider *et al.*, 1995 citado por Tavares, 2001: 321). Logo, os profissionais que se sentem menos identificados com as crenças e valores organizacionais podem expressar uma menor *iniciativa e compromisso profissional*.

Verifica-se que a *adequação das instalações* e a *inovação e conhecimento* são fatores que apresentam níveis médios mais baixos nos profissionais com idades entre os 35 e 39 anos e com mais de 45 anos (Gráfico 7.3). Estas profissionais tendem a valorizar (comparativamente) menos as condições das instalações quanto à acessibilidade, conforto e confidencialidade aos utentes. Tal como, ter uma postura ativa e inovadora quanto a novas abordagens de ação e de conhecimento.

Na relação da antiguidade com as diversas subescalas de boas práticas profissionais o perfil das médias é também e apenas marcado por pequenas oscilações entre os diversos escalões de antiguidade¹¹, não sendo detetada influência significativa da antiguidade ($p > 0,05$).

¹¹ Importa referir que o desvio observado na subescala *adequação das instalações* nas assistentes sociais há menos de 6 meses no hospital não é representativo pois estão somente incluídos dois casos nesse escalão.

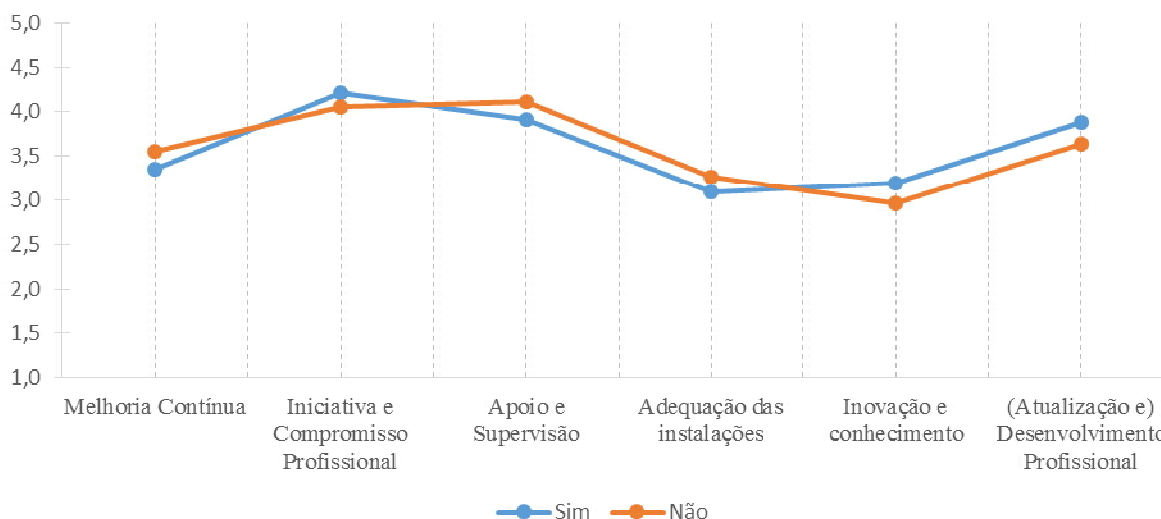
Gráfico 7.3- Relação entre antiguidade e as subescalas das boas práticas profissionais



Os profissionais com mais de três anos de serviço apresentam níveis médios ligeiramente mais elevados nas subescalas *melhoria contínua*, *iniciativa e compromisso profissional* e *inovação e conhecimento*. Por outro lado, os profissionais que se encontram nas instituições hospitalares entre os seis meses e os dois anos são os que apresentam médias inferiores a 3 (ponto central da escala) na *adequação das instalações* e *inovação e conhecimento*.

Quanto à formação complementar verifica-se que são os profissionais que não têm formação complementar que apresentam níveis médios mais elevados na *melhoria contínua*, *apoio e supervisão* e *adequação das instalações* (Gráfico 7.4). Por outro lado, os profissionais que têm formação complementar, demonstram níveis médios mais elevados na *iniciativa e compromisso profissional*, na *inovação e conhecimento* e na *(atualização e) desenvolvimento profissional*.

Gráfico 7.4 - Relação entre formação complementar e as subescalas das boas práticas profissionais



Existe diferença significativa nas médias da subescala *(atualização e) desenvolvimento profissional* ($t(133) = 2,106, p=0,037$), sendo os assistentes sociais com formações complementares que apresentam média mais elevada.

Ishikawa (1995) considera que a “formação e a aprendizagem organizacional como detentores de um papel facilitador no processo de sensibilização, informação, comunicação, educação, adaptação e compreensão de novos valores, princípios e objetivos culturais da mudança” (citado por Quintino & Saraiva, 2010: 70).

O Quadro 7.14 permite perceber que a *iniciativa e compromisso profissional*, o *apoio e supervisão* e a *(atualização e) desenvolvimento profissional* são fatores que, comparativamente, parecem estar mais presentes nas práticas dos assistentes sociais que trabalham nas diferentes unidades hospitalares. Como é possível observar (valores em destaque) existem diversos hospitais com níveis médios mais baixos do ponto central da escala, nas subescalas *melhoria contínua*, na *adequação das instalações* e na *inovação e conhecimento*.

Quadro 7.14 Relação entre Hospital /Centro hospitalar e as subescalas das boas práticas profissionais

Hospital / Centro Hospitalar	Melhoria Contínua	Iniciativa e Compromisso Profissional	Apoio e Supervisão	Adequação das instalações	Inovação e conhecimento	(Atualização e) Desenvolvimento Profissional
CHLC (Centro Hospitalar de Lisboa Central)	3,6	4,3	4,1	3,1	3,3	4,0
CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)	3,8	4,2	4,0	3,7	3,3	4,2
CHLO (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)	3,6	4,1	4,1	2,6	2,9	3,2
CHO (Centro Hospitalar do Oeste)	2,6	4,2	4,1	3,2	2,9	3,8
Centro Hospitalar do Barreiro/ Montijo	3,4	4,0	4,1	2,0	2,8	3,6
Hospital Fernando Fonseca	3,8	4,0	4,3	3,4	3,6	3,5
Hospital Vila Franca de Xira	3,7	3,8	3,6	4,3	3,1	3,7
Hospital Garcia da Orta	2,5	3,8	3,1	2,0	2,7	3,3
Centro Hospitalar Médio Tejo	3,6	4,3	3,9	3,5	3,7	3,7
Hospital Distrital de Santarém	3,4	4,0	3,6	3,1	2,1	3,9
Hospital de Cascais	3,7	4,3	4,2	3,4	3,2	3,4
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	2,9	4,0	4,1	2,8	1,9	3,1
Hospital Beatriz Ângelo	3,6	3,7	4,1	3,0	3,1	3,7
IPO	3,0	4,0	3,6	2,8	2,6	3,9
Centro Hospitalar de Setúbal	3,1	4,0	4,1	2,8	3,2	3,3
Instituto Gama Pinto	3,0	3,3	2,5	3,6	1,3	4,0

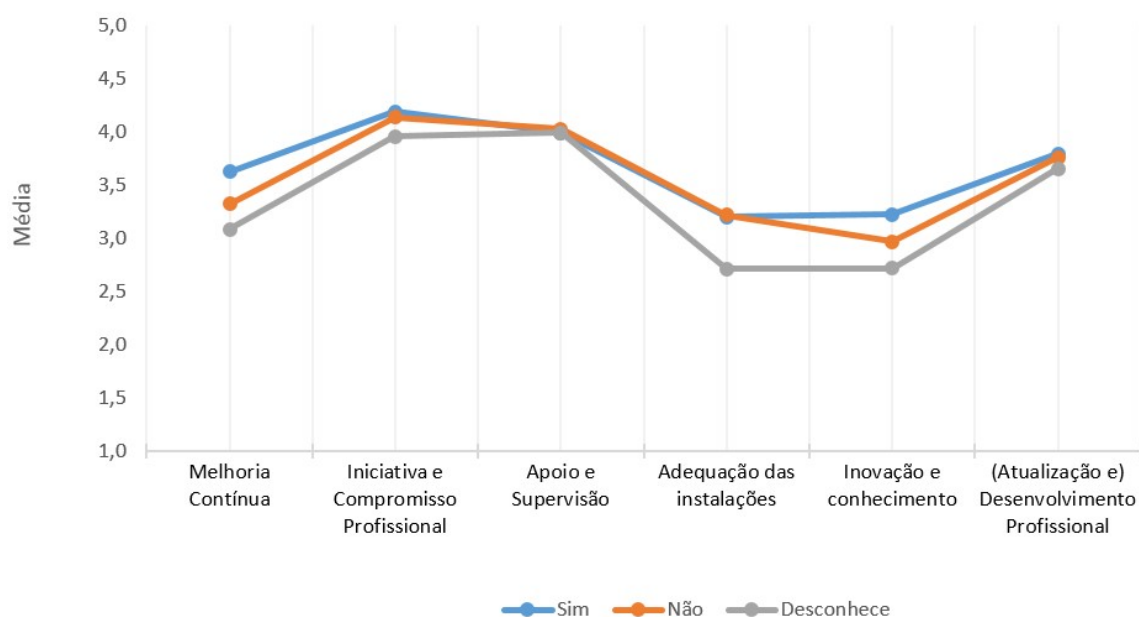
7. Relação entre a acreditação e as subescalas das boas práticas profissionais

Tendo subjacente a implementação de um processo de acreditação, o Serviço Social tem de ter uma perspetiva global e dinâmica, promovendo a criatividade e a capacidade de renovar, na reorganização de práticas, métodos e procedimentos de trabalho, ou seja, “inovar promove o aumento da qualidade em saúde e possibilita empreender novos projetos e diferentes desafios (...) na adaptação às mudanças e na criação de conhecimento ” (Orzano *et al.*, 2008 citado por José & Abrantes, 2010:57).

O reconhecimento de práticas éticas e efetivas nas instituições hospitalares “exigem dos assistentes sociais a utilização de conhecimentos adquiridos tanto na componente teórica como prática (...) numa constante revisão e reflexão dos seus valores e do impacto que os mesmos possam ter na sua intervenção como um todo (...) tornando-se num processo de pensamento, reflexão e ação para se considerar um serviço de alta qualidade” (Watson & West, 2006:7).

Os resultados sistematizados na Gráfico 7.5. permitem verificar que os hospitais acreditados apresentam médias mais elevadas apenas em duas das subescalas das boas práticas profissionais: *melhoria contínua* e *inovação e conhecimento*, sendo somente estas a evidenciarem diferenças significativas ($F(2, 145) = 4,982$ $p=0,008$ $F(2, 145) = 3,513$ $p=0,032$, respetivamente).

Gráfico 7.5 - Relação entre acreditação do hospital e as subescalas das boas práticas profissionais

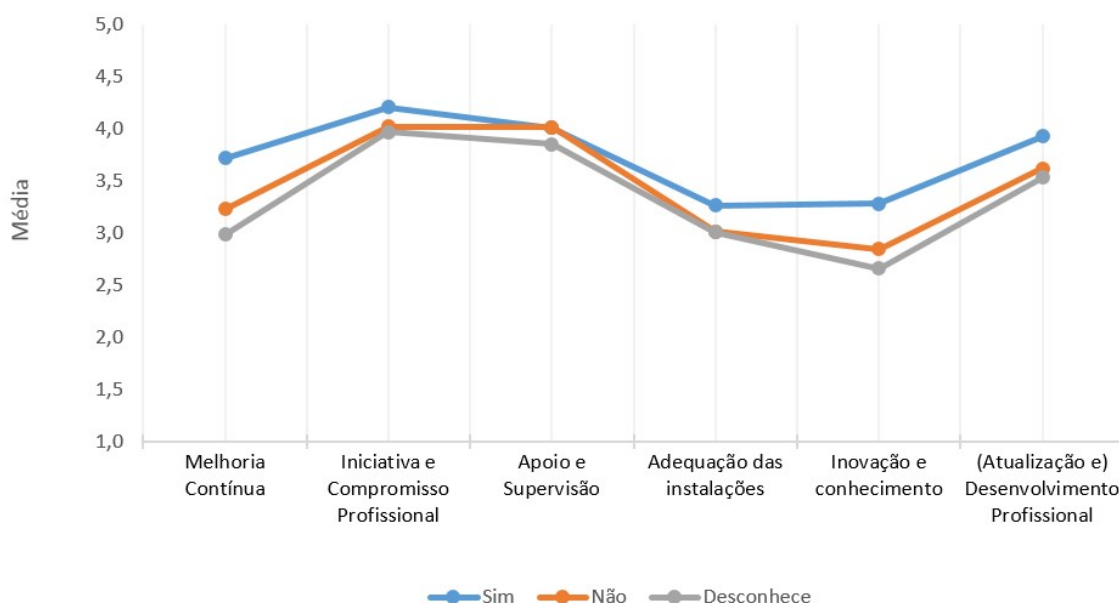


O processo de acreditação está ligado a um sistema de avaliação cíclica, sistémica e estruturado na identificação de problemas, debilidades e no cumprimento de padrões de qualidade previamente estabelecidos, abrangendo todos os níveis de intervenção social, com o objetivo de garantir a melhoria contínua dos serviços prestados (Sousa, 2010).

A iniciativa e compromisso profissional, apoio e supervisão e (atualização e) desenvolvimento profissional apresentam níveis médios mais elevados no Serviço Social

acreditado. Por contraste, a *inovação e conhecimento* tendem a ter níveis médios mais baixos quando o Serviço Social não é acreditado.

Gráfico 7.6 - Relação entre acreditação do Serviço Social e as subescalas das boas práticas profissionais



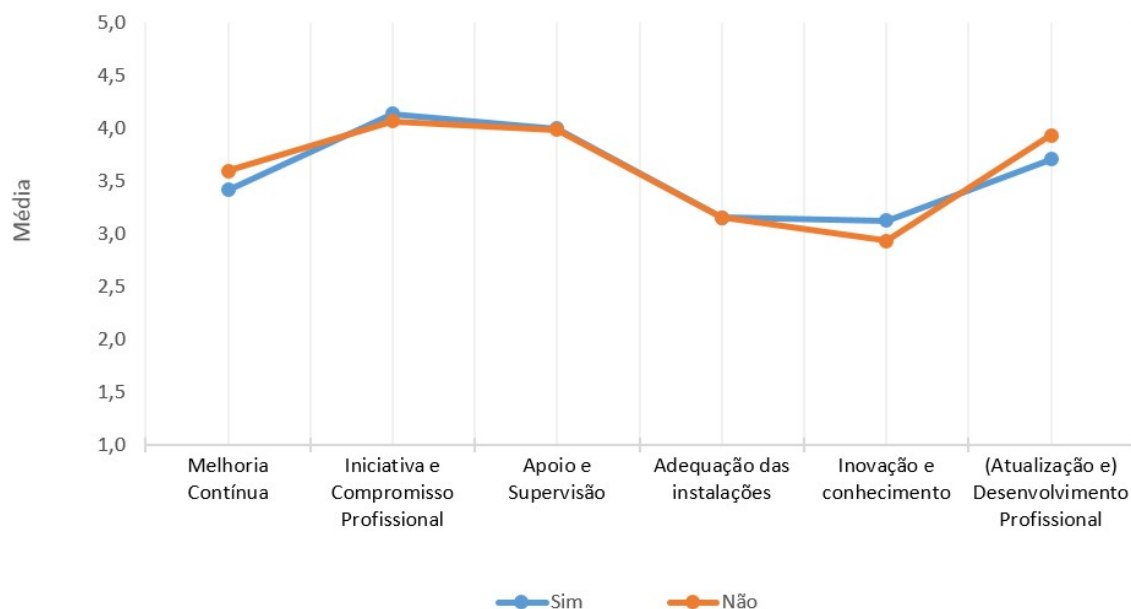
Tal como acontecia na acreditação do hospital continuam a ser os assistentes sociais que responderam afirmativamente a apresentarem médias mais elevadas. No entanto as diferenças são mais acentuadas e foram detetadas diferenças significativas em três subescalas: *melhoria contínua* ($F(2, 148) = 6,449$ $p < 0,001$); *inovação e conhecimento* ($F(2, 148) = 7,150$ $p = 0,001$) e *(atualização e) desenvolvimento profissional* ($F(2, 148) = 5,186$ $p = 0,007$).

