

Revista Portuguesa de

# Gestão & Saúde

DIRETOR: MIGUEL SOUSA NEVES · SPGSAUDE@GMAIL.COM  
PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
JULHO 2025 · N.º 40

SPGS  
Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde

**Auditoria Clínica e Inteligência Artificial: Contributos para a Qualidade, Eficiência e Governança em Saúde – Uma Revisão Integrativa da Literatura** Diana Sofia Rodrigues de Sousa // **Gestão, Qualidade e Desempenho dos Sistemas de Saúde: percepção dos administradores e gestores hospitalares** Tania Gaspar; Barbara de Sousa; Maria Céu Machado // **Comunicação em Saúde: uma reflexão sobre a cobertura de crises hospitalares em Portugal** Líliana Santos // **Empenhamento afetivo e normativo: um estudo em jovens médicos** Válder Santos; Manuela Frederico // **Magnet Hospitals: Patient outcomes, staffing trends, organizational and economic characteristics: A narrative review** Ricardo Correia de Matos; Valter Amorim; Paulo Oliveira; Pedro Lopes; Catarina Nogueira // **Top Hospital Pharmacy The excellence of hospitals: Applying key performance indicators to assess hospital pharmacies performance in Portugal** Santos R, Dias J, Costa D; Diogo C, Ruivo C; Lopes H; MotaFilipe H

**SPGS**  
Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde

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

**4**

ESTATUTO EDITORIAL

**5**

MENSAGEM

Miguel Sousa Neves

**6**

AUDITORIA CLÍNICA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL:  
CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE,  
EFICIÊNCIA E GOVERNANÇA EM SAÚDE  
– UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Diana Sofia Rodrigues de Sousa

**13**

GESTÃO, QUALIDADE E DESEMPENHO  
DOS SISTEMAS DE SAÚDE: PERCEÇÃO DOS  
ADMINISTRADORES E GESTORES HOSPITALARES

Tania Gaspar  
Barbara de Sousa  
Maria Céu Machado

**30**

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: UMA REFLEXÃO  
SOBRE A COBERTURA DE CRISES HOSPITALARES  
EM PORTUGAL

Liliana Santos

**35**

EMPENHAMENTO AFETIVO  
E NORMATIVO: UM ESTUDO EM JOVENS  
MÉDICOS

Válter Santos  
Manuela Frederico

**41**

MAGNET HOSPITALS:  
PATIENT OUTCOMES,  
STAFFING TRENDS, ORGANIZATIONAL  
AND ECONOMIC CHARACTERISTICS:  
A NARRATIVE REVIEW

Ricardo Correia De Matos  
Valter Amorim  
Paulo Oliveira  
Pedro Lopes  
Catarina Nogueira

**48**

TOP HOSPITAL PHARMACY  
THE EXCELLENCE OF HOSPITALS:  
APPLYING KEY PERFORMANCE INDICATORS  
TO ASSESS HOSPITAL PHARMACIES  
PERFORMANCE IN PORTUGAL

Santos R, Dias J, Costa D,  
Diogo C, Ruivo C,  
Lopes H, MotaFilipe H

Revista Portuguesa de

**Gestão  
& Saúde**

Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde · n.º 40 · Julho 2025

**DIRETOR** Miguel Sousa Neves **COORDENAÇÃO** Vera Rodrigues **DESIGN E PRODUÇÃO** Amarello's | Escritvães e Queiroga Lda.**PROPRIEDADE** Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde · Avenida Cidade de Montgeron, 212 · 4490-402 Póvoa de Varzim · E-mail: spgsaude@gmail.comSite: www.spgsaude.pt **DEPÓSITO LEGAL** 239095/06 **REGISTO ERC** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º8/99, de 9 de junho**PERIODICIDADE** Quadrimestral **IMPRESSÃO** Gráfica Valecambrense, Lda. **TIRAGEM** 2.500 exemplares



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objetivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde.

Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua atividade no setor da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a diretores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos setores de atividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adota como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela atualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os cola-

boradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

i) Os conhecimentos e os valores do grande público refletem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;

ii) A gestão eficiente e eficaz do setor da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;

iii) Os mass media constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;

iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

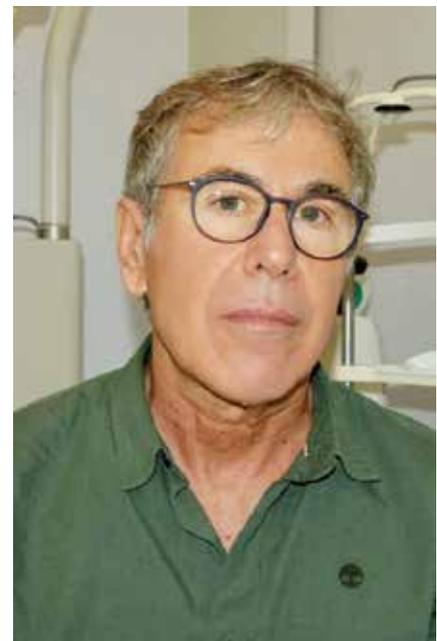
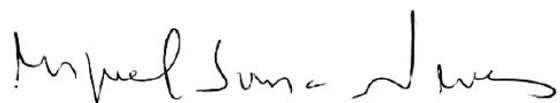
Todo o desempenho da Redação da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade.

Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde procurar-se-á ainda manter o leitor atualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto direto na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Julho de 2025 chega com um SNS exaurido entre reformas prometidas e realidades por cumprir. O ruído em torno dos contratos-programa, longe de trazer estabilidade, expõe a fragilidade de um sistema que continua a funcionar em modo reativo. A retórica da eficiência esbarra em serviços sobrecarregados, profissionais desmotivados e um silêncio preocupante sobre financiamento sustentável. Enquanto se fala em “transformação digital” e “proximidade”, persistem falhas básicas de acesso e coordenação. Na revista, continuamos a acolher perspectivas diversas — algumas críticas, outras propositivas — que, no seu conjunto, ajudam a pensar com mais lucidez os caminhos possíveis para o sistema de saúde em Portugal.

Julho 2025



**MIGUEL SOUSA NEVES**

*Presidente da Direção  
da Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde*

# Auditoria Clínica e Inteligência Artificial: Contributos para a Qualidade, Eficiência e Governança em Saúde

## – Uma Revisão Integrativa da Literatura

Diana Sofia Rodrigues de Sousa

### RESUMO

**Enquadramento:** A auditoria clínica é um instrumento essencial para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, permitindo a identificação de falhas e oportunidades de melhoria. A implementação de auditorias tem sido progressivamente valorizada nas organizações de saúde como um mecanismo de otimização assistencial e gestão eficiente dos recursos, contribuindo para a sustentabilidade financeira das instituições.

**Objetivo:** Analisar o impacto das auditorias clínicas na qualidade assistencial e na segurança do utente, identificando os principais desafios e benefícios da sua implementação em Portugal e em contextos internacionais de referência.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura com base nas diretrizes metodológicas de Whitemore e Knafl (2005), analisando publicações entre 2017 e 2023 sobre auditoria clínica, qualidade assistencial, governança clínica e gestão hospitalar. Foram considerados estudos sobre auditoria digital, impacto da inteligência artificial e governança da IA neste processo.

**Resultados:** As auditorias clínicas contribuem significativamente para a melhoria da qualidade assistencial, promovendo boas práticas, segurança do utente e eficiência organizacional. A utilização de tecnologias digitais e inteligência artificial tem demonstrado impacto positivo na rastreabilidade e monitorização dos processos. No entanto, desafios como a perceção punitiva da auditoria, resistência dos profissionais e escassez de recursos podem comprometer a sua efetividade.

**Conclusão:** A evidência reforça a necessidade de desenvolver estratégias para fortalecer a cultura de auditoria clínica, incluindo formação contínua, uso de tecnologias digitais e maior envolvimento dos profissionais. A implementação de auditorias automatizadas e metodologias participativas poderá maximizar a aceitação e eficácia das auditorias, resultando em melhorias sustentáveis na qualidade assistencial e na sustentabilidade financeira das organizações de saúde.

**Palavras-chave:** Auditoria Clínica; Inteligência Artificial; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Governança Clínica.

Diana Sofia Rodrigues de Sousa Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na ULS Arco Ribeirinho. Coordenadora da consulta de saúde materna e do projeto ISBAR na urgência obstétrica. Integra o grupo de trabalho da violência doméstica e representa os padrões de qualidade nos CSP. Frequenta o Mestrado em Gestão da Saúde na ENSP-NOVA

## 1. INTRODUÇÃO

A auditoria clínica é uma ferramenta estratégica fundamental na promoção da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, sendo amplamente reconhecida como um mecanismo de melhoria contínua. Consiste num processo sistemático de avaliação das práticas clínicas face a padrões previamente estabelecidos, permitindo a identificação de falhas, a implementação de melhorias baseadas na evidência e o reforço da accountability institucional (Maia et al., 2017; Posci et al., 2018).

Além da sua vertente avaliativa, a auditoria clínica tem um impacto significativo na gestão eficiente dos recursos, contribuindo para a redução de desperdícios e para a sustentabilidade das instituições (Gamarra, 2018; Ceretta, Seibert & Callegaro, 2023). Neste contexto, Afriyie et al. (2018) evidenciam que a existência de mecanismos eficazes de auditoria interna e controlo organizacional está diretamente associada à redução das taxas de mortalidade hospitalar, sublinhando o papel da auditoria como instrumento estratégico na governança clínica.

A qualidade dos registos clínicos é igualmente determinante neste processo. Estudos como os de Neves et al. (2019) e Spigolon et al. (2019) demonstram que a inconformidade na documentação de enfermagem compromete não apenas a rastreabilidade e a segurança dos cuidados, mas também conduz a perdas financeiras significativas devido às glosas hospitalares. Neste sentido, a auditoria clínica desempenha um papel central na monitorização e validação da qualidade dos registos e práticas assistenciais.

A nível internacional, a auditoria é amplamente adotada em diferentes contextos. O Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS) integra auditorias regulares como parte do seu modelo de melhoria contínua (Grote et al., 2021). Nos Estados Unidos, a Joint Commission utiliza auditorias detalhadas como critério de acreditação hospitalar (Yee et al., 2022). Em países nórdicos, observa-se uma crescente aposta em auditorias suportadas por inteligência artificial (IA), com ganhos comprovados em eficiência e redução de erros clínicos (Johansson et al., 2022).

Em Portugal, apesar dos progressos alcançados, subsistem desafios estruturais na implementação e valorização das auditorias clínicas. Estudos nacionais apontam para a existência de barreiras culturais, ausência de formação específica e perceções de cariz punitivo associadas ao processo auditor (Barros et al., 2021; Monteiro & Paula, 2019).

Num cenário de transformação digital, a introdução da inteligência artificial nas auditorias clínicas surge como uma oportunidade inovadora. Ferramentas digitais têm vindo a



demonstrar utilidade na análise preditiva, rastreabilidade de dados e automação de relatórios (Gama, 2022; Dantas Filho et al., 2025). Contudo, a sua adoção implica também o desenvolvimento de uma governança ética e regulatória robusta, de forma a salvaguardar a proteção de dados sensíveis e os direitos dos utentes (UNESCO, 2022; Azevedo & Costa, 2022).

Assim, torna-se pertinente analisar o impacto das auditorias clínicas, em articulação com as tecnologias emergentes, na melhoria da qualidade assistencial e segurança do utente, à luz da literatura científica atual.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo consistiu numa revisão integrativa da literatura, seguindo a abordagem metodológica proposta por Whittemore e Knafl (2005), complementada pelos procedimentos descritos por Sousa et al. (2017), que destacam a revisão integrativa como método adequado para compilar, analisar e sintetizar resultados de estudos com diferentes desenhos metodológicos, proporcionando uma compreensão abrangente de fenómenos complexos em saúde. ▶

## 2.1 Questão de investigação

A questão orientadora definida foi: “Qual o contributo das auditorias clínicas, com ou sem suporte digital e inteligência artificial, para a melhoria da qualidade assistencial e da segurança do utente?”

## 2.2 Estratégia de pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre fevereiro e abril de 2025, nas seguintes bases de dados eletrónicas: PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, CINAHL, RCAAP, Repositórios institucionais (UP, UAlg, UÉvora, entre outros)

## 2.3 Descritores e operadores booleanos

Foram utilizados os descritores controlados e livres em português, inglês e espanhol, conforme DeCS e MeSH, combinados por operadores booleanos AND e OR:

- “auditoria clínica” / “clinical audit”
- “qualidade assistencial” / “quality of care”
- “segurança do paciente” / “patient safety”
- “gestão hospitalar” / “hospital management”
- “auditoria digital” / “digital audit”
- “inteligência artificial” / “artificial intelligence”
- “governança clínica” / “clinical governance”
- “ética em saúde digital” / “digital health ethics”

## 2.4 Critérios de inclusão

- Publicações entre 2017 e 2025
- Artigos em português, inglês ou espanhol
- Acesso ao texto completo
- Estudos que abordem a auditoria clínica em contexto hospitalar ou de cuidados primários, com foco em qualidade, segurança e/ou uso de tecnologias digitais e IA

## 2.5 Critérios de exclusão

- Artigos repetidos
- Estudos sem rigor metodológico evidente
- Publicações fora do escopo temático (ex.: auditoria financeira)

## 2.6 Processo de seleção

A triagem dos estudos foi realizada em três etapas:

1. Leitura de títulos e resumos
2. Leitura do texto completo
3. Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão por dois revisores independentes

A seleção dos estudos foi documentada com base no modelo PRISMA adaptado, conforme ilustrado na Figura 1. O fluxograma apresenta o número de artigos identificados, triados, excluídos e finalmente incluídos na revisão integrativa.

# Fluxograma

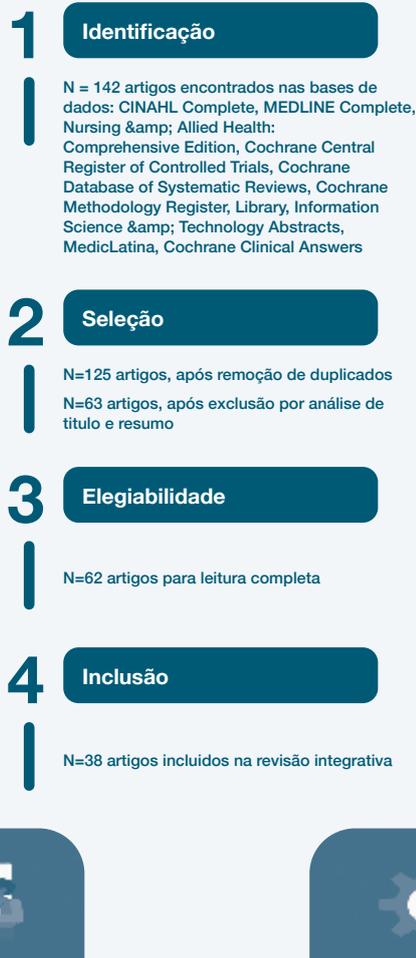


Figura 1. Fluxograma PRISMA adaptado representando o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos nesta revisão integrativa

## 2.7 Análise e síntese dos dados

Os dados foram extraídos para uma grelha de análise contendo: ano, autores, país, tipo de estudo, objetivos, principais resultados e contributo para a questão de investigação.

A análise foi realizada por categorização temática com agrupamento por convergência de resultados, de modo a facilitar a síntese crítica da informação recolhida.

## 3. RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 38 estudos relevantes para esta revisão integrativa, publicados entre 2017 e 2025. A maioria dos artigos foi publicada em revistas científicas indexadas nas áreas de enfermagem, gestão em saúde, auditoria clínica e tecnologias em saúde.

### 3.1 Caracterização geral dos estudos incluídos

- **Distribuição temporal:** A produção científica intensificou-se a partir de 2020, coincidindo com o impacto da pandemia de COVID-19 e o crescimento da digitalização nos serviços de saúde.

- **Tipos de estudo:** A maioria dos estudos é de natureza qualitativa ou revisão da literatura, com destaque para revisões integrativas, estudos de caso, relatos de experiência e scoping reviews.

- **Contextos geográficos:** A produção distribuiu-se principalmente entre Brasil, Portugal, Reino Unido, Itália e países nórdicos, com foco em contextos hospitalares e unidades de saúde familiar.

- **Profissionais-alvo:** Os estudos abordam sobretudo a atuação de enfermeiros auditores, gestores hospitalares, auditores internos e técnicos de informação em saúde.

### 3.2 Categorias temáticas emergentes

A análise temática dos estudos permitiu a identificação de cinco categorias principais:

#### A. Contributo da auditoria clínica na melhoria da qualidade de assistencial

Estudos como os de Grote et al. (2021), Neves et al. (2019) e Bernardino & Bernardino (2025) demonstram que auditorias bem estruturadas permitem identificar desvios, melhorar a qualidade dos registos clínicos, reduzir eventos adversos e alinhar práticas com normas institucionais.

#### B. Integração da inteligência artificial e tecnologias digitais

Artigos como Gama (2022), Dantas Filho et al. (2025), Teixeira (2022) e Lerner & Flash (2023) sublinham o papel crescente da IA na automação de auditorias, deteção de inconformidades, geração de relatórios preditivos e apoio à tomada de decisão baseada em dados. Essa abordagem também contribui para maior rastreabilidade, agilidade e eficiência nos processos.

#### C. Resistência institucional, capacitação e envolvimento profissional

Autores como Monteiro & Paula (2019), Fonseca et al. (2022), Figueiredo et al. (2022) e Borges et al. (2020) evidenciam barreiras à implementação de auditorias, incluindo perceções punitivas, falta de formação, ausência de cultura de segurança e dificuldades de adesão dos profissionais.

