

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO
ALGARVE

**TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR A
PERCEÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA SOBRE O
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NUM HOSPITAL PÚBLICO DA
REGIÃO DE LISBOA**

BRUNA ARVELA SIMÕES NETO

Orientadores:

Doutora Margarida Maria e Silva Eiras - Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Lisboa

Doutora Carina Soares da Silva - Escola Superior de Tecnologia da
Saúde de Lisboa

Dr^a Ana Sofia Carvalho - Hospital de Santa Cruz, Unidade Local de
Saúde de Lisboa Ocidental

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO
ALGARVE

**TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR A
PERCEÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA SOBRE O
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NUM HOSPITAL PÚBLICO DA
REGIÃO DE LISBOA**

BRUNA ARVELA SIMÕES NETO

Orientadores:

Doutora Margarida Maria e Silva Eiras, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Doutora Carina Soares da Silva, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Dr^a Ana Sofia Carvalho, Hospital de Santa Cruz, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

Júri:

Presidente: Doutor André Filipe Coelho - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Arguente: Especialista Ana Terezinha Rodrigues - Hospital Garcia de Horta

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2025

Agradecimentos

A desafiante elaboração desta dissertação de mestrado só foi possível graças ao apoio e contribuição de diversas pessoas que tenho a sorte de me ter cruzado com elas na vida. Primeiramente, gostaria de agradecer às orientadoras Professora Doutora Margarida Eiras e Professora Doutora Carina Silva pela disponibilidade e apoio tanto emocional como teórico ao longo de todas as fases deste trabalho. Sem dúvida que sem a contribuição de ambas este trabalho não teria sido possível.

Gostaria de agradecer à Técnica Ana Sofia Carvalho, a toda a equipa de Radiologia da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental e à equipa da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental que sempre atenderam aos meus pedidos e esclarecimentos de dúvidas com a maior brevidade e demonstraram imensa flexibilidade.

Não posso deixar de agradecer a toda a minha família pelo amor e incentivo ao longo de todo o meu percurso académico e profissional.

E, por fim, um especial agradecimento ao meu namorado que nunca me deixou baixar os braços perante as dificuldades que foram aparecendo ao longo deste processo.

A todos, Muito Obrigada!

Resumo e Palavras-chave

Introdução: As instituições de saúde atuam num mundo focado na competência e qualidade. É importante que os serviços de radiologia desenvolvam um sistema de gestão da qualidade total, envolvendo toda a organização.

Os padrões de acreditação são elaborados para estimular a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições acreditadas. Deste modo, um programa de acreditação é importante para garantir consistência na prática clínica da Radiologia, aderindo aos padrões e diretrizes estabelecidos. A cultura de um determinado hospital/serviço pode influenciar a forma como os profissionais percebem o papel de um programa de acreditação na promoção e melhoria dos serviços de saúde.

Objetivo: Traduzir e validar um instrumento e avaliar a percepção dos Técnicos de Radiologia de um Hospital público da cidade de Lisboa sobre o processo de Acreditação.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo descritivo, correlacional e transversal através da utilização de um questionário de autopreenchimento. Foi utilizada uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos e uma técnica de amostragem não probabilística. Na validação do instrumento avaliou-se a fiabilidade do questionário, a validade teórica do questionário e a validação do ajustamento do modelo teórico do questionário.

Resultados: Participaram no estudo um total de 53 Técnicos de Radiologia. As propriedades psicométricas mostraram-se satisfatórias na avaliação da consistência interna e na validade teórica do questionário. Na validação do ajustamento do modelo teórico do questionário observou-se fragilidade no modelo proposto. Uma atitude positiva global em relação à acreditação foi demonstrada pelos participantes com concordância no impacto positivo do processo na melhoria dos cuidados de saúde ao utente. Resultados menos positivos foram obtidos no domínio relacionado com a utilização de recursos humanos.

Conclusão: Os resultados sugerem a necessidade de reconhecer o desempenho da equipa demonstrado neste processo pela gestão do serviço para que os objetivos da instituição possam ser atingidos.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar, Qualidade, Radiologia, Adaptação cultural

Abstract and Key Words

Background: Health institutions operate in a world focused on competence and quality. It is important that radiology services develop a total quality management system, involving the entire organization.

Accreditation standards are designed to encourage continuous improvement in the quality of care provided by accredited institutions. Therefore, an accreditation program is important to ensure consistency in the clinical practice of Radiology, adhering to established standards and guidelines. The culture of a given hospital/service can influence the way professionals perceive the role of an accreditation program in promoting and improving health services.

Objective: Translate and validate an instrument to evaluate the perception of Radiology Technicians at a public hospital in the city of Lisbon regarding the Accreditation process.

Methods: A descriptive, correlational and cross-sectional study was developed using a self-completed questionnaire. A 5-point Likert scale and a non-probabilistic sampling technique were used. In validating the instrument, the reliability of the questionnaire, the theoretical validity of the questionnaire and the validation of the adjustment of the theoretical model of the questionnaire were evaluated.

Results: A total of 53 Radiology Technicians participated in the study. The psychometric properties proved to be satisfactory in evaluating the internal consistency and theoretical validity of the questionnaire. When validating the adjustment of the theoretical model of the questionnaire, weaknesses in the proposed model were observed. An overall positive attitude towards accreditation was demonstrated by participants with agreement on the positive impact of the process on improving healthcare for users. Less positive results were obtained in the area related to the use of human resources.

Conclusions: The results suggest the need to recognize the team's performance demonstrated in this process by the service management so that the institution's objectives can be achieved.

Keywords: Hospital Accreditation, Quality, Radiology, Cultural adaptation

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo e Palavras-chave.....	ii
Abstract and Key Words.....	iii
Índice Geral.....	iv
Índice de Tabelas.....	vi
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Gráficos.....	vi
Índice de Quadros.....	vi
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	vii
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico.....	3
1.1 Qualidade em Saúde.....	3
1.1.1 Conceito de Qualidade.....	3
1.1.2 Conceito da Qualidade nos Cuidados de Saúde.....	5
1.1.3 Gestão da Qualidade.....	6
1.1.4 Impacto da certificação e da acreditação nas Instituições de Saúde.....	12
1.2 Objetivos da investigação.....	13
2. Metodologia.....	14
2.1 Tipo de investigação.....	14
2.2 Local de investigação.....	14
2.3 População e Amostra.....	15
2.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	16
2.5 Variáveis.....	16
2.6 Métodos e Instrumento de Recolha de dados.....	17
2.6.1 Questionário de Qurashi e Alshrif.....	17
2.6.2 Etapas do Processo de Validação.....	18
2.7 Análise estatística dos dados.....	22
2.8 Considerações Éticas e Legais.....	23
3. Apresentação e discussão dos Resultados.....	24
3.1 Resultados do Processo de Validação.....	24
3.1.1 1ªFase- Tradução e adaptação cultural do questionário.....	24
3.1.2 2ªFase- Aplicação do questionário e avaliação das suas propriedades psicométricas.....	27
3.2 Resultados do estudo sobre o questionário aplicado à amostra.....	31
3.2.1 Caracterização da Amostra.....	31

3.2.2 Resultados obtidos dos itens do questionário.....	32
3.3 Discussão dos resultados obtidos dos itens.....	37
4. Conclusão e recomendações.....	40
5. Limitações do Estudo.....	41
6. Referências Bibliográficas.....	42
7. Anexos.....	45
8. Apêndices.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1.1 Estrutura do Modelo ACSA para unidades de Diagnóstico Radiológico	12
Tabela 2.1 Classificação e definição operacional das variáveis em estudo	16
Tabela 3.1 Questão original vs. Questão correspondente em português europeu	24
Tabela 3.2 Fiabilidade interna	28
Tabela 3.3 Validade discriminante	29
Tabela 3.4 Matriz de covariâncias entre os domínios	29
Tabela 3.5 Índices de Qualidade do modelo inicial e alterado	29
Tabela 3.6 Novo Modelo	30
Tabela 3.7 Distribuição da amostra por sexo, idade e anos de trabalho	32
Tabela 3.8 Correlação entre os Scores médios de cada Domínio e a variável Anos de Trabalho	37

Índice de Figuras

Figura 1.1 Ciclo de PDCA ou Ciclo de <i>Deming</i>	4
Figura 1.2 Representação gráfica da Trilogia de <i>Juran</i>	4
Figura 1.3 Fases no processo de certificação	11
Figura 3.1 Diagrama de caminhos proposto pela ACF	31

Índice de Gráficos

Gráfico 3.1 Gráfico de barras da percentagem de respostas positivas	35
---------------------------------------------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 2.1 Etapas a realizar na primeira fase da tradução e adaptação cultural de um Questionário	18
Quadro 3.1 Apresentação dos domínios e itens presentes no questionário com a respetiva identificação numérica	32

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACR- *American College of Radiology*

ACSA- *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

AFC- *Análise Fatorial Confirmatória*

CFI- *Comparative fit Index*

CHKS- *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CHLO- *Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental*

CMII- *Correlação média inter-itens*

CoR- *College of Radiographers*

DGS- *Direção Geral da Saúde*

DQS- *Departamento da Qualidade da Saúde*

DWLS- *Diagonal Weighted Least Square*

ENQS- *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*

ESTeSL- *Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa*

FC- *Fiabilidade Compósita*

GATS- *Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde*

GFI- *Goodness-of-fit Index*

IPL- *Instituto Politécnico de Lisboa*

IQS- *Instituto da Qualidade em Saúde*

ISAS- *Imaging Services Accreditation Scheme*

ISSO- *International Organisation for Standardisation*

JCAHO- *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

MAMS- *Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde*

MEE- *Modelação de Equações Estruturais*

OMS- *Organização Mundial da Saúde*

PDCA- *Plan, Do, Check, Action*

PGFI- *Parsimony goodness-of-fit Index*

RCR- *Royal College of Radiologists*

RMSEA- *Root Mean Square Error of Approximation*

SNS- *Sistema Nacional de Saúde*

TLI- *Tucker-Lewis Index*

TSDT- *Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica*

ULSLO- *Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental*

VEM- *Variância extraída média*

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), aumentar as expectativas dos utentes, garantir a segurança dos utentes e dos profissionais e melhorar a qualidade tornaram-se objetivos importantes para todos os sistemas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.⁽¹⁾ Alcançar um sistema de saúde de alta qualidade é um processo complicado, no entanto, a falta de qualidade no sector da Saúde pode atingir consequências graves e comprometer utentes, profissionais e instituições.⁽²⁾

A monitorização e conseqüentemente a melhoria da qualidade deve ser um dos grandes objetivos de uma instituição de saúde e os serviços de radiologia, por serem serviços permanentemente utilizados pela maioria dos utentes, devem ter esta filosofia bem presente. Todos os serviços de radiologia desejam alcançar uma melhor qualidade dos seus serviços com o menor risco possível ao utente e nem sempre tais aspirações são alcançadas.⁽³⁾

A qualidade é vista cada vez mais como um fator de sucesso, de exigência e de inovação, e as instituições de saúde têm direcionado a sua prestação de serviços neste sentido. O erro na saúde, a variação das práticas, o controlo dos custos, assim como a problemática da escassez de recursos são as principais causas pelas quais a questão da qualidade tem sido intensamente debatida no setor da saúde.⁽⁴⁾

Uma das estratégias utilizadas mundialmente é o reconhecimento do sistema de gestão da qualidade aplicado, especificamente a acreditação. Os padrões de acreditação são elaborados para estimular a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições acreditadas. Deste modo, um programa de acreditação é importante para garantir consistência na prática clínica da Radiologia, aderindo aos padrões e diretrizes estabelecidos. Subjacente a este processo, estão inerentes alterações ao nível organizacional e individual podendo ser considerada como um agente de mudança que afeta todos os que nela participam.⁽⁵⁾

Apesar de haver vários estudos acerca da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade nas instituições de saúde e das vantagens dessa implementação, como foi o caso de *Pomey et al.*⁽⁶⁾, que avaliaram as mudanças organizacionais em França após a acreditação e argumentaram que a acreditação pode promover a implementação de programas de melhoria da qualidade em hospitais e, portanto, pode levar a melhores resultados, há ainda várias questões pouco consensuais, nomeadamente no que concerne aos efeitos da acreditação na qualidade do serviço. Um dos fatores que afetam a implementação de programas de acreditação hospitalar é a aceitação dos padrões de acreditação pela equipa hospitalar e a existência de uma diferença na perceção dos

profissionais de saúde sobre a utilidade da acreditação. Alguns entendem o processo como a melhoria da qualidade e do desempenho organizacional, outros consideram-no excessivamente burocrático e demorado.⁽²⁾

A acreditação deve promover nos profissionais um novo estímulo de avaliação das dificuldades e possibilidades da instituição e o estabelecimento de metas e mobilização do pessoal.⁽³⁾ A importância de envolver os profissionais de saúde que trabalham numa unidade em processos de melhoria da qualidade, porque podem entender melhor os problemas reais decorrentes de incidentes clínicos dentro dessa unidade.⁽⁷⁾

As instituições além de necessitarem de profissionais motivados para as atividades diárias, necessitam também dos profissionais incentivados nos processos de acreditação, portanto, a necessidade de os educar sobre os benefícios da acreditação é de extrema importância.⁽⁵⁾

Os técnicos de radiologia desempenham um papel importante na garantia da qualidade nos serviços prestados aos utentes. Vários estudos demonstraram que o envolvimento nos processos de acreditação tem um efeito positivo nos serviços prestados aos utentes, na segurança e na alocação de recursos internos para melhorar a qualidade e mais especificamente na área da radiologia, foi observada a redução de exames desnecessários.⁽⁷⁾

Melhorar a qualidade através da acreditação hospitalar é um processo complexo que exige muito da gestão e de todos os grupos de trabalho. Se algum aspeto dos mecanismos complexos para a melhoria contínua da qualidade não for implementado ou não receber atenção suficiente da gestão, a eficácia de todo o sistema pode ser comprometida. Tanto para os gestores como para os investigadores é importante saber quais os aspetos do sistema de acreditação que têm maior probabilidade de falhar e onde podem ser feitas melhorias.⁽⁸⁾

Desta forma, o presente trabalho de investigação pretende contribuir para a disponibilização de uma ferramenta de inquirição na versão portuguesa para avaliar a implementação e os resultados da qualidade nas instituições de saúde, particularmente no contexto da acreditação e na área da Radiologia uma vez que são escassos os trabalhos desenvolvidos nesta área, a nível dos Técnicos de Radiologia. Além do mais, esta temática é bastante pertinente por ser um tema incontornável e prioritário na gestão das organizações de saúde.

Pretende-se que este estudo constitua uma base para futuros trabalhos neste âmbito.

Este trabalho de investigação é constituído por 4 capítulos, no capítulo 1 é apresentado um enquadramento teórico através da revisão bibliográfica realizada e os objetivos da investigação, no capítulo 2 é apresentado a metodologia de investigação aplicada ao estudo, no capítulo 3 é apresentado os resultados das diversas fases da metodologia e a discussão dos mesmos e por último, o capítulo 4 que compreende a conclusão bem como as recomendações para futuros estudos de investigação.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Qualidade em Saúde

1.1.1 Conceito de Qualidade

O termo “Qualidade” é um termo difícil de definir e tem sido interpretado de diversas maneiras, consoante a perspetiva considerada. Diferentes fatores como a cultura, o tipo de produto ou serviço prestados, assim como as necessidades e expectativas de cada pessoa, contribuem diretamente para a sua definição. A definição de “qualidade” depende, deste modo, de quem a está a procurar, sendo esta uma propriedade associada a um produto ou serviço.

A *European Organization for Quality* define qualidade como a soma dos aspetos distintos de um produto ou serviço que estabelecem a sua capacidade para satisfazer uma dada necessidade. *William Deming*, considerado o pioneiro da gestão da qualidade, também conhecido como o “pai da qualidade”, defendeu que o conceito de qualidade é um conceito relativo, que varia com as necessidades atuais e futuras dos clientes e que apenas pode ser definido pelos mesmos. A qualidade constitui o “motor” do sucesso de qualquer Organização e o seu reconhecimento, o fator de distinção e escolha de produtos e/ou serviços.