8. Relação entre a resistência à mudança e as subescalas das boas práticas profissionais

No que respeita à relação entre resistência à mudança e as seis subescalas das boas práticas profissionais verificou-se que os perfis entre os grupos de assistentes sociais (que responderam sim ou não) são muito idênticos (Gráfico 7.7).

À semelhança das associações atrás analisadas as subescalas *adequação das instalações* e *inovação e conhecimento* são as que continuam a apresentar as médias menores. Mas em nenhuma situação ocorrem diferenças significativas ($p > 0,05$).

Gráfico 7.7 - Relação entre a resistência à mudança e as subescalas das boas práticas profissionais



Síntese conclusiva

Procurou-se ao longo deste capítulo, identificar e analisar as alterações entre a atuação do serviço social nos hospitais acreditados e hospitais não acreditados. Pretendeu-se ainda, reconhecer os aspetos da resistência à mudança que os assistentes sociais identificam face a um processo de acreditação.

Deduz-se desta análise, que os hospitais e o Serviço Social quando acreditados, apresentam diferenças significativas segundo o local de trabalho e a sua relação apresenta uma intensidade moderada a tender para forte.

Outro aspeto importante destes resultados é a existência de maior resistência à mudança pelos profissionais adstritos a hospitais não acreditados, quando confrontados com a iminência da implementação de um sistema de qualidade na instituição. Por outro lado, há uma menor resistência à mudança quando o Serviço Social é acreditado.

A resistência à mudança tende a ser maior nos assistentes sociais que trabalhem em unidades hospitalares com configuração de Centro Hospitalar. Verifica-se também, que os profissionais mais velhos e com mais tempo de serviço evidenciam maior resistência à mudança.

A mudança pressupõe aprender um novo comportamento ou atividade, ou seja a “melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados, é alimentada pela criatividade das pessoas e apoiada por elas, tem origem em necessidades específicas do utente, e não está necessariamente obcecada com o custo mas sim, com uma cultura que valoriza a melhoria contínua” (Carapeto & Fonseca, 2006: 348-349).

Depreende-se da análise de dados, que os assistentes sociais a trabalharem em hospitais e no Serviço Social acreditado, tendem a manifestar-se no sentido do exercício de boas práticas profissionais, por relação aos que trabalham em hospitais e Serviço Social não acreditado. Identificaram-se diferenças significativas em três subescalas que compõem a escala de boas práticas profissionais: a *melhoria contínua, (atualização e) desenvolvimento profissional e inovação e conhecimento*, que apresentam médias mais altas nos hospitais e serviço social acreditados.

Neste processo construtivo, assume especial relevância a presença de uma consciência profissional conectada aos valores e princípios profissionais. Um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza e gere os seus recursos da forma mais efetiva em função das

necessidades, com segurança, promovendo a acessibilidade e equidade, de acordo com elevados padrões profissionais e respeito pelos direitos humanos.

Aliadas a estas condições de ação, é fundamental a introdução de estratégias de melhoria da qualidade no Serviço Social quanto aos processos e procedimentos de ação, de modo a assegurar a utilização eficiente dos recursos e níveis mais elevados de qualidade e segurança necessários com vista a garantir a qualidade da intervenção social. Assim, para “a prossecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados torna-se necessário efetuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e garantia da sua solução (...) no estabelecimento de prioridades, na procura das melhores soluções e a sua aplicação com vista à resolução dos mesmos” (Sousa, 2010: 21).

A inovação, o conhecimento e a atualização e desenvolvimento profissional são fatores, complementares das boas práticas, que contemplam o crescimento de pensamento crítico e reflexivo na solidez concetual do saber e do agir profissional. Considerando que as “boas práticas são organizadas, completas e dependentes de um leque alargado de conhecimentos e aptidões a serem utilizadas (...) baseada numa continuada aprendizagem formal e experimental (...) a assegurar que a situação do utente seja o amago da atividade do assistente social” (Watson & West, 2006:170).

Na medida em que todo o aperfeiçoamento profissional se faz acompanhar pela ligação e pelo registo em corpos profissionais e pela manutenção dos *standards* da prática (Watson & West, 2006). Esta relação de mútua dependência e complementaridade significa que os conhecimentos teóricos dependem do investimento e interesse de investigação por forma a melhorar as aptidões para a prática.

A adequação das instalações e a inovação e conhecimento são fatores que apresentam níveis médios mais baixos nos profissionais com mais de 45 anos de idade. Estas profissionais tendem a desvalorizar mais as condições das instalações quanto à acessibilidade, conforto e confidencialidade aos utentes. Tal como, ter uma postura ativa e inovadora quanto a novas abordagens de ação e de conhecimento. Implica que os assistentes sociais no seu exercício profissional devam intervir com base nos valores de natureza ético-deontológica e terem sempre presente os princípios e métodos de melhoria da qualidade (Donabedian, 2003).

Os assistentes sociais com formação complementar apresentam a média mais elevada na subescala *(atualização e) desenvolvimento profissional*, o que pode sugerir a tendência para que os assistentes sociais com formação complementar apresentem uma postura mais

proactiva em participarem em ações de formação e, concludentemente, a melhorar o seu desempenho profissional e o da organização.

A formação contínua é fulcral, para que se capacite os profissionais a novas formas de trabalho, fomentando uma melhoria da qualidade da organização e por conseguinte no serviço que presta ao cidadão (Pedraza, 2003). A esta argumentação, podemos acrescentar que a formação se refere a uma “abordagem sistemática para a aprendizagem e o desenvolvimento para melhorar a eficácia individual, das equipas e das organizações” (Goldstein & Ford, 2002: 22-23 citado por Caetano *et al.*, 2014:3).

CONCLUSÕES

A qualidade em saúde assume hoje grande centralidade nas Políticas de Saúde e uma preocupação crescente para as instituições de saúde. Esta “corresponde a uma ferramenta estratégica intemporal que possibilita uma evolução com alicerce em elementos basilares, como: fazer bem, saber exigir e continuamente melhorar” (Quintino & Saraiva, 2010:68).

A presente investigação foi orientada por questões analíticas sobre as alterações nas práticas profissionais dos assistentes sociais face a um processo de acreditação hospitalar. Pretendeu-se igualmente, a criação de um instrumento de boas práticas de Serviço Social no quadro da qualidade hospitalar, cuja necessidade se impõe no campo de Serviço Social hospitalar. E se as alterações estabelecem uma relação com as boas práticas profissionais dos assistentes sociais. Também se pretendeu, compreender a relação que a Coordenadora da unidade de Serviço Social hospitalar estabelece com a equipa face ao processo de acreditação na promoção de estratégias, de inovação e de boas práticas.

Em virtude da inexistência de conhecimento relativo à identificação e análise das alterações decorrentes de um processo de acreditação nas práticas profissionais dos assistentes sociais e concomitantemente de num instrumento que avalie as boas práticas de intervenção social no quadro da qualidade hospitalar, considerou-se numa primeira fase da investigação, recorrer a um painel privilegiado de especialistas da área da qualidade e de Serviço Social. A partir deste quadro analítico importou perceber que os resultados são consensuais e complementares entre si, sugerem de forma clara que um processo de acreditação influencia positivamente a qualidade da intervenção do Serviço Social. Desta análise, permite ressaltar cinco dimensões de ação emergentes do Serviço Social no quadro da qualidade hospitalar (Quadro 1).

Quadro 1 – Dimensões de ação emergentes do Serviço Social no quadro da qualidade

Dimensões de ação

Especificidades da prática;

Interação de equipas;

Eficácia Profissional;

Avaliação e Monitorização;

Ganhos em Saúde.

A primeira dimensão, *especificidade da prática*, na conjugação das dimensões interpessoais com as estruturais, a que se encontram intrinsecamente conectadas. Considera-se de âmbito específico os elementos da *dimensão interpessoal* quanto: a uma maior centralidade no utente nos cuidados e bem-estar orientado para a melhoria, adequação e gestão das competências profissionais numa intervenção personalizada da situação e das necessidades globais dos utentes. É através da dimensão interpessoal, que o assistente social, como profissional de excelência, utiliza capacidades de diagnóstico social em contexto hospitalar e de tratamento num âmbito de constantes e inesperadas mudanças e por conseguinte na (re) definição de prioridades. A participação, privacidade, a confidencialidade, o consentimento informado, a empatia, a honestidade, o demonstrar interesse e preocupação, são pressupostos fulcrais neste processo (Donabedian, 2005). Da *dimensão estrutural*, resulta uma lógica de disposição normativa em relação à prática profissional. Que compreende todos os elementos necessários para a atividade global do Serviço Social inserido em contexto hospitalar. Iniciando esta organização pelo topo da pirâmide, em que consiste um manual de gestão, uma ferramenta que permite toda a disposição e uniformização de métodos e instrumentos de trabalho. Esta implica, a definição de processos, especificando o modo de intervir e de registar, ou seja, a sistematização de procedimentos e de instruções de trabalho, que têm como intuito fundamental, descrever detalhadamente o processo necessário para atingir o objetivo de cada ação e expõe numa sequência ordenada as principais operações ou passos de que o compõem e a forma de o realizar, utilizando os diagramas de fluxo, que expressam graficamente a trajetória das distintas ações e inclui as instâncias administrativas que intervêm (Hoyle & Thompson, 2002 citado por Porcel, 2007); a segunda dimensão, *a interação de equipas*, conectada à relação e comunicação entre os profissionais de saúde.

Com efeito, um sistema de qualidade tem inerente a definição e clarificação de responsabilidades dos elementos da equipa de saúde, atividades de intervenção e sistematização e descrição de procedimentos e processos de trabalho relativos a funções do assistente social em determinada área de atuação inter ou multidisciplinar. Por isso se entendeu, que o processo de acreditação, pode dar maior visibilidade ao papel do assistente social nas equipas ao ser um elemento facilitador de comunicação e potencializador do trabalho em equipa e na melhoria da comunicação e relacionamento interpessoal. Sendo uma equipa de saúde constituída por diversos profissionais com formações e saberes distintos, que intervêm sob perspetivas dissemelhantes, mas complementares, integradas e dinâmicas entre si, torna-se necessário esta abordagem que considere o utente como um todo, numa perspetiva mais ampla e humanizada. Com vista à melhoria da qualidade do agir profissional e subsequentemente na qualidade da prestação de cuidados. A atribuição de tal valoração, pode ainda encontrar fundamento através da literatura que enfatiza a acreditação como um instrumento de melhoria dos processos de comunicação e de trabalho entre os diferentes profissionais (Beaumont, 2002 citado por Pomey *et al*, 2004); numa terceira dimensão, a *eficácia profissional* que remete para a necessidade da eficácia da qualidade do agir profissional.

Consideramos assim, importante medir a eficácia profissional considerando indicadores de efetividade e eficiência dos resultados da intervenção do Serviço Social, bem como dos registos individuais das situações e de desempenho profissional. Este tipo de avaliação “reflete não só a importância dos assistentes sociais olharem e avaliarem o impacto da sua prática, mas também serem capazes de demonstrar que o envolvimento do Serviço Social é eficaz” (AASW, 2003: 4). O assistente social deverá ter uma postura eficiente face à sua intervenção e pressupõe também, que analisem as práticas profissionais de forma crítica e reflexiva, de modo a introduzir melhorias contínuas. Deste ponto de vista, Shon (1983) sustenta um modelo que identifica dois tipos de reflexão: reflexão-em-ação (depois do evento - pensamento), os profissionais são conduzidos a avaliar, descrever e analisar a prática anterior, com vista a obter conhecimento para melhorar a prática futura. E reflexão-na-ação (pensando enquanto fazia), os profissionais devem analisar as experiências e as respostas à medida que ocorrem (citado por Finlay, 2008). A experiência, o questionamento, o conhecimento e as perceções são partes elementares de uma prática crítica e reflexiva, pelo qual passam todos os sentidos e significações que se disseminam ao mesmo tempo que compõe novos olhares e formas de intervir; a quarta dimensão, consiste na *avaliação e*

monitorização, dimensão que só faz sentido em conexão com as anteriores. A avaliação e monitorização da qualidade da intervenção social, deve permitir “uma melhoria contínua não só dos resultados e dos efeitos dos cuidados prestados, mas também dos métodos usados para monitorizar e avaliar o próprio processo de qualidade” (Ferreira, 1991:109). Os discursos consensuais dos peritos identificam uma diversidade de aspetos de mudança face a um processo de acreditação: constata-se a importância de ter sistemas de tratamento e análise da reclamação numa perspetiva tridimensional (na identificação, avaliação e correção de fatores de risco).

É fundamental a elaboração de um plano de ação, com propostas de melhoria adaptadas aos fatores contributivos e aos problemas detetados. As propostas incluem a designação concreta de um responsável, de um tempo ideal de implementação e uma forma de monitorizar posteriormente o resultado. Aponta-se ainda a necessidade de avaliar a qualidade e satisfação percecionada pelo utente. Desta abordagem emerge, a revisão contínua das práticas e de avaliação de conformidades na procura da excelência da intervenção social. Desta base referencial surge por último e numa quinta dimensão, *os ganhos em saúde* em consonância com as dimensões anteriores, esta surge como um fim a que se pretende. Ao promover uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, aumentando a confiança dos utentes, proporcionando assim, uma maior responsabilização dos profissionais no processo de intervenção. De facto, a “necessidade de melhorar a eficiência na saúde melhorando a qualidade, em particular os ganhos em saúde dos cidadãos (...) é um desafio que se coloca a todos os serviços de saúde” (Pisco, 2011:40).

Estas cinco dimensões de ação (especificidades da prática; interação de equipas; eficácia profissional; avaliação e monitorização e ganhos em saúde) encontram-se intrinsecamente interligadas e convergem com a pretensão da (DGS - PNS 2012-2016e) que sustentam que os ganhos em saúde são resultados positivos em indicadores de saúde. Este fundamento adquire maior relevância se recorrermos a este programa que nos remete para o campo das práticas profissionais de saúde e orientações que lhe estão inerentes: i) os registos têm de compreender o seu valor e qualidade, na informação, organização e desempenho; ii) promover a melhoria continua no desempenho profissional e priorizar áreas a melhorar; iii) valorizar a formação avançada e multidisciplinar de acordo com o contexto e a especificidade de intervenção e de desempenho profissional; iv) desenvolver estratégias e instrumentos de trabalho numa perspetiva multidisciplinar e interinstitucional, de forma a integrar recursos e criar sinergias na inovação e reforço da melhoria contínua da prática profissional. Desta

forma, conectada aos resultados, emergem cinco dimensões de ação associadas à realidade profissional em contexto hospitalar e pautados por uma abordagem valorativa da qualidade nas diferentes áreas de intervenção, desde a dimensão do agir profissional, à interação de equipa, à eficácia, avaliação e monitorização da atividade do Serviço Social através de uma análise global, sistemática, cíclica e multidimensional traduzindo-se estas, em ganhos de saúde no aumento de confiança dos utentes quanto aos serviços prestados e por outro, estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade por parte dos profissionais.