#### D. Implicações éticas e regulamentares na utilização de IA

Estudos como UNESCO (2022), Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023) e Azevedo & Costa (2022) destacam a necessidade de garantir transparência, ética e proteção de dados nos sistemas automatizados de auditoria, evitando viés algorítmico e assegurando supervisão humana.

#### E. Auditoria clínica como instrumento estratégico de gestão e governança

Estudos de Afriyie et al. (2018), Ceretta et al. (2023) e Andrade & Sicheski (2017) demonstram como a auditoria clínica

fornece dados estratégicos para a gestão hospitalar, contribuindo para o controlo de desperdícios, a melhoria contínua e a sustentabilidade dos serviços.

### 3.3 Síntese dos achados principais

- A auditoria clínica é reconhecida como ferramenta promissora na avaliação e melhoria dos cuidados prestados ao utente.

- A IA representa uma mais-valia, mas ainda enfrenta obstáculos éticos, legais e operacionais.

- Há consenso sobre a necessidade de formação específica, envolvimento dos profissionais e regulamentação clara.

- A governança clínica depende de auditorias sistemáticas, integradas na cultura institucional e suportadas por tecnologia.

## 4. DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa confirma que a auditoria clínica continua a ser uma ferramenta incontornável na promoção da qualidade assistencial, na segurança do utente e na eficiência organizacional. Como salientado por Grote et al. (2021) e Neves et al. (2019), auditorias bem delineadas promovem não só a adesão dos profissionais às boas práticas clínicas, como também favorecem a padronização dos cuidados e a rastreabilidade dos registos, o que é essencial para a responsabilização institucional.

Com a crescente complexidade dos sistemas de saúde e o volume progressivo de dados clínicos, a auditoria tradicional enfrenta limitações práticas, operacionais e de tempo. Nesse contexto, a introdução de tecnologias digitais e, em particular, da inteligência artificial (IA), representa uma resposta inovadora com potencial transformador. Autores como Gamarra (2018), Gama (2022), Dantas Filho et al. (2025) e Teixeira (2022) sublinham que a utilização da IA na auditoria permite não apenas otimizar a análise de grandes volumes de dados, mas também identificar inconformidades, prever padrões de risco e automatizar relatórios, o que reduz significativamente o esforço humano envolvido e os erros por omissão.



A auditoria clínica continua a ser uma ferramenta incontornável na promoção da qualidade assistencial, na segurança do utente e na eficiência organizacional

Para além disso, a IA permite uma monitorização contínua dos indicadores de qualidade e segurança, o que contribui para decisões mais rápidas e baseadas em evidência. Esta transformação digital vem sendo explorada também em auditorias internas ligadas ao controlo da conformidade com normas legais, nomeadamente no que diz respeito à proteção de dados (Carvalho, 2022; Dantas Filho et al., 2025). A possibilidade de incorporar algoritmos adaptativos nos sistemas de informação em saúde, como demonstrado por Lerner e Flash (2023), permite respostas quase em tempo real, maior personalização das análises e garantia de credibilidade nos dados recolhidos, assegurando também a rastreabilidade dos processos assistenciais, com salvaguarda da proteção de dados sensíveis.

Contudo, a adoção da IA em auditorias não está isenta de desafios. O contexto institucional português ainda revela, segundo Barros et al. (2021) e Monteiro e Paula (2019), resistências organizacionais à inovação, relacionadas com perceções de fiscalização punitiva, escassez de recursos humanos capacitados e fragilidades na formação específica para auditores clínicos. No Brasil, Borges et al. (2020) identificaram perceções semelhantes entre profissionais da auditoria interna, que destacam a necessidade de formação específica, envolvimento dos gestores e clarificação de processos éticos e regulatórios para garantir o uso eficaz e seguro da inteligência artificial nas práticas auditoras. Estes fatores comprometem a aceitação das recomendações decorrentes das auditorias e reduzem o seu impacto transformador nos serviços. A resistência cultural à tecnologia, conforme apontado por Fonseca et al. (2022), está muitas vezes relacionada com o desconhecimento sobre o funcionamento dos algoritmos, receio de substituição profissional e dúvidas éticas quanto ao uso de dados sensíveis.

Além disso, o relatório da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2023) destaca que a confiança nas soluções de IA permanece limitada entre os profissionais, com preocupações éticas sobre privacidade, integridade dos dados e substituição humana. Esta perceção, partilhada por 88% dos inquiridos no contexto



européu, evidencia a importância de políticas institucionais que assegurem transparência, supervisão humana e proteção dos direitos dos utentes.

Nesta linha, é essencial refletir sobre as implicações éticas do uso da inteligência artificial na auditoria em saúde. A governança da IA, destacada pela UNESCO (2022), e por autores como Azevedo e Costa (2022), enfatiza a necessidade de garantir transparência algorítmica, justiça, não discriminação e respeito pela confidencialidade dos dados clínicos. A utilização de IA em auditorias obriga à criação de regulamentos institucionais claros, mecanismos de supervisão humana e validação ética que garantam que as decisões geradas por sistemas automatizados estejam em conformidade com os princípios clínicos e deontológicos da prática em saúde.

Adicionalmente, diversos estudos (Costa et al., 2022; Cardoso et al., 2022) destacam que a eficácia das auditorias digitais depende fortemente da forma como estas são integradas na cultura organizacional. Quando as equipas são

envolvidas nos processos de auditoria e os resultados são comunicados de forma construtiva, há maior apropriação dos indicadores e melhor adesão às propostas de melhoria. Este envolvimento é potenciado pela existência de planos de formação contínua, instrumentos de auditoria bem definidos e liderança comprometida com a qualidade assistencial.

Bernardino e Bernardino (2025) reforçam essa perspetiva ao destacar, numa revisão de escopo, que a auditoria clínica é um mecanismo estruturante da governança clínica. Os autores concluem que auditorias sistematizadas não apenas promovem práticas assistenciais alinhadas com a evidência científica, como também consolidam processos de avaliação interna essenciais à melhoria contínua da qualidade e à responsabilização organizacional.

Neste contexto, Figueiredo et al. (2022) destacam o papel da auditoria interna em unidades de saúde familiar como elemento fundamental na promoção de práticas seguras e na otimização da gestão clínica, evidenciando o seu



contributo para a maturidade organizacional e eficiência do sistema de saúde.

A este respeito, Ceretta, Seibert e Callegaro (2023) destacam o papel da auditoria operacional como ferramenta estratégica no controlo de desperdícios, reforçando o seu contributo na racionalização de recursos e na sustentabilidade dos sistemas hospitalares. Esta racionalização, segundo Afriyie et al. (2018), está intrinsecamente ligada à eficácia dos mecanismos de controlo e de governação clínica, os quais têm impacto direto na redução das taxas de mortalidade hospitalar.

Neste cenário, destaca-se a importância de investir na formação contínua dos profissionais de saúde, não apenas em auditoria, mas também no uso crítico de tecnologias baseadas em IA. A criação de ambientes colaborativos que incentivem o envolvimento dos profissionais na definição de critérios de auditoria, bem como no desenho dos algoritmos utilizados, pode reforçar a confiança e aumentar a adesão às práticas de auditoria digital. A interoperabilidade dos sistemas de informação, apontada por Azevedo e Costa (2022) como uma das principais lacunas nos serviços públicos, surge como condição imprescindível para garantir a integridade, integridade e acessibilidade dos dados. Em Portugal, algumas instituições de saúde têm implementado boas práticas relacionadas com auditoria clínica e transformação digital. A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde tem promovido soluções tecnológicas que facilitam a gestão de dados clínicos e administrativos, contribuindo para a interoperabilidade e a modernização dos sistemas de informação em saúde [39]. O

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) criou a Comissão Local de Informatização Clínica, com a missão de desenvolver e otimizar aplicações informáticas que suportem a prática clínica e a auditoria dos cuidados prestados [40]. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) destaca, no seu regulamento interno, a relevância da auditoria clínica como ferramenta para assegurar a melhoria contínua da qualidade assistencial [41]. A Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas (ULS Loures-Odivelas) foi distinguida com uma menção honrosa pela implementação do projeto “Estratificação da População pelo Risco”, evidenciando o seu compromisso com a melhoria da qualidade assistencial e a gestão eficiente dos cuidados de saúde [42]. De igual modo, o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) integra no seu plano de formação a ação “Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde”, de carácter multiprofissional, destinada a capacitar os profissionais em temas centrais para a auditoria clínica e a segurança do doente [43]. Embora ainda escasseiem estudos científicos sobre a eficácia destas iniciativas, estas práticas revelam um crescente compromisso institucional com a qualidade e segurança nos cuidados de saúde.

O cruzamento de dados em tempo real e a análise preditiva de padrões clínicos oferecem novas possibilidades para a gestão eficiente de recursos, permitindo reduzir o tempo despendido em tarefas repetitivas e libertando os profissionais para funções de maior valor assistencial.

## 5. CONCLUSÃO

A auditoria clínica, enquanto instrumento de melhoria contínua, reafirma-se como uma componente estratégica essencial na promoção da qualidade, segurança do utente e sustentabilidade dos sistemas de saúde. A presente revisão demonstrou que auditorias bem estruturadas e orientadas por princípios de boa governança clínica (Bernardino & Bernardino, 2025) são fundamentais para alinhar a prática assistencial com a evidência científica, fortalecer a responsabilização institucional e fomentar a cultura da qualidade.

A introdução de tecnologias digitais, nomeadamente a inteligência artificial (IA), revela-se como um catalisador da transformação nas auditorias clínicas. A IA permite processar grandes volumes de dados com maior rapidez, identificar inconformidades, gerar relatórios automáticos e apoiar decisões clínicas em tempo útil (Gamarra, 2018; Gama, 2022; Dantas Filho et al., 2025). Além disso, a sua aplicação na monitorização de conformidade legal e na proteção de dados torna-se cada vez mais relevante num contexto de exigência regulatória crescente (Carvalho, 2022; Lerner & Flash, 2023).

Contudo, a adoção plena da IA em auditoria exige mais do que infraestrutura tecnológica. É necessário assegurar a governança ética da IA, salvaguardando a privacidade, a equidade e a transparência dos algoritmos utilizados (UNESCO, 2022; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023). Barreiras como a resistência cultural dos profissionais, a perceção de auditoria como mecanismo punitivo (Fonseca et al., 2022; Monteiro & Paula, 2019) e a escassez de formação técnica adequada comprometem a efetividade do processo. ▶

A capacitação contínua dos profissionais de saúde, o seu envolvimento ativo na análise dos resultados e a valorização da auditoria como ferramenta de apoio à decisão são aspetos centrais para o sucesso da sua implementação (Dias et al., 2019; Costa et al., 2022). A interoperabilidade entre sistemas de informação e a utilização de algoritmos preditivos poderão contribuir para uma gestão mais racional do tempo dos profissionais, otimizando os cuidados prestados e diminuindo desperdícios (Ceretta et al., 2023).

É igualmente relevante reconhecer que auditorias clínicas eficazes geram informação estratégica indispensável para a gestão hospitalar e para a melhoria contínua dos serviços (Afriyie et al., 2018; Barros et al., 2021). Essa informação, quando integrada em processos de planeamento, permite an-

teciar riscos, redirecionar recursos e promover um ambiente organizacional mais seguro e eficiente.

Recomenda-se que futuras investigações explorem a criação de indicadores específicos para auditorias clínicas digitais, avaliem o impacto da IA na mudança organizacional e aprofundem o papel do auditor clínico como elo entre a prática, a evidência e a tecnologia. Adicionalmente, será crucial o desenvolvimento de políticas públicas que incentivem a adoção responsável da IA nas auditorias, garantindo a proteção dos dados e a qualidade dos cuidados.

Assim, a auditoria clínica — tradicional e digital — deve ser integrada como parte fundamental da estratégia organizacional, constituindo-se não apenas como um mecanismo de controlo, mas como um motor de inovação e excelência assistencial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afriyie SO, Kong Y, Danso PO, Musah AI, Akomeah MO. Do corporate governance mechanisms and internal control systems matter in reducing mortality rates? *Int J Health Plann Mgmt*. 2018;34(1):744–60. doi:10.1002/hpm.2732.
2. Alves D, Conceição M. O impacto da inteligência artificial na automação de auditorias em conformidade com as leis de proteção de dados. *ResearchGate*. 2025. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/388176362>.
3. Alves M, Henriques D. O contributo da auditoria interna para a governação clínica e de saúde numa unidade de saúde familiar. In: *Atas do Encontro de Boas Práticas em Auditoria*. Lisboa: SBAP; 2022. p. 1–15.
4. Andrade FB, Sicheski SJ. Auditoria interna hospitalar: uma atividade de apoio à tomada de decisão. *Rev Espacios*. 2017;38(24):1–9.
5. Azevedo F, Costa S. A inteligência artificial na transformação digital do setor público: eficiência, transparência e prestação de contas. *GEE Papers 187*. Ministério da Economia e do Mar; 2022.
6. Barros R, et al. Auditoria clínica em unidades hospitalares portuguesas: desafios e oportunidades. *Rev Port Gestão Saúde*. 2021;18(1):45–61.
7. Bernardino SP, Bernardino CP. Clinical governance through audit in promoting quality in clinical practice: scoping review. *Pensar Enferm*. 2025;29(1):5–13. doi:10.71861/pensarenf.v29i1.341.
8. Borges WG, Leroy RS, Carvalho LF, Lima NC, Oliveira JM. Implicações da Inteligência Artificial na Auditoria Interna no Brasil: Análise sob a Percepção de Profissionais. *Soc Contab Gestão*. 2020.
9. Cardoso MJ, et al. Auditoria clínica: contributo do auditor clínico na qualidade da prestação dos cuidados de saúde. *ComUM – Repositório Científico*. 2022.
10. Carvalho L. A influência da inteligência artificial no processo de auditoria: percepções e desafios [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico do Porto; 2022.
11. Ceretta JC, Seibert RM, Callegaro ARC. Gestão hospitalar: a auditoria operacional como ferramenta estratégica para o controlo de desperdícios. *Rev GeSec*. 2023;14(3):2663–75. doi:10.7769/gesec.v14i3.1739.
12. Costa MG, et al. Contributo da auditoria interna para a governação clínica e de saúde numa unidade de saúde familiar. *Sapientia – UAlg*. 2022.
13. Dias JVM, Oliveira LG, Moia CMS, Ferreira JS, Silva JHS, Souza MOLS. A percepção do enfermeiro sobre auditoria de enfermagem no âmbito hospitalar. *Enferm Brasil*. 2019;18(6):737–42. doi:10.33233/eb.v18i6.2853.
14. Duarte TAF. Ética no uso da inteligência artificial em auditoria [Dissertação de Mestrado]. Coimbra Business School | ISCAC; 2022.
15. Fonseca CAD, Santos SP, Carvalho IL, Lessa PG. Auditoria clínica como ferramenta da qualidade assistencial: relato de experiência. *Rev Renome*. 2022.
16. Figueiredo A, et al. O contributo da auditoria interna para a governação clínica e de saúde numa unidade de saúde familiar. *Universidade do Algarve*; 2022.
17. Furtado R, Mendes S, Camilo J, Oliveira M. Inteligência Artificial na Auditoria Interna: Percepção dos Auditores Internos do Ministério Público de Minas Gerais. *Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública - EBAP*. 2022.
18. Gamarra TPN. Auditoria na saúde suplementar: uma revisão integrativa. *Rev Gest Sist Saúde*. 2018;7(3):221–37. doi:10.5585/rev.gest.sist.v7i3.377.
19. Gama F. Auditoria em saúde e a inteligência artificial – ganho necessário. *JBAS*. 2022.
20. García Herrera J. La UNESCO y la gobernanza de la inteligencia artificial en un mundo globalizado. *Rev Investig Enferm*. 2020;11(3):1489–94.
21. Grote H, Toma K, Crosby L, Robson C, Palmer C, Land C, et al. Outliers from national audits: their analysis and use by the care quality commission in quality assurance and regulation of health care services in England. *Clin Med*. 2021;21(5):511–6. doi:10.7861/clinmed.2020-0695.
22. Lerner A, Flash L. Auditoria assistida por inteligência artificial com ajustes personalizados e proteção de dados. *ResearchGate*. 2023.
23. Maia ABB, Barbosa AB, Silva MNP, Branco LMGC, Rodrigues LMC, Melo TMTC. Technical and scientific compilation about audit quality management: an integrative review. *J Nurs UFPE online*. 2017;11(suppl.3):1489–94. doi:10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201722.
24. Meira M. O Impacto da Inteligência Artificial na Auditoria [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto; 2019.
25. Meira SRC, Oliveira ASB, Santos CO. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. *Braz J Bus*. 2021;3(1):1021–33.
26. Monteiro MBS, Paula MA. Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gest Sist Saúde*. 2019;9(1):71–93. doi:10.5585/rgss.v9i1.15909.
27. Morais AM, Silva KCO, Lemos TAB, Sousa MM, Silva MFN, Rodrigues IDC, et al. Obstáculos enfrentados pelo enfermeiro auditor no serviço de saúde: revisão bibliográfica. *Braz J Surg Clin Res*. 2019;27(1):121–5.
28. Neves VLS, Marques JS, Gomes AT, Meneses MO, Lima PR, Damascena DEL, et al. Auditoria em enfermagem: Qualidade dos registos e suas consequências. *Braz J Surg Clin Res*. 2019;27(3):114–9.
29. OMS. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030. *Genebra: Organização Mundial da Saúde*; 2021.
30. Ordem dos Psicólogos Portugueses. O fator humano na inteligência artificial. *Lisboa: OPP*; 2023.
31. Pertille F, Ascari RA, Oliveira MCB. The importance of nursing records in hospital billing. *J Nurs UFPE online*. 2018;12(6):1717–26. doi:10.5205/1981-1216a234419p1717-1726-2018.
32. Posci A, Azzolini E, Cacciatore P, Belvis AG, Volpe M, Cambiere A, et al. Does clinical governance influence the quality of medical records? *Ann Ist Super Sanità*. 2018;54(2):104–8. doi:10.4415/ANN\_18\_02\_05.
33. Silva M. Governação clínica: promoção da qualidade nas práticas clínicas. *Rev Trabalhos da Unidade Curricular de Auditoria Clínica – Revisão da Literatura*. Universidade de Évora; 2022.
34. Silva PCO. O impacto da COVID-19 na auditoria interna hospitalar [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto; 2022.
35. Sousa LM, Marques-Vieira C, Severino S, Antunes AV. Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Rev Investig Enferm*. 2017;Série II(21):17–26.
36. Spigolon DN, Lima AM, Teston EF, Maran E, Costa AAR, Derenzo N. Impacto da inconformidade dos registos de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Cien Cuid Saude*. 2019;18(1):1–6. doi:10.4025/ciencuiddsaude.v18i1.44748.
37. Teixeira FF. Inteligência artificial e auditoria digital: percepção dos auditores hospitalares. *Instituto Politécnico do Porto*; 2022.
38. Yee B, Barret E, Jeffreys M, Haase A, Hales C. Improving health services for patients with extreme obesity requiring bariatric level care at Wellington Regional Hospital: a clinical audit. *N Z Med J*. 2022;135(1562):10–24.
39. SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Plano Estratégico 2021-2023: Interoperabilidade e dados em saúde. Lisboa: SPMS; 2021. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt>
40. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Comissão Local de Informatização Clínica. Relatório de atividades 2022. Coimbra: CHUC; 2022. Disponível em: <https://www.chuc.min-saude.pt>
41. Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Regulamento interno de auditoria clínica. Matosinhos: ULSM; 2022. Disponível em: <https://www.ulsm.min-saude.pt/institucional/qualidade/>
42. Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas. ULS Loures-Odivelas distinguida com Menção Honrosa pelo projeto “Estratificação da População pelo Risco” [Internet]. Loures: ULSLO; 2023 [citado 2025 Abr 3]. Disponível em: <https://ulso.min-saude.pt/noticias/uls-loures-odivelas-distinguida-com-mencao-honrosa/>
43. DEFI CH Porto. Formação “Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde” – Experiências da ULS Loures. Encontro de Partilha e Inovação. 2023. Disponível em: <https://defi.chporto.pt/evento/formacao-qualidade-e-seguranca-em-cuidados-de-saude>

