

Tradução e validação de um instrumento para avaliar a percepção dos Técnicos de Radiologia sobre o processo de acreditação num Hospital Público da região de Lisboa

Translation and Validation of an Instrument to Assess Radiology Technologists' Perception of the Accreditation Process in a Public Hospital in the Lisbon Region

Bruna Neto¹, Margarida Eiras, PDD², Carina Silva, PhD², Ana Sofia Carvalho³

1. Licenciada em Imagem Médica e Radioterapia e mestre em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

2. Escola Superior de Saúde de Lisboa, Portugal.

3. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental - Hospital de Santa Cruz, Lisboa, Portugal.

Resumo

As instituições de saúde atuam num mundo focado na competência e qualidade. 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. Este estudo teve como 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.

Foi desenvolvido um estudo descritivo, correlacional e transversal através da utilização de um questionário de autopreenchimento. Foi utilizada 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.

As propriedades psicométricas mostraram-se satisfatórias exceto na validação do ajustamento do modelo teórico do questionário em que se observou 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.

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

Health institutions operate in a world focused on competence and quality. 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. This study aimed to 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.

A descriptive, correlational and cross-sectional study was developed using a self-completed questionnaire. 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.

The psychometric properties proved to be satisfactory, except for the validating the adjustment of the theoretical model of the questionnaire, in which weaknesses were observed in the proposed model. 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.

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.

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⁾

A monitorização e consequentemente 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.⁽²⁾

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.⁽³⁾

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.⁽⁴⁾

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.⁽²⁾

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.⁽⁵⁾

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.⁽⁶⁾

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.

Materiais e Métodos:

Foi realizado um estudo descritivo, correlacional e transversal através da utilização de um questionário de autopreenchimento. Foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística.

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 (ULSLO) e antigo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. criado em 2005. Participaram no estudo um total de 53 Técnicos de Radiologia. Os critérios de inclusão definidos para participação no presente estudo foram: ser Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica (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. 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. Os questionários foram recolhidos findo um prazo de 15 dias.

A metodologia deste estudo dividiu-se em duas partes. A primeira parte contemplou a fase qualitativa de tradução e adaptação cultural da ferramenta de inquirição desenvolvida por Qurashi e Alsharif⁽⁵⁾ para a língua portuguesa. O questionário é composto por perguntas fechadas (25 itens), questões sobre informações demográficas incluindo sexo, idade, tipo de hospital, qualificações e ocupação/cargo e 6 domínios:

- Domínio 1 - Resultados da Qualidade;
- Domínio 2 - Liderança, comprometimento e suporte;
- Domínio 3 - Planeamento Estratégico da Qualidade;
- Domínio 4 - Utilização de Recursos Humanos;
- Domínio 5 - Envolvimento dos profissionais na acreditação;
- Domínio 6 - Benefícios da acreditação.

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. A segunda parte do estudo consistiu na fase quantitativa da 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.

1ª Fase- Tradução e adaptação cultural do Questionário

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.⁽⁷⁾ e por Martins et al.⁽⁸⁾, representadas na figura 1 e descritas a seguir.



Figura 1: Etapas a realizar na primeira fase da tradução e adaptação cultural de um questionário

1ª etapa: 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.

2ª etapa: as duas traduções foram comparadas e as diferenças encontradas foram resolvidas mediante consulta com os tradutores, resultando uma versão de conciliação entre elas.

3ª etapa: 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.

4ª etapa: 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.

5ª etapa: a versão pré-final foi avaliada qualitativamente mediante a sua aplicação a um teste piloto com 10 indivíduos da área da saúde com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, as informações apuradas foram utilizadas para aperfeiçoar a ferramenta e construir a versão final. 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 1).

Tabela 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.

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

A validade de um instrumento é definida como a capacidade que um instrumento possui em avaliar exatamente aquilo a que se propõe medir e neste estudo foi avaliada através da fiabilidade do questionário, da validade teórica do questionário e da validação da qualidade do ajustamento do modelo teórico do questionário.