Relativamente à perspetiva das coordenadoras de Serviço Social numa unidade hospitalar face à implementação de um sistema de qualidade. Deve-se sublinhar, que as coordenadoras entrevistadas revelam contributos positivos associados ao sistema de qualidade. Assumindo que, a qualidade integrada no Serviço Social constitui um fator de desenvolvimento na criação de oportunidades de melhoria visando o aperfeiçoamento do agir profissional. Apontam-se, a este nível, os referentes da qualidade enquadrados no Serviço Social, na perspetiva das coordenadoras. Nesta base referencial emerge a proposição dualista, de que a qualidade é uma necessidade e oportunidade de melhoria contínua da atividade do Serviço Social, quanto à qualidade dos registos e documentação, na uniformização dos instrumentos, procedimentos de trabalho e atuação profissional em contexto hospitalar. Reconhece-se ainda, que introduz ganhos de eficácia e eficiência, uma vez que se encontram padronizados os procedimentos interdisciplinares e multidisciplinares, promovendo consequentemente níveis de confiança e responsabilização individual.

Acresce, na opinião minoritária, as dificuldades advindas do processo de acreditação, quanto à uniformização dos procedimentos e processos de trabalho em constante análise e atualização, a dificuldade de responder a critérios não adaptados à realidade portuguesa, considerando que as organizações que acreditam as organizações de saúde, são internacionais. Consequentemente, a sobrecarga de trabalho, a acumulação de funções e a dispersão geográfica das unidades hospitalares que constituem os Centros Hospitalares, são igualmente limitações identificadas pelas Coordenadoras.

A outra face desta questão prende-se com o impacto da acreditação nas práticas profissionais e no fortalecimento nos valores éticos e deontológicos da profissão. Foram identificados com influência as subcategorias *ganhos e reforço*. Pode afirmar-se, com base nos dados recolhidos que existe um fortalecimento nos valores éticos e deontológicos decorrentes da implementação de um sistema de qualidade numa unidade de Serviço Social

hospitalar. Associados a uma maior reflexão acerca da prática profissional a nível de consistência teórica, recursos logísticos e físicos que implicam o cumprimento e fortalecimento dos princípios éticos e deontológicos e fortalecimento enquanto grupo profissional.

A capacidade e empenho do assistente social em agir eticamente é um aspeto essencial da qualidade do serviço que presta aos utentes, na promoção da mudança social, na resolução de problemas nas relações humanas e no reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar.

A atribuição desta valoração relativo ao reforço dos valores éticos e subsequentemente aos ganhos decorrentes desta relação, pode encontrar fundamento quando “a qualidade e ética não se podem dissociar, e é a partir desta composição que podemos falar de qualidade de uma organização e de um serviço” (Azua, 2002:88).

Considera-se assim, que apesar de os princípios éticos e deontológicos estarem inerentes ao exercício profissional do assistente social, o processo de acreditação permite identificar erros e falhas, resultando um plano de indicações corretivas e monitorização e avaliação contínua do desempenho profissional. A avaliação periódica e contínua, pressupõe que se considera o reforço dos princípios éticos e deontológicos na capacidade de se proceder em conformidade com a ética e qualidade do serviço que é prestado aos utentes (IFSW, 2000).

No que respeita às estratégias utilizadas ou que utilizariam as coordenadoras no envolvimento de todos os assistentes sociais no processo de qualidade para a melhoria da prática profissional foram identificadas diversas categorias: *comunicação, trabalho em equipa, multidisciplinariedade, desempenho, envolvimento e coaching*. Efetivamente as participantes reconhecem com maior relevância, a subcategoria *envolvimento* que se traduz na reconstrução identitária dos processos, procedimentos de trabalho e de toda a atividade do Serviço Social. Assim, o envolvimento de todos os elementos da equipa no processo de acreditação, não é numa lógica avaliativa mas sim, numa perspetiva de melhoria e reflexão da prática enquanto grupo profissional, podendo assim, contribuir para o crescimento e afirmação dos próprios serviços. Waldman, *et al.* (1998) acreditam que a liderança influencia os comportamentos orientados para a gestão pela qualidade total, nomeadamente a melhoria contínua e do trabalho de equipa.

Reconhecemos, destes resultados a evidência de um contributo positivo quanto às estratégias de gestão no envolvimento dos elementos da equipa face a um processo de acreditação e remete estes fundamentos para uma liderança transformacional na capacidade de transmitir à equipa, a segurança, a admiração e o respeito, na regulação e elevação dos valores organizacionais, na confiança, nas expectativas de grupo e na sua transformação como um todo (Caetano, 2001).

Verificamos que o papel da coordenadora das Unidades de Serviço Social é preponderante na criação de um ambiente de confiança, de inovação, no desenvolvimento de competências resultando num maior desempenho e colaboração da equipa face a um processo de acreditação hospitalar. Os resultados sugerem que as coordenadoras influenciam de forma direta a qualidade da intervenção social, ao impulsionarem comportamentos que potencializem estratégias de inovação e boas práticas tendo como meta a qualidade do agir profissional. São a “alavanca” pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando toda a atividade do Serviço Social. Ao coordenador do Serviço Social compete “saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação de um serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência” (Gelbcke, *et al*, 2009:137).

Analizamos ainda as alterações entre a atuação do Serviço Social nos hospitais acreditados e hospitais não acreditados, e pretendeu-se ainda, reconhecer aspetos da resistência à mudança que os assistentes sociais identificam face a um processo de acreditação. Estes resultados resultam da aplicação de um questionário a 157 assistentes sociais adstritos aos hospitais de LVT.

Quadro 2 – Relação da resistência à mudança e a acreditação Hospitalar

Alterações e diferenças

Maior resistência à mudança por parte dos assistentes sociais que trabalham em Hospitais não acreditados;

Assistentes Sociais mais velhos, com mais tempo de serviço e adstritos a Unidades Hospitalares com configuração de Centro Hospitalar apresentam mais resistência à mudança;

Assistentes Sociais que não têm formação complementar têm menos resistência à mudança

Os resultados mostram que os hospitais e o Serviço Social quando acreditados, apresentam diferenças significativas segundo o local de trabalho e a sua relação apresenta uma intensidade moderada a tender para forte.

No que respeita à questão da resistência à mudança, regista-se algumas ilações acerca da relação entre a resistência à mudança quando o Hospital e o Serviço Social são ou não acreditados. Há uma maior resistência à mudança pelos profissionais adstritos a hospitais não acreditados, quando confrontados com a iminência da implementação de um sistema de qualidade na instituição. Por outro lado, há uma menor resistência à mudança, quando o Serviço Social é acreditado. Este fundamento adquire maior relevância se invocarmos os resultados das coordenadoras quanto à estratégia mais utilizada – *o envolvimento*, de todos os elementos da equipa face à implementação de um sistema de qualidade na área de Serviço Social hospitalar. Depreende-se que provavelmente estes profissionais integrados em hospitais e Serviço Social não acreditado, não sentem suficientemente envolvidos, implicados e informados no processo de mudança. Assume-se que, conforme sustenta Oreg & Schyns (2008) que os profissionais que identifiquem a existência de um forte clima de envolvimento, tenham recebido mais informação e oportunidades de participação no processo de mudança demonstram menos resistência à mudança (citado por Schiffer 2011).

Com efeito, os resultados evidenciam que os profissionais mais velhos e com mais tempo de serviço na instituição evidenciam maior resistência à mudança. Podemos inferir-se que provavelmente estes profissionais não foram suficientemente envolvidos, implicados e informados no processo de mudança. Como a literatura refere a resistência à mudança deve ser previamente prevista, de forma a ser devidamente percebida e analisados os procedimentos e as técnicas que permitem prevenir ou reduzir a sua dimensão (Caetano, 2001).

O presente estudo revelou um contributo para o suporte instrumental do Serviço Social com a elaboração e validação de uma escala de avaliação das boas práticas profissionais dos assistentes sociais no quadro da qualidade hospitalar. Para tal, procedeu-se ao desenvolvimento do instrumento, à sua validação e à análise da sua consistência interna. A

análise exploratória dos 120 itens que constituíam a proposta original da EBPSSQH com dez subescalas, permitiu centrar a abordagem em 26 itens robustos. Vir-se-ia a obter uma estrutura fatorial com maior parcimónia sustentada em seis subescalas, correspondentes aos seis fatores extraídos de uma análise fatorial em fatores comuns. A versão definitiva da escala fica então composta por seis subescalas: melhoria contínua, iniciativa e compromisso profissional, apoio e supervisão adequação das instalações inovação e conhecimento (atualização e) desenvolvimento profissional”. A validação da versão original da escala EBPSSQH permitiu assim obter um instrumento consistente e de maior adequabilidade em termos de futuras aplicações.

Na definição de um dos objetivos iniciais do estudo, quanto à categorização de padrões internacionais de boas práticas de Serviço Social, associamos a pretensão de servir de base, na criação da EBPSSQH. Com o intuito de contribuir para a elevação de padrões de qualidade do Serviço Social Hospitalar e para consolidar e introduzir criterios de promoção e uniformização da qualidade das práticas dos assistentes sociais que trabalhem em contexto hospitalar e possibilitem o reforço da confiança do conhecimento científico. Esta escala apresenta-se como uma forma estruturada e útil, na análise, identificação, compreensão e investigação no âmbito da qualidade das boas práticas profissionais dos assistentes sociais em contexto hospitalar e privilegia seis dimensões: Iniciativa e compromisso profissional; Apoio e Supervisão; Inovação e conhecimento; Atualização e Desenvolvimento profissional; Adequação das Instalações e Melhoria Contínua.

Consideramos que esta escala compreende de forma integrada e complementar os diversos padrões internacionais identificados no Cap. II. Aferimos valores do alfa de cronbach consistentes nas diferentes subescalas que compõem a EBPSSQH, a variar entre os 0,87 para a subescala Melhoria contínua, 0,72 para a subescala Iniciativa e compromisso profissional, 0,79 para a subescala Apoio e Supervisão, 0,84 a subescala Adequação das instalações, 0,78 para a subescala Inovação e conhecimento e para a subescala Atualização e Desenvolvimento profissional 0,63. Esta última, apresenta uma valor um pouco inferior, contudo é aceitável no contexto de validação de uma escala nova. Para o total da escala o alfa de cronbach foi de 0,88.

De acordo com as prioridades de investigação e promoção da qualidade em saúde identificadas no PNS (2012-2016) e a extensão para o PNS 2020, produzimos nesta pesquisa uma oportunidade de incorporar no sistema de saúde práticas suportadas na evidência, avaliação e na melhoria da qualidade da intervenção social.

Em Portugal não existe conhecimento científico das potencialidades e contributos da intervenção do assistente social em contexto hospitalar, o assistente social é um elemento essencial e integrante na prestação de cuidados de qualidade em saúde. Em que abordam diretamente as questões sociais, comportamentais e emocionais dos cidadãos, das suas redes de apoio, bem como desenvolvem e promovem programas de resolução de forma a minimizar o impacto da doença. Trata-se de um processo que confere à alta hospitalar uma visão pluralista e específica quanto ao planeamento de altas (Circular Nº 7/DSPCS de 2004) que define as funções do assistente social no planeamento de alta dos utentes com AVC.

A confirmar a eficiência do Serviço Social, e o seu contributo na garantia da efetividade das respostas em saúde, Gregorian (2005) menciona estudos empiricos que indicam que se existir assistentes sociais nas equipas de saúde, apresentam melhores resultados quanto à prestação de cuidados e na efetivação do plano de alta hospitalar.

Tendo em conta as orientações previstas no PNS (2012-2016) e no novo PNS 2020 consideramos que o Serviço Social contribui no âmbito da sua responsabilidade e competência na implementação efetiva do Plano 2020 quanto aos Eixos Estrategicos propostos: Cidadania em Saúde; Equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; Qualidade em Saúde e Politicas saudaveis.

O assistente social na sua intervenção promove a mudança, a resolução dos problemas nas relações humanas, visando maximizar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Enquanto assistentes sociais, a avaliação e medição é indissociável da sua prática, já que é exigível para classificar e identificar práticas indesejáveis, na determinação da eficiência da intervenção social, constituindo uma base fiável e precisa para melhorar a qualidade das práticas profissionais. A autonomia profissional do assistente social consiste na liberdade de exercer ou não a sua reflexão critica dentro dos limites do conhecimento e da competência no seu agir profissional. Impõe-se um compromisso com os resultados que obriga à medição e avaliação da intervenção realizada e à determinação dos resultados esperados, bem como à monitorização dos progressos e à análise dos resultados analisados. A aplicação da EBPSSQH pode evidenciar resultados da intervenção social que expõem a profissão e os assistentes sociais a um crescente escrutínio e valorização por parte dos decisores e gestores em saúde. Quanto ao melhor conhecimento da intervenção do assistente social e ao impacto na qualidade de vida dos utentes e famílias. Os contributos, utilidade e a imprescindibilidade das boas práticas do assistente social está intrinsecamente relacionada com a capacidade de identificar e caracterizar os benefícios da intervenção para o utente.

No processo de validação da escala analisamos a relação entre diversos indicadores como a acreditação e a resistência à mudança e as seis subescalas. Os resultados parecem indicar que o hospital e o Serviço Social acreditado tem melhores práticas profissionais que o hospital e o Serviço Social não acreditado.

Quadro 3 – Relação entre EBPSSQH, resistência à mudança e acreditação

Convergências e Divergências

Melhores práticas nos hospitais acreditados;

Hospitais e SS acreditados apresentam melhores práticas nas subescalas: Melhoria contínua; Atualização e desenvolvimento profissional e Inovação e Conhecimento;

Os assistentes sociais com > 45 anos de idade tendem a desvalorizar as práticas que valorizam as subescalas: Adequação das instalações e a inovação e conhecimento;

Os assistentes sociais com formação complementar tendem a valorizar mais as subescalas: atualização e desenvolvimento profissional;

Quando o SS não é acreditado a subescala: Inovação e conhecimento apresenta valores mais baixos;

Os assistentes sociais apresentam mais resistência à mudança nas subescalas: Adequação das instalações e inovação e conhecimento.

Constatamos que a única subescala que apresenta diferenças significativas entre os escalões etários é a da *iniciativa e compromisso profissional*, sendo os assistentes sociais de um escalão mais jovem (30-34 anos) que apresenta a média inferior.

Existe diferença significativa nas médias da subescala (*atualização e desenvolvimento profissional*), sendo os assistentes sociais com formações complementares que apresentam média mais elevada.

Verificamos que os hospitais acreditados apresentam médias mais elevadas apenas em duas das subescalas das boas práticas profissionais: *melhoria contínua* e *inovação e conhecimento*, sendo somente estas a evidenciarem diferenças significativas.

Os assistentes sociais integrados em unidades de serviço acreditado apresentam médias mais elevadas na escala de boas práticas profissionais. No entanto, as diferenças são mais acentuadas e foram detetadas diferenças significativas em três subescalas: *melhoria contínua*; *inovação e conhecimento* e *(atualização e) desenvolvimento profissional*.

Os programas de melhoria contínua inerentes ao exercício profissional do assistente social devem focalizar-se no rigor da implementação de procedimentos e processos, na satisfação dos utentes, numa utilização eficiente dos recursos, desenvolvimento e melhoria do seu desempenho profissional com vista a garantia da qualidade dos serviços prestados.

A inovação, o conhecimento e a atualização e desenvolvimento profissional são fatores, complementares das boas práticas, que contemplam o crescimento de pensamento crítico e reflexivo na solidez concetual do saber e do agir profissional.

Em consonância com os resultados e em aparente ajuste com a literatura, pode-se considerar que é a partir da perspetiva crítica, que os factos aparentemente objetivos e as experiências subjetivas da prática profissional, são concebidas e filtradas e alvo de serem questionadas e melhoradas (Everitt & Hardiker, 1996).