# Gestão, Qualidade e Desempenho dos Sistemas de Saúde:

perceção dos administradores e gestores hospitalares

Tania Gaspar  
Barbara de Sousa  
Maria Céu Machado

## Abstract

A qualidade dos serviços é um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde. A avaliação destes e do respetivo desempenho, inclui indicadores como acesso, equidade, qualidade, segurança e custos.

O presente estudo pretende identificar a perceção dos administradores e gestores hospitalares em relação às forças, fragilidades e proposta de melhoria da gestão, qualidade e desempenho dos sistemas de saúde.

O estudo inclui membros da administração e gestão de hospitais públicos portugueses, é constituída por 32 participantes, 56,3% do género feminino, com idade mínima de 37 anos e idade máxima de 67 anos, média de 51,1 anos de idade com desvio padrão de 7,65.

Os resultados da Análise SWOT, além da identificação de pontos fortes e fracos, foram propostas melhorias. As principais propostas de melhoria indicadas relativamente à Administração Gestão são: 1) Autonomia; 2) Planeamento Estratégico do trabalho da organização; 3) Comunicação e Envolvimento Organizacional; 4) Inovação e 5) Aumento de Recursos.

Ao nível dos procedimentos salientam a necessidade de 1) Interligação de redes e softwares; 2) Agilização de processos; 3) Melhoria da articulação com a comunidade (serviços e parcerias); 4) A modernização das instalações.

Em relação aos profissionais propõem que seja melhorado: 1) Condições de contratuais; 2) Condições de trabalho e 3) Relações laborais. Por último, relativamente aos doentes, sugerem melhoria de: 1) Acesso, Instalações e Procedimentos; 2) Prestação de cuidados e 3) Promoção de Literacia e envolvimento.

Concluimos seis desafios do Sistema Nacional e Saúde: Desafio 1 – Político - políticas de saúde a médio/ longo prazo numa visão de qualidade, justiça social e investimento na manutenção e melhoramento do sistema de saúde; Desafio 2 – Gestão – seleção transparente/competências específica, autonomia e prestação de contas/responsabilização; Desafio 3 – Doentes – literacia em saúde, comunicação, capacitação e acesso aos cuidados de saúde; Desafio 4 - Recursos Humanos – adequação às necessidades (número e especialidade), formação contínua, incentivos baseados no desempenho e responsabilização; Desafio 5 – Transformação digital – a utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde, pode revelar-se muito positiva para os doentes, para os profissionais, para a organização e para o funcionamento global dos serviços de saúde; Desafio 6 – Resultados – rigoroso e realista estabelecimento de objetivos e metas (contratualização), antecipação e avaliação de resultados, gestão clínica e gestão do desempenho.

Tania Gaspar <sup>a,b,c,d,e</sup> Barbara de Sousa <sup>a,d,e</sup> Maria Céu Machado <sup>c,e</sup>

<sup>a</sup> Universidade Lusófona, HEI-LAB, Portugal <sup>b</sup> CHRC/ Universidade NOVA de Lisboa, Portugal

<sup>c</sup> ISAMB – FM / Universidade de Lisboa, Portugal <sup>d</sup> Aventura Social – Associação, Portugal

<sup>e</sup> Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis, Portuguese Laboratory for Healthy Workplaces, Lisboa, Portugal

## Introdução

A qualidade dos serviços é um dos objetivos centrais dos sistemas de saúde. A avaliação destes e do respetivo desempenho, inclui indicadores, tais como acesso, equidade, qualidade, segurança e custos <sup>1</sup>.

Podem ser identificados sete pilares da qualidade em saúde: 1) eficácia; 2) eficiência, 3) efetividade; 4) adequação/otimização; 5) conformidade / aceitabilidade; 6) legitimidade e 7) equidade. A avaliação da qualidade das organizações de saúde, numa perspetiva sistémica, deve ter em conta diversos conceitos fundamentais, tais como, a liderança, estratégia, planos, doentes, sociedade, informações e conhecimentos, pessoas, processos e resultados. O processo de gestão estratégica com vista à qualidade e melhor desempenho em saúde é composto por seis etapas: 1) diagnóstico ou análise das influências dos *stakeholders*, da intenção estratégica da organização, e análise dos ambientes externo e interno; 2) formulação ou definição do plano e opções estratégicas; 3) implementação, execução da estratégia através do plano de ação; 4) controlo, monitorização do desempenho estratégico através de indicadores; 5) retroalimentação, ou seja, mudanças e adaptações necessárias na trajetória estratégica; 6) aprendizagem, desenvolvimento de processos e práticas que promovam a aprendizagem organizacional em gestão estratégica<sup>2</sup>.

A Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup> apresenta funções de gestão nos serviços de saúde, tais como política e planeamento, gestão e planeamento, financeiro e de recursos humanos, *governance* e avaliação, gestão e planeamento da prestação de serviços, informação e gestão do desempenho. São fundamentais a garantia da qualidade, acreditação, satisfação e segurança do doente, gestão do desperdício e monitorização e avaliação da qualidade dos serviços, gestão do risco e clima de supervisão e apoio organizacional. Ao nível da gestão, as organizações de saúde necessitam de equilíbrio em quatro campos: 1) número adequado de gestores em todos os níveis do sistema; 2) gestores com competências adequadas; 3) sistema de apoio e suporte da gestão;



4) condições adequadas no ambiente de trabalho. Estas quatro condições estão intimamente ligadas e devem ser reforçadas como um todo.

Soluções para compreender e melhorar a qualidade, custo e acessibilidade a um sistema de saúde que incluam apenas um ou dois componentes não são suficientes. A natureza do sistema de saúde carece de ser reformulada, através da competição de resultados baseada no valor, incluindo profissionais de saúde, planos de saúde, cidadãos e consumidores, fornecedores e governo. A literatura defende que a reforma deve envolver transformação de estratégias, estrutura organizacional, abordagens de financiamento e avaliação das práticas dos diversos atores do sistema<sup>4-7</sup>.

A segurança do doente e a qualidade dos serviços de saúde são prioridades do sistema de saúde, e consequentemente, para melhoria dos resultados da organização deve ser realizada uma apreciação sistemática global que contribui para esses resultados<sup>8</sup>. Como outros sistemas, o de saúde, assenta sobre dois conjuntos de conceitos: emergência e hierarquia; controlo

e comunicação e é constituído por diferentes hierarquias, nomeadamente o cidadão e a comunidade, a organização (hospital, centro de saúde, etc.), a acreditação e governo<sup>9</sup>.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions <sup>10</sup> dedica-se às ligações entre o diálogo social, as condições de trabalho, a qualidade do trabalho e o respetivo impacto no desempenho da organização e através da análise de seis estudos de caso conclui que existe uma clara relação entre eles. A formação surge como o fator com maior impacto na melhoria do desempenho. A saúde, a segurança e o bem-estar contribuem para o aumento do desempenho e produtividade de cerca de 20% com menos faltas por doença e gastos associados. O estudo conclui que uma organização com políticas flexíveis, bem desenvolvidas promotoras de um equilíbrio entre o trabalho e a vida privada tem um impacto positivo, assim como maior facilidade de recrutar e manter os profissionais, maior dedicação dos profissionais, menos acidentes e erros e maior satisfação laboral<sup>5,11</sup>.

A investigação que analisa a relação



entre a gestão e os resultados e desempenho das organizações de saúde apresenta algumas limitações quantitativas e qualitativas, uma vez que a maioria dos estudos revela resultados face a problemas /temas /contextos de saúde específicos. No entanto, permitem algumas conclusões, como, demonstra que intervenções que permitam desenvolver as capacidades/competências de gestão facilitam e influenciam o desempenho, o envolvimento do governo é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e da saúde da população e valoriza o fortalecimento e *empowerment* do papel da gestão e da gestão intermédia. Outro ponto a salientar é que, a melhoria dos resultados, é um processo que implica o desenvolvimento de comportamentos e culturas e pode demorar anos até se refletir claramente na gestão e o desempenho. Por último, a gestão é uma capacidade individual e do sistema, na qual todos os níveis e intervenientes beneficiam de uma articulação eficaz e articulada. O sistema de saúde precisa de uma estratégia tripartida para melhorar a saúde global, nomeadamente educação e formação, prática e investigação. Um forte ênfase na gestão, como um elemento fundamental para a saúde global, pode abrir novos e sustentáveis caminhos para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde<sup>12</sup>.

O conhecimento e as competências da gestão são fundamentais para o desempenho das organizações de saúde<sup>13</sup>. A sustentabilidade das organizações de saúde está intimamente ligada à capacidade que as organizações de saúde têm de avaliar os seus processos e resultados, identificar necessidades de mudança e implementar e monitorizar de modo eficaz estratégias de mudança. O foco da gestão terá de ser a excelência,

a qualidade dos serviços prestados, os serviços de apoio ao doente, e posicionamento no mercado<sup>14-17</sup>.

A avaliação das organizações de saúde deverá ter uma abordagem multidimensional de diferentes tipos de processos e resultados<sup>18,19</sup>.

Uma boa gestão da organização de saúde é fundamental para o seu bom desempenho, para a motivação e retenção dos profissionais de saúde e bem-estar dos doentes<sup>17</sup>.<sup>20</sup> conclui-se que é importante ter uma política de retenção de profissionais através da valorização, incentivos e promoção da formação contínua. A gestão global da saúde deve ter em consideração diversos fatores: a) competências fundamentais; b) aumento da capacidade de gestão uma perspectiva de objetivos pessoais; c) fortalecimento da investigação na área da gestão e na melhoria do desempenho do sistema de saúde.

As competências da gestão nas organizações de saúde estão intimamente ligadas com o desempenho organizacional, especialmente as competências relacionadas com o processo de partilha de informação e comunicação<sup>21,13</sup>.

Bradley, Taylor e Cuellar<sup>12</sup> identificam oito competências fundamentais para fortalecimento da gestão dos sistemas de saúde: 1) pensamento estratégico e resolução de problemas; 2) gestão: de recursos humanos, financeira, e operacional do desempenho; 6) *governance* e liderança; 7) análise política e comunicação; 8) avaliação e envolvimento da comunidade e do cidadão.

Um trabalho desenvolvido<sup>22</sup> para o Observatório Europeu para os Sistemas e Políticas de Saúde da Organização Mundial de Saúde aprofunda o papel da avaliação do desempenho para a melhorias das organizações e do sistema de saúde conclui que a avaliação de desempenho permite aos decisores políticos melhorar e acompanhar mais eficazmente os sistemas de saúde, e a todos os atores decisões com maior qualidade. A avaliação do desempenho deve ser liderada pelos governos, deve-se ter cuidado com a definição dos indicadores de desempenho, apresentá-los de forma clara, acessível e contextualizá-los em temas sociais. Algumas áreas ainda têm *deficits* de indicadores desempenho, como a saúde mental e a proteção financeira. A divulgação da informação da avaliação de desempenho deve ser clara e compreensível para profissionais, cidadãos e outras partes interessadas e monitorizada regularmente. Incentivos financeiros para as organizações com melhor desempenho pode ser uma medida promissora para as políticas e investigação uma vez que as decisões devem ser baseadas na evidência científica rigorosa.

Num estudo de Braithwaite *et al*<sup>23</sup> a comparação entre oito países mostrou que os indicadores mais referidos são por ordem de importância: qualidade e segurança, acesso, experiência do doente, resultados de saúde da população e eficiência. E que a avaliação de desempenho deve ser suportada através de uma estrutura lógica, universalmente aceitável e disponível para o desenvolvimento de um indicador nacional. Deve definir o foco e dimensões de desempenho, ajudar a alinhar o sistema de avaliação com as outras políticas e exigências financeiras e dar uma visão clara para incentivar a aceitação dos profissionais de saúde e dos cidadãos. E ainda integrar diferentes domínios e tenha um equilíbrio de indicadores ao nível da estrutura, processo e resultados. ▶

O presente estudo pretende identificar a perceção dos administradores e gestores hospitalares em relação às forças, fragilidades e proposta de melhoria da gestão, qualidade e desempenho dos sistemas de saúde.

## Método

### Participantes

A amostra dos membros da administração e gestão é constituída por 32 participantes, 56,3% do género feminino, com idade mínima de 37 anos e idade máxima de 67 anos, média de 51,1 anos de idade com desvio padrão de 7,65. Os participantes reportam ter formação base em diferentes áreas: cinco participantes da área do Direito, cinco da área da Gestão, cinco participantes da área da Saúde, três da área da Economia, três na área da enfermagem e os restantes de outras áreas diversas.

### Instrumento

No questionário aos administradores/gestão foi incluída uma questão aberta onde se solicitava a análise SWOT, onde se solicitava três exemplos de Pontos fortes; Pontos fracos; Oportunidades e Constrangimentos e proposta de ações de melhoria. Análise SWOT foi solicitada por organização de saúde; Administração/Gestão; Profissionais; Doentes.

## Procedimento

O procedimento de recolha de dados incluiu diferentes fases. Numa primeira fase o estudo foi submetido à Comissão de ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e obteve o parecer favorável ref<sup>a</sup> n<sup>o</sup> 35/19.

No caso do Instrumento Administração foi enviado pelo hospital um email para cada membro do conselho de administração e diretor clínico a sensibilizar para a participação no estudo e de seguida um outro email com um *link* que remete para o respetivo instrumento. A página inicial é constituída pela carta de consentimento informado e apenas segue para preenchimento depois do participante assinalar deliberadamente o seu consentimento. Na base de dados (informação que o investigador principal da investigação tem acesso) cada participante recebeu um número identificador garantindo o anonimato e a confidencialidade.

## Resultados

### Análise SWOT dos Administradores e Gestores

Foi solicitado aos administradores e gestores que identificassem os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades, os constrangimentos e as propostas de melhoria em relação à Organização de Saúde e Gestão; aos Profissionais e aos Cidadãos (Tabela 1).

TEMAS - SWOT	Categorias	Subcategorias
Pontos Fortes	Organização_Gestão	Missão_Valores
		Recursos
		Estratégia
		Competências
	Profissionais	Missão_Valores
		Condições de Trabalho
		Competências
	Doentes	Confiança e satisfação
		Prestação de cuidados de saúde
Competências		
Pontos Fracos	Organização_Gestão	Falta recursos
		Competências
		Estratégia/ Execução
	Profissionais	Condições de trabalho
		Competências
	Doentes	Melhoria Acesso, Instalações e Procedimentos
		Prestação de Cuidados
		Literacia_ <i>empowerment</i>

TEMAS - SWOT	Categorias	Subcategorias	
Oportunidades	Organização_Gestão	Competências	
		Recursos	
		Estratégia_Procedimentos	
		Instalações_Equipamentos	
	Profissionais	Condições de trabalho	
		Competências	
	Doentes	Acesso_Instalações	
		Prestação de Cuidados	
		Literacia_empowerment	
Constrangimentos	Organização_Gestão	Capacidade concorrencial - privados	
		Falta Recursos	
		Gestão_RH	
		Estratégia_Procedimentos	
	Profissionais	Instalações_equipamentos	
		Condições de trabalho	
	Doentes	Competências	
		Acesso_Instalações	
		Prestação cuidados	
		Literacia_empowerment	
	Ações de Melhoria	Administração Gestão	Autonomia
			Planeamento Estratégico do trabalho da organização
		Comunicação e Envolvimento Organizacional	
		Inovação	
Procedimentos		Interligação de redes e softwares	
		Agilizar processos	
		Melhorar articulação com a comunidade (serviços e parcerias)	
Instalações		Modernização	
Profissionais		Melhorar condições de contratuais	
		Melhorar condições de trabalho	
		Melhorar relações laborais	
Doentes		Melhoria Acesso, Instalações e Procedimentos	
		Melhoria na prestação de cuidados	
		Promoção de Literacia	

Tabela 1 - Resumo das Categorias e Subcategorias identificados na análise SWOT e propostas de melhoria dos administradores/gestores ▶

Na sequência da análise SWOT, foi solicitado aos gestores e administradores que indicassem as respetivas propostas de melhoria a três níveis: da organização e gestão, dos profissionais e dos doentes.