Deming estudou os sistemas de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, aperfeiçoando o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*), representado na Figura 1.1, que consiste numa metodologia que potencia a melhoria contínua e se desenvolve em 4 fases, podendo ser aplicada a cada processo e a todo o sistema:

- Planear: estabelecer os objetivos e processos para obter resultados de acordo com os requisitos do cliente e regulamentares aplicáveis, bem como, com as políticas da Organização.

- Executar: implementar o que foi planeado.

- Verificar: monitorizar e medir processos face a políticas, objetivos e requisitos e reportar os resultados.

- Atuar: empreender ações para melhoria contínua do desempenho, incluindo a revisão de todo o sistema para determinar que este funciona, está atualizado e adequado.

A filosofia de *Deming* é utilizar a aprendizagem de um ciclo para aprimorar e ajustar expectativas para o ciclo seguinte. Todo este processo é cíclico e contínuo e tem por base ações corretivas, onde cada problema encontrado é visto como uma oportunidade de crescimento e melhoria.⁽⁹⁾

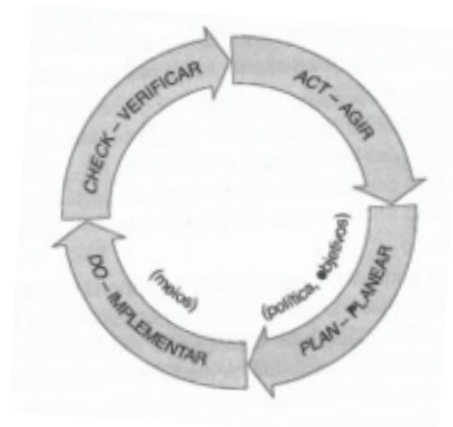


Figura 1.1- Ciclo de PDCA ou Ciclo de *Deming* (Adaptado de ⁽⁹⁾)

Outra teoria de controlo e melhoria da qualidade, formulada por *Joseph Juran*, defende que um produto de qualidade é aquele cujas características se adaptam às necessidades dos clientes e com ausência de falhas. Segundo o mesmo autor, a gestão de qualidade envolve três processos básicos, conhecidos por “Trilogia de *Juran*”:

- Planeamento da qualidade: de acordo com as necessidades dos clientes, estabelece-se objetivos e os meios para alcançar esses mesmos objetivos.
- Controlo de qualidade: definem-se as características a controlar e os meios para avaliar o desempenho, compara-se o desempenho com as metas propostas e implementam-se medidas corretivas.
- Melhoria da qualidade: determinação das necessidades de melhoria e definição de projetos de melhoria.

Na figura 1.2 está representado um diagrama que esquematiza todo o processo inerente à trilogia de *Juran*.

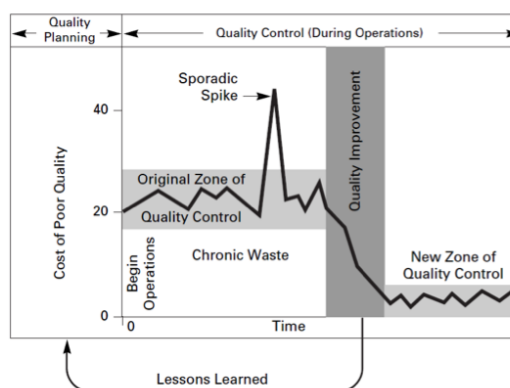


Figura 1.2- Representação gráfica da Trilogia de *Juran* (Adaptado de ⁽¹⁰⁾)

Ishikawa expandiu os conceitos de gestão definidos anteriormente por *Deming* e por *Juran*, e defende que a melhoria da qualidade é um processo contínuo e pode ser sempre aperfeiçoada. Para o autor, qualidade não significa só qualidade do produto, mas também dos serviços, da gestão, da organização e sobretudo do ser humano. Segundo *Ishikawa*, existem 7 ferramentas da qualidade, essenciais para a resolução da maioria dos problemas da qualidade: diagrama de pareto, cartas de controlo, histograma, fluxograma, folhas de verificação ou *check-list*, gráficos de dispersão e diagrama de causa e efeito (espinha de peixe).

No mesmo sentido, existem ainda vários autores com teorias sobre a qualidade e a importância da gestão da qualidade nas organizações, face a um ambiente cada vez mais competitivo.⁽⁴⁾

Existem diversas definições de qualidade, porém a questão primordial é que independentemente da definição que determinada organização escolha, esta deve constituir um referencial ímpar e conter um carácter operacional que oriente a sua missão e ação.⁽¹¹⁾

1.1.2 Conceito da Qualidade nos Cuidados de Saúde

A cultura da qualidade, introduzida nos setores industrial e de serviços, expandiu-se e integrou o sector da saúde a partir da década de 80.⁽¹²⁾ Nos últimos anos a sociedade tem vindo a aumentar os seus níveis de exigência acerca dos direitos ao acesso à saúde e à qualidade dos tratamentos recebidos. Cresceu também a expectativa de que a sociedade, no geral, tem o direito de acesso a informações dos aspetos da qualidade, de forma a apoiar as escolhas dos serviços e dos profissionais de saúde. Segundo *Donabedian*, de entre as razões que levaram à necessidade da introdução do conceito da qualidade em saúde, destacam-se:⁽¹³⁾

- A existência de novas tecnologias cada vez mais eficazes e disponíveis;
- O aumento das expectativas da população relativamente à saúde devido aos meios de comunicação;
- A inclusão da qualidade no discurso político;
- O aumento dos custos dos cuidados que conseqüentemente, obriga a uma maior eficácia;
- A exigência do cidadão devido ao melhor nível económico e educacional;
- O empenho dos profissionais em melhorar o seu desempenho e progredir na carreira profissional;
- O problema da sobrevivência empresarial (só os melhores vão continuar a existir).

Ao longo do tempo, a preocupação com a qualidade tem tido um aumento progressivo e este conceito tem assumido diversas definições. Algumas são pouco claras sob o ponto de vista prático, para os profissionais de saúde e administrações, causando uma percepção de que a qualidade é complexa e de difícil aplicação.⁽³⁾

Numa primeira fase, a definição de qualidade nos cuidados de saúde estava centrada na prestação dos cuidados de saúde, sendo que, mais tarde, este conceito foi, também, alargado para as práticas organizacionais e de gestão das instituições de saúde e, posteriormente, passou a centrar-se no utente, direcionando a prestação dos cuidados de saúde para a satisfação dos utentes.⁽⁴⁾

O Ministério da Saúde, em 1998, definiu “qualidade em saúde” como a satisfação e diminuição das necessidades, não responder apenas à procura e oferecer mais, ser-se proativo e dar resposta às necessidades da população e não para a procura de novas oportunidades de mercado. Significa ter um processo produtivo que, condicional ao serviço ou bem que se pretende fornecer, implique a melhor utilização de recursos possíveis.⁽¹⁴⁾

Ainda é possível diferenciar-se qualidade no sentido interno e externo à organização. A qualidade da organização interna da entidade prestador entende-se como a melhor utilização dos recursos possível, mediante o serviço que se pretende fornecer. A qualidade no sentido externo, está relacionada com as percepções dos utilizadores dos serviços de saúde, reflete a medida em que atributos ou características da prestação dos serviços se sobrepõem às expectativas e necessidades dos utentes.⁽¹³⁾

1.1.3 Gestão da Qualidade

Sem medir a qualidade é impossível afirmar que esta realmente existe e, sobretudo, que está a melhorar. É necessária uma forte aposta na qualidade e é possível medi-la em qualquer área sendo que esta medição alerta para os principais problemas e permite aplicar as devidas ações corretivas. A origem dos problemas da qualidade está relacionada com desvios nas especificações, nos procedimentos, entre outros.⁽¹³⁾

Na saúde, as dificuldades são maiores, pela natureza do produto final do processo. Compreende-se facilmente que a formulação do diagnóstico clínico correto é um fator essencial para o tratamento e cura dos utentes. Para isto, o médico dispõe de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como por exemplo, as análises clínicas, o eletrocardiograma e o recurso à imagiologia. Deste modo, a qualidade final da prestação de cuidados de saúde está intrinsecamente dependente da qualidade de todos os serviços, procedimentos e produtos intermédios, e portanto, torna-se necessária a avaliação e monitorização da qualidade dos mesmos.⁽¹³⁾ A avaliação da qualidade procura definir o grau de sucesso da auto governação das profissões relacionadas com a saúde, de forma a impedir

a exploração ou a incompetência, enquanto a monitorização da qualidade pretende uma verificação contínua, com o objetivo de detetar e corrigir desvios dos padrões.⁽¹³⁾

Existem três abordagens principais de avaliação da qualidade dos serviços de saúde: licenciamento, acreditação e certificação. Têm diferentes propósitos e diferentes capacidades. O objetivo do licenciamento é garantir que a organização cumpra com os requisitos básicos de segurança, higiene e funcionamento conforme as leis e regulamentos. A certificação é um processo similar à acreditação, mas geralmente está relacionada a áreas ou processos específicos dentro da organização. Em vez de uma avaliação global da qualidade de toda a instituição, a certificação pode se concentrar em competências, processos ou sistemas de gestão.

Acreditação em saúde é definida como um processo formal de avaliação externa dos cuidados de saúde que utiliza padrões e processos criados e desenvolvidos para o setor da saúde de modo a garantir a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade.⁽¹³⁾

Independentemente da abordagem de avaliação que as organizações prestadoras de serviços de saúde apliquem, a sua utilização não é apenas devido a uma necessidade imposta pelas atuais exigências do sector, mas também para acompanhar a realidade na nova cultura de avaliação promotora da melhoria contínua da qualidade.⁽³⁾

Para *Qurashi e Alsharif* ⁽⁷⁾, os programas de acreditação envolvem a certificação de instituições de saúde por um meio de um órgão externo aprovado para avaliar o desempenho e estabelecer padrões de acreditação normalmente considerados ótimos e possíveis. A acreditação é geralmente um processo voluntário no qual instituições decidem participar e é feita uma avaliação periódica por uma equipa de avaliadores, geralmente realizadas a cada dois ou três anos. Além de uma análise dos documentos, os avaliadores costumam entrevistar os dirigentes da instituição, profissionais de saúde e utentes para determinar o desempenho e a conformidade da instituição com os padrões.⁽¹²⁾

Ao longo dos anos, coexistem em Portugal vários programas aos quais se reconhece credibilidade como ferramentas que visam a qualidade dos serviços de saúde dos quais se destacam: a certificação ISO 9001 (*International Organisation for Standardisation*), o modelo de acreditação CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*), a acreditação hospitalar pela JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) e o modelo de Andaluzia (ACSA). Implementam mecanismos de auto-avaliação e avaliação externa que lhes permitam aferir internamente a qualidade do serviço prestado e externamente obter reconhecimento.⁽³⁾

Igualmente importante é garantir a segurança e qualidade dos serviços prestados num serviço de radiologia, acentuando a utilização da imagiologia como parte integrante no processo de elaboração de diagnóstico e os progressos que a evolução tecnológica comporta

tanto na acuidade diagnóstica, como na quantidade e rapidez da realização dos estudos imagiológicos.

É então necessário que se assegurem *standards* da qualidade técnica e diagnóstica com o objetivo de diminuir a variabilidade da prática. Isto é, independentemente da instituição de cuidados de saúde em que o utente realiza os exames imagiológicos, o seu diagnóstico deve ser o mais rápido e válido possível.

Mundialmente, associações académicas e profissionais, na área da imagiologia, como o *American College of Radiology (ACR)*, focam-se sobre diversos aspetos da qualidade e concebem documentos e atividades que visam a sua melhoria. Estas associações consideram fundamental, para a garantia e controlo de qualidade, a criação de programas de acreditação específicos para os serviços de imagiologia adaptados à realidade dos países em que são implementados.⁽¹³⁾

No processo de acreditação aplica-se uma variedade de estratégias de avaliação centradas nos cuidados a utentes, controlo de infeções, gestão do ambiente, gestão de recursos humanos e garantia da qualidade. Para os serviços de Radiologia são também avaliados quanto à segurança, eficácia, controlo da qualidade e gestão de equipamentos.

Para a avaliação da qualidade, as instituições de saúde definem e monitorizam indicadores de qualidade para medirem, direta ou indiretamente, as variações de um determinado processo ou atividade. Permitem monitorizar a qualidade organizacional e clínica das instituições de saúde e conseqüente identificação de problemas e implementação de medidas necessárias para a melhoria da qualidade. Estes indicadores devem ser válidos, fiáveis e fáceis de implementar. Um dos indicadores mais relevante para as organizações é a satisfação dos utentes, obtido através da implementação e análise de inquéritos de satisfação.⁽⁴⁾

Em 1999, foi lançado em Portugal o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais coordenado pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Este programa, direcionado para os hospitais públicos, teve como objetivo criar um sistema autónomo de monitorização e acreditação da qualidade organizacional dos hospitais portugueses, segundo o Manual Internacional de Acreditação dos Hospitais.⁽³⁾

Atualmente, a DGS criou um Departamento da Qualidade da Saúde (DQS) que substitui o Instituto da Qualidade em Saúde e a Agência da Qualidade na Saúde, e implementou o programa de acreditação de unidades de saúde da Agência da Qualidade em Saúde da Andaluzia. Este foi o programa escolhido pelo Ministério da Saúde por ser o que melhor se adapta aos critérios definidos na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde e por ser um modelo consolidado e reconhecido. Foi concebido para um sistema público de saúde, de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos

demográficos e epidemiológicos e poder ser aplicado tanto a cuidados de saúde primários como a secundários.⁽¹³⁾

Instituições que têm demonstrado grande pro-atividade na área da qualidade em imagiologia, nomeadamente o *College of Radiographers* (CoR); *Royal College of Radiologists* (RCR) e *American College of Radiology* (ACR), criaram programas específicos de acreditação em imagiologia desenvolvidos por peritos na área, o ISAS (*Imaging Services Accreditation Scheme*) do CoR e do RCR e os *Accreditation Programs* do ACR. São programas com algum tempo de desenvolvimento e aplicados a um maior número de unidades prestadoras de saúde.

Estes programas de acreditação específicos para serviços de imagiologia apresentam diferenças tanto a nível de organização como de aplicação dos programas. O ISAS é o resultado da parceria de duas organizações de classes profissionais diferentes (médicos radiologistas e técnicos de radiologia) enquanto os *Accreditation Programs* são fruto do trabalho de apenas uma organização profissional (médicos radiologistas, neurorradiologistas e radioterapeutas).

O ISAS apresenta um único programa que pode ser aplicado a qualquer organização, independente das valências radiológicas que possua, e os programas de acreditação ACR são programas isolados para as diferentes valências da radiologia (mamografia, ecografia, mamografia de intervenção, ressonância magnética, tomografia computadorizada, radiologia convencional/fluoroscopia).⁽¹³⁾

O modelo adotado pela Direção-Geral da Saúde, modelo ACSA, promovido pela *Agencia de Calidad Sanitaria* da Andaluzia, fundada em 2002, baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, aplicáveis às diversas tipologias de unidades de saúde. Tem como objetivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados prestados ao cidadão no Serviço Nacional de Saúde, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua. O último objetivo será alcançar de forma consistente e sustentável a excelência organizacional.

Em Portugal, optou-se por adotar o modelo ACSA à realidade nacional, e tem um carácter progressivo, direcionado para a melhoria contínua das práticas clínicas e não clínicas das instituições de saúde. A 30 de junho de 2017, existiam já, em Portugal, 114 unidades de saúde acreditadas segundo o modelo ACSA.