A análise da fiabilidade foi realizada utilizando o alfa (α) de *Cronbach*, valores superiores a 0,7 são considerados adequados para um questionário⁽⁹⁾, embora alguns autores considerem 0,6 como adequado⁽¹⁰⁾. 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. Valores entre 0,15 e 0,5 são considerados moderados⁽¹¹⁾. O índice da fiabilidade compósita (FC) é uma medida de consistência interna semelhante ao alfa de *Cronbach*, mas considerada uma medida mais robusta e adequada em modelos de equações estruturais. *Hair et al.* ⁽¹²⁾ 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 é geralmente avaliada pelos pesos fatoriais estandardizados (λ_{ij}) ⁽¹³⁾. Diz-se que o construto apresenta validade fatorial se todos os itens apresentarem $\lambda_{ij} \geq 0,5$ ⁽¹³⁾, sendo aceitável $\lambda_{ij} \geq 0,2$. ⁽¹⁴⁾ Para verificar a validade convergente, a variância extraída média (VEM) foi o indicador utilizado para esta análise. Considerando-se adequado valores de VEM > 0,5. ⁽¹³⁾ Para a validade discriminante, o critério de *Fornell-Larcker* ⁽¹⁵⁾ 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.

Neste trabalho a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) vai ser utilizada para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo associado ao questionário desenvolvido por *Qurashi e Alsharif* ⁽⁵⁾. 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. ⁽¹³⁾

Os índices utilizados neste estudo, cuja seleção teve por base os índices que a maioria dos autores reporta, foram o $\chi^2/g.l.$ (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 ⁽¹⁶⁾; *Goodness-of-fit Index* (GFI), 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* ⁽¹⁷⁾, este índice é 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), 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.* ⁽¹⁸⁾, 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.

A análise estatística foi realizada 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*.

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). 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. 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. 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* que 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.

Resultados:

1.1. Fiabilidade do questionário

Na tabela 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, 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 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 negrito na coluna 4 revelam os itens que quando removidos aumentam o valor do α de Cronbach

1.2. 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 2). Quanto à validade convergente os domínios D2, D3 e D5 são os que não apresentam validade convergente ($VEM < 0,5$). Estes mesmos domínios também não apresentaram validade discriminante.

1.3. Análise da qualidade de ajustamento do modelo teórico

Na tabela 3 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: 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 4 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. Considerou-se juntar as dimensões 2 e 3 e remover os itens que apresentavam uma maior correlação entre si.

Tabela 4: 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 $\geq 0,95$ -Ajustamento muito bom	0,658	0,730
TLI	[0,9;0,95[-Ajustamento bom $\geq 0,95$ - Ajustamento muito bom	0,602	0,683
PGFI	[0,6;0,8[-Ajustamento bom $\geq 0,8$ - Ajustamento muito bom	0,509	0,531
RMSEA	$\leq 0,05$ -Ajustamento muito bom	0,124 CI 90%]0,105-0,142[	0.114 IC90%]0.091-0.136[
SRMR	[0.05;0.08] muito bom < 0,05 muito bom	0,111	0,108

Na tabela 4 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.

1.4.Caracterização da Amostra

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%. Observou-se que 63,3% dos indivíduos que colaboraram no estudo são do género feminino. Relativamente à variável idade, verificou-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, verificou-se predominância de indivíduos com 11 ou mais anos de trabalho (60%).

1.5.Resultados obtidos dos itens do questionário

A caracterização dos itens foi feita de acordo com estatística descritiva e de acordo com o agrupamento de respostas positivas (gráfico 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