### Análise SWOT – Pontos Fortes

Em relação à organização e gestão os principais pontos fortes indicados estão associados a valores humanistas, compromisso e espírito de missão, as competências, obje-

vos estratégicos e qualidades dos membros da gestão e administração, e também enaltecem a qualidade da imagem de referência da organização e dedicação dos recursos humanos. Os profissionais valorizam o compromisso e os valores, competências e qualidade dos profissionais, e oportunidade de boas condições de trabalho. De salientar a confiança e satisfação com a organização, a qualidade dos cuidados prestados e as competências e atitude positiva dos doentes (Tabela 2).

CATEGORIAS - SWOT	Subcategorias	Sub-Subcategorias	Exemplo Ilustrativos
<b>Pontos Fortes</b>	Organização_ Gestão	Missão_Valores	Compromisso com os objetivos comuns dos Serviços se orientados no âmbito do SNS
		Missão_Valores	Compromisso com o Utente
		Missão_Valores	espírito corporativo e de missão
		Missão_Valores	Humanização da prestação dos Cuidado
		Missão_Valores	Profissionais comprometidos com a missão
		Recursos	Profissionais diferenciados
		Recursos	centro de referência no tratamento de patologia
		Recursos	coesão da equipa
		Recursos	qualidade da prestação de cuidados de saúde ao doente
		Estratégia	orientação para os resultados
		Estratégia	Organização focada em objetivos (Quantitativos e Qualitativos)
		Estratégia	acreditação externa
		Estratégia	procedimentos específicos no acolhimento de novos utentes quando comparecem pela primeira vez neste hospital
		Estratégia	Definição de objetivos estratégicos alinhados com o SNS
		Estratégia	aposta na inovação e investigação
		Estratégia	Estrutura consistente na composição por áreas (Diretor Clínico, Vogais de Área, Presidente e Enfermeiro diretor)
		Estratégia	Comunicação externa
		Competências	Integridade
		Competências	Competência técnica
		Competências	Perseverança
		Competências	Multidisciplinaridade
Competências	Capacidade de inovar e reagir proactivamente aos novos desafios		
Competências	Gestores disponíveis para encontrar soluções para as questões colocadas		
Competências	Proximidade com os colaboradores		

CATEGORIAS - SWOT	Subcategorias	Sub-Subcategorias	Exemplo Ilustrativos
<b>Pontos Fortes</b>	Profissionais	Missão_Valores	Compromisso com o Serviço Público e orientação para os resultados
		Missão_Valores	Compromisso com a qualidade e com a actualização
		Missão_Valores	O respeito pela instituição e pelos utentes o colocar sempre o utente em primeiro lugar
		Missão_Valores	Profissionais pro-activos em propostas de melhoria contínua dos Serviços.
		Condições de Trabalho	Reconhecimento das competências
		Condições de Trabalho	Bom relacionamento interpessoal.
		Condições de Trabalho	cultura de segurança
		Condições de Trabalho	Facilidade de acesso aos responsáveis pelas áreas de gestão
		Competências	Forte Motivação dos Profissionais
		Competências	Forte capacidade de adaptação a novas funções
		Competências	Empenho na execução das responsabilidades
		Competências	Alto nível científico
		Competências	Empatia com os doentes
		Competências	Profissionais diferenciados, dedicados e líderes
	Doentes	Confiança e satisfação	A crença e confiança que, felizmente, ainda se mantém em bom nível, nas capacidades dos Médicos e restantes Profissionais de Saúde
		Confiança e satisfação	Doentes com elevado grau de satisfação no humanismo dos profissionais e cuidados prestados
		Confiança e satisfação	Perceção de uma marca institucional forte
		Confiança e satisfação	Segurança proporcionada pelo facto, de que recebe um serviço especializado e com um plano de tratamentos individualizado
		Prestação de cuidados de saúde	Humanização dos cuidados
		Prestação de cuidados de saúde	Cobertura legal para acompanhar familiares doente e faltas com doença
		Prestação de cuidados de saúde	Tratamentos gratuitos, ou tendencialmente gratuitos, para toda a população
		Prestação de cuidados de saúde	Organização dotada de grande espírito Humanista
		Prestação de cuidados de saúde	Atendimento por equipas multidisciplinares
		Prestação de cuidados de saúde	Possibilidade de inclusão em ensaios clínicos
		Competências	Envolvimento no processo doença
		Competências	Aumento da literacia e da capacidade de mobilização
		Competências	De um modo geral são pacientes e recetivos
Competências	Espírito de entajuda, compreensão		

Tabela 2 - Categorias, Subcategorias e exemplos ilustrativos identificados na análise SWOT dos administradores/gestores – Pontos Fortes

A nuvem de palavras apresenta as dez palavras mais frequentes em relação a Pontos Fortes (tabela 3). Os resultados revelam a importância do doente no centro, seguida pelo peso dos profissionais e pelo compromisso e dedicação.

Palavra	Frequência	%
Doente	26	3,33
Profissionais	19	2,44
Compromisso	15	1,92
Dedicação	15	1,92
Serviço	11	1,41
Trabalho (ambiente de...)	10	1,28
Capacidade	9	1,15
Espírito (Interajuda, missão)	9	1,15
Humanização	9	1,15
Instituição (confiança, reconhecimento, ...)	9	1,15

Tabela 3 - Pontos Fortes – dez palavras mais frequentes e respetiva frequência e percentagem

### Análise SWOT – Pontos Fracos

Em relação aos pontos fracos reforçam a falta de autonomia de gestão face ao poder central, face à gestão de recursos e falta de condições para um melhor trabalho e melhoria os procedimentos. São referidas falhas ao nível de competências da gestão e administração ligadas à comunicação e relações interpessoais.

Relativamente aos profissionais assinalam a falta de condições de trabalho ligada às remunerações, sobrecarga de trabalho, entre outras. Referem a desmotivação de alguns profissionais, a falta de competências e o absentismo. Em relação aos doentes referem falhas ao nível do acesso e das instalações, dificuldades ao nível da prestação de cuidados e fraca literacia e *empowerment* dos doentes (Tabela 4).

CATEGORIAS - SWOT	Subcategorias	Sub-Subcategorias	Exemplo Ilustrativos
Pontos Fracos	Organização_ Gestão	Falta recursos	Falta de autonomia a diversos níveis
		Falta recursos	Autonomia de gestão limitada
		Falta recursos	Falta de autonomia face ao poder central
		Falta recursos	Recursos financeiros muito limitados face às obrigações da instituição. orçamento pouco descentralizado
		Falta recursos	Falta de tempo
		Falta recursos	Inexistência de exclusividade
		Falta recursos	Desadequação entre custos e preços (subfinanciamento)
		Falta recursos	Carência de recursos humanos / falta de massa crítica
		Competências	Falta de liderança; falta de planeamento estratégico
		Competências	fraca cultura de comunicação e articulação
		Competências	o ambiente de alguma discórdia que se vive entre as direções de serviço e o ca, que causa alguma insegurança e desconforto nos colaboradores
		Competências	Barreiras na comunicação
		Competências	Falta de coesão da equipa de gestão intermédia
		Estratégia	Incapacidade para respeitar tempos de espera recomendados em exames, consultas e cirurgias
		Estratégia	Eficiência do trabalho entre serviços
		Estratégia	Igualdade de tratamento nos horários e regalias dos colaboradores
		Estratégia	Excesso de reporte em diferentes plataformas

CATEGORIAS - SWOT	Subcategorias	Sub-Subcategorias	Exemplo Ilustrativos
<b>Pontos Fracos</b>	Profissionais	Condições de trabalho	Ausência de incentivos financeiros e associados ao desempenho
		Condições de trabalho	Falta de oportunidade para frequência de ações de formação
		Condições de trabalho	Sobrecarga de tarefas face aos recursos disponíveis
		Condições de trabalho	Elevada rotatividade de profissionais
		Condições de Trabalho	Falta de tempo para realização de projetos de mudança/qualidade
		Condições de Trabalho	Remunerações baixas e não concorrenciais com a oferta privada
		Condições de Trabalho	Diferentes graus remuneratórios para a mesma função
		Condições de Trabalho	Inexistência de carreiras em determinados grupos profissionais
		Condições de trabalho	Equipamentos e instalações insuficientes para o exercício da atividade
		Competências	Pouca aptidão para a mudança e cristalização de hábitos antigos
		Competências	Baixa produtividade
		Competências	Desmotivação devido ao excesso de trabalho
		Competências	Desmotivados pelas fracas expectativas de evolução na carreira
		Competências	Absentismo elevado
		Competências	Dificuldade de trabalhar em equipa
		Competências	Envelhecimento das equipas
	Doentes	Acesso e Instalações	Instalações na área cirúrgica que não oferecem as boas condições de conforto, privacidade e que pelas normas não asseguram segurança na prevenção e controlo da infeção
		Acesso e Instalações	Tempo de espera maior do que o esperado pelos Doentes na resposta institucional
		Acesso e Instalações	Fraca acessibilidade e estacionamento
		Acesso e Instalações	Informação dispersa
		Prestação de Cuidados	Sujeição a política medicamentosa instituída
		Prestação de Cuidados	Equipas sem o adequado número de colaboradores (profissionais assoberbados e por vezes tristes por não conseguirem prestar melhores cuidados)
		Literacia_ <i>empowerment</i>	Tendência para recorrer desnecessariamente a serviços de urgência, sem ter sequer tentado o centro de saúde
		Literacia_ <i>empowerment</i>	“Limitações” na resposta ao acesso, nas expectativas exteriormente criadas, nos eventuais resultados
		Literacia_ <i>empowerment</i>	Menores índices de paciência para suportar a adversidade.
		Literacia_ <i>empowerment</i>	Sociedade cada vez mais “individualista”, com menos capacidade de sacrifício e de solidariedade intrafamiliar
		Literacia_ <i>empowerment</i>	Grande iliteracia em saúde dos doentes
Literacia_ <i>empowerment</i>	pouca consciencialização dos custos em saúde		
Literacia_ <i>empowerment</i>	Excessiva subserviência face aos médicos		
Literacia_ <i>empowerment</i>	Idade		
Literacia_ <i>empowerment</i>	Dr Google		

Tabela 4 - Categorias, Subcategorias e exemplos ilustrativos identificados na análise SWOT dos administradores/gestores – Pontos Fracos ▶

A nuvem de palavras apresenta as dez palavras mais frequentes em relação ao Pontos Fracos (5). Os resultados revelam a importância da falta de recursos (humanos e outros), dificuldades relacionadas com o tempo e autonomia (Tabela 5).

Palavra	Frequência	%
Recursos	26	2,58
Tempo	24	2,38
Autonomia	17	1,69
Humanos (recursos)	17	1,69
Instalações	12	1,19
Profissionais	11	1,09
Equipamentos	7	0,69
Espera	7	0,69
Gestão	7	0,69
Resposta	7	0,69

Tabela 5 - SWOT Pontos Fracos – dez palavras mais frequentes e respetiva frequência e percentagem

### Análise SWOT – Propostas de Melhoria

As principais propostas de melhoria indicadas relativamente à Administração Gestão são: 1) Autonomia; 2) Planeamento Estratégico do trabalho da organização; 3) Comunicação e Envolvimento Organizacional; 4) Inovação e 5) Aumento de Recursos.

Ao nível dos procedimentos salientam a necessidade de 1) Interligação de redes e softwares; 2) Agilização de processos;

3) Melhoria da articulação com a comunidade (serviços e parcerias); 4) A modernização das instalações.

Em relação aos profissionais propõem que seja melhorado: 1) Condições de contratuais; 2) Condições de trabalho e 3) Relações laborais. Por último, relativamente aos doentes, sugerem melhoria de: 1) Acesso, Instalações e Procedimentos; 2) Prestação de cuidados e 3) Promoção de Literacia e envolvimento (Tabela 6).

Tema	Categorias	Subcategorias	Exemplos ilustrativos
Ações de melhoria	Administração Gestão	Autonomia	Autonomia administrativa e financeira sob tutela de Auditoria Externa Pública
			Maior Autonomia de Gestão transparente e responsável
		Planeamento Estratégico do trabalho da organização	Apresentar um plano estruturado, articulando todos os serviços, de forma a que os colaboradores sintam “uma cultura organizacional”
			Melhoria dos processos transversais da organização
			revisão sectorial da capacidade produtiva instalada
		Comunicação e Envolvimento Organizacional	Reuniões com direções de serviço ou grupos de trabalho da instituição, para delinear as políticas da instituição e fomentar uma efetiva cultura institucional
			Serem consultadas as chefias dos serviços e responsabilizadas na tomada de decisão
			Maior envolvimento da gestão com estruturas intermédias, hospitais deveriam ter junto das administrações centrais uma figura de “gestor de conta”
		Inovação	Garantir, de forma sustentável, a avaliação e o acesso à inovação de tecnologias em saúde de medicamentos e de equipamentos e, concomitantemente, manter a trajetória de sustentabilidade económico-financeira
			Aumentar Recursos financeiros próprios
			Candidaturas a fundos europeus

Tema	Categorias	Subcategorias	Exemplos ilustrativos
Ações de melhoria	Procedimentos	Interligação de redes e softwares	interligação mais automatizada dos diversos softwares na migração célere e mútua de diversos inputs, evitando transcrições, acessos múltiplos a diversos sistemas, para os diversos atos assistenciais
			Melhoria de definição da rede de Referência da Saúde
			maior articulação com outras entidades do SNS
			Intercomunicabilidade das plataformas de saúde
		Agilizar processos	investimento em hardware suscetível de proporcionar mais celeridade informática
			Diminuir burocracia interna
			simplificação de processos (internos e externos)
			Legislação carece de atualização: incorporar soluções legais e organizacionais, envolvendo autarquias, quando não existem transportes públicos adequados para aceder aos hospitais centrais
			Assinaturas digital de documentos
			Agilizar a legislação sobre aquisição de materiais cirúrgicos e de consulta, assim como a referente à contratação de profissionais
		Melhorar articulação com a comunidade (serviços e parcerias)	Desenvolver projetos/atividades que promovam a integração de cuidados e a articulação interinstitucional
			Melhorar a aposta nos serviços que presta à comunidade
	Instalações	Modernização	remodelação do edifício de Consulta Externa e Administração
			Aquisição de equipamentos diferenciadores
			investimento em hardware suscetível de proporcionar mais celeridade informática
	Recursos Humanos / profissionais	Melhorar condições de contratuais	concursos internos que promovam uma cultura de meritocracia
			Contratação de recursos humanos em áreas transversais (epidemiologia; investigação)
			Incentivos aos Contratos Individuais
			melhores remunerações, Valorização salarial do tempo de serviço e das responsabilidades
			dedicação exclusiva
			horários e regalias iguais nos diversos tipos de contrato
		Melhorar condições de trabalho	Melhorar política de reconhecimento dos recursos humanos
			Reforço da comunicação interna
			Mais formação em áreas mais específicas a cada categoria profissional
			Reforço das equipas em colaboradores, multiprofissionais
			Estabilização das equipas
			Ações de psicologia positiva / gestão de Stress
			Contratação de recursos humanos em áreas transversais (epidemiologia; investigação)
melhoria das condições de trabalho ao nível das instalações e meios para a realização das tarefas			
Melhorar relações laborais		fomentar a articulação interna intergrupos	
		Comunicar de forma mais próxima com os diferentes grupos profissionais, dar conhecimentos da orientação estratégica da Instituição	
		Incremento da capacidade organizativa entre grupos profissionais distintos	
		Reforço do trabalho em equipa e trabalho colaborativo	