Esta metodologia pode ser aplicada à totalidade da instituição de saúde ou apenas a algum serviço específico. De igual modo, o processo de certificação é dirigido às Unidades de Diagnóstico Radiológico e têm um papel fundamental no âmbito do Sistema de Saúde português.⁽⁴⁾

Segundo a DGS, o modelo ACSA apresenta uma série de características que lhe são próprias:

- Trata-se de um modelo da qualidade coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com as ferramentas e normas de gestão clínica e organizacional que têm vindo a ser desenvolvidas para o Sistema Nacional de Saúde (SNS).
- Constitui-se como um programa estruturante para as unidades de saúde, pois promove a gestão clínica, a gestão por processos, a gestão por competências e a gestão do conhecimento.
- Aborda a qualidade de uma forma integral. Foram desenvolvidos Manuais de Standards e programas de certificação direcionados para as diferentes áreas e tipologias de unidades que compõem os cuidados de saúde.
- Trata-se de um modelo da qualidade progressivo, pois identifica todos os passos que terão de ser dados, progressiva e sistematicamente, até à obtenção de um estado de excelência organizacional.
- Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e evolutivo com todo o seu potencial de evolução e crescimento.

As diferentes etapas a seguir dentro do modelo ACSA estão demonstradas na figura 1.3. O processo de Acreditação inicia-se com o pedido de adesão e candidatura ao DQS, com a nomeação de um gestor de projeto, pelo DQS, e de um responsável interno do processo de acreditação, por parte da instituição candidata. Ainda nesta fase de candidatura, é necessário selecionar o Manual de Standards aplicável aos serviços a acreditar. De acordo com o manual de Standards das Unidades de Diagnóstico Radiológico adotado, o Modelo ACSA contempla cinco dimensões da qualidade, apresentadas nos cinco capítulos do Manual, onde cada uma se encontra definida através de um conjunto de requisitos/standards sobre os quais recai a avaliação para a acreditação (Tabela 1.1).

Cada unidade de saúde pode atingir três níveis de acreditação (Bom, Ótimo e Excelente) de acordo com o grau de cumprimento de standards incluídos em cada grupo.

A autoavaliação é uma fase obrigatória e assume um papel muito relevante pois durante esta fase os diferentes grupos profissionais identificam a sua posição atual face aos propósitos dos *standards* do modelo da qualidade, determinam onde querem chegar e planificam as ações necessárias para o conseguir. Desta forma, o seu correto planeamento é fulcral para o bom desenrolar de todo o projeto. No processo de autoavaliação intervêm diferentes atores: os responsáveis da instituição e os gestores organizacionais das áreas envolvidas, os gestores clínicos, coordenadores técnicos e profissionais de saúde e os próprios cidadãos e utentes. Assim, durante esta fase, que se desenvolve num período de um ano, os profissionais dos serviços analisam o impacto de cada standard do manual na sua

atividade diária, e identificam as evidências que o serviço possui de que está a cumprir cada um dos standards. Caso contrário, identificam as possíveis falhas e áreas a melhorar, implementando melhorias.

A avaliação externa é também imprescindível ao processo de certificação segundo o modelo ACSA. A terceira etapa do processo de Acreditação consiste na realização de uma visita de avaliação externa, é realizada por equipas de avaliadores qualificados no âmbito do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (MAMS), todos eles certificados de acordo com o programa de qualificação de avaliadores da ACSA. Nesta fase do processo proceder-se-á à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objetivo de as confirmar. Desta forma, observam e avaliam no próprio local as provas documentais apresentadas, realizando entrevistas aos profissionais e aos utentes e analisando todos os aspetos relacionados com a gestão da segurança e a gestão da qualidade.

Por fim, é enviado um relatório de auditoria, no qual constam as conclusões retiradas pelos auditores após a visita à Instituição de saúde, onde será determinado o nível de certificação obtido e serão identificados os pontos fortes, as suas potencialidades e as potenciais áreas de melhoria da unidade de saúde.⁽⁴⁾

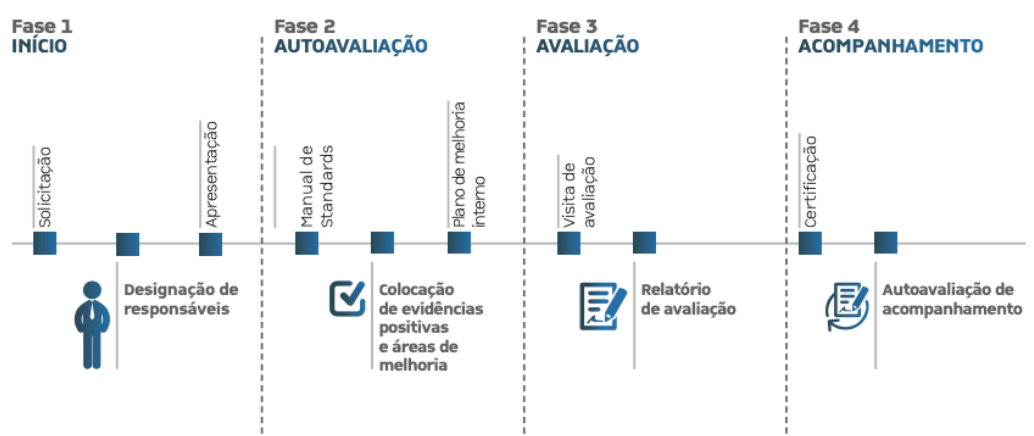


Figura 1.3: Fases no processo de certificação (retirado da fonte: ⁽¹⁵⁾)

A última fase do processo só se realiza caso seja alcançada a certificação e consiste na monitorização do desempenho da instituição de saúde, de forma a manter o grau de conformidade com os requisitos e a conseguir implementar planos de melhoria, durante o período de validade do certificado de acreditação ACSA (5 anos).

O percurso para a melhoria contínua implica toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores que nela trabalham, e devem estar todos comprometidos neste processo. Assim, toda a organização encontra-se

envolvida num processo de transformação progressivo e contínuo, que lhe permitirá evoluir de forma a alcançar os objetivos que decorrem da sua missão.⁽¹⁵⁾

Atualmente, apesar de coexistirem no país mais do que um referencial de acreditação e certificação dos serviços prestadores de saúde, com a implementação do modelo ACSA, o Ministério da Saúde está a tentar recuperar um atraso notável nesta temática.⁽⁴⁾

Tabela 1.1- Estrutura do Modelo ACSA para unidades de Diagnóstico Radiológico (adaptado de ⁽¹⁵⁾)

	I. O cidadão como centro do sistema de saúde
	1. Cidadão: satisfação, participação e direitos
	2. Acessibilidade e continuidade assistencial
	3. Documentação e arquivo
	II. Organização da atividade centrada na pessoa
	4. Gestão por processos assistenciais
	5. Promoção e prevenção da saúde e do ambiente
	6. Direção e planeamento estratégico
	III. Os profissionais
	7. Desenvolvimento profissional contínuo
	IV. Processos de suporte
	8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
	9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
	10. Sistemas de Qualidade
	V. Resultados
	11. Resultados da Unidade de Diagnóstico Radiológico

1.1.4 Impacto da certificação e da acreditação nas Instituições de Saúde

Apesar de cada vez mais existirem Instituições de saúde envolvidas em processos de certificação ou de acreditação, há, ainda, pouca evidência dos benefícios associados a este tipo de projetos.

De facto, a implementação de processos de certificação/acreditação permite diferentes vantagens para o desempenho das instituições de saúde, contribuindo para a melhoria da eficiência e eficácia dos serviços, do clima organizacional e da produtividade, bem como para a organização institucional.

No entanto, embora não seja consensual, alguns autores argumentam que pode consumir mais tempo para os profissionais e requer um grande investimento de recursos, quer

financeiros quer humanos, outros defendem que melhora a motivação de todos os profissionais, o que, conseqüentemente, produz maior satisfação do utente.

No que diz respeito à situação portuguesa, existem poucos estudos acerca do impacto da acreditação nas Instituições de saúde nacionais. Já a nível internacional, vários estudos têm sido realizados acerca desta temática e a maioria com resultados positivos principalmente em países do Médio Oriente.

1.2 Objetivos da investigação

Definiu-se como principal objetivo deste trabalho:

- Traduzir e validar um instrumento para avaliar a perceção dos Técnicos de Radiologia de um Hospital público da cidade de Lisboa sobre o processo de Acreditação.

E como objetivos específicos:

- Traduzir e adaptar para a língua portuguesa e validar o questionário de *Qurashi e Alsharif*⁽⁷⁾;
- Caracterizar a perceção dos Técnicos de Radiologia relativamente a cada uma das 6 dimensões do questionário;
- Correlacionar as dimensões do questionário com o número de anos de serviço na instituição.

2. Metodologia

A metodologia deste estudo dividiu-se em duas partes. A primeira parte contemplou a fase de tradução e adaptação cultural da ferramenta de inquirição desenvolvida por *Qurashi* e *Alsharif*⁽⁷⁾ para a língua portuguesa. A segunda parte do estudo consistiu na aplicação da versão traduzida do questionário, a fim de possibilitar a avaliação das características psicométricas do questionário e permitir ainda responder ao objetivo principal deste estudo com os hospitais participantes (enumerados adiante).

2.1 Tipo de investigação

Trata-se de um estudo descritivo dado que tem como finalidade descrever as características dos indivíduos estudados e avaliar a fiabilidade de um instrumento de medida, correlacional e transversal. Os estudos transversais são aqueles que representam uma descrição das características da população em estudo e traduzem em números as opiniões e informações para que estas sejam classificadas e analisadas num determinado momento.⁽¹⁶⁾

2.2 Local de investigação

O presente estudo refere-se a dados recolhidos nos Serviços de Radiologia do Hospital de Egas Moniz, do Hospital de Santa Cruz e no Hospital São Francisco Xavier pertencentes agora à Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental e antigo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. criado em 2005. A ULSLO dispõe de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados, beneficiando da reconhecida qualidade assistencial dessas unidades hospitalares.⁽¹⁷⁾

A Radiologia é uma especialidade clínica transversal a todo o hospital, respondendo às solicitações de exames requisitados pelos Serviço de Urgência, Unidades de Atendimento Não Programado, Internamento, Hospitalização domiciliária, Hospitais de dia e no âmbito das diversas Consultas de Especialidade. As áreas técnicas de atividade assistencial no Serviço incluem: radiologia convencional, ecografia e eco-doppler, mamografia e ecografia mamária, tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria, ortopantomografia e radiologia de intervenção. A distribuição destas áreas técnicas em cada hospital da ULSLO encontra-se esquematizada no Anexo E.

O processo de Certificação em curso no Serviço de Radiologia da ULSLO, de acordo com o modelo ACSA, apresenta-se como uma mais-valia na promoção da qualidade dos serviços prestados aos utentes.

A última acreditação realizada nestes Serviços dividiu-se numa primeira fase em maio de 2021 em que o foco foi direcionado para o utente e uma segunda fase em novembro de 2023 em que se deu mais importância aos objetivos direcionados aos profissionais dos serviços. Alcançaram o nível de Acreditação “Bom” na escala do modelo ACSA com 52% de standards cumpridos por critérios de qualidade do manual de standards (representados anteriormente na tabela 1.1).

2.3 População e Amostra

A população corresponde ao grupo de todos os elementos que se pretende estudar e que possuem uma característica (ou mais) em comum. Muitas vezes não é possível inquirir todos os elementos da população que se pretende estudar, especialmente quando o número de elementos da população é muito elevado. Daí que se inquiria um subgrupo que seja representativo da população, uma amostra.⁽¹¹⁾

Denomina-se por amostragem o processo utilizado para selecionar uma amostra a partir de uma população e esta seleção pode ser realizada recorrendo a dois tipos de métodos: probabilísticos e não probabilísticos. As amostras do tipo não-probabilísticas consistem numa amostragem em que há uma seleção intencional dos elementos que constituem a amostra, no entanto, não permitem definir com rigor ou calcular as probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra.⁽¹¹⁾

A realidade hospitalar portuguesa nos serviços de Radiologia é que o principal grupo profissional a desenvolver a sua atividade nestes serviços e com uma participação ativa nos processos da qualidade em imagiologia são os técnicos de radiologia. Assim, definiu-se como população alvo deste estudo os Técnicos de Radiologia a exercer funções nos três hospitais públicos da região de Lisboa Ocidental.

A classe profissional dos técnicos de radiologia é representada pela Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear que tem como finalidade agregar os Técnicos deste grupo profissional, promover a elevação do nível cultural e profissional dos associados e aumentar e atualizar os seus conhecimentos técnicos.⁽¹³⁾

Segundo a Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear, o Técnico de Radiologia é um profissional de saúde responsável pela realização de todos os exames da área da radiologia de diagnóstico médico, programação, execução e avaliação de todas as técnicas radiológicas que intervêm na prevenção e promoção da saúde; utilização de técnicas e normas de proteção e segurança radiológica no manuseamento com radiações ionizantes.⁽¹⁵⁾

A amostragem incluiu a seleção dos hospitais que participaram no estudo e a seleção dos técnicos seguiu uma amostragem de resposta voluntária, sendo assim uma amostragem do tipo não-probabilística.

2.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão definidos para participação no presente estudo foram: ser TSDT da área da Radiologia com vínculo laboral à ULSLO. Os critérios de exclusão foram: os Técnicos de Radiologia que durante o período de recolha de dados se encontravam ausentes do serviço por motivo de férias, licença e/ou outros e os Técnicos de Radiologia envolvidos nas auditorias do hospital.

2.5 Variáveis

Uma variável é uma característica relativa a todos os indivíduos observados. Tem de estar em consonância com a problemática em estudo e com os objetivos da investigação. O valor desta característica, que pode ser expressa através de um número, varia com as observações.⁽¹¹⁾

O questionário de *Qurashi e Alsharif* ⁽⁷⁾ tem na sua versão original 25 itens e 6 domínios:

Domínio 1 - Resultados da Qualidade (3 itens);

Domínio 2 - Liderança, comprometimento e suporte (4 itens);

Domínio 3 - Planeamento Estratégico da Qualidade (5 itens);

Domínio 4 - Utilização de Recursos Humanos (3 itens);

Domínio 5 - Envolvimento dos profissionais na acreditação (4 itens);

Domínio 6 - Benefícios da acreditação (6 itens).

As variáveis que correspondem a cada domínio são variáveis exógenas, mas as variáveis do estudo correspondem aos itens de cada domínio obtidos da tradução do questionário. Também temos presentes variáveis atributos que são as variáveis demográficas: género, idade e anos de trabalho na instituição (Tabela 2.1).

Tabela 2.1: Classificação e definição operacional das variáveis em estudo

Variável	Classificação	Definição operacional
Sexo	Qualitativa nominal	Sexo, definido como “masculino” ou “feminino” do inquirido
Idade	Quantitativa contínua	Idade em anos completos declarada pelo inquirido na altura da inquirição
Anos de trabalho na instituição	Quantitativa contínua	Anos de trabalho na instituição declarado pelo inquirido desde que entrou na instituição até à altura da inquirição
Cada item do questionário	Qualitativa ordinal	Representada por uma escala de <i>Likert</i> de 5 pontos

2.6 Métodos e Instrumento de Recolha de dados

Existem métodos de investigação qualitativa e métodos de investigação quantitativa. Na investigação qualitativa, o investigador analisa de forma indutiva e descritiva, na investigação quantitativa considera que todos os dados são quantificáveis, recorrendo à utilização de análise estatística dos dados.⁽¹⁸⁾

Diversos autores consideram que é possível combinar estes dois métodos de investigação (qualitativa e quantitativa), permitindo uma melhor compreensão da problemática em estudo e tornando a investigação mais consistente. O processo de tradução e adaptação cultural de um questionário é um desses casos que compreende os dois métodos distribuídos em duas fases distintas. A fase qualitativa envolve a tradução, comparação das versões, retroversão e pré-teste. A fase quantitativa envolve a validação dessa versão traduzida para verificar se a mesma mantém a precisão daquilo a que o instrumento se propõe a medir através da aplicação dessa versão traduzida à amostra da população-alvo.