Estes resultados tornam-se particularmente evidentes na medida em que a prática crítica deseja modificar e transformar o agir profissional, fomenta o desenvolvimento das capacidades de mudança e de sustentação do praticante crítico.

É fundamental que a utilização de instrumentos e indicadores de avaliação e monitorização da qualidade não se centrem unicamente numa perspetiva avaliativa, mas também e complementarmente numa ótica reflexiva e crítica, por forma a promover o desenvolvimento profissional e de melhoria da prática profissional dos assistentes sociais.

A preocupação em melhorar o exercício profissional levou McKay (2008) a sustentar que “refletir sobre o desempenho e o agir profissional é um imperativo profissional” (citado por Finlay, 2008:2). Neste prepositivo, esta abordagem foi integrada nos padrões de referência de boas práticas profissionais em Inglaterra. A reflexão é destacada como uma competência fundamental para alcançar um bom agir profissional (Finlay, 2008). Neste seguimento, Taylor & White (2000:6) enfatizam a reflexividade prática, na abordagem de como “os profissionais também precisam examinar e tornar-se mais explícitos sobre os tipos

de conhecimento que utilizam na sua prática e como aplicá-los a dar sentido aos acontecimentos e situações que enfrentam".

Os assistentes sociais têm de ter a capacidade de estabelecer diálogo em situações de crise, de forma a negociar, mediar, estabelecer limites, desafiar e influenciar. É fundamental criar oportunidades para que possam aprender mais acerca de outras visões e perspectivas e descobrindo modos de comunicar construtivamente das diferenças de opinião. Deve-se ainda, proporcionar e promover uma melhor intervenção e prestação de cuidados, em que os “profissionais têm que manter atualizados as suas práticas e as evidências recentes de pesquisas (...) agir e avaliar os resultados adequadamente (...) em que o método científico proporciona uma abordagem em constante evolução ao conhecimento e à prática” (Glaister, 2008:21).

Implicações para a prática

A presente investigação contribui para o processo de aprendizagem e enriquecimento individual pelo desenvolvimento de competências na área de investigação e, por outro, constituiu uma mais-valia para a área do conhecimento do Serviço Social em contexto hospitalar, uma vez que identificou um conjunto de dimensões de ação relevantes, face ao impacto da acreditação nas práticas profissionais dos assistentes sociais. Na identificação de que o programa de acreditação hospitalar quando implementado surge como uma oportunidade e potencialidade de mudança e melhoria do agir profissional.

Este estudo tem igualmente relevância para a prática profissional ao propor uma escala de avaliação de boas práticas profissionais no quadro da qualidade hospitalar, que permite padronizar práticas e indicadores da qualidade a utilizar na promoção e desenvolvimento da intervenção de qualidade do Serviço Social hospitalar.

Limitações da investigação

Entre as limitações identificou-se em primeiro lugar as fragilidades inerentes ao modo como foi obtida a amostra, dada esta, ter sido condicionada em parte, pela morosidade da autorização por parte de alguns dos conselhos de administração das Unidades Hospitalares e por outro lado, pelo pouco interesse e motivação dos assistentes sociais em participar no estudo. O que se considera poder ser um obstáculo a uma maior representatividade da amostra tendo por referência a população em estudo.

Outra limitação decorre da dimensão da amostra tendo em vista a validação da escala que, na sua versão original, contava com 120 itens. Teria sido de toda a vantagem ter disposto de uma amostra de muito maior dimensão. Contudo a análise da robustez dos itens e a necessária retenção de apenas 26 itens acabou por atenuar essa limitação e permitir prosseguir com o exercício de validação da nova versão da escala de boas práticas profissionais.

Perspetivas de investigações futuras

Considera-se fundamental a aplicação da nova versão da escala de boas práticas profissionais em outras unidades hospitalares do País.

Acreditamos ter dado um primeiro passo na identificação e análise das alterações nas práticas profissionais decorrentes do processo de acreditação e crê-se que o passo seguinte passará por avaliar o impacto da acreditação nas práticas envolvendo mais hospitais fora da área de LVT no estudo. E em que medida as dimensões de ação identificadas no estudo, estão em conformidade com as práticas dos hospitais acreditados. Seguindo o autor Delgado (2011) que refere que para avaliarmos a prática precisamos de ter algum conhecimento científico, quer seja através das melhores práticas quer no acompanhamento da evolução do conhecimento científico e tecnológico. Isto porque a prática profissional estar sujeita à enorme volatilidade inerente ao desenvolvimento tecnológico, organizacional, político e aos problemas sociais, é necessário combinar, atualizar e dinamizar o conhecimento científico com as boas práticas.

BIBLIOGRAFIA

- Abbot, Andrew. (1998), *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Alkhenizan Abdullah & Shaw Charles (2011), “*Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: a Systematic Review of the Literature*”, *Ann Saudi Med*, 31(4) pp. 407-416.
- Alkhenizan Abdullah & Shaw Charles (2012), “The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature”, *J Family Community Med*, 19(2), pp. 74–80.
- Almeida, Alvaro (2011), “3º Forum Nacional de Saude – Qualidade em Saude, Livro de actas – Parte 2”, pag 98– 100.
- Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2010/03/2011-10-26_LivroActas_Parte2.pdf
- Almeida, H.M, I.A Lopes & A.C Silva, (2010), *Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela Joint Commission International* in Silva C.A., M.M. Saraiva, A. Teixeira (eds.), *TMQ - Qualidade: A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar. Qualidade e Saúde - Perspectivas e Práticas*, Vol. 1 pp. 116-133, Lisboa, Edições Sílabo.
- Alves, Fátima (2002), *Acção Social na área da saúde mental*, pp 19-37, Lisboa, Universidade Aberta.
- Amaral, Luis (2005), *Da Gestão ao Gestor de Sistemas de Informação: Expectativas, Fundamentais no Desempenho da Profissão*. In L. Amaral, R. Magalhães, C. C. Morais, A. Serrano, & C. Zorrinho, *Sistemas de Informação Organizacionais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Anzuola Murguia Jesus Maria (2003), *La gestión de procesos como instrumento de mejora en los servicios sociales* in Setién L.M; Sacanell, E. - *La Calidad en Los Servicios Sociales: Conceptos y Experiencias*. Editorial: Tirant lo Blanch, Colección: Políticas de Bienestar Social. 1ª Edición.
- Araújo, Luis Cesar (2001), *Tecnologias de gestão organizacional*. São Paulo, Atlas.
- Argueta Julio Cesar Diaz (2006), “Naturaleza y especificidad del Trabajo Social: un desafío Trabajo Social: un desafío pendiente de resolver. Reflexiones para el debate”. Revista *KATÁLYSIS* Nº 9 (2) : 217-226.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179613963009>

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2012), Relatório de Benchmarking |hospitais EPE e PPP 2012.

Disponível em:

<http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Benchmarking.pdf>

AASW -Australian Association of Social Workers (2003), *Practice Standards for Social Workers: achieving outcomes*.

Disponível em: <https://www.aasw.asn.au/document/item/16>

Argueta Dias C.J. (2006), Naturaleza y especificidad del Trabajo Social: un desafío pendiente de resolver. Reflexiones para el debate. KATÁLYSIS v. 9 n. 2 .Florianópolis SC 217-226.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v9n2/a09v09n2.pdf>

Azúa, Paulino (2002), “Compromiso y liderazgo de las organizaciones sociales por la calidad”. In Francisco Salinas Ramos. La calidad como Imperativo en la Acción Social, Madrid: Cáritas Española, Documentación Social, Vol. 128.

Banks Sarah, (2006), *Ethics and values in social work*, third edition, Palgrave Macmillan, New York.

Banks, Sarah (1997), *Los deberes de los trabajadores sociales: políticas, procedimientos y nuevas formas de gestión*, Ética y valores en el Trabajo Social, pp. 135-160, Barcelona, Paidós.

Banks, Sarah (1997), *Ética e Valores en el Trabajo Social*, Barcelona, Ed. Paidós.

Banks, Sarah (2001), Ética em Fragmentos, in Mouro, Helena et al. *100 Anos de Serviço Social*, Coimbra, Ed Quarteto (pag 101-124).

Barriga, Luis Alberto (2000),. “Calidad en los servicios sociales reflexiones sobre la calidez total.” *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 49, 31-62.

Barros, Pita Pedro e Jorge Simões (2007), “Portugal, Health system Review” *Revista Health Systems in Transition. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*.

Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf

Basto, Marta (1998), *Da intenção de mudar à mudança*, Lisboa, Rei dos Livros.

- BAUMAN, Zygmunt (1997), *Ética Pós-Moderna*, Ed Paulus. S. Paulo.
- Beder, Joan (2006), *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
- Bengoa A.M & Celorico J.M (2003), “Nuevas Estrategias en la provision de serviços humanos y clientes consumidores. Una visión desde el trabajo social” in Setién L.M; Sacanell, E. - *La Calidad en Los Servicios Sociales: Conceptos y Experiencias*. Editorial: Tirant lo Blanch, Colección: Políticas de Bienestar Social. 1ª Edición.
- Best, M. & Neuhauser, D. (2004), “Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet.” *Quality and Safety in Health Care*. 13: 6 -472-473.
- Biscaia, J. Luis (2000), “Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual”, *Revista Qualidade em Saúde*. ISSN 0874-8772. 0 - 6-10.
- Boavista, A. L. M. C. Ribeiro & M. F. (2000), *A Experiência Portuguesa de Acreditação de Hospitais*”. Publicação Qualidade em Saúde - Lisboa, p 28- 32.
- Boto, P & Costa, C. Lopes, S. (2008), “Acreditação, benchmarking e mortalidade”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume Temático: 7 - 103-115.
- Bouckenooghe Dave (2010), “Positioning change recipients' attitudes toward change in organizational change literature” *Journal of Applied Behavioral Science*, 46(4): 501-531.
- Bogdan, R., Biklen, S., (1994), *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Bovey, W. H. & A Hede (2001b), “Resistance to Organizational Change: The Role of Cognitive and Affective Processes”. *Leadership & Organization Development Journal* - 22, pp 372-382
- Bovey, W. H., & A Hede (2001a), “Resistance to Organizational Change: The Role of Defense Mechanisms”, *Journal of Managerial Psychology*-16, pp.534-548.
- Burt M. & Worley A. (2008), Social Work, professionalism and the regulatory framewok in Fraser S.; Matthews S.. *The Critical Practitioner in Social Work and Health Care*. SAGE Publications.
- Branco, F & Farçadas. M. (2012), O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios, in Carvalho, Maria Irene da (ed) *O Serviço Social na Saúde*, Editor Pactor.

Caetano, A. (2001), *Mudança e Intervenção Organizacional* in J. M. Carvalho Ferreira, J. Neves, & A. Caetano (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

Cameron E. & Green M. (2009), *Making Sense Of Change Management. A complete guide to the models, tools & techniques of organizational change*. Kogan Page. United States.

Campos, L; & Vaz A. C. A (2010), *A Qualidade dos Cuidados e dos serviços – PNS 2011-2016 – DGS*.

Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Campos, Luis. (2011), *3º Forum Nacional de Saude – Qualidade em Saude*, Livro de actas – Parte 2, pag 156 – 160

Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/03/2011-10-26_LivroActas_Parte2.pdf

Cannon, I. M. (1913), *Social work in hospitals - a contribution to progressive medicine*, Social Service Department of Massachusetts General Hospital, Russell Sage Foundation.

Caparrós, Mª Jose Escatin (1998), *Manual de Trabajo social: Modelos de prática Professional*, 2ª edição editora Aguacilara.

Carapeto C. & F. Fonseca (2006), *Administração pública – modernização, qualidade e inovação*, Lisboa, Edições Sílabo.

Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.

Carranza, Garcês M.C. (2012), *Trabajo Social y El Plan de alta del hospital*. Facultad de Ciencias Sociales. Costa Rica.

Disponível em: www.ts.ucr.ac.cr.

Carvalho, M.I (2003), “Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar”. *Revista Intervenção Social* nº2, pp. 29-55.

Casado, Dionísio Contreras (2004), *Calidad Total y Mejora Continua en el ámbito del Trabajo Social*

Disponível em: <http://www.monografias.com/trabajos87/calidad-totalmejora-continua-trabajo-social/calidad-total-mejora-continua-trabajo-social.shtml#ixzz37MrehRqi>

Constituição Da República Portuguesa VII Revisão Constitucional - 2005

Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005), Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(7), 1-9.

Disponível : <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>

Cattell, R. (1966), The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276

Coutinho, Clara (2004), *Quantitativo versus qualitativo: questões paradigmáticas na pesquisa em avaliação*. (p. 436-448).

Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/6469>

Chancosa M.J.M & Galán, E. Z (2012), *Guia de Intervencion de Trabajo Social Sanitario*, Z.Edita Generalitat. Conselheria de Sanitat.

Disponível em: [www/Downloads/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario%20\(6\).pdf](http://www.Downloads/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario%20(6).pdf)

Chin, R. & Benne, K. (1969), General Strategies for Effecting Change in Human Systems. In: W. Bennis, K. Benne and R. Chin (eds.), *The Planning of Change* (pp. 32-59). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Choi, M., & Ruona, W. (2011), “Individual readiness for organizational change and its implications for human resource and organization development”. *Human Resource Development Review*, 10(1): 46-73.

Cocker, C., Hafford-Letchfield, T. (2013), ‘Rethinking Anti-discriminatory and Anti-oppressive practice in social work’. In C. Cocker and T. Hafford-Letchfield (eds) *Rethinking Anti-discriminatory and Anti-oppressive theories for social work practice*. Basingstoke, Palgrave.

Cooper B. (2008), Continuing professional development : a critical approach in Fraser S.; Matthews S.. *The Critical Practitioner in Social Work and Health Care*. SAGE Publications. pp. 222-237.

Costa, Fernando Leal (2005), “Efectividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.5, pp. 47-57.

Disponível em: http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon5_03-2005.pdf

CCE - Comissão das Comunidades Europeias (2004), *Livro Verde sobre as parcerias público – privadas e o Direito Comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*, pp 327.

Disponível: http://europa.eu/legislation_summaries/internal_market/businesses/public_procurement/122012_pt.htm.

CHKS (International Accreditation Programme for Healthcare organizations) (2010), *Standards for Accreditation*, 3ª Edition.

D’Cruz, H., Gillingham, P. & Melendez, S. (2007), “Reflexivity, its meanings and relevance for Social Work: a critical review of the literature” *British Journal of Social Work*, 37, 73-90.

Delgado, Manuel (2011), A qualidade em Saúde face aos novos desafios do Sistema de Saúde, in “Novos Horizontes na Qualidade em Saúde” *Cadernos de Saúde e Sociedade* n.º 6, pp 47- 54.

Deming, W. Edwards (1986), *Out of the crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study, ISBN 0-911379-01-0.

Denzin, N; Lincoln, Y e Col. (2006), *O planeamento da pesquisa qualitativa – teoria e abordagens*. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Denzin, NK & Lincoln, YS. (1994), "Introduction: Entering the field of qualitative research." In NK Denzin and YS Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.

Dias, Carlos (2001), *A liderança em enfermagem: estudo do líder, do liderando e da motivação*. Porto: Tese de mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto, Porto, ICBAS.

Diniz, Alexandre, (2011), *3º Forum Nacional de Saude – Qualidade em Saude*, Livro de actas – Parte 2, pag 162 – 164.

Disponível: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/03/2011-10-26_LivroActas_Parte2.pdf.

Direção Geral de Saúde (1998), *Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Orientação para 1998*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (1999), *Saúde um compromisso – A estratégia de saúde para virar do século* (1998-2002) Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2002), *Enquadramento Funcional Do Serviço Social Na Área Da Saúde*. Circular Normativa do Departamento de Modernização e Recursos. Lisboa. Disponível em: <https://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2008/03/ms-circular-normativa-n-8-16-maio-2002.pdf>.