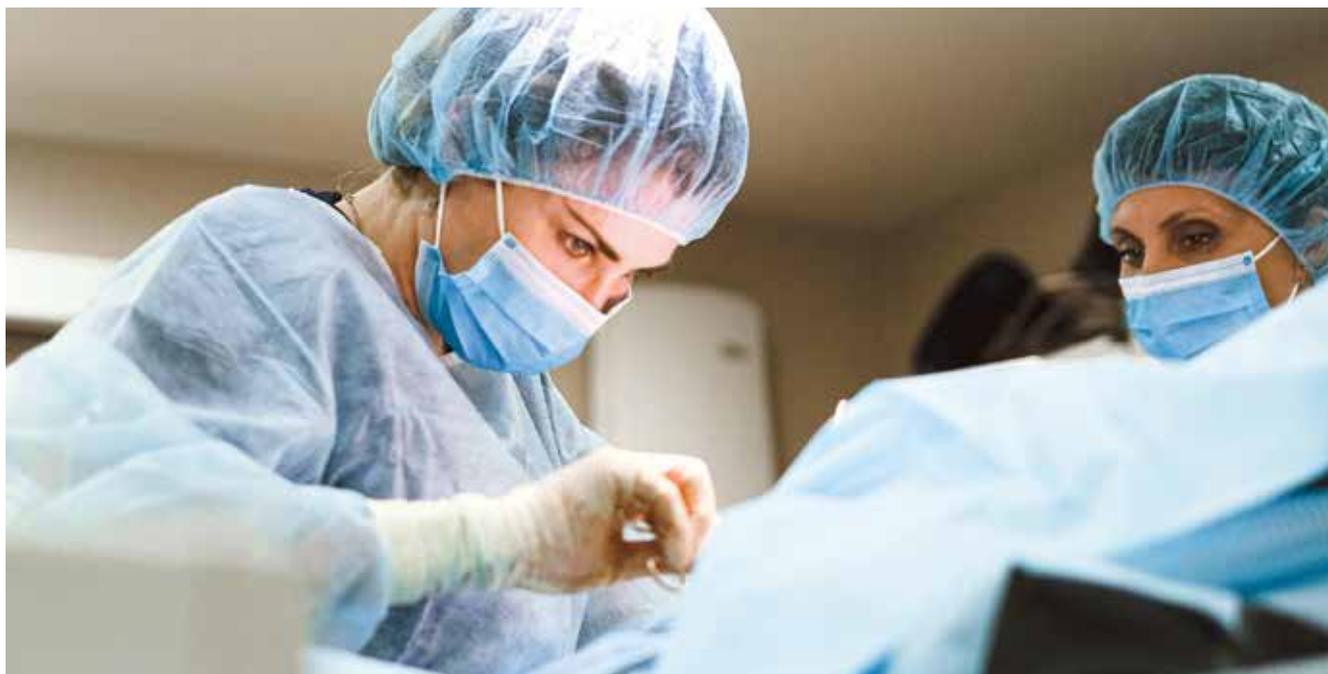
Tema	Categorias	Subcategorias	Exemplos ilustrativos
Ações de melhoria	Doentes	Melhoria Acesso, Instalações e Procedimentos	melhorar os processos administrativos acesso a melhor informação e em tempo útil melhoria da comunicação com a instituição
			Melhorar o acolhimento e atendimento ao doente no hospital
			Melhoria dos tempos de consulta
			Melhor sinalização dos serviços
			Melhorar o acolhimento e atendimento ao doente, garantindo resposta às diversas formas de contacto e promovendo a humanização
			Melhorar as relações e comunicação com as associações de doentes, poder dar visão real do cenário da saúde em Portugal, torná-los parceiros
			Revisão da legislação dos transportes de doentes
		Melhoria na prestação de cuidados	Melhoria dos tempos de resposta aos Doentes e suas solicitações em termos de tratamento
			Colmatar as necessidades infraestruturais com a simpatia e profissionalismo dos colaboradores
			Possibilidade de realizar análises/exames de seguimento no âmbito dos cuidados de saúde primários
			apoio psicológico
			Proximidade do doente com os profissionais, interação profissional de saúde/doente
		Promoção de Literacia	Esclarecer os doentes relativamente ao seu estado de saúde à entrada e durante o seguimento institucional, quanto ao modo como os recursos disponíveis se irão adequar ao seu estado, educar doentes e familiares para se envolverem no processo e estruturar não a expensas institucionais os cuidados no domicílio
			Ações para aumentar a literacia médica dos doentes
			Disciplina de educação cívica nas escolas. Mais campanhas informativas sobre cuidados de saúde e deveres cívicos com apoio económico e financeiro para possibilitar a sua eficácia.
			centro de educação com disponibilização de informação em suporte de papel e digital
			Envolver os doentes e familiares em comissões, grupos de trabalho.
			Utilização das críticas/ sugestões dos utentes/familiares

Tabela 6 - Categorias, Subcategorias e exemplos ilustrativos identificados na análise da Propostas de Melhoria apresentadas pelos dos administradores/gestores

A nuvem de palavras apresenta as cinco palavras mais frequentes em relação às Propostas de Melhoria (Tabela 7). Os resultados revelam a importância dos Recursos, necessidade de Reforço aos vários níveis, Autonomia e aspetos relacionados com a Gestão, assim como melhorias ao nível da comunicação (Tabela 7).

Palavra	Frequência	%
Recursos	17	1,55
Reforço	14	1,27
Autonomia	13	1,18
Gestão	13	1,18
Comunicação	10	0,91

Tabela 7 - SWOT Propostas de Melhoria – cinco palavras mais frequentes e respetiva frequência e percentagem



## Discussão

Os resultados obtidos através da análise SWOT das respetivas organizações de saúde realizada por administradores e gestores permitiram concluir que em relação à organização e gestão os principais pontos fortes estão associados a valores humanistas, compromisso e espírito de missão, as competências, objetivos estratégicos e qualidades dos membros da gestão e administração, e também a qualidade da imagem de referência da organização e dedicação dos recursos humanos. Em relação aos profissionais é importante salientar o compromisso e os valores, competências e qualidade dos profissionais, e oportunidade de boas condições de trabalho. Em relação aos doentes salienta-se a sua confiança e satisfação com a organização, a qualidade dos cuidados prestados e as competências e atitude positiva dos doentes.

Em relação aos pontos fracos reforça-se a falta de autonomia de gestão face ao poder central, face à gestão de recursos e falta de condições para um melhor trabalho e melhoria os

procedimentos. Salienta-se dificuldades ao nível de competências da gestão e administração ligadas à comunicação e relações interpessoais. Relativamente aos profissionais assinala-se a falta de condições de trabalho ligada às remunerações, sobrecarga de trabalho, desmotivação de alguns profissionais, a falta de competências e o absentismo. Em relação aos doentes identificam-se dificuldades ao nível do acesso e das instalações, dificuldades ao nível da prestação de cuidados e fraca literacia e *empowerment* dos doentes.

Quanto às oportunidades das organizações de saúde salienta-se a oportunidade de otimizar procedimentos e estratégias que melhorem os processos internos e o funcionamento das equipas. Em relação aos profissionais verifica-se a oportunidade de desenvolvimento de competências de trabalho interdisciplinar e de especialização. Face aos doentes identificam-se como oportunidades de melhoria nos acessos especialmente em relação à redução do tempo e lista de espera, melhorias na resposta instalada e mais e melhores serviços e especialidades e promoção da literacia e envolvimento dos doentes.



**Em relação aos profissionais verifica-se a oportunidade de desenvolvimento de competências de trabalho interdisciplinar e de especialização. Face aos doentes identificam-se como oportunidades de melhoria nos acessos especialmente em relação à redução do tempo e lista de espera, melhorias na resposta instalada e mais e melhores serviços e especialidades e promoção da literacia e envolvimento dos doentes**

Ao nível dos constrangimentos verifica-se a fraca capacidade concorrencial com o setor privado, dificuldades ao nível dos recursos orçamentais, materiais e humanos, inflexibilidade e o peso burocrático que diminuem a eficiência. As condições de trabalho dos profissionais associadas à remuneração, pouca flexibilidade, sobrecarga e fracas expectativas também são constrangimentos importantes. Em relação aos doentes além da fraca literacia em saúde, as dificuldades sentidas ao nível das condições de prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados do SNS (primários, hospitalares, etc.)

As principais conclusões podem ser organizadas por temas: (1) *governance*; (2) sistema de informação e comunicação; (3) profissionais; (4) doente; e (5) avaliação e monitorização.

Ao nível da *Governance* conclui-se que para a melhoria da qualidade e dos resultados das organizações de saúde se destaca a necessidade fundamental da transparência e regulação na *Governance*, gestão autónoma e independente do poder político, estratégias a longo prazo, plano e orçamentos plurianuais, gestores hospitalares com formação em gestão, autonomia e responsabilização da gestão, avaliação sistemática de processos e resultados, melhoria da comunicação hierárquica. Valorização e racionalização dos recursos existentes. O financiamento deve ser centrado no doente e de acordo com o desempenho da organização. Torna-se fundamental a articulação entre os diferentes níveis de prestação de serviços e um maior investimento na prevenção, ligação sistemática à comunidade/rede e dos cuidados ao domicílio.

Salienta-se a importância fundamental de ter um Sistema de Informação e Comunicação clínica robusto, ágil. Ao nível da *E-health* deverá haver um maior investimento, na utiliza-

ção da telemedicina e outras especialidades como forma de ampliar as respostas em saúde.

Em relação aos profissionais salienta-se a necessidade de rever as remunerações dos profissionais, implementar incentivos (prémios) financeiros de acordo com as avaliações de desempenho, promoção de maior autonomia, envolvimento e responsabilização dos profissionais, melhoria ao nível dos riscos psicossociais do trabalho, nomeadamente ao nível do stress e *burnout*.

Face aos doentes, reforça-se a necessidade de colocar o doente no centro e de investir na literacia em saúde dos doentes e da população em geral.

Ao nível da avaliação e monitorização dos sistemas de saúde propõe-se que se constitua um grupo de trabalho multidisciplinar, que integre profissionais de diversas instituições de saúde, com a missão de apresentar propostas práticas, concretas e objetivas.

De forma a ilustrar esta perspetiva no contexto português e os resultados obtidos no estudo verificámos que ao nível macro, a lei de base da saúde (Lei nº 95/2019, 2019) integra as bases suficientes e necessárias para dar uma resposta positiva aos desafios das organizações de saúde, nomeadamente quando salienta a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, defende uma *governance* centrada na transparência, acesso e monitorização da informação, foco na sustentabilidade económica e financeira através de uma gestão dos recursos efetiva, eficiente e de qualidade e dotação do SNS com recursos necessários ao cumprimento das suas funções e objetivos. A referida lei de base da saúde salienta a necessidade de uma política de saúde que prioriza



a promoção de saúde, literacia em saúde e saúde pública, equidade, centrada no doente e na gestão de recursos. Ao nível do doente salienta a humanização dos serviços, os deveres dos doentes, tais como a responsabilidade pela saúde individual e coletiva, a colaboração com os profissionais e como direitos aceder aos cuidados necessários, receber informação adequada e decisão livre e esclarecida. Em relação aos profissionais, refere a necessidade de uma política de recursos humanos que garanta a estabilidade do vínculo laboral, combate a precariedade, promoção trabalho em equipa e estabelecimento incentivos. Salienta a importância de contar com os riscos psicossociais dos profissionais, promovendo a saúde mental e a saúde ocupacional. Por último, reforçam o incentivo à investigação em articulação com universidades e outras entidades e à necessidade de tomada de decisão baseada na evidência científica, aspeto amplamente reforçado pelas recomendações da OMS<sup>24</sup> e OECD<sup>25</sup>.

A falta de autonomia da gestão e um financiamento dimensionado às necessidades reais das organizações de saúde são uma das maiores barreiras identi-

ficadas para a melhoria da qualidade. O modelo de *governance* em saúde reflete valores e normas de uma sociedade, a cultura organizacional da organização de saúde e o sistema de saúde e político em que está integrado<sup>26</sup>. A gestão das organizações de saúde defronta-se com a articulação e integração de todos estes componentes, a falta de autonomia e flexibilidade por parte do sistema de saúde global dificulta uma resposta rápida, eficaz, por vezes criativa e inovadora que os desafios constantes e emergentes requerem. A sustentabilidade financeira das organizações de saúde do SNS depende de um financiamento proporcional às suas necessidades e ao aumento da eficiência da própria organização<sup>27</sup>.

A política de recursos humanos deve ter em conta que os profissionais de saúde devem ser adequados ao nível científico e clínico, em quantidade e qualidade suficientes para as necessidades dos doentes. A instabilidade profissional, a falta de incentivos, os *deficits* ao nível da formação, os associados a fraco envolvimento, e a elevada rotatividade são fatores de risco para a qualidade da prestação de serviços e consequentemente

afeta negativamente os resultados de satisfação (profissionais e doentes) e resultados económico financeiros<sup>3</sup>.

Para a melhoria da gestão e qualidade das organizações de saúde pode refletir-se no *Value-Based System*, um sistema verdadeiramente centrado no doente e das suas necessidades proposto por Porter<sup>28,29</sup> onde se pretende maximizar o valor para os doentes, e consequentemente para todo o sistema, o que poderá levar a melhores resultados. O *Value-Based System* defende (1) organizar o atendimento em torno das condições de saúde do doente ou segmentos da população; (2) medir os resultados e custos por doentes; (3) implementar modelos de reembolso que recompensem os melhores resultados e a eficiência do atendimento; (4) integrar os sistemas, a prestação de cuidados regionais organizada em torno da correspondência entre prestador, tratamento e contexto; (5) desenvolver centros nacionais de excelência que atendam doentes extremamente complexos/ patologias específicas; (6) investir num sistema de tecnologia da informação projetado para apoiar os outros elementos do sistema.



Os profissionais de saúde devem ser adequados ao nível científico e clínico, em quantidade e qualidade suficientes para as necessidades dos doentes. A instabilidade profissional, a falta de incentivos, os *deficits* ao nível da formação, os associados a fraco envolvimento, e a elevada rotatividade são fatores de risco para a qualidade da prestação de serviços e consequentemente afeta negativamente os resultados de satisfação

Para determinar o valor, as organizações devem identificar e contabilizar todos os gastos incluídos na prestação dos cuidados aos doentes ao longo do ciclo, incluindo gastos com profissionais, fornecedores, equipamento e instalações. Com a informação de gastos com os cuidados por doente é que se pode comparar com os resultados atingidos<sup>30,31</sup>. O *time-driven activity-based costing* (TDABC)<sup>24</sup> permite às organizações de saúde reduzirem custos sem afetar negativamente os resultados de desempenho (por vezes até aumentando os resultados), através de melhor gestão dos recursos disponíveis, processos mais standardizados, melhor articulação entre as tarefas e as competências dos profissionais, centralização dos serviços numa organização que leva maior custo-efetividade, sistemas de informação integrados e melhor experiência, maior satisfação e melhores resultados em saúde do doente.

Conclui-se que no processo de procura da qualidade e melhor desempenho das organizações de saúde são identificadas diversas barreiras relacionadas com a gestão, com os profissionais de saúde, com os doentes, com os sistemas de informação e tecnologia e com questões económicas e financeiras. Segundo a OMS<sup>32</sup> o fortalecimento dos sistemas de saúde passa pela integração, compreensão e gestão das principais barreiras e das boas práticas em cada uma das áreas e subsistemas<sup>5,6,11,33</sup> consideram que uma organização de saúde é constituída por subsistemas, recursos e pessoas que têm como objetivo comum a melhoria da saúde. Para tal, defendem que os processos devem ser centrados nos doentes a nível da gestão do processo de planeamento, implementação e avaliação e deve promover-se uma cultura organizacional centrada numa liderança positiva e qualidade de comunicação que fortaleça as relações interpessoais e o trabalho em equipa. Os profissionais devem ser envolvidos e deve ser implementado um sistema de recompensas e incentivos baseado no desempenho. O investimento na formação e investigação, também é fundamental, de modo a permitir que as decisões ao nível da gestão e ao nível clínico sejam baseadas na evidência científica.

O sistema de saúde português, o SNS e a lei de bases da

saúde (Lei nº 48/1990, 1990; Lei nº 95/2019, 2019) apresentam princípios e estrutura que se enquadram na Teoria dos Sistemas e que permitem a compreensão, avaliação e melhoria dos Sistemas de Saúde, ao nível da gestão, da qualidade e do desempenho. Nesta perspetiva, para a melhor compreensão de um fenómeno complexo e multidimensional, como é o funcionamento das organizações de saúde portuguesas, devem incluir-se fatores da organização, fatores dos profissionais, fatores respeitantes aos doentes, assim como fatores sociais, culturais, económicos e políticos. Especificamente em relação aos atuais desafios dos Sistema de Saúde Português, verifica-se que a prestação de serviços de cuidados de saúde revela iniquidades na rede pública no território nacional. Seleciona-se a falta de equidade no acesso à saúde, de visão estratégica das políticas, de autonomia da gestão, de proteção do risco financeiro e social, da eficiência e da prestação de contas e da responsabilização pelos resultados como os desafios mais prementes e com maior capacidade de mudança.

Em síntese, salientam-se seis desafios do Sistema Nacional e Saúde: Desafio 1 – Político - políticas de saúde a médio/ longo prazo numa visão de qualidade, justiça social e investimento na manutenção e melhoramento do sistema de saúde; Desafio 2 – Gestão – seleção transparente/competências específica, autonomia e prestação de contas/responsabilização; Desafio 3 – Doentes – literacia em saúde, comunicação, capacitação e acesso aos cuidados de saúde; Desafio 4 - Recursos Humanos – adequação às necessidades (número e especialidade), formação contínua, incentivos baseados no desempenho e responsabilização; Desafio 5 – Transformação digital – a utilização de tecnologias de informação e comunicação na área da saúde, pode revelar-se muito positiva para os doentes, para os profissionais, para a organização e para o funcionamento global dos serviços de saúde; Desafio 6 – Resultados – rigoroso e realista estabelecimento de objetivos e metas (contratualização), antecipação e avaliação de resultados, gestão clínica e gestão do desempenho<sup>34</sup>.