O questionário é um instrumento de recolha de dados constituído por uma série ordenada de perguntas que pretende pesquisar conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos. Devem ser respondidos por escrito e sem a presença do investigador.⁽¹³⁾

O questionário tem a vantagem de ser uma técnica de baixo custo, não requer equipamentos de medição e os seus resultados refletem a opinião dos participantes. Esta ferramenta de inquirição também fornece informações úteis sobre quais são os pontos fortes e oportunidades de melhoria de um serviço.⁽¹⁶⁾

Nesse sentido, durante o mês de fevereiro de 2024, os questionários foram distribuídos em papel nas instituições em estudo e depois de preenchidos foram entregues numa caixa fechada, disponibilizada em local seguro. Os questionários foram recolhidos findo um prazo de 15 dias e foram introduzidos numa base de dados com acesso restrito à equipa de investigação.

2.6.1 Questionário de *Qurashi e Alsharif*⁽⁷⁾

Para o presente estudo recorremos a uma ferramenta que foi desenvolvida por *Qurashi and Alsharif*⁽⁷⁾ para o estudo “*Saudi Radiologists and Radiographers Perceptions of Accreditation Programmes in Clinical Radiology Departments: a cross-sectional study*”.

Este instrumento de recolha de dados é uma versão adaptada do estudo de *El-Jordali et al.*⁽¹⁹⁾. Esta versão original foi guiada pelos estudos de *Shortell et al.*⁽²⁰⁾ e *Pomey et al.*⁽⁶⁾ de forma a alcançar o objetivo principal em avaliar o impacto da acreditação na qualidade dos cuidados através das perspetivas dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros.

O questionário é composto por perguntas fechadas (25 itens) e questões sobre informações demográficas incluindo sexo, idade, tipo de hospital, qualificações e ocupação/cargo. Os itens são apresentados sob a forma de escala de *Likert* com 5 pontos de forma a indicar o nível de concordância entre os participantes.

Foi solicitada prévia autorização dos autores quanto à utilização do questionário e sua validação (Anexo A- Pedido de autorização ao autor da versão original para utilização do questionário).

2.6.2 Etapas do Processo de Validação

Como já referido anteriormente, de acordo com o método de investigação, o presente estudo desenvolveu-se em duas fases:

- 1ª Fase- pesquisa qualitativa com tradução e adaptação transcultural do questionário para a língua portuguesa.
- 2ª Fase- pesquisa quantitativa com a aplicação do questionário e avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

1ª Fase- Tradução e adaptação cultural do Questionário

A primeira fase é então qualitativa, e é feita uma análise descritiva, que não pode ser traduzida em números e não requer a utilização de métodos estatísticos. Nesta fase é necessário garantir que a versão resultante da tradução a adaptação cultural do questionário seja válida e confiável. Para isso, este processo foi desenvolvido em cinco etapas, de acordo com as *guidelines* internacionais para a tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa apresentadas por C. Dantas et al.⁽¹⁶⁾ e por Martins et al.⁽²¹⁾, representadas no quadro 2.1.

Quadro 2.1- Etapas a realizar na primeira fase da tradução e adaptação cultural de um questionário

Etapas da tradução e adaptação cultural do questionário	Descrição
Etapa nº1 - Tradução inicial	a versão original do questionário foi traduzida para a língua portuguesa por dois tradutores bilingues portugueses independentes, com conhecimento sobre a temática, ambos profissionais de saúde cuja língua nativa é o português europeu e com domínio da língua inglesa.
Etapa nº2 - Reconciliação	as duas traduções foram comparadas e as diferenças encontradas foram resolvidas

	mediante consulta com os tradutores, resultando uma versão de conciliação entre elas.
Etapa nº3 - Retroversão	A versão de reconciliação foi traduzida do português europeu para o inglês por outro tradutor independente, com certificado de conhecimento na língua inglesa, da área da saúde e sem conhecimento das versões originais do questionário (Anexo D).
Etapa nº4 - Versão pré-final	dois investigadores desenvolveram as versões pré-finais do questionário com base na retrotradução e no instrumento original, concluindo assim a segunda versão. Esta comparação envolveu ainda uma pré validação de conteúdo, com a finalidade de adaptar a versão traduzida de acordo com o contexto cultural do local em estudo.
Etapa nº5 - Pré-teste	a versão pré-final foi avaliada qualitativamente mediante a sua aplicação a um teste piloto com 10 indivíduos da área da saúde para identificar alguns possíveis erros de semântica e dificuldades na compreensão das questões. As informações apuradas foram utilizadas para aperfeiçoar a ferramenta e construir a versão final. (Apêndice A- Versão final do questionário).

2ª Fase- Aplicação do questionário numa amostra da população-alvo e avaliação das suas propriedades psicométricas

Findo o processo de tradução e adaptação transcultural, é necessário determinar a validade do questionário. A avaliação da validade e fiabilidade de um questionário permite concluir que as medidas efetuadas pela respetiva versão traduzida são congruentes com as medidas efetuadas pela versão original, e que essas medidas são reprodutíveis independentemente dos avaliadores e dos participantes.⁽¹⁶⁾

A validade de um instrumento é definida como a capacidade que um instrumento possui em avaliar exatamente aquilo a que se propõe medir e este processo possui determinadas etapas, entre as quais a fiabilidade do questionário, a validade teórica do questionário e a validação da qualidade do ajustamento do modelo teórico do questionário.

A fiabilidade diz respeito à consistência interna do instrumento, avalia até que ponto um procedimento de medição produz a mesma resposta independentemente da forma e da altura em que é aplicado. A análise da fiabilidade foi realizada utilizando o alfa (α) de *Cronbach*, que indica até que ponto os itens do questionário podem ser tratados como uma única dimensão latente. Valores superiores a 0,7 são considerados adequados para um questionário⁽²²⁾, embora alguns autores considerem 0,6 como adequado⁽¹⁹⁾. Para o questionário completo, o α de *Cronbach* deve ser, no mínimo, 0,9⁽²²⁾. No entanto, a validade desta medida tem sido questionada, e vários autores sugeriram medidas alternativas. Neste estudo, também se calculou a correlação média inter-itens (CMII), que é independente do número de itens que uma dimensão é composta e do tamanho da amostra. Esta medida avalia como os itens dentro de uma dimensão se correlacionam, ou seja, se há evidências de que os itens estão a medir a mesma dimensão. Uma regra do polegar é que a CMII deve estar acima de 0,5 para ser considerada uma boa consistência interna, valores entre 0,15 e 0,5 são considerados moderados⁽²³⁾. O índice da fiabilidade compósita (FC) (também conhecida como confiabilidade composta ou índice de confiabilidade composta) é uma medida de consistência interna semelhante ao alfa de *Cronbach*, mas considerada uma medida mais robusta e adequada em modelos de equações estruturais, especialmente quando os pesos fatoriais dos itens variam significativamente. *Hair et al.*⁽²⁴⁾ indica o valor de 0,70 como o mínimo aceitável para este índice.

A validade teórica divide-se em três tipos: validade fatorial, validade convergente e validade discriminante. A validade fatorial indica-nos se os itens refletem a dimensão que se pretende medir e é geralmente avaliada pelos pesos fatoriais estandardizados (λ_{ij})⁽²⁵⁾. Diz-se que o construto apresenta validade fatorial se todos os itens apresentarem $\lambda_{ij} \geq 0,5$ ⁽²⁵⁾, sendo aceitável $\lambda_{ij} \geq 0,2$.⁽²⁶⁾ Verifica-se a validade convergente de uma dimensão se “os seus itens apresentarem correlações positivas e elevadas”⁽²⁵⁾. A variância extraída média (VEM) foi o indicador utilizado para esta análise. Considerando-se adequados valores de $VEM > 0,5$.⁽²⁵⁾ A validade discriminante tem como objetivo avaliar se os itens que refletem uma dimensão não estão correlacionados com outros construtos. O critério de *Fornell-Larcker*⁽²⁷⁾ especifica que a raiz quadrada da VEM de uma dimensão deve ser maior do que a correlação entre essa dimensão e quaisquer outras dimensões no modelo.

A fase de avaliação da qualidade do modelo (por exemplo, modelo teórico associado ao um questionário) tem como objetivo avaliar o quão bem o modelo teórico (neste caso o modelo apresentado por *Qurashi and Alsharif*⁽⁷⁾) é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas observadas (itens) na amostra em estudo. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no âmbito da Modelação de Equações Estruturais (MEE), é

geralmente usada para avaliar a qualidade do ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre variáveis manifestas (itens).

Neste contexto, a AFC pode ser utilizada na validação fatorial de um instrumento ou pode ser o primeiro passo na avaliação de um modelo de equações estruturais. Neste trabalho a AFC vai ser utilizada para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo associado ao questionário desenvolvido por *Qurashi e Alsharif* ⁽⁷⁾. Uma vez que os dados são ordinais, foi usada uma matriz de correlação policórica para análise da AFC e uma Rotação Varimax, onde o método dos mínimos quadrados ponderados diagonalmente (DWLS, do inglês *Diagonal Weighted Least Square*) foi usado para estimar os parâmetros do modelo.

Para se poder prosseguir para a avaliação da qualidade do ajustamento o determinante da matriz das covariâncias deve ser diferente de zero (isto é, uma matriz definida positiva). A avaliação da qualidade do ajustamento é, geralmente, feita com (i) testes de ajustamento; (ii) índices da qualidade do ajustamento ou ainda (iii) com a análise dos resíduos e da significância dos parâmetros. ⁽²⁵⁾

Os testes de ajustamento, nomeadamente o teste do χ^2 (qui-quadrado) de ajustamento, testa idealisticamente, se o ajustamento é perfeito. Apesar deste teste ser utilizado frequentemente, a sua utilização não é válida na grande maioria das aplicações, em particular quando as dimensões das amostras são muito elevadas (>200). Atualmente, existem vários índices que, com base empírica nem sempre isenta de crítica, podem ser utilizados em alternativa. Enumeram-se os utilizados neste trabalho, cuja seleção teve por base os índices que a maioria dos autores reporta, usualmente em aplicações da MEE, $\chi^2/g.l.$ (qui-quadrado a dividir pelo número de graus de liberdade), de uma forma geral, o ajustamento considera-se bom se o valor deste quociente for inferior a 2, aceitável se inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5 ⁽²⁸⁾; *Goodness-of-fit Index* (GFI), este índice explica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas (itens), explicadas pelo modelo ajustado (um conceito semelhante ao R^2 (coeficiente de determinação da regressão linear)). De uma forma geral considera-se que valores do GFI inferiores a 0.9 indicam modelos com mau ajustamento aos dados, entre [0.9;0.95[indica um bom ajustamento e valores de GFI superiores a 0.95 são indicadores de um ajustamento muito bom. *Comparative Fit Index* (CFI), foi proposto por *Bentler* ⁽²⁹⁾ para corrigir a subestimação que pode ocorrer quando as amostras são pequenas, este índice é portanto, independente da dimensão da amostra. Valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento, valores entre [0.9;0.95[indicam um ajustamento bom e valores superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom; *Tucker-Lewis index* (TLI) varia entre 0 e 1, mas não está limitado a este intervalo. Valores próximos de 1 indicam um ajustamento muito bom. *Parsimony GFI* (PGFI) é obtido para compensar a melhoria “artificial” do modelo que se consegue simplesmente por inclusão de mais parâmetros, isto é, um modelo mais complexo pode ter melhor ajustamento do que um

modelo mais simples (parcimonioso). Os valores de referência indicadores de bom ajustamento, de uma forma geral valores inferiores a 0.6 indicam um mau ajustamento, valores no intervalo]0.6,0.8] indicam um ajustamento razoável e valores superiores a 0.8 são indicadores de um bom ajustamento. O índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) foi proposto por *Steiger et al.* ⁽³⁰⁾, de modo a compensar a melhoria, potencial, do ajustamento do modelo pela simples adição de mais parâmetros. Estudos empíricos têm sugerido que o ajustamento do modelo é inapropriado quando a estimativa pontual do RMSEA é superior a 0.1, é considerado medíocre para valores do RMSEA no intervalo [0.08; 0.10], bom para [0.05;0.08] e muito bom quando apresenta valores inferiores a 0.05.

2.7 Análise estatística dos dados

A investigação foi desenvolvida com base nos resultados obtidos dos questionários para se proceder à análise estatística dos mesmos.

Os dados foram analisados com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics* V.27 e a análise estatística foi realizada com recurso ao *software* R (versão 4.3.0) e às bibliotecas *lavaan*, *semPlot* e *semTools*.

A estatística divide-se em duas áreas: estatística descritiva que é um conjunto de técnicas apropriadas para recolher, organizar, reduzir e apresentar dados estatísticos, e inferência estatística que é um conjunto de técnicas que, com base na informação amostral, permite caracterizar uma certa população, requerendo o conhecimento das probabilidades.

Para caracterizar a amostra do estudo, utilizou-se estatística descritiva, nomeadamente, análise de frequência absoluta e relativa (n, %), medida de tendência central (mediana) e medida de dispersão (quartis). A mediana é o valor que se situa a meio da fila ordenada de valores desde o mais baixo até ao mais alto, isto é, 50% da amostra encontra-se abaixo desse valor e os outros 50% encontram-se acima desse valor. Os quartis fornecem a localização dos valores da variável, sendo que o 1ºquartil representa a localização de 25% da amostra e o 2ºquartil a localização de 50% da amostra. Para melhor sintetizar a informação, foram também utilizados tabelas e gráficos. As variáveis sociodemográficas são qualitativas nominais (sexo) e ordinais (idade e anos de trabalho na instituição).

Relativamente aos itens que compõem os domínios, em escala de *Likert*, foram sumariados utilizando-se a mediana, os quartis (Q1 e Q3), valor mínimo e valor máximo (Apêndice B). Para se transmitir a informação de forma agregada e simples foram construídas novas variáveis a partir dos itens que compõem os domínios para se calcular a percentagem de respostas positivas (variáveis 4 e 5 na escala de *Likert*), de forma a chegar a uma visão geral de tendência de respostas dos participantes, representado num gráfico de barras (Gráfico 3.1).

Adicionalmente construiu-se *scores* médios para representar cada domínio com valores que variam entre 1 e 5. O Apêndice C apresenta a classificação dos *scores* e a respetiva codificação no programa SPSS.

Para avaliar o grau de associação entre a variável sociodemográfica anos de trabalho na instituição e os 6 domínios do questionário foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. O coeficiente de correlação de *Spearman*, r_s , mede o grau de associação entre as variáveis x e y medidas em escala pelo menos ordinal, é uma medida de associação não paramétrica e, como tal, não é sensível a assimetrias nem a valores atípicos e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo o coeficiente estiver destes limites, maior será a associação entre as variáveis. O sinal positivo da correlação significa que as variáveis variam no mesmo sentido e o sinal negativo significa que as variáveis variam em sentido contrário.

2.8 Considerações Éticas e Legais

Tendo em conta os princípios éticos e legais, foi emitido e enviado um pedido de autorização à Diretora do Serviço de Radiologia do CHLO, para aplicação do questionário na recolha de dados para a investigação. Foram ainda consagrados como aspetos éticos e legais, a voluntariedade da participação, informação sobre o propósito da pesquisa, o anonimato dos respondentes e a confidencialidade dos dados.

Durante o estudo foram respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), da Organização Mundial de Saúde e da Convenção de Oviedo.

Ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados, aplica-se o Princípio da Minimização de recolha e armazenamento de dados tendo em conta duas premissas: no recrutamento dos participantes é entregue a todos os Serviços de Radiologia, antes do questionário, um documento informativo com uma breve explicação do objetivo do estudo e com outras informações relevantes ao participante (Apêndice C); e na entrega do questionário é garantido o anonimato uma vez que este não é entregue diretamente ao participante e que nenhuma das perguntas colocadas permite a identificação do voluntário.