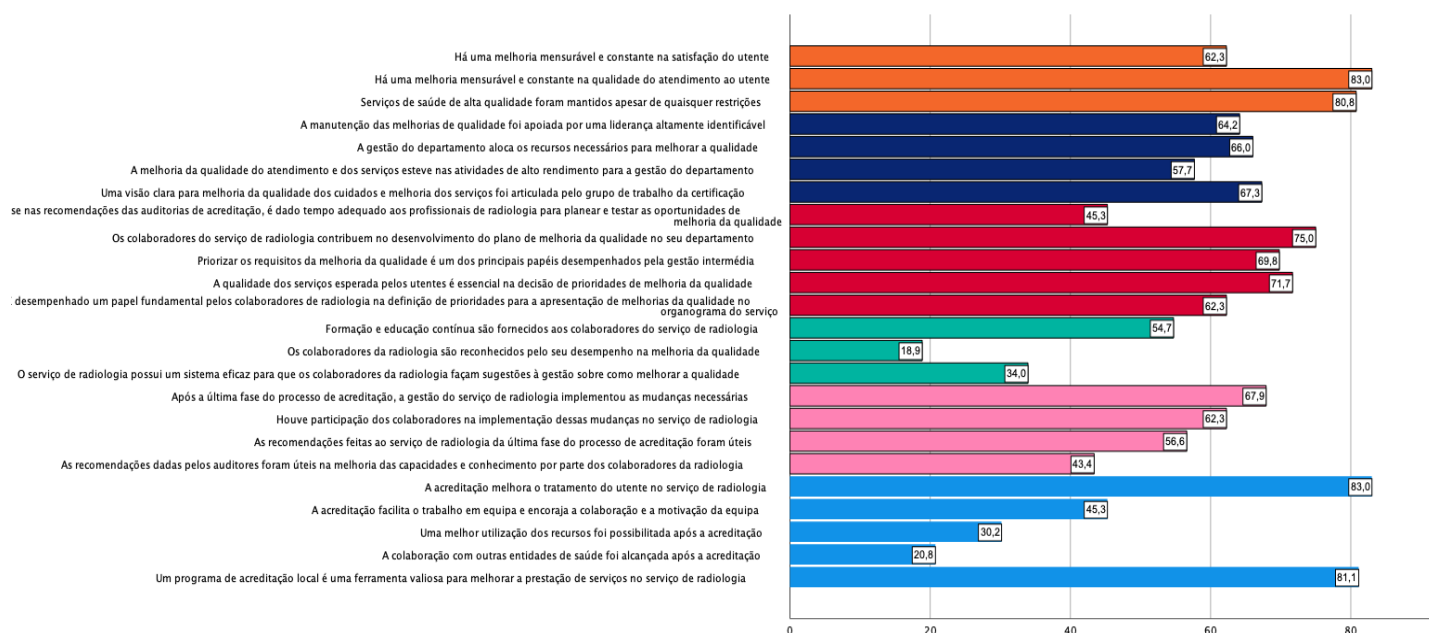


Gráfico 1: gráfico de barras da percentagem de respostas positivas

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 através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. 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.

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.⁽⁵⁾ 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. 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.*⁽¹⁰⁾ 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.⁽¹⁰⁾

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.

Conclusão:

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.

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 consequentemente 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.

Referências / References:

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. Vidigal RR. Contributo para a Gestão da Qualidade Clínica num Serviço de Radiologia. 2010;103. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/5303>
3. 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.
4. 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.
5. Qurashi AA, Alsharif WM. Percepções de radiologistas e radiologistas sauditas sobre programas de credenciamento em departamentos de radiologia clínica : um estudo transversal Metodologia. 2022;
6. 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.
7. 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.
8. 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>
9. Bland A, Altman G. Statistics notes: Cronbach’s alpha. *British Medical Journal.* 1997; 314:572
10. 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.
11. Clark LA, Watson D. Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment.* 1995;7(3):309-319
12. 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.
13. 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.
14. Child D. *The Essentials of Factor Analysis.* Vol. 3rd ed., Continuum. London: Continuum; 2006.
15. Fornell C. e Larcker D. F. Evaluation SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research.* 1981;18:39-50.
16. Arbuckle JL. *AMOS 18 Reference Guide (version18) [Computer Software].* Chicago, 2009; IL: SPSS Inc.
17. Bentler P M. Comparative fit indexes in structural modeling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences,* 1990; 42(5), 815-824.
18. Steiger J. H., Shapiro A. e Browne M. W. On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika.* 1985; 50: 253-263.

Recebido / *Received:* 21/12/2025

Aceite / *Accept:* 25/03/2026