**Defendem que os processos devem ser centrados nos doentes a nível da gestão do processo de planeamento, implementação e avaliação e deve promover-se uma cultura organizacional centrada numa liderança positiva e qualidade de comunicação que fortaleça as relações interpessoais e o trabalho em equipa. Os profissionais devem ser envolvidos e deve ser implementado um sistema de recompensas e incentivos baseado no desempenho**



Em relação aos atuais desafios dos Sistema de Saúde Português, verifica-se que a prestação de serviços de cuidados de saúde revela iniquidades na rede pública no território nacional. Seleciona-se a falta de equidade no acesso à saúde, de visão estratégica das políticas, de autonomia da gestão, de proteção do risco financeiro e social, da eficiência e da prestação de contas e da responsabilização pelos resultados como os desafios mais prementes e com maior capacidade de mudança

#### REFERÊNCIAS

1. Ashton T. Measuring health system performance: A new approach to accountability and quality improvement in New Zealand. *Health Policy* 2015; 119: 999–1004.
2. OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality Caring for Quality in Health Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*. OECD Publishing, 2017.
3. World Health Organization. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: World Health Organization, 2018.
4. Braithwaite J, Ludlow K, Churrua K, et al. Systems transformation: learning from change in 60 countries. *Journal of Health Organization and Management* 2019; 34: 237–253.
5. Gaspar T, Gomez-Baya D, Guedes FB, et al. Health Management: Evaluating the Relationship between Organizational Factors, Psychosocial Risks at Work, Performance Management, and Hospital Outcomes. *Healthcare* 2023a; 11: 2744.
6. Gaspar T, Salado V, Machado M, et al. *The Healthy Workplaces Ecosystems and Professionals' Stress Management during the COVID-19 Pandemic*. Sustainability 2023b; 15: 11432–11432.
7. Porter M, Teisberg EO. *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 2006.
8. Ukaawa N, Tanaka M, Morishima T, et al. Organizational culture affecting quality of care: guideline adherence in perioperative antibiotic use. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 27: 37–45.
9. Chuang S, Inder K. An effectiveness analysis of healthcare systems using a systems theoretic approach. *BMC Health Services Research*; 9. Epub ahead of print 24 October 2009. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-195>.
10. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurobond). *Links between quality of living and performance*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2011.
11. Gaspar T, Botelho-Guedes F, Cerqueira A, et al. Burnout as a multidimensional phenomenon: how can workplaces be healthy environments? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of public health*. Epub ahead of print 20 March 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02223-0>.
12. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ. *Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health*. *International Journal of Health Policy and Management* 2015; 4: 411–415.
13. Vainieri M, Ferrè F, Giacomelli G, et al. Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. *Health Care Management Review* 2019; 44: 1.
14. Ghali B, Miri Habeeb L, Dekhn Hamzah K. Self-Management and its Relation to Organizational Excellence. *International Journal of Engineering & Technology* 2018; 7: 47.
15. Palvalin M. How to measure impacts of work environment changes on knowledge work productivity – validation and improvement of the SmartWoW tool. *Measuring Business Excellence* 2017; 21: 175–190.
16. Palvalin M, van der Voorde T, Jylhä T. The impact of workplaces and self-management practices on the productivity of knowledge workers. *Journal of Facilities Management* 2017; 15: 423–438.
17. Lega F, Prenestini A, Spurgeon P. *Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies*. *Value in Health* 2013; 16: S46–S51.
18. Kash BA, Spaulding A, Gamm L, et al. Health care administrators' perspectives on the role of absorptive capacity for strategic change initiatives. *Health Care Management Review* 2013; 38: 339–348.
19. Spaulding A, Kash BA, Johnson CE, et al. Organizational capacity for change in health care. *Health Care Management Review* 2017; 42: 151–161.
20. Ingram T, Glod W. *Talent Management in Healthcare Organizations - Qualitative Research Results*. *Procedia Economics and Finance* 2016; 39: 339–346.
21. Brown A. Communication and leadership in healthcare quality governance. *Journal of Health Organization and Management* 2020; 34: 144–161.
22. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al. *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge University Press, 2009.
23. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2017 Nov 8; 7(11):e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708. PMID: 29122796; PMCID: PMC5695304.
24. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
25. OECD. *Health at a Glance 2019 OECD Indicators*. OECD Publishing, 2019.
26. World Health Organization (WHO). *Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing*. World Health Organization, 2014.
27. Simões J de A, Augusto G, Fronteira I, et al. Portugal: *Health System Review*. *Health Syst Transit* ; 19.
28. Porter ME. What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 2477–2481.
29. Porter M. Value-Based health care delivery. In: *Value Based Health Care Seminar*. 2014.
30. Porter M, Lee T. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review* 2013; 1–9.
31. Porter M, Teisberg EO. *Redefining health care : creating value-based competition on results*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, 2006.
32. Houtman I, Cedillo L, Jettinghoff K. Raising awareness of stress at work in developing countries : a modern hazard in a traditional working environment : advice to employer and worker representatives. Geneva: World Health Organization, 2007.
33. Kaplan G, Bo-Linn G, Carayon P, et al. *Bringing a Systems Approach to Health*. *NAM Perspectives*; 3. Epub ahead of print 10 July 2013. DOI: <https://doi.org/10.31478/201307a>.
34. Gaspar T. *O Futuro da Gestão, Qualidade e Desempenho dos Sistemas de Saúde*. In: *O Futuro de quase tudo*. Portugal: Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020, pp. 109–131

# Comunicação em Saúde: uma reflexão sobre a cobertura de crises hospitalares em Portugal

Liliana Santos

## Resumo

Este artigo constitui-se como um resumo reflexivo da minha tese de doutoramento “*Comunicação em saúde: O discurso da imprensa diária portuguesa sobre infeções hospitalares – o caso “Hospital de Gaia” (2015)*” e analisa a cobertura jornalística de crises de infeção hospitalar, com foco no caso ocorrido em 2015, na Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho - ULSGE. A partir de uma abordagem qualitativa e analítica às peças jornalísticas produzidas na época, reflete-se sobre os critérios de noticiabilidade aplicados pela imprensa portuguesa, as suas implicações para a compreensão pública de crises sanitárias e os desafios éticos do jornalismo em saúde. Assente nos principais enquadramentos teóricos da teoria do jornalismo, o estudo propõe uma crítica à superficialidade informativa e ao sensacionalismo presentes em parte da cobertura jornalística, concluindo na necessidade de um jornalismo de saúde mais ético, técnico e comprometido com a cidadania.

**Palavras-chave:** *comunicação em saúde, jornalismo, noticiabilidade, infeções hospitalares, crise sanitária*

## 1. Introdução

A relação entre o jornalismo e a saúde tornou-se objeto de crescente interesse académico, sobretudo diante da forma como as crises sanitárias são narradas nos meios de comunicação. Em Portugal, o surto de infeções hospitalares ocorrido em 2015, na Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho – ULSGE, chamou a atenção da imprensa e da população. Observou-se, à época, uma cobertura intensa, porém breve, marcada pelo sensacionalismo, escassez de fontes técnicas e pela ausência de um esforço educativo.

Em 2025, completam-se dez anos desde o episódio, o que

oferece uma oportunidade estratégica para refletir sobre os avanços (ou sua ausência) na cobertura mediática, na transparência institucional e na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Através de uma análise crítica da forma como a imprensa portuguesa lidou com o episódio e estabelecendo um diálogo entre as teorias do jornalismo e as exigências sociais da comunicação em saúde, este artigo propõe responder à pergunta-chave: de que forma os critérios de noticiabilidade orientam a cobertura jornalística de crises em saúde, e quais as implicações dessa cobertura para a população e para a esfera pública?

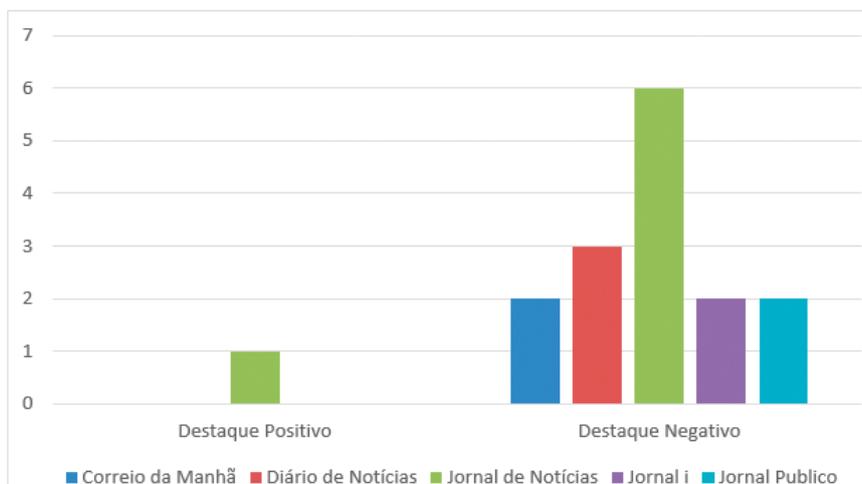
Liliana Santos Coordenadora no Bloco Operatório Polivalente da ULSGE; Licenciada em enfermagem; Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pós-Graduada em Enfermagem de Anestesiologia, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; Pós-Graduada em Gestão e Direção de Serviços de Saúde – University of Porto Business School; Doutorada em Ciências da Comunicação

## 2. Referencial Teórico

A compreensão do que constitui uma notícia e de como ela é selecionada, formatada e veiculada no quotidiano das redações jornalísticas, exige um mergulho nas teorias clássicas e contemporâneas do jornalismo. O entendimento de que a notícia não é um reflexo imediato da realidade, mas uma construção social, é central para esta análise. Autores como David White (1950) e Warren Breed (1955) contribuíram para essa perspectiva ao introduzirem o conceito de *gatekeeping*. Segundo eles, os jornalistas e editores atuam como filtros humanos que decidem o que deve ou não ser publicado. As suas decisões são influenciadas por normas profissionais, pressões institucionais, preferências ideológicas e, nos dias de hoje, pelos níveis de audiência digital. Essa ideia foi retomada mais recentemente por Shomaker e Vos (2009), que atualizaram o conceito à luz da cultura das redes e do jornalismo orientado por dados. Já Robert Park (1970) inaugura uma visão sociológica ao afirmar que o jornalismo opera como uma forma de conhecimento social, organizando a experiência coletiva e tornando inteligível o mundo em que vivemos. Segundo o autor, o jornalismo não apenas comunica factos, mas molda a maneira como eles são percebidos socialmente. Patrick Charaudeau (2006) amplia esse debate ao considerar a notícia como um discurso dotado de intenção comunicativa, construído por sujeitos sociais em condições institucionais específicas. Niklas Luhmann (2005), por sua vez, insere a questão da comunicação mediática dentro de uma teoria dos sistemas sociais. Para ele, os media operam de forma auto-referencial, criando uma realidade própria baseada na seleção de temas, códigos e expectativas. Os *mass media* não relatam apenas acontecimentos, mas decidem quais os acontecimentos que devem ser percebidos como relevantes.

No que se refere à construção do conteúdo jornalístico, os critérios de noticiabilidade têm sido amplamente debatidos. A clássica proposta de Galtung e Ruge (1965) identificou 12 critérios que influenciam o valor-notícia, entre

Destaque Positivo X Destaques Negativos - Comparativo entre os jornais



eles: negatividade, frequência, surpresa, continuidade, personalização, significância e consonância. Tais critérios ainda hoje são aplicáveis, embora adaptados à lógica da hipermediatização e à influência das plataformas digitais. Nelson Traquina (2005, 2020) atualiza e contextualiza esses critérios ao ambiente contemporâneo dos *mass media*, incluindo elementos como a acessibilidade visual do facto, o grau de conflitualidade, o envolvimento de figuras públicas (notoriedade) e a capacidade de gerar reações emocionais intensas. Para o autor, o que é “noticiável” está diretamente vinculado à forma como os *mass media* estruturam o seu próprio funcionamento, vinculado à captação de audiência, à rotina de produção e às exigências comerciais.

Mauro Wolf (1999) aponta que os critérios de noticiabilidade não devem ser compreendidos apenas como técnicas neutras de seleção informativa. Eles são profundamente imbricados em estruturas culturais e políticas, funcionando como filtros que refletem (e reforçam) ideologias, interesses editoriais e padrões sociais estabelecidos. A crítica à “ideologia do acontecimento” — segundo a qual apenas o novo, o inesperado e o extraordinário ganham espaço — é essencial para compreender por que motivos temas estruturais, como as infeções hospitalares, muitas vezes só ganham destaque quando se convertem em tragédias.

José Jorge Sousa (2005, 2006) reforça que os critérios de noticiabilidade devem ser analisados em relação ao contexto sociocultural e à mediação institucional. Ele propõe que a noticiabilidade seja vista como um processo negociado entre os diferentes agentes que atuam nas redações — repórteres, editores — todos inseridos em lógicas de produção e consumo que atravessam o campo jornalístico.

No que respeita especificamente à comunicação em saúde, Lopes e Araújo (2020) propõem que seja compreendida não apenas como instrumento de disseminação de informações, mas como prática social voltada à promoção da cidadania sanitária. Essa responsabilidade é ainda mais crítica em contextos de crise sanitária, quando a população depende quase exclusivamente dos meios de comunicação para obter informações sobre riscos, medidas de prevenção e funcionamento do sistema de saúde. Em tais contextos, os media exercem um duplo papel: informar e educar. Entretanto, estudos como os de Malinverni (2016) e Langbecker (2017) demonstram que, frequentemente, os media optam por narrativas alarmistas, reforçando o pânico social em detrimento da contextualização técnica. A ideia de “epidemia mediática”, cunhada por Malinverni (2016), refere-se à produção jornalística que exagera ou distorce dados epidemiológicos, criando uma percepção de risco descolada da realidade clínica. ▶



É importante considerar o papel das plataformas digitais na transformação dos critérios de noticiabilidade. Com a ascensão das redes sociais, as redações passaram a priorizar conteúdos com alto potencial de viralização, o que reforça ainda mais a tendência à personalização e à espetacularização das notícias

Essa prática não apenas compromete a confiança pública nos serviços de saúde, mas também dificulta o trabalho das autoridades sanitárias, como evidenciado em episódios envolvendo a febre amarela, o vírus zika e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19.

Além disso, é importante considerar o papel das plataformas digitais na transformação dos critérios de noticiabilidade. Com a ascensão das redes sociais, as redações passaram a priorizar conteúdos com alto potencial de viralização, o que reforça ainda mais a tendência à personalização e à espetacularização das notícias.

### 3. Metodologia

Foi utilizado o método de estudo de caso (Yin, 2001), por se tratar de um fenómeno contemporâneo, inserido no seu contexto real, cuja complexidade exige uma análise em profundidade. A escolha do caso da ULSGE foi intencional, dado o seu impacto mediático, a repercussão pública e o ineditismo da sua abordagem na imprensa portuguesa à época.

Para a análise empírica, construiu-se um *corpus* de reportagens publicadas entre 14 de outubro e 14 de novembro de 2015, período que compreende o início da cobertura do surto de infeções

até a sua subsequente queda na agenda mediática. Foram analisados cinco jornais diários de circulação nacional e regional em Portugal: Diário de Notícias, Jornal de Notícias, Correio da Manhã, Público e Jornal i. Esses veículos foram escolhidos com base na sua relevância editorial, abrangência geográfica e diversidade de posicionamento editorial. O *corpus* incluiu apenas conteúdos publicados nas versões impressas dos jornais, excluindo notícias exclusivamente digitais, *posts* em redes sociais e conteúdos audiovisuais. Essa delimitação teve como objetivo garantir a comparabilidade dos textos, uma vez que as edições impressas seguem padrões editoriais mais estáveis e permitem um maior controlo sobre a forma e o espaço de apresentação da notícia.

A análise foi realizada com base na Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), aplicada a partir de categorias teóricas previamente definidas e adaptadas à realidade empírica do caso. As categorias centrais incluíram: critérios de noticiabilidade (negatividade, personalização, proximidade, continuidade), presença de fontes especializadas, dramatização do conteúdo, vocabulário técnico versus sensacionalista, e nível de contextualização sanitária. Essas categorias foram operacionalizadas através de unidades de registo e de contexto, respeitando as especificidades de cada veículo.

Paralelamente, foi adotada uma abordagem hermenêutica interpretativa, permitindo compreender os significados implícitos nas narrativas jornalísticas e as suas implicações no campo da saúde pública. Essa leitura foi enriquecida com a análise de discursos institucionais e com a revisão documental de comunicados oficiais, relatórios do hospital e declarações públicas emitidas pelas autoridades de saúde à época dos acontecimentos.

A triangulação metodológica – o estudo de caso, a análise de conteúdo e a interpretação crítica – teve como objetivo aumentar a robustez analítica da pesquisa e garantir maior validade interna aos resultados. Além disso, recorreu-se à revisão bibliográfica sistemática, com o foco em literatura académica nas áreas de comunicação, jornalismo, estudos mediáticos e saúde pública, contemplando autores portugueses e internacionais.

### 4. Resultados, conclusões e discussões para o futuro

A análise da cobertura jornalística da crise de infeções hospitalares na ULSGE, em 2015, evidencia, de forma contundente, a prevalência de estratégias narrativas centradas na comoção e na espetacularização, em detrimento da contextualização técnico-científica.

Essa tendência está longe de ser um fenómeno exclusivamente português: trata-se de uma prática recorrente no jornalismo internacional, conforme apontam estudos sobre a cobertura da pandemia de COVID-19, do ébola e de surtos de sarampo e gripe aviária (Siqueira & Monteiro, 2020).



As reportagens analisadas utilizam vocabulário fortemente conotativo: expressões como “superbactéria mortal”, “morte silenciosa” ou “hospital em pânico” estruturam o discurso da emergência, acentuando o medo e mobilizando o afeto do público. Embora a intenção seja atrair a atenção para um problema grave, essa opção linguística resulta frequentemente em desinformação ou em percepção distorcida da realidade sanitária. Como destaca Charaudeau (2006), os *mass media* frequentemente produzem “efeitos de verdade”, nos quais o discurso da verossimilhança suplanta a exigência de veracidade técnica.