Todos os dados recolhidos no âmbito do presente estudo serão mantidos e armazenados de forma segura, por um período de cinco anos, após os quais serão destruídos, de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis.

Foi assegurada a aprovação do estudo pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro hospitalar de Lisboa Ocidental e pela Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (Anexo B e C).

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados segue a ordem da metodologia apresentada no capítulo anterior. Assim, este capítulo apresenta-se dividido em duas secções. Na primeira secção são apresentadas as versões original e portuguesa do questionário e são descritos os resultados obtidos da análise psicométrica ao questionário. Na segunda secção são apresentados os resultados do estudo sobre o questionário aplicado aos três hospitais de Lisboa da amostra do estudo e a análise desses mesmos resultados de forma a alcançar os objetivos propostos inicialmente. Esta última análise inclui uma caracterização da amostra, uma análise da frequência de respostas positivas por itens e uma análise de respostas por domínio.

3.1 Resultados do Processo de Validação

3.1.1 1ª Fase- Tradução e adaptação cultural do questionário

Após as etapas de tradução, reconciliação e retroversão do processo de tradução e adaptação cultural do questionário, a versão resultante foi comparada com a versão original do questionário. Elas foram consideradas equivalentes em termos de semântica e significado de conteúdo.

Na etapa final desta fase, os participantes do pré-teste foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (i) profissionais de saúde na carreira de TSDT de Radiologia; (ii) língua nativa é o português europeu. Os 10 participantes tinham idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, o que corrobora as idades presentes na população-alvo deste estudo.

Os participantes entenderam o conteúdo de cada item, consideraram que duas questões não tinham o sujeito da frase bem perceptível e todas as restantes de fácil compreensão. A versão final resultou em 24 perguntas, uma vez que a investigadora principal considerou que a pergunta 25 da versão original não se aplicava ao contexto do estudo. As 24 perguntas da versão em português europeu foram consideradas equivalentes às perguntas correspondentes da versão original (Tabela 3.1).

Tabela 3.1: Questão original vs. Questão correspondente em português europeu

Questão original	Questão correspondente em português
1. There is a measurable and steady improvement in the customer satisfaction.	1. Há uma melhoria mensurável e constante na satisfação do utente.

2. There is a measurable and steady improvement in the quality of patient care provision (eg infection control, professional communication, correct examination).	2. Há uma melhoria mensurável e constante na qualidade do atendimento ao utente (por exemplo, controlo de infeção, comunicação profissional, exame correto).
3. High-quality healthcare services have been maintained despite any constraints (eg financial, training opportunities).	3. Serviços de saúde de alta qualidade foram mantidos apesar de quaisquer restrições (por exemplo, financeiras, oportunidades de formação patrocinada).
4. Maintaining quality improvements was supported by highly visible leadership.	4. A manutenção das melhorias de qualidade foi apoiada por uma liderança altamente identificável.
5. The department's management allocates required resources (eg equipment, people, finances, time) to improve quality.	5. A gestão do departamento aloca os recursos necessários (por exemplo, equipamentos, pessoas, finanças, tempo) para melhorar a qualidade.
6. Quality of care and services improvement was in the high-yield activities for the department's management.	6. A melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços esteve nas atividades de alto rendimento para a gestão do departamento.
7. A clear vision for improving the quality of care and services has been articulated by the department's management.	7. Uma visão clara para melhoria da qualidade dos cuidados e melhoria dos serviços foi articulada pelo departamento de gestão.
8. Based on recommendations from accreditation audits, adequate time is given to radiology personnel to plan for and test quality improvement opportunities.	8. Com base nas recomendações das auditorias de acreditação, é dado tempo adequado aos profissionais de radiologia para planear e testar as oportunidades de melhoria da qualidade.
9. Radiology personnel contribute in plan development for quality improvement in your department.	9. Os colaboradores do serviço de radiologia contribuem no desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade no seu departamento.
10. Prioritising quality improvement requirement is one of the key roles played by middle managers (eg Chief of Radiographers and/or Technical Directors and Supervisors).	10. Priorizar os requisitos da melhoria da qualidade é um dos principais papéis desempenhados pela gestão intermédia (por exemplo, coordenador dos técnicos de

	radiologia e/ou diretores técnicos e supervisores).
11. The quality of services expected by patients is essential in deciding on quality improvement priorities.	11. A qualidade dos serviços esperada pelos utentes é essencial na decisão de prioridades de melhoria da qualidade.
12. A key role is played by radiology personnel in setting priorities for quality improvement through representation in the department's organisational chart.	12. É desempenhado um papel fundamental pelos colaboradores de radiologia na definição de prioridades para a representação de melhorias da qualidade no organograma do serviço.
13. Training and continuing education are provided to radiology personnel.	13. Formação e educação contínua são fornecidos aos colaboradores da radiologia.
14. Radiology personnel are acknowledged (eg financially, verbally) for their performance in improving quality.	14. Os colaboradores da radiologia são reconhecidos pelo seu desempenho (por exemplo, financeiramente, verbalmente) na melhoria da qualidade.
15. The radiology department has an effective system for radiology personnel to make suggestions to management on how to improve quality.	15. O serviço de radiologia possui um sistema eficaz para que os colaboradores da radiologia façam sugestões à gestão sobre como melhorar a qualidade.
16. Following the last cycle of accreditation review, the radiology department management implemented required changes.	16. Após a última fase do processo de acreditação, a gestão do serviço de radiologia implementou as mudanças necessárias.
17. There was participation in the implementation of these changes in the radiology department.	17. Houve participação dos colaboradores do serviço de radiologia na implementação dessas mudanças no serviço de radiologia.
18. The recommendations made to the radiology department since the last survey by the accreditation team were helpful.	18. As recomendações feitas ao serviço de radiologia do último processo de acreditação foram úteis.
19. The recommendations given by the accreditation team and/or auditors were helpful in improving radiology personnel skills/knowledge.	19. As recomendações dadas pelos auditores foram úteis na melhoria das capacidades e conhecimento por parte dos colaboradores da radiologia.

20. Accreditation improves patient care in the radiology department.	20. A acreditação melhora o tratamento do utente no departamento de radiologia.
21. Accreditation facilitates teamwork and collaboration encouragement and staff motivation.	21. A acreditação facilita o trabalho em equipa e encoraja a colaboração e a motivação da equipa.
22. A better use of resources (eg finances, people, time and equipment) were enabled following accreditation.	22. Uma melhor utilização dos recursos (por exemplo o tempo e equipamentos) foi possibilitada após a acreditação.
23. Collaboration with other healthcare partners (other hospitals, private clinics, etc) was achieved following accreditation.	23. A colaboração com outras entidades de saúde (outros hospitais, clínicas privadas e ou públicas) foi alcançada após a acreditação.
24. A local accreditation program is a valuable tool to improve service delivery within the radiology department.	24. Um programa de acreditação local é uma ferramenta valiosa para melhorar a prestação de serviços no departamento de radiologia.

3.1.2 2ª Fase- Aplicação do questionário e avaliação das suas propriedades psicométricas

Fiabilidade do Questionário

Na tabela 3.2 apresenta-se os valores obtidos para os índices da análise da fiabilidade interna (α de *Cronbach*, CMII e FC). O domínio 2 “o impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio” é o domínio que não apresenta fiabilidade interna quando analisados os valores de α de *Cronbach* ($\alpha = 0.550$) e fiabilidade compósita (FC = 0,575). Considerando a remoção do item D2.5 (enumerado adiante) embora se verifique um aumento do α de *Cronbach* não é o suficiente para se atingir a fiabilidade interna para este domínio ($\alpha = 0.567$). O domínio 3 “o impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade” também falhou na fiabilidade interna quando analisada a fiabilidade compósita (FC = 0.684). Os restantes domínios apresentaram fiabilidade interna, assim como considerando o questionário na globalidade ($\alpha = 0,905$; CMII = 0,286).

Tabela 3.2: Fiabilidade Interna

Domínio	Item	Pesos Fatoriais (λ_{ij})	α de Cronbach se remover o item	α de Cronbach	CMII	VEM	FC
D1	D1.1	0.451	0.654	0.618	0.343	0.496	0.691
	D1.2	0.952	0.199				
	D1.3	0.508	0.595				
D2	D2.4	0.529	0.465	0.550	0.247	0.251	0.575
	D2.5	0.457	0.567				
	D2.6	0.499	0.456				
	D2.7	0.525	0.426				
D3	D3.8	0.649	0.599	0.618	0.290	0.372	0.684
	D3.9	0.610	0.617				
	D3.10	0.413	0.655				
	D3.11	0.249	0.705				
	D3.12	0.781	0.538				
D4	D4.13	0.693	0.721	0.781	0.544	0.547	0.784
	D4.14	0.682	0.737				
	D4.15	0.840	0.653				
D5	D5.16	0.625	0.680	0.730	0.431	0.433	0.759
	D5.17	0.608	0.746				
	D5.18	0.695	0.622				
	D5.19	0.723	0.638				
D6	D6.20	0.762	0.802	0.830	0.491	0.514	0.832
	D6.21	0.821	0.761				
	D6.22	0.745	0.776				
	D6.23	0.599	0.820				
	D6.24	0.586	0.814				
Total				0.905	0.286		

Notas: Valores a vermelho revelam domínios que falham critérios de validação; valores a negro na coluna 4 revelam os itens que quando removidos aumentam o valor do α de Cronbach

Validade Teórica do Questionário

Na análise da validade fatorial podemos verificar que todos os pesos fatoriais são superiores a 0,2, porem os domínios D2 e D3 são os que apresentam mais pesos fatoriais inferiores a 0,5 (Tabela 3.2). Quanto à validade convergente os domínios D2, D3 e D5 são os que não apresentam validade convergente ($VEM < 0,5$). Na tabela 3.3 podemos analisar a validade discriminante, e os domínios D2, D3 e D5 são os domínios que não apresentam validade discriminante.

Tabela 3.3: Validade discriminante

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D1	0.704					
D2	0.598	0.501				
D3	0.495	0.980	0.610			
D4	0.438	0.703	0.713	0.739		
D5	0.494	0.866	0.578	0.762	0.659	
D6	0.629	0.775	0.689	0.569	0.741	0.717

Notas: valores na diagonal correspondem à raiz quadrada da VEM e os restantes valores as correlações entre domínios

Análise da qualidade de ajustamento do modelo teórico

Na tabela 3.4 apresenta-se os valores das covariâncias entre os domínios, sendo que o seu determinante embora diferente de zero, é um valor muito próximo de zero (det = - 0,0000011), revelando fragilidade no modelo proposto.

Tabela 3.4: matriz de covariâncias entre os domínios

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D1	0.107					
D2	0.075	0.149				
D3	0.104	0.243	0.412			
D4	0.097	0.184	0.310	0.459		
D5	0.056	0.116	0.128	0.179	0.119	
D6	0.127	0.185	0.273	0.238	0.158	0.382

A tabela 3.5 ilustra os valores obtidos para os índices de qualidade do ajustamento do questionário. Observa-se que o modelo inicial apresentou um ajustamento global de má qualidade para a maioria dos índices. Assim, deve ser considerado uma reestruturação do modelo.

Tabela 3.5: Índices de Qualidade do Modelo inicial e alterado

Índice	Valores de referência	Modelo Inicial	Modelo Alterado
χ^2	Quanto menor, melhor	429.222 Valor-p < 0,001	301.374 Valor-p < 0,001
$\chi^2/g.l.$	< 2 bom	1,81	1,68
CFI	[0,9;0,95]-Ajustamento bom	0,658	0,730

	≥ 0,95-Ajustamento muito bom		
TLI	[0,9;0,95[-Ajustamento bom	0,602	0,683
	≥ 0,95 - Ajustamento muito bom		
PGFI	[0,6;0,8[-Ajustamento bom	0,509	0,531
	≥ 0,8 - Ajustamento muito bom		
RMSEA	≤ 0,05 -Ajustamento muito bom	0,124	0,114
		CI 90%]0,105-0,142[IC90%]0.091-0.136[
SRMR	[0.05;0.08] muito bom	0,111	0,108
	< 0,05 muito bom		

Para melhorar a qualidade do modelo, foram analisados os valores obtidos dos índices para a fiabilidade e validade teórica do modelo e as correlações entre os itens. Considerou-se juntar as dimensões 2 e 3 e remover os itens que apresentavam uma maior correlação entre si. Deste modo propõe-se o novo modelo na tabela 3.6.

Tabela 3.6: Novo Modelo

Dimensões	Itens
D1	D1.1, D1.2, D1.3
D2 + D3	D3.9, D3.10, D3.11, D3.12, D2.6, D2.7
D4	D4.13, D4.14, D4.15
D5	D5.16, D5.17, D5.18, D5.19
D6	D6.20, D6.21, D6.22, D6.2, D6.24

Na figura 3.1 pode observar-se a proposta do modelo resultante na ACF. O diagrama de caminhos para este modelo mostra a relação dos itens individuais com as dimensões. As setas mostram a relação entre as dimensões e os itens. Os coeficientes estandardizados (pesos fatoriais) mostram a força dessas relações. Um coeficiente menor que 0,1 indica um baixo efeito; coeficientes em torno de 0,3 indicam um efeito médio, enquanto efeitos grandes são sugeridos por coeficientes maiores ou iguais a 0,5.

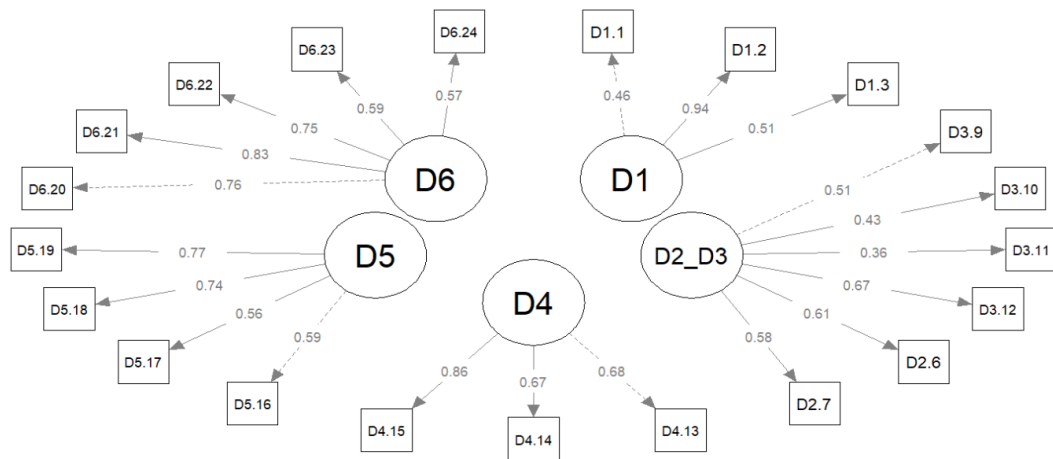


Figura 3.1: Diagrama de caminhos proposto pela ACF. Retângulos representam itens, círculos representam dimensões, e os valores nas setas são os pesos fatoriais

Na tabela 3.5 os valores dos índices de qualidade do ajustamento sofreram uma melhoria, porém não suficiente para se considerar que é um bom questionário.

Consideraram-se outras propostas de melhoria do modelo inicial, como removendo as dimensões D2 e D3, uma de cada vez, sendo que o impacto na melhoria da qualidade do modelo foi quase nula. Considerou-se juntar as dimensões D2 e D3 sem remover nenhum item, o que também não resultou na melhoria do modelo.

3.2 Resultados do estudo sobre o questionário aplicado à amostra

3.2.1 Caracterização da Amostra

A distribuição de TSDT de Radiologia a exercerem funções na ULSLO é: Hospital de Egas Moniz (19 TSDT), Hospital de Santa Cruz (14 TSDT) e Hospital São Francisco Xavier (37 TSDT).