Direcção Geral de Saúde (2004b), *Elementos Estatísticos Saúde/2004*

Disponível em: www.acss.min-saude.pt

Direcção Geral de Saúde (2004a), *Planeamento da alta do doente com AVC – Intervenção dos Assistentes Sociais*.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006187.pdf>.

Direcção Geral de Saúde (2006), *Manual de Boas Práticas para Assistentes Sociais*.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008206.pdf>

Direcção Geral de Saúde (2009), *-Programa Nacional De Acreditação Em Saúde*. Departamento da Qualidade

Disponível em: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf>

Direcção Geral de Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações Estratégicas- Mais Saúde para todos*.

Disponível em:

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>

Direcção Geral de Saúde (2011), *Qualidade em saúde: Acreditação*. Departamento da Qualidade na Saúde

Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0>, consultado a 20/04/2011.

Direcção Geral de Saúde (2012a), *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Enquadramento do Plano Nacional De Saúde*, Lisboa.

Disponível em :

http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf.

Direção Geral de Saúde (2012b), Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - *eixo estratégico - equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa.

Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf

Direção Geral de Saúde (2012c), Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - *eixo estratégico – Qualidade em saúde*. Lisboa.

Disponível em:

http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/0024_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf

Direção Geral de Saúde (2012d), Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - *eixo estratégico – Políticas Saudáveis*. Lisboa.

Disponível

em:

http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/99_3_4_Pol%C3%81ticas_Saud%C3%81veis_2013_01_17.pdf

Direção Geral de Saúde (2012e), Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016 - *Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa.

Disponível em

[:http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf)

Direção Geral de Saúde (2012f), Plano Nacional de Saúde 2012–2016 - *Indicadores e Metas em Saúde*. Lisboa.

Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf

Direção Geral de Saúde (2012g), Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - *Eixo Estrategico – Cidadania em Saúde*. Lisboa.

Disponível em

[:http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sau%CC%81de_2013_01_17_.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sau%CC%81de_2013_01_17_.pdf)

Direção Geral de Saúde (2013), *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade da Saúde.

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=02090250AA>
[AAAAAAAAAAAAAAAA](#)

Dominelli Lena (2004), *Social Work: Theory and Practice for a Changing Profession*, Cambridge, Polity Press.

- Domingues Ivo (2006), *Organizações, Cidadãos e Qualidade*, Lisboa: Editora Rés XXI.
- Donabedian Avenis (1986), *La investigación sobre la calidad de la atención médica*. Salud Publica de México, Cuernavaca, v. 28, n. 3, p. 324-327.
- Donabedian Avenis (1988), *Special Communication: The quality of care: How can it be assessed?* JAMA 260 12, pp. 1743-1748.
- Donabedian Avenis (2003), *An Introduction to Quality assurance in Health Care*, New York., Oxford University Press.
- Donabedian, Avenis (2005), *Evaluating the Quality of Medical Care*
Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/pdf>.
- Eggil, Y. & P. Halfon (2003), “A conceptual framework for hospital quality management”, *International Journal of Health Care Quality Assurance* 16/1, pp 29-36.
- Erickson, R & Erickson, G. (1994), An Overview of Social Work Practice in Health Care Settings, pag. 3-21. In *Social Work Practice in Health Care Settings*, Holosko Michael J. e Patricia A Taylor (1994), 2º edition, Canadian Scholars' Press. Toronto.
- Escoval, A., Fernandes, A. C., Matos, T. T., & Santos, A. T. L. (2010), *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde hospitalares*. Análise Especializada: Cuidados de Saúde Hospitalares, Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde.
Disponível:<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2010/08/CSH2.pdf>
- Everitt A & Hardiker P. (1996), *Evaluating for Good Practice, Practical Social Work* . Palgrave Macmillan
- Expósito, Carmen Barranco (2004), “La intervención en trabajo social desde la calidad integrada”, *Cuadernos de Trabajo Social* 12, ISSN 1133-0473, pp. 79-102. Alternativas.
- Expósito, Carmen Barranco (2006), “Ambitos de intervención profesional, desarrollo humano y calidad en Trabajo Social”, *Revista de Trabajo social hoy*, ISSN 1134-0991, págs. 33-56.
- Expósito, Carmen Barranco (2011), *Buenas prácticas de calidad y trabajo social*, , pp. 57-74, Alternativas.
Disponível em: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18710/1/Alternativas_18_03.pdf
- FEAPS - Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (2007), *Buenas Prácticas FEAPS - ¿Qué son y cómo se valoran?* - Red de Calidad. Madrid.

- Disponível: [http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/84163cd187586d72c1256ffd003e699f/\\$FILE/queesBBPP.pdf](http://www.feapsmurcia.org/feaps/FeapsDocumentos.NSF/08db27d07184be50c125746400284778/84163cd187586d72c1256ffd003e699f/$FILE/queesBBPP.pdf)
- Fernandes, J.; Barros, P. P.; Fernandes, A. C. (2011), *Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal*. Parede: Príncípia, 87-4.
- Fernandes, Manuel A. M. (2010) "Qualidade no relacionamento entre profissionais de saúde e doentes", *TMQ QUALIDADE* 1, Tematico n: 93 – 114.
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1989), *Sistemas de Saúde e o seu funcionamento*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira Pedro Lopes (1991), "Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde" *Revista Crítica de Ciências Sociais*; 33: 93-112.
- Finlay Linda (2008), *Reflecting on "Reflective Practice"*. The Open University, paper N. 52.
- Disponível em: [http://www.open.ac.uk/opencetl/files/opencetl/file/ecms/web-content/Finlay-\(2008\)-Reflecting-on-reflective-practice-PBPL-paper-52.pdf](http://www.open.ac.uk/opencetl/files/opencetl/file/ecms/web-content/Finlay-(2008)-Reflecting-on-reflective-practice-PBPL-paper-52.pdf)
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984), "Consensus methods: Characteristics and guidelines for use", *American Journal of Public Health*, 74 (9), 979-983.
- Fortin, M.F. (1999), *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- FSWP- Foundations of Social Work Practice (2013), *Introducing social work practice*. The Open University.
- Disponível em: <https://msds.open.ac.uk/students/study/undergraduate/course/k216>.
- Furtado C. & Pereira J. (2010), *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, pp. 7, 8.
- Disponível em :<http://www.observaport.org/node/322>
- França, Margarida (1998), *A Acreditação de Hospitais*, Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, FEUC.
- França, Margarida (2000), *Programa de acreditação do KFHQS. O que é, os destinatários, as vantagens*, *Qualidade em Saúde* 1, pp 16-19.
- França, Margarida (2004), *Acreditação de Hospitais*, *Qualidade em Saúde – Especial*, IQS.
- França, Margarida (2011), "A *Qualidade em saúde face aos novos desafios do sistema de saúde*." *Cadernos de Saúde e Sociedade*, N.º 6.
- Frederico, M. & M. Leitão (1999), *Princípios de administração para enfermeiros*, Coimbra Sinais Vitais.

- Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência (1998), *O Serviço Social no Sector da Saúde*, Série de Documentos de Trabalho do Gabinete de Estudos e Planeamento da Secretaria de Estado da Saúde, n.º 2.
- Gallardo, R. Y. & Olmos, R. C. (2008), *La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud*. *Ciência y Enfermería*, XIV (1), 9-15.
- Genlert Sarah & Teri Browne (2012), *Handbook of health social work*, 2ª Edª, Medical social work, New Jersey.
- Gelbcke, E.L. ; *et al* (2009) Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Nº 13, p15-26.
- Guadalupe, Sónia (2011), “Anotações cronológicas sobre a trajetória do Serviço Social no sistema de saúde em Portugal” *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011
- Guadalupe, Sónia (2012), A intervenção do Serviço Social na saúde com famílias e em redes de suporte social. in M. I. L. B. Carvalho (Coord.). *Serviço Social na Saúde* (capítulo 7). Lisboa: Pactor, Lidel.
- Glaister Ann (2008), Introducing critical practice in Fraser S.; Matthews S.. *The Critical Practitioner in Social Work and Health Care*. SAGE Publications.
- Gravenhorst, Kilian (2003), *A different view on resistance to change. Power dynamics and organizational change IV*. Symposium conducted at the 11th EAWOP Conference, Lisbon Portugal.
- Disponível em: <https://www.hitpages.com/doc/5160582252593152/1#pageTop>
- Gregorian, Camille (2005), *A Career in Hospital Social Work: Do You Have What It Takes?*, Social Work in Health Care, Vol. 40(3).
- Disponível em <http://www.haworthpress.com/web/SWHC>.
- Griffiths, P. (2000), “As vantagens da acreditação pelo King’s Fund”, *Revista Qualidade em Saúde*, 1, 20-23.
- Hair, J., Anderson R., Tatham, R. & Black, W. (2010), *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*, Upper Saddle River, Pearson International Edition (7ª ed).
- Hazard, N., S. Pacinella, & J. Pietrass (2002), *The impact of Accreditation on organizational functioning and performance*, New York, Council on Accreditation, Inc..

- Heidemann, E. G. (2000), *Moving to global standards for accreditation processes*. The ExPeRT Project in a larger context. *Int J Qual Health Care*; 12, pp. 227 – 230.
- Heidemann, E. G. (2007), *Accreditation - From Past to Future*, Presented in Treviso, Italy, December 7, 2007.
- Hendrickson S. & Gray E. J. (2012), *Legitimizing Resistance to Organizational Change: A Social Work Social Justice Perspective*. *International Journal of Humanities and Social Science*. Vol. 2 No. 5, p.50-59.
- Hesbeen Walter (2001), *Qualidade em Enfermagem -Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*, Lusociencia
- Hill, Manuela Magalhães (2000), *Investigação por questionário*. Sílabo_ (Lisboa)
- Holosko Michael J. & Patricia A Taylor (1994), *Social Work Practice in Health Care Settings*, 2º edition, Canadian Scholars' Press. Toronto.
- Hsu, C. & Sandford, B. (2007), *The Delphi Technique: Making Sense of Consensus*. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12, 1-8.
- IOM (Institute of Medicine) (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Disponível: <http://www.nap.edu/read/10027/chapter/1>
- JCI (Joint Commission on Accreditation of Health Organizations (1993), *Accreditation Manuals For Hospitals*, Chicago. JCAHO
- JCI (Joint Commission International) (2011), *Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International*.
- Disponível:<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>
- JCI (Joint Commission International) (2007), *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Disponível em: <https://www.jcrinc.com/14470/>.
- JCI (Joint Commission International) (2009), *Standards*.
- Disponível em: <http://www.jointcommission.org>

- José, Helena & Abrantes, António (2010), “Desafio para o futuro: usar humor para aumentar a qualidade em saúde” in Silva, Carlos Alberto da (ed.), *TMQ Qualidade - A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar. Qualidade e Saúde: Perspectivas e práticas*. Volume temático n.º 1 (2010), 53-64.
- Jude, J. & Regan, S. (2010), *An Exploration of Reflective Practice in a Social Care Team: A Qualitative Review*. Children's Workforce Development Council .
Disponível:http://dera.ioe.ac.uk/2764/1/Microsoft_Word_PLR0910013Jude_Regan_proofed.pdf
- Justo, Cipriano (2005), A Técnica Delphi de Formação de Consensos. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
Disponível em: <http://www.observaport.org/node/162>
- Kim, W. C. & Renée M. (2008), *A estratégia Oceano Azul*, Harvard Business School Publishing Press, Lisboa, Actual Editora.
- Legido- Quigley, H., Mckee, M., Nolte, & Glinos, I. Aa. (2008), *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a case for action*. WHO on behalf of the European - Observatory on Health Systems and Policies.
- Leprohon, J. (2001), *A qualidade dos cuidados de enfermagem*. Comunicação apresentada no 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: *Melhor Enfermagem, Melhor Saúde*, Lisboa.
- Lima, S. M. V. & Cyndia L. B. (2003), Mudança organizacional: uma introdução. In: LIMA, Suzana Maria Valle. (Org.). *Mudança organizacional: teoria e gestão*. pp. 17-61, São Paulo, FGV.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (2006), Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planeamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 169-192.
- Lopes, Maria Augusta *et al* (2012), Serviço Social em Contexto Hospitalar, in Carvalho, Maria Irene de (org.), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Pactor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Lopes, Maria Saudade Oliveira Custódio (2007), *A gestão da qualidade no hospital - impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar*, Tese de mestrado em Serviços de Saúde, Lisboa, ISCTE.

- Macdonald, K. (1995), *The Sociology of the professions*, London, Sage Publications.
- Mainz, Jan (2003), “Defining and Classifying clinical indicators for quality improvement.” *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6) , pp. 523-530.
- Mant, Jonathan (2001), *Process versus outcome indicators in the assessment of quality of care*, *International journal for quality in health care* 13, pp.475-480.
- Martins, A.M.C. (2010), *Gênese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português*. 2 Ed. Lisboa, EProgress. Encadernação Progresso.
- Maroco, J. (2010), *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Report Number Lda, Pero Pinheiro.
- Masfret, Dolors Colom (2003), “El trabajo social Hospitalario en transformacion: hacia nuevos retos y la mejora de competências”, *Revista de Servicios Sociales y política social*, Nº 64, Ejemplar dedicado a: Trabajo Social y Salud (I), págs. 75-102.
- Masfret, Dolors Colom (2007), “La qualitat en treball social: quan la paraula de les idees dóna pas als fets”. *Revista de treball social*, , Nº. 181, págs. 20-36
- Masfret, Dolors Colom (2008), *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*; Consejo General, Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales: Siglo XXI de España.
- Masfret Dolors Colom (2010), *El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario*. *Revista de servicios sociales*, Nº. 47, 2010, págs. 109-119.
- Masfret, Dolors Colom (2012), *El Diagnostico Social Sanitario*, UOC (Universitat Oberta de Catalunya).
- Maxwell, R.(1992), Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality & Safety in Health Care*. 1 - 171-177.
- McClure P. (2005), *Reflection on Practice*. School of Health Sciences, University of Ulster.
- Disponível em: http://cw.routledge.com/textbooks/9780415537902/data/learning/8_Reflection%20in%20Practice.pdf
- Meagher, G., & Parton, N. (2004), Modernising social work and the ethics of care. *Social Work and Society*, 2(1), 10-27. doi:10.1.1.202.1669
- Mezomo J.C. (2001), *Gestão da Qualidade na saúde: Princípios básicos*, 1ª Ed, pp. 111-118, São Paulo, Manole.

- Miguel, Susana (2009), *Desempenho profissional numa Organização de Saúde: Um modelo de análise*. Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão. Vol.8, n.4, pp. 37-53.
- Miranda J & JP Silva (2000), *Constituição da República Portuguesa*, Cascais: Principia.
- Montero C.X & Gonaçalez M.M.J. (2007), “La Gestió de la qualitat en les organitzacions de Serveis Socials. Una Visió des de les ciències del treball” *Revista de treball social*, Nº. 181, págs. 37-46
- Moreno, P. C. (2002), “Principios y Valores que sustentan la calidad”, in *Revista Documentacion Social*, Nº 128 – La Calidad como imperativo en la accion social, pags. 97-116,. Madrid: Cáritas Española Editores
- Mota, A.M.,A. Amaral, & M.J. Lemos (2003), “Educar para a qualidade: Visita pós operatória de enfermagem”, *Revista AESOP* Vol. IV 11,pp.19-23, Lisboa.
- Moulin M. (2010), *Delivering Excellence in Health and Social Care. Quality, excellence and performance measurement*. Open University Press.
- NASW (National Association of Social Workers) (2005), *Standards For Social Work Practice In Health Care Settings*.
- Disponível: <https://www.socialworkers.org/practice/standards/naswhealthcarestandards.pdf>
- Neves José (2001), Aptidões individuais e teorias motivacionais, p. 377 – 403. In: Ferreira C.M.J.; Neves J; Caetano A. – *Manual de Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill.
- Nóbrega, S., Silvia, A. & Varanda, J. (2004), *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*, Principia.
- Nunes Rui & Helena Melo (2010), *Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde*, Associação Portuguesa de Bioética.
- Disponível em: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1334242321carta.pdf>
- Nunes, M. H (2004), *Serviço Social e Regulação Social Agência do Assistente Social*, Porto, Estratégias Criativas.
- O’Hare, T.; Collins, P. (1997), ‘Development and validation of a scale for measuring social work practice skills’, *Research on Social Work Practice*, vol. 7, no. 2, pp. 228–238.
- O’Hare, T. & Tran, T.V.; Collins, P. (2002), Validating the internal structure of the Practice Skills Inventory. *Research on Social Work Practice*, 12, 653-668.