Além disso, a cobertura deu pouca ou nenhuma atenção à explicação das dinâmicas envolvidas na infeção por *Klebsiella pneumoniae*. Os jornalistas omitiram, por exemplo, o facto desse tipo de bactéria ser comum em ambientes hospitalares, especialmente em unidades de cuidados intensivos e que a sua resistência aos antibióticos decorre, muitas vezes, do uso excessivo e indiscriminado desses fármacos. Esses elementos seriam cruciais para uma compreensão mais racional e informada da crise, mas não aparecem com clareza na maioria das matérias analisadas.

Esse padrão reforça o modelo “eventista” do jornalismo, conforme discutido por Traquina (2005), no qual o foco recai sobre acontecimentos excepcionais, surpreendentes e impactantes, enquanto se negligencia a abordagem contínua e estrutural dos problemas sociais - o surto de infeções hospitalares só se tornou “noticiável” quando se traduziu em mortes e escândalo público. As questões relacionadas à segurança hospitalar, à vigilância epidemiológica, à capacitação das equipas médicas e à infraestrutura sanitária — que compõem a base do problema — foram marginalizadas.

A escassez de fontes técnicas é outro aspeto preocupante. Em vez de recorrer a especialistas da área da saúde, as ma-

térias priorizaram os depoimentos de familiares das vítimas, funcionários anónimos e declarações genéricas de porta-vozes institucionais. Essa prática enfraquece o papel do jornalismo como mediador qualificado entre o saber científico e o cidadão comum. Conforme Lopes e Araújo (2020), um dos pilares da comunicação em saúde é justamente a mediação crítica do conhecimento técnico, traduzido em linguagem acessível, sem perda de rigor.

Verificou-se também a ausência de dados epidemiológicos confiáveis e a dificuldade em interpretar os números apresentados. Poucas matérias explicitaram a taxa de infeção por mil internações, o contexto clínico dos pacientes afetados ou os protocolos adotados pela instituição para conter o surto. Essa omissão favorece a construção de narrativas alarmistas, com destaque para o número absoluto de mortos, sem consideração pelo contexto clínico ou estatístico.

A brevidade da cobertura chama igualmente a atenção. Após a repercussão inicial, o tema rapidamente desapareceu da agenda mediática, mesmo com o surto ainda em curso. A lógica da “descartabilidade informativa” implica que a saúde só ganha espaço nos media quando se converte em espetáculo.

Outro aspeto relevante é a ausência da responsabilidade estrutural do Estado - não se encontrou qualquer reflexão sobre os desafios do financiamento do Sistema Nacional de Saúde, a carência de profissionais de microbiologia ou as limitações dos hospitais em implementar políticas efetivas de controle de infeções. A ausência desse enquadramento reduz a crise a um acidente isolado quando, na verdade, ela é sintoma de uma conjuntura mais ampla. A comparação com coberturas internacionais de crises sanitárias oferece insights importantes. Durante a pandemia de COVID-19, por exemplo, veículos como o *The Guardian*, *El País* e *Le Monde* mantiveram seções dedicadas exclusivamente à análise científica dos dados, com a participação de especialistas em saúde pública, epidemiologia e economia da saúde.



A escassez de fontes técnicas é outro aspecto preocupante. Em vez de recorrer a especialistas da área da saúde, as matérias priorizaram os depoimentos de familiares das vítimas, funcionários anónimos e declarações genéricas de porta-vozes institucionais. Essa prática enfraquece o papel do jornalismo como mediador qualificado entre o saber científico e o cidadão comum

Outro problema visível no caso português é a desarticulação entre os setores de comunicação institucional dos hospitais e a imprensa. A ausência de canais formais de informação e de porta-vozes treinados facilita a proliferação de boatos, lacunas e ruídos comunicacionais. Essa falha evidencia a importância de políticas públicas voltadas para a gestão da comunicação em saúde, com estratégias de transparência, responsividade e escuta ativa. Já aqui encontramos uma mudança na abordagem à crise da Covid-19, com a atribuição, pelas autoridades oficiais, de interlocutores dedicados e especializados para os órgãos de comunicação social.

O papel do jornalista também precisa de ser repensado. A cobertura de saúde não deve ser tratada como uma pauta generalista. É necessário formar repórteres especializados, com domínio das terminologias técnicas, capacidade de interpretação de relatórios epidemiológicos, sensibilidade ética e consciência dos impactos sociais de suas escolhas discursivas. Nesse sentido, a proposta de criação de núcleos de jornalismo em saúde nas redações aparece como alternativa viável.

A cobertura da ULSGE também revela uma tensão entre o interesse público e o interesse do público. Embora o tema tenha grande relevância social, apenas foi abordado de forma contundente quando atingiu um grau elevado de impacto emocional. A responsabilidade do jornalismo, no entanto, não se limita a atender às demandas de audiência - ela envolve o compromisso com a cidadania, com a prevenção e com o fortalecimento do debate democrático.

Por fim, a discussão aqui apresentada permite observar



Marta Temido. "Entrámos numa fase de aumento exponencial do número de casos" - Renascença

Visitar

que o jornalismo de saúde carece, ainda, de um modelo mais reflexivo, que vá além do modelo informativo de cunho reativo. É necessário caminhar para uma prática mais interpretativa, educativa e integrada com as políticas de saúde pública. O jornalismo deve assumir o seu papel não apenas como relator de crises, mas também como agente ativo na construção de uma cultura de cuidado, prevenção e bem-estar coletivo.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Breed, W. (1955). Social control in the newsroom: A functional analysis. *Social forces*, 33 (4), pp. 326-335. [Em linha]. Disponível em <<https://www.jstor.org/stable/2573002>>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Charaudeau, P. (2006). *Discurso das mídias*. São Paulo: Contexto.
- Galtung, J. e Ruge, M. H. (1965). The structure of foreign news: The presentation of the Congo, Cuba and Cyprus crises in four Norwegian newspapers. *Journal of peace research*, 2(1), pp. 64-90. [Em linha]. Disponível em <<https://www.jstor.org/stable/423011>>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Langbecker, A. (2017). A cobertura jornalística sobre os sistemas públicos de saúde no Brasil e na Espanha — uma análise comparativa. Tese realizada no âmbito do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. [Em linha]. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/26474/1/Tese%20final%20Andrea%20Langbecker.%202017.pdf>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Leite, L. M. P. S. (2022). *Comunicação em saúde: O discurso da imprensa diária portuguesa sobre infeções hospitalares – o caso “Hospital de Gaia” (2015)* [Tese de doutorado, Universidade Fernando Pessoa, Porto. [Em linha]. Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/entities/publication/1fc8713c-ec27-4ace-acc9-991000e427bc>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Lopes, F., e Araújo, R. (2020). As doenças na imprensa portuguesa: retrato de uma década. In F. Lopes e R. Araújo (Eds.), *As doenças na imprensa portuguesa: retrato da década*, pp. 5-10. Braga, CECS.
- Luhmann, N. (2005). *A realidade dos meios de comunicação* (C. Marcondes Filho, Trad.). Paulus.
- Malinverni, C. (2016). *Epidemia midiática de febre amarela: desdobramentos e aprendizados de uma crise de comunicação na saúde pública brasileira*. Tese realizada no âmbito do Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. [Em linha]. Disponível em <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Epidemia%20midiatica%20de%20febre%20amarela.pdf>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Park, R. E. (1970). A notícia como forma de conhecimento: um capítulo da sociologia do conhecimento. In: Steinberg, C. (Org.), *Meios de Comunicação de Massa*. São Paulo, Cultrix, pp. 168-185.
- Shoemaker, P. J., & Vos, T. P. (2009). *Gatekeeping theory*. New York: Routledge.
- Siqueira, F., & Monteiro, P. (2020). *Jornalismo em tempos de pandemia: Reconfigurações na TV e na Internet*. Editora UFPB.
- Sousa, J. P. (2005). *Elementos de Jornalismo Impresso*. Florianópolis, Companhia das Letras.
- Sousa, J. P. (2006). *Elementos de Teoria e Pesquisa da Comunicação e dos Media*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Traquina, N. (2005). *Teorias do jornalismo: a tribo jornalística – uma comunidade interpretativa transnacional*. Florianópolis, Insular.
- Traquina, N. (2020). *Porque as notícias são como são?*. (Coleção Teorias do Jornalismo, v.1). Florianópolis, Insular Livros.
- White, D. M. (1950). The “gate keeper”: A case study in the selection of news. In: *Journalism quarterly*, 27(4), pp.383-390. [Em linha]. Disponível em <<https://doi.org/10.1177%2F107769905002700403>>. [Consultado em 9 abr. 2025].
- Wolf, M. (1999). *Teorias da comunicação*. Lisboa: Presença.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre, Bookman.

# Empenhamento afetivo e normativo: um estudo em jovens médicos

Válter Santos  
Manuela Frederico

## RESUMO

**Introdução** As transformações sociais e económicas impactam o vínculo dos profissionais às organizações, especialmente nas instituições de saúde. Este fenómeno requer a adaptação das políticas de gestão de recursos humanos para minimizar tais impactos. O empenhamento organizacional emerge como uma das variáveis centrais nesta discussão, refletindo a ligação psicológica entre colaboradores e suas instituições. Este estudo investiga o empenhamento afetivo e normativo de jovens médicos, considerando fatores como perceção de justiça procedimental, autonomia e relações com o grupo.

**Materiais e Métodos** Realizou-se um estudo quantitativo descritivo com 24 médicos com idade igual ou inferior a 30 anos. Os dados foram recolhidos através de um questionário validado que avaliou o empenhamento organizacional, perceção de justiça procedimental, autonomia e relação com o grupo, utilizando uma escala de *Likert* de 1 a 5. As análises foram realizadas utilizando o SPSS, com estatística descritiva e correlação de Spearman.

**Resultados** Os resultados indicam que o empenhamento afetivo médio foi de 3,88, enquanto o normativo foi de 2,98. Houve correlação positiva moderada entre o empenhamento afetivo e a relação com o grupo (0,365), mas correlações fracas com justiça procedimental e autonomia. As médicas mostraram valores inferiores em comparação aos médicos, especialmente no empenhamento normativo.

**Discussão** Os dados sugerem que embora o empenhamento afetivo seja positivo, o normativo apresenta um nível abaixo do desejável. Isso indica a necessidade urgente de estratégias organizacionais que melhorem a perceção de justiça e as relações interpessoais, aspetos cruciais para aumentar a eficácia organizacional.

**Conclusão** O estudo ressalta a importância do empenhamento organizacional para a eficácia em contextos de saúde. Recomenda-se que gestores implementem políticas que promovam relações justas e solidifiquem laços afetivos com a organização, dado que isso pode aprimorar a qualidade do atendimento e a produtividade. A pesquisa, embora limitada pela amostra, contribui para reflexões sobre o papel das organizações na gestão do empenhamento dos colaboradores.

**Palavras-chave** *Comprometimento Organizacional; Satisfação no Trabalho; Justiça Procedimental; Autonomia Profissional; Pessoal de Saúde*

Válter Santos Universidade Beira Interior Covilhã, Portugal, USF Marquês ULS RL, ECL RL;  
Manuela Frederico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal



## Introdução

As transformações sociais, económicas e políticas têm alterado o vínculo dos profissionais às organizações, impactando diretamente as políticas de gestão de recursos humanos e o nível de empenhamento organizacional (Swales, 2000). Este fenómeno é particularmente observado nas organizações de saúde, onde a procura crescente por cuidados contrasta com a flexibilização do mercado de trabalho (Allen & Meyer, 2000). Diante desta nova realidade, é crucial que as organizações adaptem as suas políticas de gestão de recursos humanos no sentido de poder minimizar os impactos dessas transformações (Meyer & Allen, 1991).

As organizações de saúde têm a missão de satisfazer as necessidades dos seus 'clientes', oferecendo cuidados de alta qualidade. No entanto, devido à diversidade de profissionais envolvidos, a dependência dessas organizações em relação aos seus profissionais é significativa, pois são eles que representam a organização na prestação de cuidados (Gardner & Walton, 2011).

A eficácia organizacional é um tema

central nas discussões contemporâneas sobre a gestão de instituições, especialmente em setores desafiadores como o da saúde. As organizações enfrentam problemas significativos, desde a redução de pessoal até reengenharia e reestruturação, refletindo uma explosão de informações e um aumento da diversidade na força de trabalho. Essas mudanças têm particular relevância em empresas públicas, como as instituições de saúde, que devem se adaptar a um ambiente em constante transformação (Nordin, 2012).

Além disso, o sistema de saúde tem passado por alterações sociais que exigem uma reformulação estrutural, alinhada ao aumento dos custos de cuidados e à crescente expectativa de vida da população. Tais mudanças apontam para a necessidade de uma gestão eficiente que considere a relação multifatorial entre os colaboradores e a organização, incluindo fatores como a interação em equipe e a cultura organizacional (Lake, Germack, & Viscardi, 2021; Silva et al., 2021).

O empenhamento organizacional tem sido uma das variáveis mais estu-

dadas na psicologia organizacional, recebendo grande atenção por parte dos investigadores (Allen & Meyer, 2000; Swales, 2000). Este interesse decorre da premissa de que o empenhamento organizacional tem efeitos substanciais no desempenho dos colaboradores e na eficácia das organizações. De maneira simplificada, o empenhamento organizacional pode ser entendido como o laço psicológico que caracteriza a ligação dos indivíduos à organização, influenciando a decisão de permanecerem nela (Meyer & Allen, 1991).

Este construto, avaliado de diversas formas e por meio de diferentes metodologias, tem sido foco de muitos estudos, apesar das controvérsias conceituais (Telle et al., 2007; Bastos, 1996; Ferreira, 2005). O modelo teórico de Mowday, Porter e Steers (1979) tem sido um ponto de convergência significativo, influenciando fortemente a pesquisa na área, tanto em termos conceituais quanto metodológicos (Ferreira, 2005; Bastos, 1996). Segundo este modelo, o empenhamento envolve lealdade, desejo de permanência e esforço em prol da organização (Bastos, 1996).

Numa perspectiva do empenhamento organizacional enquanto atitude, posteriormente Meyer e Allen (1991) propuseram um modelo de três componentes, baseando-se na natureza multidimensional do empenhamento organizacional: afetiva, normativa e instrumental. O empenhamento afetivo traduz-se na identificação com a organização e envolvimento com os seus objetivos. O empenhamento normativo refere-se à percepção de obrigação moral de permanecer na organização, enquanto o empenhamento instrumental está associado aos custos percebidos de abandonar a organização (Ferreira, 2005; Tella et al., 2007; Khatibi et al., 2009). Cada componente tem diferentes efeitos sobre a atitude e comportamento dos indivíduos. Colaboradores com forte empenhamento afetivo permanecem na organização porque desejam; aqueles com forte empenhamento normativo permanecem por senso de dever; e os com forte empenhamento instrumental permanecem por necessidade ou falta de alternativas (Ferreira, 2005).

Nesta perspectiva, tais componentes refletem estados psicológicos não mutuamente exclusivos, refletindo a orientação eficaz do indivíduo na organização e para a organização (afetivo), uma obrigação moral de permanecer na organização (normativo) e um reconhecimento dos custos associados a deixar a organização (instrumental).

O grau de empenhamento organizacional dos colaboradores é um fator crucial que influencia a eficácia da organização. Nordin (2012) ressalta que quanto maior o empenhamento, maior o impacto positivo do comportamento de liderança e a abertura para mudanças organizacionais. A literatura aponta que funcionários altamente comprometidos demonstram disposição para compartilhar informações e fazer sacrifícios necessários para que a organização prospere, o que é vital em um cenário onde as instituições de saúde se tornaram mais complexas e incertas (Nordin, 2012).

Frederico e Anes, (2024, p. 94), referem vários estudos

recentes que demonstram que *“funcionários empenhados, exibem comportamentos benéficos para a organização, agregam valor através da sua determinação, proatividade, produtividade, elevada consciência de qualidade, satisfação no trabalho e comportamentos de cidadania organizacional”*.

É importante distinguir entre o empenhamento organizacional e a satisfação no trabalho. Mowday, Steers e Porter (1979) argumentam que o empenhamento é um construto mais abrangente, refletindo a conexão dos colaboradores com os valores e objetivos da organização, enquanto a satisfação no trabalho está relacionada às experiências individuais no ambiente laboral. O empenhamento é considerado mais estável ao longo do tempo, moldando-se lentamente, enquanto a satisfação pode ser afetada por acontecimentos cotidianos e tais acontecimentos transitórios não fazem, à partida, com que ele reconsidere a sua ligação à organização.

Compreender essas dinâmicas é essencial para fortalecer a gestão de recursos humanos nas instituições de saúde, diante de um cenário organizacional complexo e diversificado.

É parte integrante dessa compreensão considerar as opiniões dos colaboradores num sentido de apoio e cooperação. Por outro lado, os gestores devem cultivar relações de confiança e compromisso, promovendo um ambiente de suporte dentro da cultura organizacional (Oreg et al., 2011). Dessa maneira, a construção de um espaço organizacional que valoriza a voz dos médicos é fundamental para o sucesso presente e futuro das instituições de saúde.

Existem vários resultados do empenhamento organizacional, assim como existem vários antecedentes que indicam o seu desenvolvimento. Considerando que as organizações podem ter um papel indutor no empenhamento dos colaboradores, levantámos uma questão de partida, Qual o empenhamento afetivo e normativo de jovens médicos e como se relaciona com algumas variáveis de contexto (percepção de justiça procedimental, autonomia, relação com o grupo)?, da qual decorrem os seguintes objetivos:

1. Analisar o nível de empenhamento organizacional de médicos;
2. Identificar as relações entre as dimensões afetiva e normativa do empenhamento;
3. Relacionar o empenhamento afetivo e o empenhamento normativo com variáveis de contexto (percepção de justiça procedimental, autonomia, relação com o grupo);
4. Apresentar sugestões para gestores que visem a melhoria do empenhamento organizacional e, conseqüentemente, a eficácia das instituições de saúde.