No total foram contabilizados 53 questionários, número obtido já com os critérios de inclusão e exclusão aplicados. É de ressaltar o facto de nem todos os participantes responderam a todas as perguntas, em particular, sexo e anos de trabalho foram destaque entre as perguntas não respondidas. Os questionários incompletos não foram excluídos do estudo. Uma vez que a dimensão estimada da população-alvo do estudo era de 70 TSDT, a taxa de participação foi de 75,7%.

Da análise da Tabela 3.7, observa-se que 63,3% dos indivíduos que colaboraram no estudo são do género feminino. Relativamente à variável idade, verifica-se que 47,1% da amostra tem 45 ou mais anos e 50% dos indivíduos da amostra tem idades até aos 44 anos. Para os anos de trabalho, verifica-se predominância de indivíduos com 11 ou mais anos de trabalho (60%).

Tabela 3.7- Distribuição da amostra por sexo, idade e anos de trabalho

Variável		Frequência	Percentagem (%)
Sexo	Feminino	31	63,3%
	Masculino	18	36,7%
Idade	[menos de 30]	8	15,7%
	[30-34]	7	13,7%
	[35-39]	4	7,8%
	[40-44]	8	15,7%
	[45-mais de 45]	24	47,1%
Anos de Trabalho	[menos de 1 ano]	1	2%
	[1-5]	13	26%
	[6-10]	6	12%
	[11-mais de 11 anos]	30	60%

3.2.2 Resultados obtidos dos itens do questionário

Para a apresentação dos resultados abaixo, e de forma a organizar a informação de cada item, a identificação de cada item foi codificada, tendo sido atribuído a cada item um código de identificação: D1.1 a D1.3, D2.4 a D2.7, D3.8 a D3.12, D4.13 a D4.15, D5.16 a D5.19, D6.20 a D6.24. Sendo que o primeiro número é referente ao domínio a que pertence e o número depois do número é referente ao item.

De seguida, apresentam-se os domínios presentes no questionário e respetivos itens que compõem cada uma delas com a respetiva identificação numérica utilizada.

Quadro 3.1- Apresentação dos domínios e itens presentes no questionário com a respetiva identificação numérica

Domínio 1- o impacto da acreditação na qualidade dos resultados	3 itens
Há uma melhoria mensurável e constante na satisfação do utente	D1.1
Há uma melhoria mensurável e constante na qualidade do atendimento ao utente	D1.2
Serviços de saúde de alta qualidade foram mantidos apesar de quaisquer restrições	D1.3

Domínio 2- o impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio	4 itens
A manutenção das melhorias de qualidade foi apoiada por uma liderança altamente identificável	D2.4
A gestão do departamento aloca os recursos necessários para melhorar a qualidade	D2.5
A melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços esteve nas atividades de alto rendimento para a gestão do departamento	D2.6
Uma visão clara para melhoria da qualidade dos cuidados e melhoria dos serviços foi articulada pelo grupo de trabalho da Certificação	D2.7
Domínio 3- o impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade	5 itens
Com base nas recomendações das auditorias de acreditação, é dado tempo adequado aos profissionais de radiologia para planear e testar as oportunidades de melhoria da qualidade	D3.8
Os colaboradores do serviço de radiologia contribuem no desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade no seu departamento	D3.9
Priorizar os requisitos da melhoria da qualidade é um dos principais papéis desempenhados pela gestão intermédia	D3.10
A qualidade dos serviços esperada pelos utentes é essencial na decisão de prioridades de melhoria da qualidade	D3.11
É desempenhado um papel fundamental pelos colaboradores de radiologia na definição de prioridades para a representação de melhorias da qualidade no organograma do serviço	D3.12
Domínio 4- o impacto da acreditação nos recursos humanos	3 itens
Formação e educação contínua são fornecidos aos colaboradores do serviço de radiologia	D4.13
Os colaboradores da radiologia são reconhecidos pelo seu desempenho na melhoria da qualidade	D4.14
O serviço de radiologia possui um sistema eficaz para que os colaboradores da radiologia façam sugestões à gestão sobre como melhorar a qualidade	D4.15
Domínio 5- o envolvimento da equipa na acreditação	4 itens
Após a última fase do processo de acreditação, a gestão do serviço de radiologia implementou as mudanças necessárias.	D5.16

Houve participação dos colaboradores do serviço de radiologia na implementação dessas mudanças no serviço de radiologia	D5.17
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

As recomendações feitas ao serviço de radiologia da última fase do processo de acreditação foram úteis	D5.18
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

As recomendações dadas pelos auditores foram úteis na melhoria das capacidades e conhecimento por parte dos colaboradores da radiologia	D5.19
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Domínio 6- os benefícios da acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia	5 itens
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------

A acreditação melhora o tratamento do utente no departamento de radiologia	D6.20
----------------------------------------------------------------------------	-------

A acreditação facilita o trabalho em equipa e encoraja a colaboração e a motivação da equipa.	D6.21
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Uma melhor utilização dos recursos foi possibilitada após a acreditação	D6.22
-------------------------------------------------------------------------	-------

A colaboração com outras entidades de saúde foi alcançada após a acreditação	D6.23
------------------------------------------------------------------------------	-------

Um programa de acreditação local é uma ferramenta valiosa para melhorar a prestação de serviços no departamento de radiologia	D6.24
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

A caracterização dos itens vai ser feita de acordo com a tabela de estatística descritiva presente no apêndice B e de acordo com o agrupamento de respostas positivas (Gráfico 3.1).

A maioria dos itens teve uma percentagem de respostas positivas superior a 50%. Apenas os itens D4.14 “Os colaboradores da radiologia são reconhecidos pelo seu desempenho na melhoria da qualidade” e D6.23 “A colaboração com outras entidades de saúde foi alcançada após a acreditação” são os menos positivos. Os itens mais positivos foram o D1.2 “Há uma melhoria mensurável e constante na qualidade do atendimento ao utente” e o D6.20 “A acreditação melhora o tratamento do utente no departamento de radiologia”.

Gráfico de Barras da percentagem de respostas positivas

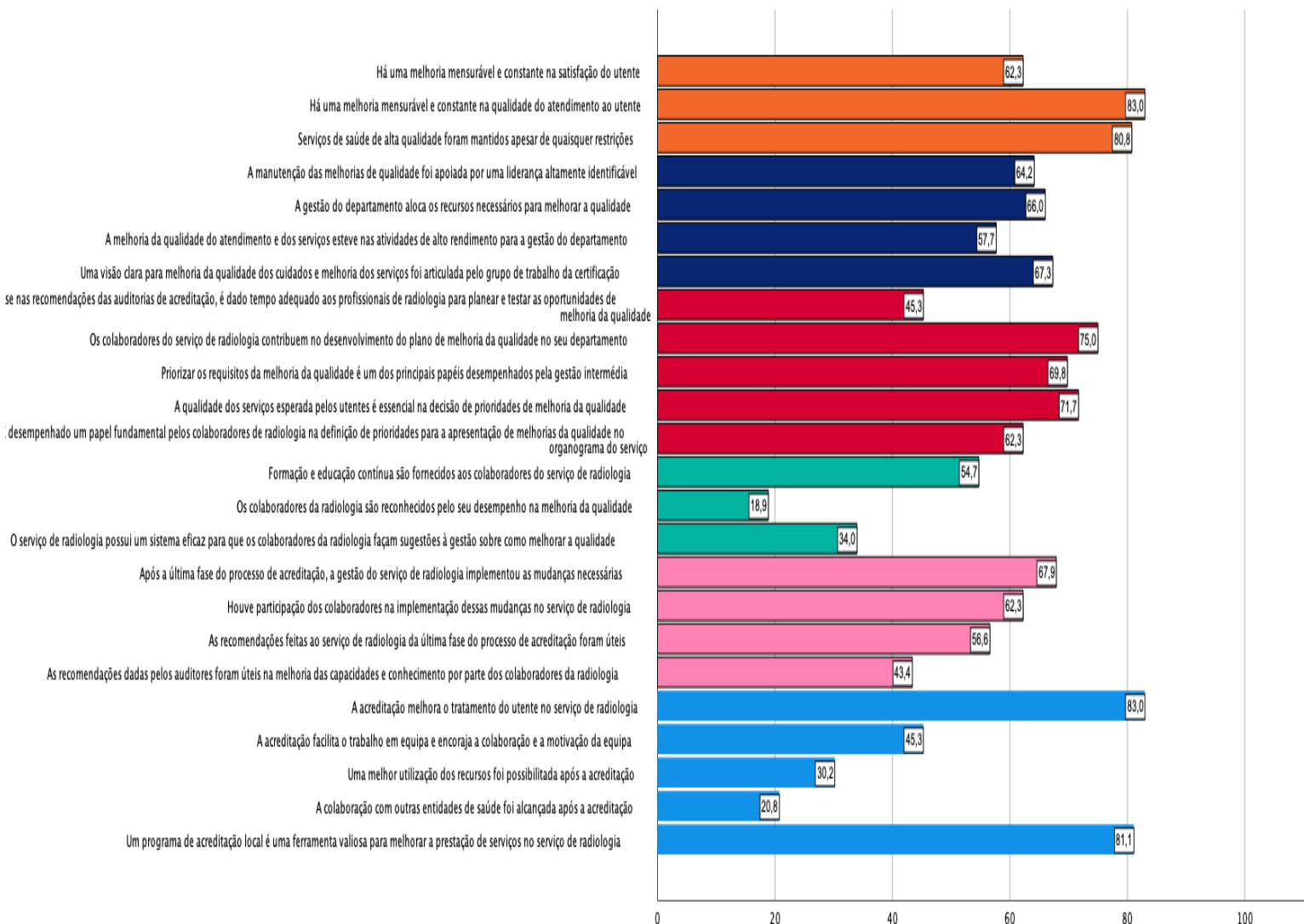


Gráfico 3.1: gráfico de barras da percentagem de respostas positivas

Procedendo à análise por domínio, temos que o Domínio 1- o impacto da acreditação na qualidade dos resultados, e o Domínio 2- o impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio, apresentam todos os itens com mais de 50% de respostas positivas. Os participantes concordam fortemente que o programa de acreditação impactou positivamente a satisfação e o atendimento ao utente com um valor médio de respostas de 3,776 em 5. Para o Domínio 3- o impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade, apenas o item D3.8 não atingiu pelo menos 50% de respostas positivas. Para o Domínio 4- o impacto da acreditação nos recursos humanos, apenas o item D4.13 apresenta mais de 50% de respostas positivas. Este domínio é o que apresenta uma tendência de respostas mais negativas com um valor médio de respostas de 2,950 em 5. Para o Domínio 5- o envolvimento da equipa na acreditação, apenas o item D5.19 não atingiu pelo menos 50% de respostas positivas. Para o Domínio 6- os benefícios da acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia, por um lado temos os itens D6.20 e D6.24 que apresentam valores acima de 80% de respostas positivas e por outro os restantes itens desse domínio que não obtiveram pelo menos 50% de respostas positivas.

Procedeu-se à identificação do grau de associação entre as variáveis (1) *score* médio do domínio 1- o impacto da acreditação na qualidade dos resultados, (2) *score* médio do domínio 2- o impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio, (3) *score* médio do domínio 3- o impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade, (4) *score* médio do domínio 4- o impacto da acreditação nos recursos humanos, (5) *score* médio do domínio 5- o envolvimento da equipa na acreditação e (6) *score* médio do domínio 6- os benefícios da acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia e (7) anos de trabalho. Para tal, determinou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Os resultados estão ilustrados na Tabela 3.8.

Tabela 3.8: Correlação entre os Scores médios de cada Domínio e a variável Anos de Trabalho

	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>
Domínio 1: o impacto da acreditação na qualidade dos resultados nas Unidades Hospitalares de radiologia	0,103
Domínio 2: o impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio nas Unidades Hospitalares de radiologia	-0,177
Domínio 3: o impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade nas Unidades Hospitalares de radiologia	-0,155
Domínio 4: o impacto da acreditação nos recursos humanos das Unidades Hospitalares de radiologia	0,151
Domínio 5: o envolvimento da equipa na acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia	0,083
Domínio 6: os benefícios da acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia	0,072

O coeficiente de correlação de *Spearman* mostrou associação positiva, porém muito baixa entre o *score* médio do domínio 1 e os anos de trabalho, entre o *score* médio do domínio 4 e os anos de trabalho, entre o *score* médio do domínio 5 e os anos de trabalho e entre o *score* médio do domínio 6 e os anos de trabalho. Por outro lado, o coeficiente de correlação de *Spearman* mostrou associação negativa muito baixa entre o *score* médio do domínio 2 e os anos de trabalho e entre o *score* médio do domínio 3 e os anos de trabalho. Não existe associação entre nenhuma das variáveis.

Recorrendo à tabela de correlações apresentada no Apêndice D, verifica-se que o valor do coeficiente de correlação de *Spearman* mais elevado neste estudo foi de 0.608 que representa a associação entre o *score* 2 e o *score* 3. Estes resultados revelam que o domínio da liderança, comprometimento e apoio foi significativamente associado ao domínio do planeamento estratégico da qualidade o que indica que os profissionais perceberam que a gestão responsável pela qualidade no Serviço estava altamente comprometida com a acreditação e realizaram os esforços necessários para alcançar resultados e os objetivos da organização.

3.3 Discussão dos resultados obtidos dos itens

Neste estudo, a percepção do processo de acreditação foi medida por seis domínios: resultados de qualidade, liderança, comprometimento e apoio, planeamento estratégico da qualidade, utilização de recursos humanos, envolvimento da equipa na acreditação e benefícios da acreditação. O mais importante entre os resultados decorrentes deste estudo é

que uma atitude positiva global em relação à acreditação foi demonstrada pelos participantes. Além disso, os participantes concordaram que o programa de acreditação impactou positivamente na melhoria dos cuidados de saúde ao utente. Este último facto está relacionado com a grande ênfase que é dada à segurança e à melhoria de qualidade de serviços ao utente por parte da maioria das instituições de saúde em Portugal e da conscientização que a sociedade moderna tem vindo a aumentar os seus níveis de exigência acerca dos direitos ao acesso à saúde e à qualidade dos cuidados recebidos.

O presente estudo demonstrou que os participantes conseguem identificar bem o grupo de trabalho responsável pela certificação e a responsabilidade deste grupo na contribuição dos resultados alcançados nas respostas dadas aos itens do domínio 2.

Resultados menos positivos foram obtidos no domínio relacionado com a utilização de recursos humanos em que um dos itens deste domínio apresentou o valor de percentagem de respostas positivas mais baixo deste estudo, apenas 18,9%. Esta discordância transmite a impressão de que falta um acompanhamento contínuo do trabalho e do nível de qualidade após a acreditação. Isso pode significar que o desempenho da qualidade dos serviços de radiologia pode cair após a acreditação devido a hábitos de trabalho e a uma ideia de que um programa de acreditação é um processo obrigatório a ser concluído e não uma ferramenta importante para a melhoria contínua. A literatura sugere que a monitorização contínua das organizações é uma das ferramentas mais eficazes no processo de acreditação.⁽⁷⁾ Tais medidas podem estar relacionadas com a formação e educação contínua e, neste estudo, 54,7% da amostra concordou com tal afirmação.

O reconhecimento do desempenho da equipa é outro aspeto muito importante e que claramente tem de ser melhorado, o apoio aos funcionários deve ser demonstrado pelo grupo de trabalho da Certificação e pela gestão do serviço para que os objetivos da instituição possam ser atingidos. A literatura sugere que a disposição da equipa de trabalho em realizar atividades de melhoria da qualidade está notavelmente correlacionada com a cultura da instituição juntamente com o grau de recompensas e reconhecimento. Além disso, a cultura de determinado hospital/serviço pode influenciar a forma como os profissionais percebem o papel de um programa de acreditação na promoção e melhoria dos serviços de saúde. Outra solução apresentada pela literatura para lidar com um programa de melhoria da qualidade em hospitais é melhorar a comunicação entre a gestão do serviço e a restante equipa durante a mudança organizacional. Estratégias de comunicação eficazes irão contribuir para a construção da confiança.