OPSS (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE) (2011), *Da Depressão da crise para a Governação Prospetiva da saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Disponível em: https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/781_RP20011_FINAL.pdf

OPSS (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE) (2001), *Relatório de primavera - Conhecer os Caminhos da Saúde*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf

OPSS (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE) (2002), *Relatório de primavera - O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Disponível: http://www.contratualizacao.minsaude.pt/Downloads_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Relat%20Primavera%202002.pdf

OPSS (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE) (2010), *Relatório de primavera - Desafios em Tempos de Crise*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Disponível : https://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/780_RP%202010%20Final.pdf

OPSS (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE) (2015), *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera.

Disponível: https://www.researchgate.net/publication/280492379_OPSS_Relatorio_de_Primavera_2015_Acesso_aos_cuidados_de_saude_Um_direito_em_risco

Oliveira, André Caetano de (2007), “Gestão da Qualidade, Contributos do Processo de Acreditação King’s Fund na Perspectiva das High Reliability Organizations (Parte I)”, *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, Nº2.

OE (Ordem dos Enfermeiros) (2001), *Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem*.

Disponível: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

OECD (2015), *Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*, OECD, Publishing, Paris.

Disponível:http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/embed-oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal2015_9789264225985-en

O'Connor, B. P. (2000), SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.

Orge, Shaul (2003), "Resistance to change: Developing an individual differences measure". *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 680-693.

Oreg, Shaul (2006), *Personality, context, and resistance to organizational change*. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15 (1), pp. 73-101.

Osinalde B.R. (2003), Las Cooperativas de Iniciativa Social: una reflexión desde el ámbito de las empresas sociales respecto a la calidad en la prestación de servicios sociales. in Setién Luisa .Maria; Sacanell Enrique - *La Calidad en Los Servicios Sociales : Conceptos y Experiencias*. Editorial: Tirant lo Blanch, Colección: Políticas de Bienestar Social.1ª Edición.

Øvretveit, John (2003), *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network.

Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>

Øvretveit, John (1996), *La qualità nel Servizio Sanitario*. Napoli: Edises.

Parra R.R.F.; Rodríguez E.C.& Saavedra N.E.C. (2007), *Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud*. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio De La Protección Social.

Disponível:<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>

Peabody, J.W, M.M Taguiwalo, David A Robalino & J J. Frenk (2006), "Improving the quality of care in developing countries", *Revista Disease control priorities in developing countries*, pp. 1293-1307, New York, Oxford University Press.

Pedraza S.J.M. (2003), *Criterios de calidad en los servicios de atención a las personas* in Setién L.M. Enrique S. – *La Calidad de los servicios sociales: conceptos y experiencias*, págs. 147-176

Pereira, G. M (2001), *A perspectiva Biopsicossocial na avaliação em Psicologia da saúde: Modelo interdependente.*

Disponível:http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9350/1/perspectiva_biopsicossocial%5b1%5d.pdf.

Piderit, S.Kristin (2000), *Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward organizational change*, Academy of Management Review.

Disponível:<https://goallab.psych.umn.edu/orgPsych/readings/18.%20Organizational%20Change%20and%20Development/Piderit%20.pdf>.

Pignatelli, Carmen. (2000), “Saúde XXI: Obter ganhos em saúde e assegurar a qualidade dos cuidados”. *Qualidade em Saúde. Ano 1*, nº 1 (Setembro): 6-14.

Pinzon Zoraida Ordonez (2011), *Apuntes para la reflexión de las prácticas profesionales en trabajo social* Tend.Ret Nº. 16 pp. 145-155.

Disponível em: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/435/358>.

Pires, A. (2004), *Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade*. Lisboa. 3ª Edição. Edições Sílabo.

Pisco, L. & Biscaia, J. (2001), “Qualidade de cuidados de saúde primários.”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 2, 43-51.

Pisco, Luís (2001), “Perspectivas sobre a Qualidade na Saúde.”, *Qualidade em Saúde*. Lisboa. Nº 5 (Out 2001), p.4-7.

Pisco, Luís (2000), “Instituto da Qualidade em Saúde em demanda de melhores serviços”, *Qualidade em Saúde*. Lisboa. Nº 0, p. 12-14.

Pisco, Luís (2011), “A qualidade em Saúde face aos novos desafios do Sistema de Saúde”, In “Novos Horizontes na Qualidade em Saúde” *Cadernos de Saúde e Sociedade* n.º 6, pp 39-44.

Pomey P.M; Charles L.L.; Champagne F; Angus D. ; Shabah A. & Contandriopoulos P.A. (2010), *Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations*. BioMed Centl. P. 5: 31.

Pomey, M. P, A. Pierre, P. François, & D. Bertrand (2004), “Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (Vol. 17) nº3, pp. 113-124.

- Porcel Amparo (2007), *Qualitat? Gestió? Metodologia?* Parlant de la qualitat, págs. 47-58.
- Powell, C. (2003), “The Delphi technique: Myths and realities” *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376-382.
- Porras, J. & P.J Robertson (1992), *Organizational Development: Theory Proactive, Research*, Handbook of Organizational Psychology.
- PORTUGAL. IPQ – Norma NP EN ISO 9001:2000: *Sistemas de gestão da qualidade: requisitos*, Lisboa: IPQ, 2000.
- PORTUGAL. IPQ – Norma NP EN ISO 9001:2008: *Sistemas de gestão da qualidade: requisitos*, Lisboa: IPQ, 2008.
- PORTUGAL. IPQ – Serviços. Instituto Português de Qualidade, 2009.
- Disponível em <http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=3>.
- Presidência do Conselho de Ministros (2009), *Programa do XVIII Governo Constitucional*, Lisboa; pp. 73.
- Disponível:<http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc18/programa-do-governo/programa-do-governo-constitucional-18.aspx>.
- Quintino, P. & M.M. Saraiva, (2010), Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS, in C.A. Silva, M.M. Saraiva, A. Teixeira (eds.), *TMQ - Qualidade: A Qualidade numa Perspectiva Multi e Interdisciplinar. Qualidade e Saúde: Perspectivas e Práticas*, Vol. 1 Temático, Lisboa, Edições Sílabo, pp. 66-93.
- Revez, S. C. & Silva, C. A, (2010), Visão Simbiótica de qualidade em saúde- busca contínua pela melhoria. in Silva, C. A. ; Saraiva, M. ; Teixeira, A. – *TMQ: A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar. Qualidade e Saúde: Perspectivas e práticas*. Lisboa: Edições Sílabo Lda, 2010 pp. 41-51.
- Ribeiro, Olivério P. *et al.* (2008), “Qualidade dos cuidados de saúde” *Revista Millenium*. Nº 35, p.1-21.
- Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>
- Robles, S.M. (2004), “*ITS X EBAP = Atención integral de Calidad - Documentos de trabajo social*”, *Revista de trabajo y acción social*, ISSN 1133-6552, Nº. 32, págs. 51-66
- Rocha, J. A. Oliveira (2006), Pensamentos sobre a Qualidade: Visão dos principais teóricos. In: *Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos*. Lisboa: Escolar Editora. Cap.2,p.15-42.

Rodríguez, Teresa (2010), *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 98.

Disponível:<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/buenaspracticadependenciamartinez.pdf>

Romano, Patrick (2005), Improving the quality of hospital care in America. *The New England Journal of Medicine* 353 (3), 302-304

Ruiz V. M.; Bravo D. L. & Durán G.R. (2012), *Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud*. Inv Ed Med 2012;1 (2):90-95.

Disponível em: <http://www.elsevier.com.mx/>.

Sale Diana (1998), *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde*, Principia, Publicações universitárias e científicas, Lisboa.

Sakellarides, C., V. Reis, A. Escoval, C. Conceição & P Barbosa. (2005), *O Futuro do Sistema de Saúde Português- Saúde 2015*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

Saltman, R., & J. Figueiras (1997), *European Health Care Reform, analysis of current strategies*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.

Saltman, R. & E Mossialos (2002), *Regulating entrepreneurial behaviour in European Health Care Systems* – European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press.

Santos B.S. (1987), “O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de saúde”, *Revista Critica de Ciências Sociais* 23, pp.:13-74.

Santos, S. C., Silva, S.A. & Caetano, António (2014), Introdução: A formação profissional, os seus benefícios e desafios para a investigação e a prática, in *Formação e Desenvolvimento Organizacional – Abordagens e Casos Práticos em Portugal*. 1-10.

Santos C. M.; Grilo A.; Andrade G.; Guimarães T. & Gomes A. (2010), “Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios”. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; Vol Temat (10):47-57.

SASW (Saskatchewan Association of Social Workers) (2001), *Standards in Health Care for Registered Social Workers in Saskatchewan*.

Disponível em:

http://www.bccollegeofsocialworkers.ca/wpcontent/uploads/2013/03/Competencies-Project-CCSWR_Final_report_-March-_2012.pdf

Schiffer E F.(2011), *Resistance to Change: Implications of Individual Differences in Expression of Resistance to Change*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Psychology College of Arts and Sciences University of South Florida

Scrivens, E. (1998), Policy issues in accreditation, *International Journal for Quality in Health Care*; V 10, pp. 1-5.

Serafim, Maria do Rosário & Espirito Santo, Maria Inês (2013), *Criação e Validação de uma Escala de Complexidade da Intervenção Social com Adultos em Contexto Hospitalar (ECISACH)*. Lisboa: CIES-IUL, 2013 (CIES e-Working Paper) 152.

Sevenhuijsen, S. (2000), *Caring in the Third Way: The Relationship Between Obligation, Responsibility and Care in Third Way Discourse*, in *Critical Social Policy*, 62, pp. 5-37

Shaw Charles (2000), “The role of external assessment in improving health care”, in *International Journal for Quality in Health Care*, 12, pp. 167.

Shaw C. & Kale I. (2002), *A Background for National Quality Policy in Health Systems*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e77983.pdf>.

Shaw Charles (2003a), *Quality and accreditation in health care services - A global review*. WHO.

Disponível em: http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf.

Shaw, Charles (2003b), “Evaluating accreditation” in *International Journal for Quality in Health Care*, V. 15, 6, pp. 455–456.

Shaw, C. (2004a), *Developing hospital accreditation in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Copenhaga.

Disponível em: www.unifesp.br/hsp/acred.pdf.

Shaw, C. (2004b), *Toolkit for Accreditation Programs*, International Society for Quality in Health Care, East Melbourne, Australia.

Disponível em: <http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQuaAccreditationToolkit.pdf>

Shaw, C. (2004c), *The external assessment of health services*, World Hospitals and Health Services, Vol.40 .1, pp. 24-27.

Disponível:<http://www.who.int/management/External%20Assessment%20of%20Health%20Services.pdf>.

Shaw, C.; Basia K.; Jeffrey B.; Michal B & Andrzej W. (2010a), “Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009”, *International Journal for Quality in Health Care*. V. 22(5), pp. 341-350.

Shaw, C.; Charles B.; Basia K., Guido de J. e Rosa S. (2010b), “Towards hospital standardization in Europe”, *International Journal for Quality in Health Care* 2010, V 22, pp. 244–249.

Shaw, C.; Oliver G.; Nuria M.; Rosa S. (2010c), “Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?” *International Journal for Quality in Health Care*, V 22, Number 6: pp. 445–451.

Shaw Ian (2011), *Evaluating in Practice*, 2ª ed. Ashgate , UK

Silva, Carlos (2010), Introdução. In C. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira, *A Qualidade numa perspectiva mutli e interdisciplinar – Qualidade e saúde: perspectivas e práticas* - Número Temático 1 (pp. 13-18). Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Silva, M. (2013), *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. 1ªEd. Lisboa: Monitor-Projetos e Edições, Lda.

Silva, M.R (2011), *Serviço Social em contexto de incerteza : metamorfoseando (se) o sujeito? Um olhar para além do espelho*, Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, ISCTE.

Silva, J. O. (2001), “Qualidade em serviços públicos”, *Revista Qualidade em Saúde*. Nº 5. 8-9.

Simões, Jorge (2004), *Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Edições Almedina,

Simões, Jorge (2009), *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Edições Almedina.

Simões, Jorge (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado*, Editora Almedina.

Sousa, et al (2005), *Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. Acta paul. enferm.* Vol.18, n.4, pp. 368-381.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400005>

Sousa, Paulo (2010), Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados in Silva, Carlos, Saraiva, Margarida e Teixeira, António (Eds.), *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas. TMQ Qualidade*, Temático 1, Edições Sílabo, Lisboa.

Sousa, P., F. Pinto, C. Costa, & A. S. Uva (2008), “Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 7, pp.57-65.

Suñol R. (2001), “Reflexiones sobre calidad asistencial. La calidad de la asistencia . Cómo podrían ser evaluada?” *Revista de calidad asistencial*, ISSN 1134-282X, Vol. 16, Nº 1, págs. 79-87.

Tabachnick, B. & Fidell, L. (2006), *Using Multivariate Statistics*, USA, Person International Edition, 5ª ed.

Tavares, Susana (2001), Vinculação dos indivíduos às organizações in J. Ferreira, J. Neves e A. Caetano, *Manual de Psicologia das Organizações*, Editora McGraw-Hill, Lisboa, Portugal, cap. 11, pp. 307-333.

Taylor Carolyn & White Susan (2000), *Practising reflexivity in health and welfare Making knowledge*, Open University Press Buckingham.

UNDP (United Nations Development Programme) (2002), *Handbook on Monitoring and Evaluating for Results*, New York, USA.

Disponível em: <http://web.undp.org/evaluation/documents/handbook/me-handbook.pdf>

Val, D. P.M. & Fuentes, M.C. (2003), *Resistance to Change: A Literature Review and Empirical Study*, *Management Decision*, 41, (2),pp. 148-155.

Vasconcelos, Ana Maria de (2002), *A prática do Serviço Social, Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*, São Paulo, Cortez.

Vass A. A. (1996), *New Directions in Social Work - Social Work Competences: Core Knowledge, Values and Skills*. Sage. London.

- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O., & Guisset, A. (2005), “A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europa PATH project”, *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (6) , pp. 487-496.
- VYGOTSKY, L. S. (1989), *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Waldman, D.A. et al. (1998), *A Qualitative Analysis of Leadership and Quality Improvement*, Leadership Quarterly.
- Walker, R. (2009), Mixed methods research: quantity plus quality, in: J. Neale (Ed.) *Research methods for health and social care*, Palgrave, Basingstoke.
- Watson D. & West J. (2006), *Social Work Process and Practice. Approaches, Knowledge and Skills*, Palgrave Macmillan.
- Weick, K. E. (2000), Emergent change as universal in organizations. In: Beer, M. & Nohria, N. (Eds) *Breaking the code of change*, Boston, M.A: Harvard business School Press.
- Wilson, Kate (2008), *Social Work. An introduction to contemporary practice*, Essex, Pearson Education Limited.
- World Health Organization (1999), *Health21 — Health for All in the 21st Century*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>.
- World Health Organization (2000), *The World Health Organization Report 2000-Health Systems: improving performance*, Geneve
- Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- World Health Organization (2003a) *Quality and accreditation in health care services; A global review*”. Geneve
- Disponível em www.isquaresearch.com/
- World Health Organization - Regional Office for Europe, (2003b), *Measuring hospital Performance to Improve the Quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*, Barcelona.
- Disponível:http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_who_1204.pdf

World Health Organization, (2006), *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*, Copenhagen.