Os resultados positivos do domínio 5 neste estudo estão em concordância com os resultados do estudo de *El-Jordali et al.*⁽¹⁹⁾ que defende o envolvimento da equipa um fator crucial ao implementar mudanças ou novas iniciativas numa organização, uma vez que a decisão de uma organização para integrar um programa de acreditação requer alto

investimento de curto prazo para render benefícios a longo prazo que nem sempre são garantidos e o envolvimento da equipa em todas as etapas pode ser benéfico para atingir os objetivos finais da organização.⁽¹⁹⁾ Estimular o envolvimento da equipa é um desafio considerável e, segundo *Greenfield et al.*⁽³⁵⁾ a motivação é afetada por fatores intrínsecos e extrínsecos que incluem: a oportunidade de participação e autonomia no trabalho, o status e a função de cada indivíduo, altruísmo e relacionamento pessoal com utentes e comunidade.

Ao analisar pormenorizadamente os dados do último domínio verifica-se dois valores de frequência relativa distintos, um valor de 83% para a concordância das mudanças benéficas que o processo de acreditação tem centradas no utente e um valor de menos de metade (45,3%) para a concordância das mudanças benéficas centradas nos profissionais e na motivação da equipa durante o processo. As melhorias em uma área de foco parecem ter ocorrido às custas da atenção de outra área. A qualidade percebida no processo de acreditação é claramente mais visível quando centrada no utente do que no profissional, ao não haver uma perceção clara dos benefícios deste processo oferecidos aos profissionais isto tem um impacto negativo na participação e motivação dos mesmos no processo. É necessário envolver mais os profissionais nos processos e atribuir-lhes mais responsabilidades para estes fazerem parte da resolução dos problemas.

4. Conclusão e recomendações

Diferentes fatores influenciam a implementação do processo de acreditação nas instituições de saúde e o presente estudo delineou 6 domínios (1) Resultados da Qualidade, (2) Liderança, comprometimento e suporte, (3) Planeamento Estratégico da Qualidade, (4) Utilização de Recursos Humanos, (5) Envolvimento dos profissionais na acreditação, (6) Benefícios da acreditação, considerados como fatores de referência e importantes na avaliação dessa implementação.

O presente estudo demonstrou que o questionário traduzido e validado apesar de ter sofrido pequenas alterações na fase de tradução e ter tido bons resultados no pré-teste da mesma fase, na avaliação psicométrica demonstrou resultados poucos robustos e sugeriu-se juntar as dimensões 2 e 3 e remover os itens que apresentavam uma maior correlação entre si. A partir desta validação está adaptado à cultura e à realidade portuguesa quanto à prática clínica diária dos Técnicos de Radiologia.

A análise dos resultados sugere então que o processo de acreditação aplicado teve um impacto positivo nas perceções dos profissionais em muitas dimensões da qualidade. Esta semelhança entre as perceções dos profissionais de saúde sobre as dimensões da qualidade leva a alcançar mais facilmente a produtividade e competitividade.

Os resultados também sugerem que um número significativo de profissionais de saúde não concorda que o desempenho demonstrado neste processo seja reconhecido. Esse achado, aliado à percepção de falta de comunicação, pode indicar a necessidade de um maior protagonismo da equipa de trabalho e apoia a necessidade de ligação entre a gestão do serviço e os profissionais do serviço, a fim de facilitar a mudança e aprimorar os padrões de qualidade no Serviço de Radiologia.

O estudo mostra que a característica sociodemográfica anos de trabalho não tem relação com a percepção da qualidade no serviço.

Um dos obstáculos mais importantes para a implementação de programas de acreditação é o dilema dos profissionais em avaliar o impacto positivo dos programas de acreditação no seu benefício próprio. Isso pode ser superado com a necessidade de educar os profissionais de saúde sobre os benefícios da acreditação e conseqüentemente esperar por uma maior envolvimento nos programas de acreditação.

Os profissionais de saúde devem reconhecer que a acreditação é uma tarefa difícil que envolve toda a organização. Durante este processo ocorre uma aprendizagem a nível individual e institucional que inclui, novos modelos de pensamento, desenvolvimento de uma maior sensibilidade para as necessidades do utente, consciência da interdependência entre profissionais e serviços, novas atividades/protocolos de tratamento, entre outros.

5. Limitações do Estudo

Apesar de se ter tentado garantir a representatividade da população, através da participação de três hospitais públicos que constituem um centro hospitalar da área Ocidental da cidade de Lisboa, a primeira limitação do estudo é o número baixo da amostra que não chegou nem a metade do valor mínimo necessário para uma validação eficaz de um questionário com 24 questões. Apesar do valor da taxa de participação ter sido elevado, o número total de TSDT de Radiologia a exercerem funções nos três hospitais não pode ser considerado representativo da população-alvo deste estudo.

Futuras investigações deverão tentar alcançar um maior número de TSDT de Radiologia e até mesmo incluir outras classes profissionais que contribuem para a prestação de cuidados de qualidade nos Serviços de Radiologia. Também poderá haver uma comparação entre hospitais públicos e privados de modo a se verificar se existe ou não diferenças nas perceções relativamente à implementação do processo de acreditação.

Outra limitação prende-se com o formato da ferramenta de inquirição, o questionário foi apresentado em papel, configuração essa em que não é possível apresentar os itens como sendo de resposta obrigatória como aconteceria se tivessem configuração informática, o que levou a algumas perguntas sem resposta. Adicionalmente, o formato da escala de *likert* com um número ímpar de categorias para os participantes escolherem tende a resultar em respostas neutras. Algumas opções para tentar ultrapassar esta última limitação seriam por exemplo, inverter a ordem das perguntas ou a forma como a pergunta é feita, inverter a ordem da escala ou a colocação de perguntas de controle de forma a verificar a validade e confiabilidade das respostas.

6. Referências Bibliográficas

1. Pasinringi SA, Rivai F, Arifah N, Rezeki SF. The relationship between service quality perceptions and the level of hospital accreditation. *Gac Sanit.* 2021;35:S116–9.
2. Joseph L, Agarwal V, Raju U, Mavaji A, Rajkumar P. Perception of Hospital Accreditation Impact among Quality Management Professionals in India: A Survey-Based Multicenter Study. *Glob J Qual Saf Healthc.* 2021;4(2):58–64.
3. Vidigal RR. Contributo para a Gestão da Qualidade Clínica num Serviço de Radiologia. 2010;103. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/5303>
4. Silva AST da. Processo de Acreditação Hospitalar- O caso do Hospital Santa Maria Maior, E.P.P. 2017;
5. Bogh SB, Blom A, Raben DC, Braithwaite J, Thude B, Hollnagel E, et al. Hospital accreditation: staff experiences and perceptions. *Int J Health Care Qual Assur.* 2018;31(5):420–7.
6. Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. Accreditation: A tool for organizational change in hospitals? *Int J Health Care Qual Assur.* 2004;17(3):113–24.
7. Qurashi AA, Alsharif WM. Percepções de radiologistas e radiologistas sauditas sobre programas de credenciamento em departamentos de radiologia clínica : um estudo transversal Metodologia. 2022;
8. Kakemam E, Rajabi MR, Raeissi P, Ehlers LH. Attitudes towards accreditation and quality improvement activities among hospital employees in Iran: A quantitative study. *J Multidiscip Healthc.* 2020;13:799–807.
9. Pinto A, Soares I, Edições Sílabo, Lda. Sistemas de Gestão da Qualidade- Guia para a sua implementação. Lisboa; 2018.
10. Teixeira H. Uma metodologia de diagnóstico de problemas de qualidade em pequenas e médias empresas. 2011; Available from: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16185/1/Dissertação_HumbertoTeixeira_2011.pdf
11. Afonso A, Nunes C, Escolar Editora. Estatística e Probabilidades Aplicações e Soluções em SPSS. Lisboa; 2011.
12. Por AL, Rooney RN, Paul MPH, Van Ostenberg R. Série de Aperfeiçoamento Sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade x x x. 1999; Available from: www.urc-chs.com
13. Romana G. Contributo para a acreditação nos serviços de imagiologia em portugal. Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
14. Barros PP. Custos e Qualidade. Encontro “Qualidade em Cuid saúde – avaliação e melhoria” [Internet]. 1998;1–11. Available from:

- <https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/rslvt.pdf>
15. Direção-Geral de Saúde. Manual de Standards - Unidades de Diagnóstico Radiológico. 2017. 170 p.
 16. Dantas C, Jegundo AL, Quintas J, Martins AI, Queirós A, Rocha NP. European portuguese validation of usefulness, satisfaction and ease of use questionnaire (USE). *Adv Intell Syst Comput*. 2017;570:561–70.
 17. Serviço Nacional de Saúde. Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental [Internet]. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E. 2024 [CITED 2024 Feb 10]. Available from: <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php>
 18. Elsa MRF. Avaliação da Cultura de Segurança do doente em meio hospitalar: adaptação da nova versão do Hospital *Survey on Patient safety culture* para a cultura portuguesa [dissertation]. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa; 2023.
 19. Trisno T, Putra AP, Purwanza SW. The Impact of Hospital Accreditation on Nurses' Perceptions of Quality of Care? *J Ners*. 2019;14(3 Special Issue):408–12.
 20. Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Serv Res [Internet]*. 1995;30(2):377–401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7782222><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1070069>
 21. Martins AI, Rosa AF, Queirós A, Silva A, Rocha NP. European Portuguese Validation of the System Usability Scale (SUS). *Procedia Comput Sci [Internet]*. 2015;67(Dsai):293–300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2015.09.273>
 22. Bland A, Altman G. Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*. 1997;314:572
 23. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*. 1995;7(3):309-319
 24. Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River. 2009; 761.
 25. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Report Number, *Análise e Gestão de Informação, Lda*. 2010; ISBN: 978-989-96763-1-2.
 26. Child D. *The Essentials of Factor Analysis*. Vol. 3rd ed., Continuum. London: Continuum; 2006.
 27. Fornell C. e Larcker D. F. Evaluation SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 1981;18:39-50.
 28. Arbuckle JL. *AMOS 18 Reference Guide (version18) [Computer Software]*. Chicago,

- 2009; IL: SPSS Inc.
29. Bentler P M. Comparative fit indexes in structural modeling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 1990; 42(5), 815-824.
 30. Steiger J. H., Shapiro A. e Browne M. W. On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika*. 1985; 50: 253-263.
 31. Fornell C., Larcker D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. v.18, n. 1, p. 39-50, 1981.
 32. Anastasi A, Urbina S. *Psychological Testing* (7th ed.) New York: Prentice Hall. 1997
 33. Cronbach L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 1951; 16(3):297-334.
 34. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS for Windows*. London: SAGE publications; 2000
 35. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *Int J Qual Heal Care*. 2011;23(1):8–14.
 36. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Cent Estud e Investig em Saúde da Univ Coimbra. 1998;0–24.

Anexo A

Pedido de autorização ao autor da versão original para utilização do questionário

2022058@alunos.estesl.i... | Select Threads Options Refresh | Reply Reply all Forward Delete Junk Labels Mark More

Saudi Radiologists and Radiographers Perceptions of Accreditation Programmes in Clinical Radiology Departments: a cross-sectional study

From: Bruna Simoes Neto <2022058@alunos.estesl.ipl.pt>
 To: Aaqurashi <aaqurashi@taibahu.edu.sa>
 Date: 2023-11-08 10:14

Dear Sir Abdulaziz A Qurashi,

My name is Bruna Neto and am a student at Higher School of Health Technology of Lisbon (Lisbon Polytechnic Institute) of a Master on Health technology Assessment and Management.

At the moment I am starting my final Master project and the purpose of it is to study how accreditation impacts on hospital staff, specifically in a Radiology Department, and saw your paper "Saudi Radiologists and Radiographers Perceptions of Accreditation Programmes in Clinical Radiology Departments: a cross-sectional study".

Would you be so kind to give me permission to translate and use the questionnaire mentioned in the paper?

Kind regards,
 Bruna Neto.

2022058@alunos.estesl.i... | Select Threads Options Refresh | Reply Reply all Forward Delete Junk Labels Mark More

Saudi Radiologists and Radiographers Perceptions of Accreditation Programmes in Clinical Radiology Departments

From: Bruna Simoes Neto <2022058@alunos.estesl.ipl.pt>
 To: aaqurashi@taibahu.edu.sa
 Date: 2023-03-28 16:33

Dear Abdulaziz A Qurashi,

My name is Bruna Neto and am a student at Higher School of Health Technology of Lisbon (Lisbon Polytechnic Institute). I'm starting the investigation for my master degree and am willing to study how accreditation impacts on hospital staff and saw your paper "Saudi Radiologists and Radiographers Perceptions of Accreditation Programmes in Clinical Radiology Departments: a Cross-sectional study".

Would you give me permission to translate and use the questionnaire mentioned in the paper?

kind regards,
 Bruna Neto.

Anexo B

Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Código de Aprovação 23105

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: “Tradução e Validação de um instrumento para avaliar a perceção dos Técnicos de Radiologia sobre o processo de acreditação num hospital público da região de Lisboa”

Investigadora Principal – Mestranda: Técnica **Bruna Arvela Simões Neto** (Aluna no Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa)

Serviço no CHLO onde decorrerá o estudo: **Serviço de Radiologia do CHLO**

Após reunião de 04 de dezembro de 2023 e estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 04 de dezembro de 2023:

Presidente: Dra. Paula M. R. Peixe

Dra. Lucília Carvalho, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha e Dra. Maria João Pais

Pelo exposto, emitiu-se a 27 de dezembro de 2023, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Paula M. R. Peixe

Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde do CHLO

Dra. Paula M. R. Peixe

Comissão de Ética para a Saúde do CHLO – Hospital de Fgas Moniz
Morada: Rua da Junqueira, 126 – 1349-019 Lisboa | Telefone: 210432665
Correio eletrónico: anavalho@chlo.min-saude.pt | presidencia@chlo.min-saude.pt
Website: <https://www.chlo.min-saude.pt/index.php/inicio/orgaos-de-gestao/comissoes>

Anexo C

Parecer favorável da Comissão de Ética da ESTeSL

The screenshot shows an email client interface with a sidebar on the left containing folders like 'Inbox', 'Drafts', 'Sent', 'Junk', and 'Trash'. The main area displays an email from 'Comissão de Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>' to 'Bruna Simoes Neto <2022058@alunos.estesl.ipl.pt>' and 'Margarida Eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>'. The email content includes project details and a favorable opinion from the ethics committee.