Disponível em: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

World Health Organization, (2008) *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*, Copenhagen, World Health Organization.

Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf.

World Health Organization. (2010). Portugal - Health system performance assessment: 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,

Disponível: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf?ua=1

Páginas WEB Consultadas:

Australian Association of Social Workers. Practice Standards (2013)

Disponível em: <https://www.aasw.asn.au/document/item/4551>

Australian Association of Social Workers (2010) AASW Code of Ethics.

Disponível em: <http://www.aasw.asn.au/document/item/1201>

NASW (National Association of Social Workers) (2005) *Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*.

Disponível: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWClinicalSWStandards.pdf>

http://cdn.ifsw.org/assets/Portugal_Etica.pdf

<http://www.apross.pt/profissao/etica-e-deontologia/>

<http://www.apross.pt/>

FITS — Federação Internacional de Trabalho Social. Definição de trabalho social, 2000.

<http://ifsw.org/>

<http://www.arslvt.min-saude.pt/>

<http://spqsaude.com/>

<http://pt.jointcommissioninternational.org/>

<http://www.chks.co.uk/>

<http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeSeervi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAdes/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>

Decreto de Lei n.º 101 /2006 – 6 Junho - RNCCI

Portal da Saúde - Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

Disponível em :<http://www.portaldasaude.pt/>

Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

ANEXOS

ANEXO A – 1ª Ronda Painel Delphi

Exmo.(a) Sr.(a) Dr (a)

Na qualidade de doutoranda do Curso de Doutoramento em Serviço Social do ISCTE – IUL, venho por este meio solicitar a colaboração e participação de Vossa Excelência na realização do estudo de investigação, subordinado ao tema “O processo de acreditação da qualidade hospitalar: Que (des) vantagens e desafios na prática dos Assistentes Sociais?” Tem como objetivos gerais:

- **Identificar e analisar as (des) vantagens e desafios do processo de acreditação da qualidade hospitalar nos modos de atuação do assistente social**, de forma a aferir possíveis mudanças e diferenças nos processos e procedimentos das práticas dos Assistentes Sociais que trabalhem em todos os hospitais na região de Lisboa e Vale do Tejo (acreditados e não acreditados).
- **Desenvolver e validar um instrumento de boas práticas sobre a qualidade em Serviço Social na área hospitalar.**

Neste sentido, e de forma a atingir os objetivos supra, necessita-se da sua colaboração na aplicação da técnica Delphi, que proceder-se-á da seguinte forma:

Atividades	Entrega
1ª Ronda	1 Semana após a receção do email
Apresento estatisticamente os resultados, em termos de grupo e é enviada aos especialistas	Junho
2ª Ronda - questionário	Junho
A representação estatística é enviada aos peritos para possibilitar a apreciação dos resultados	Julho
3ª Ronda- se não existir consenso entre as respostas dos peritos, será aplicado novo questionário	Julho / Agosto

1ª RONDA

Com esta primeira ronda será apresentada uma questão aberta aos membros do painel delphi, de forma a identificar o universo das respostas possíveis relacionadas com o estudo. Em todo o processo é garantido o anonimato entre os especialistas.

COM BASE NA SUA EXPERIÊNCIA E/ OU NO SEU CONHECIMENTO, EM QUE MEDIDA UM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR PODE ALTERAR AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS? FUNDAMENTE A SUA RESPOSTA.

Este questionário é confidencial e anónimo.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade para colaborar nesta pesquisa.

Muito Obrigado.

ANEXO B - Questionário – 2ª ronda

Este questionário resultou da análise de conteúdo dos resultados da 1ª ronda e pretende avaliar a concordância dos peritos relativamente à identificação dos domínios de ação e os respetivos indicadores que integram.

Reforçamos que a fim de alcançar elevados padrões de qualidade na intervenção social, pretende-se com base nos resultados do painel Delphi, a construção e validação de um instrumento de boas práticas sobre a qualidade em Serviço Social na área hospitalar.

Da análise resultaram os seguintes domínios:

1- Domínios de ação

- 1.1. Especificidades da prática
- 1.2. Interação de equipas
- 1.3. Eficácia profissional
- 1.4. Avaliação e Monitorização
- 1.5. Ganhos em saúde

Indique, com uma cruz, o seu nível de concordância relativamente à integração de cada categoria e indicador, segundo a seguinte escala de *Likert*:

- 1 – Discordo
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Indiferente
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 – Concordo totalmente

Em que medida um processo de acreditação hospitalar pode alterar ou influenciar as práticas profissionais dos Assistentes Sociais, quanto à dimensão: DOMÍNIOS DE AÇÃO, designadamente ao nível da:

1.1. Especificidades da prática	1	2	3	4	5
1.1. 1. Melhorar a capacidade de gestão					
1.1.2. Desenvolver capacidades inovadoras					
1.1.3. Proporcionar a adequação da autogestão das competências de desenvolvimento profissional					
1.1.4. Aumentar o nível formativo					
1.1.5. Ampliar a capacitação das questões da qualidade					
1.1.6. Introduzir sistemas de reclamação de forma aos utentes exporem as suas queixas e sugestões					
1.1.7. Fomentar mudanças relativamente ao conhecimento que permite ao Assistente Social intervir de acordo com as metodologias profissionais					
1.1.8. Melhorar o reforço do domínio científico da área disciplinar no que respeita à conceção e definição de estratégias valorativas da qualidade da resposta do Serviço Social					
1.1.9. Introduzir sistemas de formação de pessoal de <i>front-line</i> em atendimento e o pessoal em <i>back-office</i> em <i>root cause analysis</i>					
1.2.0. Determinar critérios que os serviços e os profissionais devam cumprir em matéria organizativa					
1.2.1. Sistematizar o trabalho na criação de normas e procedimentos que uniformizam as práticas nas diversas áreas de atuação					
1.2.2. Promover a melhoria contínua					
1.2.3. Introduzir alterações nos processos de trabalho dos Assistentes Sociais					
1.2.4. Promover a criação de uma estrutura definida e precisa					
1.2.5. Determinar a sustentabilidade relativamente aos conhecimentos, técnicas e recursos					
1.2.6. Promover maior centralidade no doente na prestação de cuidados e no seu bem-estar					
1.2.7. Introduzir mudanças nas funções do Assistente Social, quanto ao princípio de controlo, na tomada de decisão e de execução					
1.2.8. Introduzir alterações quanto à subalternização de uma área específica da intervenção profissional					

1.2.9. Determinar sistemas que assegurem os direitos dos utentes					
1.2.10. Melhorar a organização dos registos relevantes para a atividade social					
1.2.11. Proporcionar transparência e ética na atuação profissional					
1.2.12. Definir critérios de urgência na resposta					
1.2.13. Ter uma atuação custo-efetiva					
1.2.14 . Outros: Quais: _____					
1.2. Interação de equipas:	1	2	3	4	
1.2.1. Melhorar a visibilidade do papel do Assistente Social nas equipas multidisciplinares					
1.2.2. Proporcionar e demonstrar o contributo do trabalho do Assistente Social junto dos utentes e familiares na melhoria da prestação de cuidados de saúde numa perspetiva biopsicossocial					
1.2.3. Proporcionar ao Assistente Social ser um elemento facilitador de comunicação entre os grupos					
1.2.4. Fomentar a colaboração do Assistente Social com os serviços clínicos					
1.2.5. Potencializar os <i>skills</i> para o trabalho em equipa					
1.2.6 Outros: Quais _____					
1.3. Eficácia profissional:	1	2	3	4	
1.3.1. Desenvolver indicadores de efetividade de processo da intervenção do Serviço Social					
1.3.2. Incrementar indicadores de efetividade dos resultados da intervenção do Serviço Social					
1.3.3. Desenvolver indicadores de eficiência de processo da intervenção do Serviço Social					
1.3.4. Incrementar indicadores de eficiência dos resultados da intervenção do Serviço Social					
1.3.5. Potencializar melhorias das práticas profissionais					
1.3.6. Propiciar o desenvolvimento de uma postura profissional mais pro ativa					
1.3.7. Garantir a avaliação do desempenho profissional					
1.3.8. Melhorar os registos individuais					
1.3.9. Outros: Quais ? _____					

Em que medida um processo de acreditação hospitalar pode alterar ou influenciar as práticas profissionais dos Assistentes Sociais, quanto à dimensão:

2. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO PODER	1	2	3	4	5
2.1. Assegurar sistemas de análise na identificação de causas					
2.2. Assegurar sistemas de análise na identificação de soluções					
2.3. Monitorizar indicadores de desempenho que promovam ações de melhoria e corretivas					
2.4. Proporcionar análises de reavaliação das ações de melhoria e corretivas					
2.3. Aumentar o nº de auditorias internas sobre a prática profissional dos Assistentes Sociais					
2.4. Avaliar a qualidade percebida pelo utente e família					
2.5. Avaliar as diferentes necessidades dos profissionais (emocionais, físicas e laborais)					
2.6. Definir sistemas de identificação de eventos indesejáveis					
2.7. Introduzir sistemas de tratamento e análise da reclamação numa perspetiva tridimensional: na identificação, avaliação e correção de fatores de risco					
2.8. Proporcionar estudos comparativos de <i>Benchmarking</i> de práticas profissionais					
2.9. Assegurar o processo de segurança aos utentes					
2.10. Assegurar o processo de segurança aos profissionais					
2.11. Proporcionar uma revisão de práticas e avaliação de conformidades					
2.12. Outros Quais? _____ _____					
<i>Em que medida um processo de acreditação hospitalar pode alterar ou influenciar as práticas profissionais dos Assistentes Sociais, quanto à dimensão:</i>					
3. GANHOS EM SAÚDE:	1	2	3	4	5
3.1. Proporcionar a promoção e prestação de cuidados de saúde seguros ao utente					
3.2. Assegurar a promoção de cuidados de saúde de qualidade ao utente					
3.3. Propiciar o aumento da confiança dos utentes quanto aos serviços prestados					
3.4. Promover mudanças positivas ao nível individual					

3.5. Fomentar mudanças organizacionais positivas					
3.6. Assegurar o cumprimento de padrões da qualidade previamente estabelecidos procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade					
3.7. Introduzir alterações organizacionais positivas no comportamento e desempenho na generalidade dos profissionais					
3.8. Promover maior responsabilização por parte dos profissionais no processo de intervenção					
3.9. Outros Quais? _____					
4. Em sua opinião, considera importante a introdução de mais algum item?					

ANEXO C – Carta de apresentação dos resultados da 2ª ronda

Exmo (a) Sr.(a) Dr. (a)

Agradeço a sua participação uma vez mais e os contributos relevantes que proporcionou ao estudo.

Para dar seguimento ao mesmo, venho novamente ao vosso encontro para apresentar os resultados obtidos na 2ª ronda para vossa validação.

Neste sentido, solicito que revise se for o caso, os valores da primeira questão que se situam na atribuição “Indiferente”. Considere que a escala agora é dicotômica, por exemplo, positiva e negativa e escolha uma opção. Agradeço ainda que deixe comentários sobre a sua nova posição.

A fim de alcançar elevados padrões de qualidade na intervenção social, pretende-se com base nos resultados do Delphi, a construção e validação de um instrumento de boas práticas sobre a qualidade em Serviço Social na área hospitalar.

Também é pretendido, com este estudo identificar e analisar as vantagens e desafios do processo de acreditação da qualidade hospitalar, nos modos de atuação do assistente social que trabalha em todos os Hospitais na região de LVT (hospitais acreditados não acreditados).

O questionário em anexo contempla:

- A apreciação individual anterior;
- Os resultados coletivos para cada item;
- A percentagem de consenso obtido em cada item;
- Um espaço para demonstrar a sua concordância ou não dos itens;
- Um espaço para comentários

Solicito a sua compreensão na resposta, o mais breve possível

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos

ANEXO D – Guião de entrevista

Aos Coordenadores da Unidade de Serviço Social Hospitalar ´

- Como apresenta a unidade de serviço social hospitalar que coordena?

Colocando-se a pertinência do processo de acreditação no hospital que integra, que dificuldades identifica? E como as ultrapassou?

Pedimos também que refira as estratégias utilizadas ou a utilizar no envolvimento de todos os assistentes sociais no processo de qualidade para a melhoria da prática profissional?

- Na qualidade de coordenadora da unidade de serviço social hospitalar como enquadra o processo de qualidade da sua unidade no contexto institucional do hospital?

- Que impacto tem ou poderia ter o processo de qualidade no fortalecimento dos princípios éticos e valores deontológicos na intervenção do assistente social

II- Caracterização sociodemográfica e profissional

- 1.1. Género (F/M)**
- 1.2. Idade**
- 1.3. Licenciatura de base –**
- 1.4. Possui outros graus académicos ou formações complementares (Mestrado, doutoramento; pós graduações, especializações)**
- 1.5.**
- 1.6. Local de trabalho**
- 1.7. Atual situação jurídica de emprego (Contrato individual; de funções públicas entre outros)**
- 1.8. Exerce atualmente funções de Coordenação? (sim / não)**
- 1.9. Se sim, há quantos anos**
- 1.10. Se sim: Quantas Assistentes Sociais têm na equipa?**
- 1.11. As suas funções são de intervenção direta aos utentes e famílias? (sim/não)**
- 1.12. Antiguidade no local de trabalho (colocar diversos anos de intervalo)**
- 1.13. A Unidade do Serviço Social encontra-se implementada um sistema de Gestão da Qualidade? (sim / não)**
- 1.14. Se respondeu sim, quais? Certificação, EQUASS, OUTRO.**
- 1.15. A sua instituição é acreditada? (sim / não)**
- 1.16. O Serviço Social é acreditado? (sim / não)**
- 1.17. Se respondeu sim, indique qual o modelo de acreditação? (diversos modelos como resposta) JCI/CHKS/ACSA**

ANEXO E - Questionário de avaliação das práticas de qualidade na Intervenção do Assistente Social

Por favor avalie o nível de concordância face à organização, gestão e avaliação do Serviço Social Hospitalar.

1. ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E AVALIAÇÃO DO SS HOSPITALAR	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem Concordo nem discorda 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
1. As instalações físicas da área do Serviço Social são adequadas à dimensão da equipa e da função profissional					
2. As instalações do Serviço Social são de fácil acesso ao sujeito/ doente e famílias					
3. A Unidade do Serviço Social integra a sinalética da Organização Hospitalar					
4. Existe uma monitorização do acompanhamento contínuo das condições de adequabilidade e conforto à qualidade do exercício profissional					
5. No Serviço Social existe condições físicas para atendimento ao utente e família, de forma a promover a confidencialidade e privacidade de informação					
6. Há medidas que promovem a prevenção ou redução de riscos para os profissionais					
7. Existe um sistema de segurança no meu local de trabalho					
8. Existe uma definição clara das responsabilidades e funções da gestão e liderança da Unidade do Serviço Social					
9. Existe uma clara definição das atribuições de					

cada Assistente Social no âmbito da Unidade de Serviço Social					
10. A definição de atribuições define responsabilidades na concretização dos objetivos propostos para cada Assistente Social					
11. Existe um plano de acolhimento para a integração de novos Assistentes Sociais e estudantes Universitários					
12. Existe um envolvimento de todos os Assistentes Sociais nas decisões da Unidade de Serviço Social					

Por favor avalie a frequência com que utiliza, na sua prática profissional diária, as competências descritas:

2. ÉTICA E VALORES	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Quando sou confrontado com algum dilema ético procuro apoio e supervisão					
2. Quando quero discutir questões éticas que decorrem da minha prática recorro a recursos disponíveis pela Unidade de Serviço Social (Reuniões de equipa, Coordenação entre outros)					
3. A missão e os valores da profissão na Unidade de Serviço Social estão definidos e em conformidade com o código de ética (FIAS)					
4. Tenho por hábito reflectir e analisar criticamente os valores e a ética que influenciam a minha prática profissional					
5. Na intervenção com os sujeitos/ doentes procuro promover estratégias de forma a garantir a continuidade dos cuidados					
6. Na minha intervenção promovo maior centralidade na pessoa, quanto à prestação de cuidados e ao seu bem-estar numa perspectiva de coresponsabilidade social					
7. Os direitos dos utentes são considerados nas políticas e as estratégias da minha instituição					
3. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	Nunca	Quase	Algumas	Muitas	Sempre

	1	Nunca 2	vezes 3	vezes 4	5
1. Considero existir uma adequação da autogestão das competências de desenvolvimento profissional					
2. Procuro apoio e informação quando necessito de ajuda na resolução de uma situação					
3. Reconheço a existência de limites pessoais ou profissionais perante uma situação					
4. Informo todos os utentes e famílias sobre o ato de confidencialidade a que está sujeito o processo de intervenção.					
5. Avalio e reflito com regularidade a minha prática profissional considerando os princípios de autodeterminação, inclusão, igualdade, direitos humanos e justiça social					
6. Quando confrontado com uma dificuldade de um utente no acesso aos cuidados de saúde, diligencio estratégias de forma a garantir o acesso a esses mesmos cuidados					
7. Considero existir compromisso e sintonia entre a política da instituição e as necessidades dos utentes e famílias					
8. Contribuo de forma participada nas atividades do serviço					
4. RESPONSABILIDADE CULTURAL E PRÁTICA INCLUSIVA	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Compreendo a complexidade das identidades culturais no processo de intervenção social					
2. Promovo entre a equipa hospitalar estratégias de inclusão e de acessibilidade aos cuidados de saúde dos grupos minoritários					
3. Articulo com os recursos sociais da comunidade de forma a solicitar colaboração ou melhor conhecimento relativamente a grupos culturais					
4. Adapto a comunicação e a intervenção às especificidades culturais do utente					
5. Envolver sempre a rede de suporte familiar/ informal na resolução do problema do sujeito/doente					
5.CONHECIMENTO	Nunca 1	Quase Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre 5

		2	3	4	
1. Procuro por minha iniciativa a atualização de novos conhecimentos para o exercício da minha prática profissional					
2. Proponho projetos inovadores quanto à implementação de novas respostas e adequabilidade de metodologias no meu contexto institucional					
3. Trabalho em colaboração com outros colegas de outras áreas de intervenção de forma a apreender novo conhecimento e ou atualização do mesmo					
4. Tenho a preocupação em pesquisar novas formações, seminários, conferências, publicações, entre outras,					
5. Tenho autonomia para definir ou promover ações de formação no âmbito do meu contexto profissional					
6. Participo nas ações de formações mandatárias promovidas pela minha Organização					
7. Considero que o plano de formação proposto pela minha organização visa o desenvolvimento de competências					
8. Sou incentivada pela minha chefia a procurar oportunidades de formação de forma a aperfeiçoar a minha prática profissional					
9. Procuro qualificações ao nível de pós graduações, especializações e de 2º e 3º ciclo no domínio da minha área profissional					
10. Tenho interesse em colaborar com outros profissionais da mesma e de outras disciplinas na elaboração de trabalhos, dentro e fora da instituição					
8. São realizados relatórios específicos relativamente a áreas específicas e temáticas de forma a identificar as necessidades e propor melhorias,					
9. São elaborados e propostos planos de ação sobre a área do Serviço Social					
10. Sinto que estou familiarizado com a linguagem técnica e clínica do serviço social hospitalar da especialidade a que estou afeto					
11. Considero importante ter conhecimentos ou necessidade de aprofundar sobre a patologia clínica, a sua evolução e o impacto sobre o funcionamento psicossocial do utente e família, relativamente ao serviço clínico a que estou adstrito					
12. Demonstro capacidade e interesse no uso de novas tecnologias relevantes para a área do Serviço Social					
13. São realizados relatórios de atividade da Unidade do Serviço Social Hospitalar					

14. São realizados relatórios específicos relativamente a áreas específicas e temáticas de forma a identificar as necessidades e propor melhorias					
15. São elaborados e propostos planos de ação sobre a Unidade do Serviço Social					
6. COMUNICAÇÃO E COMPETENCIAS INTERPESSOAIS	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Adapto com facilidade a forma de comunicação perante a população de sujeitos/ doentes com quem intervenho					
2. Utilizo estratégias de gestão de conflitos, mediação ou negociação quando pretendo alcançar melhores resultados					
3. Envolver e implicar os utentes e famílias nos processos de tomada de decisão					
4. Informo sempre os sujeitos/ doentes das políticas públicas e procedimentos da instituição					
5. Contribuo de forma participada nas atividades do serviço					
6. Tenho um relacionamento com os pares de respeito, integridade e cortesia					
7. Colaboro e coopero com facilidade com outros profissionais da instituição, de forma a colaborar para uma melhor prestação de cuidados					
8. Considero e sinto que o Assistente Social é visto pela equipa multidisciplinar como um elemento indispensável no apoio e acompanhamento dos utentes e famílias					
9. Considero que na minha intervenção junto dos utentes e famílias proporciono e promovo uma abordagem biopsicossocial e com impacto na melhoria contínua dos cuidados de saúde					
10. Sinto que o Assistente Social é um elemento facilitador de comunicação entre os diferentes profissionais, utentes e família					
11. A minha comunicação com os sujeitos/ doentes é objetiva, tendo como princípios a confidencialidade e a privacidade					
12. A comunicação intra e/ou inter institucional via e-mail ou fax, tem uma nota de rodapé, que a informação nela contida está sujeita a confidencialidade					
7. REGISTO DE INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5

1. Os processos sociais são registados num sistema específico					
2. Os registos relevantes da atividade do Serviço Social estão sujeitos a sistema de melhoria e de organização					
3. As regras institucionais em relação à informação e registos da intervenção social são claros					
4. Para que os registos da atividade do assistente social seja o mais uniforme e comum possível, tenho como referência no meu serviço, um manual de boas práticas de registo					
5. O sujeito/ doente é informado quanto à finalidade da obtenção dos dados e da sua confidencialidade					
6. Organizo e registo a informação do sujeito/ doente de forma segura					
7. Informo o sujeito/ doente de quem poderá ter acesso aos registos					
8. Os registos são arquivados de acordo com o código de ética e das políticas internas					
9. Procuro registar de forma objetiva, com recomendações, decisões, que devem ser suportadas por informações relevantes					
10. No processo social individual são registados os elementos do sujeito/ doente, tais como: contactos de referência; o motivo que levou o utente aos serviços de saúde, o plano de intervenção e a continuidade de cuidados acordado entre o utente, o AS e a equipa multidisciplinar					
11. No processo social individual são registados todas as diligências efetuadas intra e inter institucional, os objetivos, resultados esperados e as razões pelas quais foram acionados					
12. Quando são necessários documentos pessoais do sujeito/ doente e do agregado familiar de forma a prosseguir com o plano de intervenção previamente acordado, informo da sua finalidade e só com o consentimento do mesmo é que anexo no processo social,					
13. Os encaminhamentos efetuados são registados de forma detalhada tal como as possíveis limitações que poderão afetar o sujeito/ doente					
14. Todas as atividades de intervenção social nas diversas áreas de atuação têm procedimentos específicos quanto ao modo especificado de realizar uma atividade ou um processo					
15. Os instrumentos de trabalho dos assistentes sociais são uniformes para todos os colegas que trabalham na Organização (relatório social, convocatória de famílias,					

encaminhamento, ofícios, entre outros)					
16. A atividade da Unidade do serviço Social está sistematizada com base em normas e procedimentos que uniformizam as práticas nas diversas áreas de atuação da Organização					
8. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E SUPERVISÃO	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Considero a supervisão necessária para refletir e avaliar a adequação e eficácia da minha prática profissional					
2. São promovidos espaços regulares de supervisão na equipa da Unidade do Serviço Social					
3. Procuro ativamente o suporte e crítica construtiva dos colegas					
4. Desenvolvo um plano individual onde defino os objetivos, metas e resultados a obter anualmente					
5. Identifico necessidades/ dificuldades profissionais e procuro oportunidades para serem abordadas através da supervisão, coaching ou reunião					
6. Tenho a preocupação em manter atualizado o nível de novos conhecimentos ou pesquisas relevantes para a prática					
7. Tenho iniciativas em trabalhar com investigadores de forma a gerar novas evidências e conhecimentos para a prática					
8. Colaboro com as Universidades no processo de formação profissional dos estagiários, em consonância com os valores e responsabilidades éticas organizacionais					
9. Considero ter experiência e qualificação necessária para dar apoio de supervisão ou formação aos pares					
10. Promovo novas ações de pesquisa e de conhecimento no âmbito do Serviço Social na saúde					
11. A avaliação de desempenho profissional é medida de acordo com os objetivos e competências acordadas previamente					
12. São trabalhados e identificados indicadores de efetividade quanto ao processo e resultados da atividade do Serviço Social					
13. São trabalhados e identificados indicadores de eficiência quanto ao processo e resultados da atividade do Serviço Social					

9. PROCESSO DE INTERVENÇÃO	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Em contexto de internamento e na sua maioria o acolhimento/ triagem social ao utente é feito num período de 48 a 72 horas para que o plano de intervenção seja o mais atempado possível					
2. No processo de intervenção e avaliação diagnóstica considero sempre a individualidade de cada sujeito/ doente no reconhecimento e respeito pelas suas potencialidades, capacidades e limitações					
3. E elaborado um plano de intervenção participado e de continuidade de cuidados com o sujeito/ doente, família e a restante equipa multidisciplinar. Considero a sua situação sociofamiliar, rede de suporte informal, capacidade e disponibilidade de apoio no após alta, situação de doença, de dependência e respostas institucionais adequadas					
4. O sujeito/ doente e/ ou cuidador participam ativamente na elaboração do plano e poder de decisão					
5. O plano é elaborado por escrito e assinado pelas partes (sujeito/ doente e Assistente Social)					
6. O sujeito/ doente é sempre informado que o plano é flexível e que poderá ser revisto de acordo com a sua evolução do estado de saúde, da autonomia e do funcionamento dos serviços.					
7. Considero importante o envolvimento da equipa interdisciplinar no planeamento de alta dos sujeitos/ doentes					
8. O nível de risco e a sua natureza devem ser sempre considerados no plano de intervenção e no planeamento de alta (situações de violência, comportamento aditivos, doenças mentais, entre outras)					
9. O sujeito/ doente é sempre informado da natureza dos serviços da comunidade que lhe irão ser prestados					
10. O sujeito/ doente é informado sobre os seus direitos e apoios que poderá requerer de acordo com a sua condição					
11. Procuro ter o follow up da situação social no após alta, podendo ser necessário fazer reajustamento e ou acionar novas respostas					
12. Em caso de o sujeito/ doente querer fazer uma reclamação, é informado sobre os procedimentos, de forma a expor as suas queixas e sugestões.					
13. O tratamento e a análise da reclamação é feita numa					

perspetiva tridimensional: na identificação, avaliação e correção de fatores de risco					
14. Realizo de forma periódica a avaliação e evolução da situação clínica do sujeito/ doente de forma a adaptar a resposta					
10. COMPROMISSO COM A MELHORIA DA QUALIDADE	Nunca 1	Quase Nunca 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1. Há uma política de qualidade definida e orientada pelo Conselho de Administração					
2. A política de qualidade é comunicada a todos os colaboradores					
3. Os líderes do Serviço Social apoiam a política de qualidade disponibilizando os recursos necessários					
4. Há um controlo e uma melhoria contínua dos processos					
5. As sugestões que dou são consideradas para implementar melhorias no serviço e na prática profissional					
6. Existe um envolvimento de todos os colaboradores na conceção e planeamento da qualidade					
7. Há uma maior capacitação e consciência para as questões da qualidade					
8. Existe um compromisso com a melhoria de qualidade que assegura a atualização da prática profissional					
9. Como membro de uma equipa sinto que devo identificar estratégias para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos utentes					
10. A atividade do serviço social deve ser documentada através de evidências					
11. Os procedimentos que definem o processo de intervenção social estão em permanente atualização e melhoria					
12. Existe um sistema que identifique e analise causas/ anomalias e proponham soluções de melhoria					
13. Existem sistemas de monitorização de indicadores de desempenho da atividade que promovem ações de melhoria e corretivas					
14. Existe uma preocupação na realização e concretização de estudos da melhoria contínua relativamente à atividade do Serviço Social					
15. Existe uma preocupação na realização e concretização de estudos de satisfação do sujeito/doente relativamente à					

intervenção do serviço social					
16. Existe uma preocupação na realização e concretização de estudos de satisfação dos profissionais					
17. Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias					

III- RESISTENCIA Á MUDANÇA

Perante um processo de acreditação na sua organização e por conseguinte de mudanças na sua atividade profissional, identifique algumas afirmações que sentiu ou poderia sentir: (coloque a(s) sua (s) resposta (s) a outra cor).

- Sou capaz de me adaptar às mudanças quando elas ocorrem
- Não fui envolvida no processo de mudança e por isso não considero ser importante
- Coopero ativamente para concretizar a mudança quando ela acontece
- Tento evitar as responsabilidades adicionais decorrentes de mudanças no meu trabalho.
- Se houver mudança atuo sem compromissos
- Prefiro ficar indiferente às mudanças
- Se são implementadas mudanças no meu trabalho, gosto de participar delas
- Considero negativas as mudanças organizacionais
- Se acontecem mudanças, não me sinto comprometido
- Não estou interessado em realizar atividades que resultarão em mudanças
- Acredito que a proposta de mudança é fruto de estudos e análises organizacionais para a melhoria da organização

IV- Caracterização sociodemográfica e profissional

1.18. Género (F/M)

1.19. Idade

- 1.20. Licenciatura de base –**
- 1.21. Possui outros graus académicos ou formações complementares (Mestrado, doutoramento; pós graduações, especializações)**
- 1.22.**
- 1.23. Local de trabalho**
- 1.24. Atual situação jurídica de emprego (Contrato individual; de funções públicas entre outros)**
- 1.25. Exerce atualmente funções de Coordenação? (sim / não)**
- 1.26. Se sim, há quantos anos**
- 1.27. Se sim: Quantas Assistentes Sociais têm na equipa?**
- 1.28. As suas funções são de intervenção direta aos utentes e famílias? (sim/não)**
- 1.29. Antiguidade no local de trabalho (colocar diversos anos de intervalo)**
- 1.30. A Unidade do Serviço Social encontra-se implementada um sistema de Gestão da Qualidade? (sim / não)**
- 1.31. Se respondeu sim, quais? Certificação, EQUASS, OUTRO.**
- 1.32. A sua instituição é acreditada? (sim / não)**
- 1.33. O Serviço Social é acreditado? (sim / não)**
- 1.34. Se respondeu sim, indique qual o modelo de acreditação? (diversos modelos como resposta) JCI/CHKS/ACSA**