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.78-2023 – Bruna Arvela Simões Neto
TÍTULO DO PROJETO: Tradução e Validação de um instrumento para avaliar a perceção dos Técnicos de Radiologia sobre o processo de acreditário num hospital público da região de Lisboa
TIPO de Projeto/Estudo: Dissertação de Mestrado GATS
ORIENTADOR: Margarida Maria de Matos Rodrigues e Silva Eiras
EQUIPA: Carina Soares da Silva, Professora, ESTeSL; Ana Sofia Carvalho, Técnica de Radiologia, CHLO
INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, do Instituto Politécnico de Lisboa
Instituição(ões) envolvidas: ESTeSL, IPL, CHLO
SUBMISSÃO do PROJETO: 29 de novembro de 2023
RESPOSTA CE-ESTeSL: 22 de dezembro de 2023
RESPOSTA: 24 de janeiro de 2024

Exma. Senhora Professora Doutora Margarida Eiras
Exma. Senhora Dra. Bruna Neto, estudante de mestrado

A Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável ficando a aguardar a disponibilização à CE-ESTeSL do questionário após a fase de validação.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsinquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Anexo D

Processo de tradução e adaptação cultural- Retroversão

Question Number		Totally disagree 1	Disagree 2	Undecided 3	Agree 4	Totally agree 5
Domain 1: Quality results (the impact of accreditation on the quality of results in radiology departments)						
1	There is a measurable and constant improvement in patient satisfaction.					
2	There is a measurable and constant improvement in the quality of patient care (e.g. infection control, professional communication, correct examination).					
3	High-quality health services were maintained despite any constraints (e.g., financial, sponsored training opportunities).					
Domain 2: The impact of accreditation on leadership, commitment and support in radiology departments						
4	Sustaining quality improvements was supported by highly identifiable leadership.					
5	Department management allocates the necessary resources (e.g., equipment, people, finances, time) to improve quality.					
6	Improving the quality of care and services was one of the high-yield activities for the management of the department.					
7	A clear vision for improving the quality of care and improving services was articulated by the management department.					
Domain 3: The impact of accreditation on strategic quality planning in radiology departments						
8	Based on recommendations from accreditation audits, radiology professionals are given adequate time to plan and test quality improvement opportunities.					
9	Employees of the radiology service contribute to the development of the quality improvement plan in their department.					
10	Prioritizing quality improvement requirements is one of the main roles played by middle management (e.g. coordinator of radiology technicians and/or technical directors and supervisors).					
11	The quality of services expected by patients is essential when deciding on quality improvement priorities.					
12	A key role is played by radiology staff in setting priorities for representing quality improvements in the department's organizational chart.					
Domain 4: The impact of accreditation on human resources in radiology departments						
13	Training and continuing education are provided to radiology staff.					
14	Radiology staff is recognized for its performance (e.g. financially, verbally, etc.) in improving quality.					
15	The radiology department has an effective system for radiology staff to make suggestions to management on how to improve quality.					
Domain 5: Team involvement in accreditation in radiology departments						
16	After the last accreditation process, the management of the radiology department implemented the necessary changes.					
17	There was participation in the implementation of these changes in the radiology department.					
18	The recommendations made to the radiology department in the last accreditation process were helpful.					
19	The recommendations given by the auditors were useful in improving the skills and knowledge of radiology staff.					
Domain 6: The benefits of accreditation in radiology departments						
20	Accreditation improves patient treatment in a radiology department.					
21	Accreditation eases teamwork and encourages team collaboration and motivation.					

22	Better use of resources (e.g. time and equipment) was made possible after accreditation.					
23	Collaboration with other healthcare entities (other hospitals, private clinics, etc.) was achieved after accreditation.					
24	A local accreditation program is a valuable tool for improving service delivery in a radiology department.					
25	An international accreditation program is a valuable tool for improving service delivery in a radiology department.					

Anexo E

Distribuição das áreas técnicas presentes em cada hospital da ULSLO

	SERVIÇO DE RADIOLOGIA
	DOCUMENTO INFORMATIVO

CARTEIRA DE SERVIÇOS

Serviço de Radiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

HOSPITAL DE EGAS MONIZ	HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER	HOSPITAL DE SANTA CRUZ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiologia Digital* ▪ Apoio ao Bloco Operatório ▪ RX no Internamento ▪ Estudos contrastados do tubo digestivo* ▪ Ecografia ▪ Eco-Doppler ▪ Tomografia Computorizada** ▪ Ressonância Magnética** ▪ Densitometria Óssea (com TBS e FRAX*) e Avaliação da Massa Corporal* ▪ Ortopantomografia ▪ Radiologia de Intervenção: Citologias, biópsias e drenagens (guiadas por métodos de Imagem)* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiologia Digital* ▪ Posto avançado de RX Consulta de Ortopedia* ▪ Posto avançado de RX SUG e SUP ▪ Apoio ao Bloco Operatório ▪ RX no Internamento ▪ Mamografia com Tomossíntese e Mamografia Espectral de Contraste* ▪ Ecografia ▪ Eco-Doppler ▪ Tomografia Computorizada** ▪ Radiopediatria ▪ Radiologia de Urgência ▪ Radiologia de Intervenção: Citologias, biópsias e drenagens (guiadas por métodos de Imagem)* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Radiologia Digital* ▪ Apoio ao Bloco Operatório ▪ RX no Internamento ▪ Ecografia ▪ Eco-Doppler ▪ Tomografia Computorizada** ▪ Ressonância Magnética** ▪ TC e RM Cardiovascular* ▪ Radiopediatria ▪ Radiologia de Intervenção: Citologias, biópsias e drenagens (guiadas por métodos de Imagem)*

* Exames que necessitam de preenchimento de Consentimento Informado

* Exames que necessitam de resposta a Inquérito Clínico

Apêndice A

Questionário final com documento informativo

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE NO PROJETO “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR A PERCEÇÃO DOS TÉCNICOS DE RADIOLOGIA SOBRE O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NUM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO DE LISBOA”

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

O questionário que lhe será entregue enquadra-se num estudo científico intitulado “Tradução e Validação de um instrumento para avaliar a perceção dos Técnicos de Radiologia sobre o processo de acreditação num Hospital público da região de Lisboa”, enquadrado numa dissertação de mestrado realizado na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL).

Trata-se de um estudo que visa conhecer a perceção dos Técnicos de Radiologia sobre o processo de Acreditação através de um questionário dirigido a todos os técnicos de Radiologia da Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental (ULSLO).

Um programa de acreditação garante consistência na prática clínica da Radiologia, aderindo aos padrões e diretrizes estabelecidos. Subjacente a este processo, estão inerentes alterações ao nível organizacional e individual cujos participantes devem ter conhecimento decorrentes do papel ativo que tem nessa avaliação.

A recolha de informação é realizada num único momento, através do preenchimento de um questionário. O questionário tem 24 perguntas divididas em 6 dimensões importantes a avaliar no processo de Acreditação. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ESTeSL-IPL e pela Comissão de Ética para a Saúde do ULSLO.

A sua contribuição permitirá para uma avaliação pormenorizada da participação dos TSDT de Radiologia na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para os participantes.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos - não haverá registo de dados de identificação pessoal, sendo que os dados recolhidos neste questionário não permitirão identificá-lo(a). A informação recolhida no questionário será utilizada exclusivamente para fins académicos, e não existirá transferência de dados para entidades terceiras.

Caso esta investigação venha a ser publicada, todos os dados serão mantidos anonimizados e serão divulgados de forma agregada, nunca individualmente.

Grata pela atenção.

Bruna Neto (2022058@alunos.estesl.ipl.pt)

TSDT de Radiologia e Membro da equipa de Investigação

SECÇÃO A: Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações referentes ao processo de acreditação realizada no Serviço onde trabalha, cuja primeira fase se realizou no período de 2018-2021 e a fase de acompanhamento em novembro de 2023.

Pergunta Número		Discordo totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Domínio 1: Resultados de qualidade (o impacto da acreditação na qualidade dos resultados nas Unidades Hospitalares de radiologia)						
1	Há uma melhoria mensurável e constante na satisfação do utente.					
2	Há uma melhoria mensurável e constante na qualidade do atendimento ao utente (por exemplo, controlo de infeção, comunicação profissional, exame correto).					
3	Serviços de saúde de alta qualidade foram mantidos apesar de quaisquer restrições (por exemplo, financeiras, oportunidades de formação patrocinada).					
Domínio 2: O impacto da acreditação na liderança, compromisso e apoio nas Unidades Hospitalares de radiologia						
4	A manutenção das melhorias de qualidade foi apoiada por uma liderança altamente identificável.					
5	A gestão do departamento aloca os recursos necessários (por exemplo, equipamentos, pessoas, finanças, tempo) para melhorar a qualidade.					
6	A melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços esteve nas atividades de alto rendimento para a gestão do departamento.					
7	Uma visão clara para melhoria da qualidade dos cuidados e melhoria dos serviços foi articulada pelo grupo de trabalho da Certificação.					
Domínio 3: O impacto da acreditação no planeamento estratégico da qualidade nas Unidades Hospitalares de radiologia						
8	Com base nas recomendações das auditorias de acreditação, é dado tempo adequado aos profissionais de radiologia para planear e testar as oportunidades de melhoria da qualidade.					
9	Os colaboradores do serviço de radiologia contribuem no desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade no seu departamento.					
10	Priorizar os requisitos da melhoria da qualidade é um dos principais papéis desempenhados pela gestão intermédia (por exemplo, coordenador dos TSDT de radiologia e/ou diretores).					
11	A qualidade dos serviços esperada pelos utentes é essencial na decisão de prioridades de melhoria da qualidade.					
12	É desempenhado um papel fundamental pelos colaboradores de radiologia na definição de prioridades para a					

	apresentação de melhorias da qualidade no organograma do serviço.					
Domínio 4: O impacto da acreditação nos recursos humanos das Unidades Hospitalares de radiologia						
13	Formação e educação contínua são fornecidos aos colaboradores do serviço de radiologia.					
14	Os colaboradores da radiologia são reconhecidos pelo seu desempenho (por exemplo, financeiramente, verbalmente) na melhoria da qualidade.					
15	O serviço de radiologia possui um sistema eficaz para que os colaboradores da radiologia façam sugestões à gestão sobre como melhorar a qualidade.					
Domínio 5: o envolvimento da equipa na acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia						
16	Após a última fase do processo de acreditação, a gestão do serviço de radiologia implementou as mudanças necessárias.					
17	Houve participação dos colaboradores na implementação dessas mudanças no serviço de radiologia.					
18	As recomendações feitas ao serviço de radiologia da última fase do processo de acreditação foram úteis.					
19	As recomendações dadas pelos auditores foram úteis na melhoria das capacidades e conhecimento por parte dos colaboradores da radiologia.					
Domínio 6: Os benefícios da acreditação nas Unidades Hospitalares de radiologia						
20	A acreditação melhora o tratamento do utente no serviço de radiologia.					
21	A acreditação facilita o trabalho em equipa e encoraja a colaboração e a motivação da equipa.					
22	Uma melhor utilização dos recursos (por exemplo o tempo e equipamentos) foi possibilitada após a acreditação.					
23	A colaboração com outras entidades de saúde (outros hospitais, clínicas privadas) foi alcançada após a acreditação.					
24	Um programa de acreditação local é uma ferramenta valiosa para melhorar a prestação de serviços no serviço de radiologia.					

SECÇÃO B: Perguntas de contexto.

Sexo: Feminino
 Masculino

- Idade: <30 aos
 30 a 34 anos
 35 a 39 anos
 40 a 44 anos
 45 ou mais anos

Há quanto tempo trabalha neste Hospital?

- a. Menos de 1 ano
 b. 1 a 5 anos
 c. 6 a 10 anos
 d. 11 ou mais anos

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice B

Tabela estatística- estatística descritiva de cada item

Variáveis	Mínimo	Quartis			Máximo
		Q1	Q2	Q3	
Há uma melhoria mensurável e constante na satisfação do utente	2	3.00	4.00	4.00	5
Há uma melhoria mensurável e constante na qualidade do atendimento ao utente	1	4.00	4.00	4.00	5
Serviços de saúde de alta qualidade foram mantidos apesar de quaisquer restrições	2	4.00	4.00	4.00	5
A manutenção das melhorias de qualidade foi apoiada por uma liderança altamente identificável	2	3.00	4.00	4.00	5
A gestão do departamento aloca os recursos necessários para melhorar a qualidade	2	3.00	4.00	4.00	5
A melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços esteve nas atividades de alto rendimento para a gestão do departamento	2	3.00	4.00	4.00	4
Uma visão clara para melhoria da qualidade dos cuidados e melhoria dos serviços foi articulada pelo grupo de trabalho da certificação	2	3.00	4.00	4.00	5
Com base nas recomendações das auditorias de acreditação, é dado tempo adequado aos profissionais de radiologia para planear e testar as oportunidades de melhoria da qualidade	1	3.00	3.00	4.00	5
Os colaboradores do serviço de radiologia contribuem no desenvolvimento do plano de melhoria da qualidade no seu departamento	1	3.25	4.00	4.00	5
Priorizar os requisitos da melhoria da qualidade é um dos principais papéis desempenhados pela gestão intermédia	2	3.00	4.00	4.00	5
A qualidade dos serviços esperada pelos utentes é essencial na decisão de prioridades de melhoria da qualidade	2	3.00	4.00	4.00	5
É desempenhado um papel fundamental pelos colaboradores de radiologia na definição de prioridades para a apresentação de melhorias da qualidade no organograma do serviço	1	3.00	4.00	4.00	5
Formação e educação contínua são fornecidos aos colaboradores do serviço de radiologia	1	3.00	4.00	4.00	5
Os colaboradores da radiologia são reconhecidos pelo seu desempenho na melhoria da qualidade	1	2.00	2.00	3.00	4
O serviço de radiologia possui um sistema eficaz para que os colaboradores da radiologia façam sugestões à gestão sobre como melhorar a qualidade	1	2.00	3.00	4.00	5
Após a última fase do processo de acreditação, a gestão do serviço de radiologia implementou as mudanças necessárias	2	3.00	4.00	4.00	4
Houve participação dos colaboradores na implementação dessas mudanças no serviço de radiologia	1	3.00	4.00	4.00	5
As recomendações feitas ao serviço de radiologia da última fase do processo de acreditação foram úteis	2	3.00	4.00	4.00	5
As recomendações dadas pelos auditores foram úteis na melhoria das capacidades e conhecimento por parte dos colaboradores da radiologia	2	3.00	3.00	4.00	5
A acreditação melhora o tratamento do utente no serviço de radiologia	2	4.00	4.00	4.00	5
A acreditação facilita o trabalho em equipa e encoraja a colaboração e a motivação da equipa	1	3.00	3.00	4.00	5
Uma melhor utilização dos recursos foi possibilitada após a acreditação	1	3.00	3.00	4.00	5
A colaboração com outras entidades de saúde foi alcançada após a acreditação	1	2.00	3.00	3.00	4
Um programa de acreditação local é uma ferramenta valiosa para melhorar a prestação de serviços no serviço de radiologia	2	4.00	4.00	4.00	5

Apêndice C

Tabela Estatística- scores médios

Estatísticas						
	Score1	Score2	Score3	Score4	Score5	Score6
Média	3.78	3.60	3.64	2.95	3.53	3.40
Desvio Padrão	.57	.46	.61	.82	.56	.65
Mínimo	1.67	2.25	2.00	1.00	2.25	1.40
Máximo	4.67	4.50	4.60	4.67	4.50	4.60

Apêndice D

Tabela Estatística- correlações entre scores médios

			Correlações						
		Anos_de_trabalho	Score1	Score2	Score3	Score4	Score5	Score6	
rô de Spearman	Anos_de_trabalho	Coefficiente de Correlação	1.000	.103	-.177	-.155	.151	.083	.072
		Sig. (2 extremidades)	.	.482	.223	.289	.297	.569	.618
		N	50	49	49	49	50	50	50
	Score1	Coefficiente de Correlação	.103	1.000	.311*	.315*	.262	.345*	.431**
		Sig. (2 extremidades)	.482	.	.026	.024	.061	.012	.001
		N	49	52	51	51	52	52	52
	Score2	Coefficiente de Correlação	-.177	.311*	1.000	.608**	.444**	.507**	.454**
		Sig. (2 extremidades)	.223	.026	.	.000	.001	.000	.001
		N	49	51	52	51	52	52	52
	Score3	Coefficiente de Correlação	-.155	.315*	.608**	1.000	.525**	.428**	.468**
		Sig. (2 extremidades)	.289	.024	.000	.	.000	.002	.000
		N	49	51	51	52	52	52	52
	Score4	Coefficiente de Correlação	.151	.262	.444**	.525**	1.000	.490**	.401**
		Sig. (2 extremidades)	.297	.061	.001	.000	.	.000	.003
		N	50	52	52	52	53	53	53
	Score5	Coefficiente de Correlação	.083	.345*	.507**	.428**	.490**	1.000	.501**
		Sig. (2 extremidades)	.569	.012	.000	.002	.000	.	.000
		N	50	52	52	52	53	53	53
	Score6	Coefficiente de Correlação	.072	.431**	.454**	.468**	.401**	.501**	1.000
		Sig. (2 extremidades)	.618	.001	.001	.000	.003	.000	.
		N	50	52	52	52	53	53	53

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).