## Material e Métodos

É um estudo de abordagem quantitativa, de natureza exploratória descritiva, que pretende analisar a opinião de jovens médicos sobre o empenhamento organizacional efetivo e normativo e sobre variáveis que comumente se relacionam com o empenhamento: percepção de justiça procedimental, autonomia e relacionamento com o grupo. ▶



O grau de empenhamento organizacional dos colaboradores é um fator crucial que influencia a eficácia da organização. Nordin (2012) ressalta que quanto maior o empenhamento, maior o impacto positivo do comportamento de liderança e a abertura para mudanças organizacionais

De acordo com alguns estudos, e apesar da força das correlações, a escala de empenhamento afetivo e a escala de empenhamento normativo tendem a mostrar semelhanças nos padrões de correlação relativamente aos seus antecedentes e consequências. Já a escala de empenhamento instrumental é relativamente independente de qualquer das anteriores (Meyer, 1997). Por esta razão optámos por uma análise apenas das escalas de escala de empenhamento afetivo e de empenhamento normativo.

O instrumento de medida do empenhamento afetivo e normativo, bem como da percepção de justiça procedimental da autonomia e da relação com o grupo, bem como de variáveis sócio-demográficas, consistiu um questionário.

Os itens apresentam-se em escala de concordância tipo *Likert*, de 1 a 5, (em que 1 corresponde a...discordo em absoluto..., e 5 corresponde a "...concordo em absoluto...". O questionário foi validado para Portugal e mostrou fiabilidade externa em estudos com diferentes profissionais de saúde.

As respostas ao questionário foram codificadas, introduzidas numa base de dados e tratadas no programa informático SPSS, versão 26. Utilizou-se estatística descritiva (contagem de frequências), medidas de tendência central (média, desvio padrão, mediana e variância) e correlação de Spearman.

A unidade de análise são médicos com idade igual ou inferior a 30 anos.

Foi condição do estudo não associar a amostra a qualquer instituição de saúde. Trata-se de um estudo preliminar em que os contactos com os participantes foram diretos e informais. Assim, não foram solicitadas autorizações institucionais.

Seguiram-se princípios éticos de investigação e a participação foi voluntária e consentida e as questões de anonimato e confidencialidade foram asseguradas.

## Resultados

Não obstante a necessidade de uma análise cautelosa e sem podermos fazer qualquer generalizada, dada a limitação ditada pelo tamanho da amostra, analisamos de forma descrita os dados obtidos.

A amostra é constituída por 24 médicos, com idade igual ou inferior a 30 anos.

Maioritariamente por elementos do sexo feminino (58,3%). Verifica-se um predomínio (58,3%) de quem refere o estado civil de solteiro e uma diferença no estado civil de casado entre os médicos (20%) e as médicas (57,1%).

O empenhamento afetivo (EA) apresenta valores de média  $3,88 \pm 0,68$ , e de mediana 4,0.

Quando analisamos esta dimensão do empenhamento separadamente nos médicos e nas médicas verificam-se valores médios semelhantes, mas valores de desvio padrão (0,96 e 0,44) e de variância (0,93 e 0,19) diferenciadores. Posiciona-se, assim o valor de mediana nos médicos em 4,60 e nas médicas em 3,90.

Relativamente ao empenhamento normativo (EN), este apresenta valores de média  $2,98 \pm 0,73$ , havendo menor amplitude de variação entre os dois grupos. Salienta-se, aqui, o valor de média e de mediana abaixo de 3 encontrado no grupo de médicas (Tabela 1).

Variável		n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Variância
Empenhamento afetivo	Mas	10	2,00	4,60	3,90	0,96	4,60	0,93
	Fem	14	3,00	4,60	3,87	0,44	3,90	0,19
	Total	24	2,00	4,60	3,88	0,68	4,00	0,47
Empenhamento normativo	Mas	10	1,20	3,80	3,12	0,82	3,60	0,68
	Fem	14	1,80	4,00	2,88	0,68	2,80	0,46
	Total	24	1,20	4,00	2,98	0,73	2,80	0,54
Percepção de justiça procedimental	Mas	10	2,60	4,00	3,36	0,41	3,50	0,17
	Fem	14	1,87	4,53	3,38	0,70	3,36	0,49
	Total	24	1,87	4,53	3,37	0,58	3,40	0,34
Autonomia	Mas	10	3,00	4,00	3,60	0,35	3,60	0,12
	Fem	14	1,80	4,40	3,85	0,62	3,90	0,39
	Total	24	1,80	4,40	3,75	0,53	3,80	0,29
Relação com o Grupo	Mas	10	3,92	4,54	4,24	0,18	4,19	0,03
	Fem	14	3,77	4,92	4,45	0,37	4,53	0,14
	Total	24	3,77	4,92	4,36	0,32	4,38	0,10

Tabela nº 1- Análise descritiva do empenhamento afetivo, empenhamento normativo, percepção de justiça procedimental, autonomia e relação com o grupo

A percepção de justiça procedimental apresenta valores de média  $3,37 \pm 0,58$ , e de mediana 3,40. A autonomia apresenta valores de média  $3,75 \pm 0,53$ , e de mediana 3,80.

Os valores médios mais elevados são encontrados na variável ‘Relação com o grupo’  $4,36 \pm 0,32$ , com mediana de 4,38.

Independentemente da significância estatística, que como já referido, deve ser acautelada nesta análise, existe correlação positiva moderada (0,365) entre o empenhamento afetivo e a ‘relação com o grupo’. Por sua vez, as correlações entre a percepção de justiça procedimental e o empenhamento, bem como entre a ‘autonomia’ e o empenhamento, neste estudo, revelaram-se fracas (Tabela 2)

Variável	1	2	3	4	5
1. Empenhamento afetivo	-				
2. Empenhamento normativo	,478*	-			
3. Justiça Procedimental	,162	,212	-		
4. Autonomia	,-156	,121	,481*	-	
5. Relação com o grupo	,365	,004	,364	,365	-

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Tabela 2 - Correlação de Spearman entre empenhamento, Percepção de justiça procedimental, autonomia e relação com o grupo (n=24)

## Discussão

Não é objetivo deste estudo discutir a relação entre a idade e o nível de empenhamento afetivo e normativo. Contudo, a opção pela amostra delimitar uma faixa etária deve-se à referência em diferentes estudos, da ligação entre a idade dos trabalhadores e o nível de empenhamento organizacional. Acrescentando que o facto de os trabalhadores mais velhos poderem ter experiências de trabalho mais positivas e de ser possível que os trabalhadores necessitem adquirir alguma experiência para se sentirem fortemente unidos à organização.

Assim, conhecer o empenhamento destes trabalhadores pode ser um indicador importante para o investimento organizacional.

O valor médio do empenhamento afetivo (3,88) permite considerar que o grupo em estudo se envolve na compreensão da relevância do valor e da sua identidade com a organização onde trabalham. Aponta-se que trabalhadores com maior empenhamento afetivo optam menos frequentemente por ausências ao trabalho e estão motivados para a melhor execução

do seu trabalho (Meyer e Allen, 1997).

Por sua vez, não sente uma dívida ou uma obrigação para com essa organização (Meyer & Allen, 1991), demonstrado pelos valores obtidos na dimensão normativa do empenhamento, média 2,98 e mediana 2,80.

O empenhamento afetivo e o empenhamento normativo estão correlacionados negativamente, por exemplo, com o stress no trabalho, com a exaustão emocional, e com a despersonalização (Meyer e Allen, 1997).

Comparando os valores encontrados no empenhamento de médicos e de médicas, verificamos que as diferenças são pouco relevantes no empenhamento afetivo e um pouco mais diferenciadoras no empenhamento normativo. Ainda assim não permitem interpretações inequívocas. Alinhando com a opinião de Fisher, Boyle e Fulop (2010) há diferenças na forma como os homens e as mulheres comunicam as suas emoções. Além disso, consideram que a investigação sobre género e empenhamento organizacional é complexa e que não houve nenhuma pesquisa que indique inequivocamente a relação existente entre o género e o empenhamento organizacional.



Há diferenças na forma como os homens e as mulheres comunicam as suas emoções. Além disso, consideram que a investigação sobre género e empenhamento organizacional é complexa e que não houve nenhuma pesquisa que indique inequivocamente a relação existente entre o género e o empenhamento organizacional

A relação do trabalhador com a organização é, sem dúvida, complexa e multifatorial, não se restringindo apenas a questões da atividade laboral. Corroboramos a opinião de Silva et al., (2021), quando referem que essa relação tem de considerar a organização como um todo, englobando a relação com a equipa. Neste estudo fica sublinhado como relevante a consideração da Relação com o grupo (4,36 ±0,32). Este resultado alinha com a referência de (Gaspar, Jesus & Cruz, 2011), quando referem que o exercício da atividade médica desenrola-se num ambiente profissional em que imperam as relações inter-pessoais.

A perceção de justiça procedimental apresenta valores de média 3,37 ±0,58, e de mediana 3,40. Sendo uma variável sugerida pela literatura como possibilitadora de afetar o empenhamento organizacional e embora com exceções, também que o empenhamento afetivo está mais fortemente relacionado com perceções de tratamento justo do que com satisfação relativa a resultados pessoais (Meyer e Allen, 1997), é importante investir no “controlo do processo e o controlo da decisão”. Conceitos que em contexto organizacional, e têm sido traduzidos, respetivamente, por “voz” (oportunidade de expor o ponto de vista ou participação no processo de tomada de decisão) e por “escolha” (oportunidade de influenciar a decisão), como referem Theotónio e Vála (1999).

## Conclusões

Este estudo exploratório prévio, considera-se atual e oportuno, porquanto as organizações, em particular as organizações de saúde, enfrentam problemas significativos desde a redução de pessoal, à reengenharia até ao aumento na diversidade da força de trabalho e à emergência no domínio dos valores e pressupostos que estruturam a forma de pensar e de atuar dos indivíduos e dos grupos. Acresce que o estudo do empenhamento organizacional está pouco desenvolvido, particularmente em médicos.

Considerando a importância que a justiça procedimental pode ter no empenhamento organizacional do empregado, os gestores devem partilhar a informação relativa às decisões de alocação com procedimentos consistentes.

Acredita-se que o investimento em variáveis promotoras de empenhamento organizacional se traduz em benefícios para a organização, porque se considera que quanto maior for o número de trabalhadores empenhados afetiva e normativamente maiores serão as possibilidades de aumentar a qualidade do trabalho e a produtividade organizacional, aspetos relevantes no sector da saúde.

Trata-se de um estudo muito limitado pela dimensão da amostra, donde quaisquer inferências estariam comprometidas. Outra limitação prende-se com o conjunto de variáveis analisadas, reconhecendo-se a necessidade de incluir na análise outras variáveis na relação com o empenhamento organizacional, designadamente com o empenhamento afetivo e normativo.

Ainda assim, considera-se deixar um contributo para (re) pensar o papel das organizações/dos seus líderes no empenhamento dos trabalhadores.

Estudar e compreender o comportamento humano dentro do contexto de trabalho é um desafio, a considerar que envolve características subjetivas individuais e complexas interações humanas. Em síntese, conclui-se terem sido atingidos os objetivos deste estudo e que há necessidade de forte investimento em fatores que possam induzir o empenhamento em particular o empenhamento normativo dos trabalhadores, pois os valores encontrados nesta dimensão ficam aquém do institucionalmente desejável. O indicador do empenhamento do empenhamento afetivo dos trabalhadores é demonstrativo de que estes sentem laços emocionais com a organização, e se identificam com a mesma. Contudo, o empenhamento afetivo desenvolve-se ao longo do tempo e por isso requer investimento da organização.

## REFERÊNCIAS

- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (2000). Construct validation in organizational behavior research: The case of organizational commitment. In G. R. Ferris (Ed.), *Research in personnel and human resources management*, 10, 89-136.
- Bastos, A. V. B. (1996). A construção da escala de bases do comprometimento organizacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9(1), 97-112.
- Ferreira, M. C. (2005). O papel do comprometimento organizacional no contexto de mudanças: Uma análise teórica e empírica. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 405-414.
- Fisher, Ron; Boyle, Maree V.; Fulop, Liz (2010). How gendered is organizational commitment? The case of academic faculty. *International Journal of Organizational Analysis*, 18, (3),280-294.
- Frederico, M. & Anes, E. (2024). Empenhamento organizacional. *Gestão de Contextos de Trabalho seguros, saudáveis e Felizes*. (Coord. Galvão, A & Magalhães, B.). Chiado Books-Chiado Grupo Editorial, 94-101
- Gardner, L. & Walton, J. (2011). Striving to be heard and recognized: Nurse solutions for improvement in the outpatient hemodialysis work environment. *Nephrology Nursing Journal*, 38(3), 239-253.
- Gaspar, D.; Jesus, S. & Cruz, J. (2011). Motivação Profissional no Internato Médico de Medicina Geral e Familiar: Um estudo nacional. *Acta Med Port*, 24, 255-264
- Khatibi, A., Asadi, H., & Hamidi, M. (2009). The Relationship Between Job Stress and Organizational Commitment in National Olympic and Paralympic Academy. *World Journal of Sport Sciences*, 2(4), 272-278.
- Lake, J. K., Germack, H. D., & Viscardi, M. (2021). Health care organizations: A new road of change. *American Journal of Health Sciences*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v12i1.10265>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Meyer, J. e Allen, N. (1997). *Commitment in the Workplace*. London: SAGE Publications.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224-247.
- Mueller, C., Iverson, R. e Jo, D. (1999). Distributive Justice Evaluations in two Cultural Contexts: A Comparison of U.S. and South Korean Teachers. *Human Relations*, 52 (7), 869-893.
- Nordin, N. (2012). The influence of leadership behavior and organizational commitment on organizational readiness for change in a higher learning institution. *Asia Pacific Education Review\**, 13(2), 239-249. <https://doi.org/10.1007/s12564-011-9200-y>
- Oreg, S., et al. (2011). The role of trust in organizational change: The influence of leadership behavior. *Journal of Change Management*, 11(1), 75-86. <https://doi.org/10.1080/14697017.2010.522114>
- Silva, S., Gaio, M., Sanches, S., José, H., Henriques, M., & Gouveia, M. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde: Revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 483-504. <https://doi.org/10.34632/gestaodee.2021.1>
- Swales, S. (2000). Goals, creativity and achievement: commitment in contemporary organizations. *Creativity and Innovation Management*, 9(1), 185-194.
- Telle, S., Ferreira, M. C., & Bastos, A. V. B. (2007). Comprometimento organizacional: Uma análise do conceito a partir da visão dos empregados de uma empresa pública. *Revista de Administração Pública*, 41(4), 678-692.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos médicos que generosamente preencheram o questionário

## Magnet Hospitals:

# Patient outcomes, staffing trends, organizational and economic characteristics: A narrative review

Ricardo Correia De Matos  
Valter Amorim  
Paulo Oliveira  
Pedro Lopes  
Catarina Nogueira

### ABSTRACT

**Introduction:** Magnet hospitals have always been considered advanced healthcare organizations with improved healthcare, staff-related, and organizational characteristics.

**Objectives:** This review aims to compile supporting evidence on this claim and its potential cost-effectiveness.

**Methods:** PubMed (MEDLINE), Google Scholar, and Web of Science were searched for source collection. The relevance and credibility of sources were satisfactory, and quantitative evidence was preferred.

**Results:** Qualitative and quantitative data buttress that magnet hospitals are significantly better than non-magnet hospitals regarding patient diagnosis and care, mortality reduction, staff performance and pay, and organizational and community factors, constituting an effective business model and cost-effective approach for patients.

**Conclusion:** Magnet hospitals outperform non-magnet hospitals in patient care, staff-related outcomes, infrastructure, research, financial outputs, and cost-effectiveness.

**Keywords:** *Magnet hospitals; patient care; staffing tendencies; organizational characteristics; economics.*

Ricardo Correia De Matos<sup>1,2</sup>, Valter Amorim<sup>3</sup>, Paulo Oliveira<sup>3</sup>, Pedro Lopes<sup>4,5</sup>, Catarina Nogueira<sup>5</sup>

1 Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal

2 ISCTE - University Institute of Lisbon, Lisbon, Portugal

3 Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Centro

4 Serviço de Cirurgia, Hospital Sousa Martins, Unidade Local da Guarda

5 Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, 3720-126, Portugal

Autor correspondente: ricardo.matos@ordemenfermeiros.pt



## 1. INTRODUCTION

Magnet hospitals comprise health-care centers recognized for adopting a set of organizational characteristics that empower and prioritize nursing care personnel and, thus, improve health-care outcomes (Aiken et al., 1994). Nurses are part and parcel of every hospital, with their workplace contribution and decisions directly affecting patient outcomes and population health status (Ariosto et al., 2018). Magnet hospitals employ higher numbers of registered nurse (R.N.) staff, and specialty-certified nursing care personnel (Blegen et al., 1998; de Cordova et al., 2020). Their skilled services have resulted in improved patient outcomes, including lower mortality rates (Hamadi et al., 2021), better quality of end-of-life care (Lasater & Schlak, 2020), reduced length of hospital stays and lower medical complications, and reduced medication errors (dit Dariel & Regnaud, 2015).

In recent years, there has been increasing research, both quantitative and qualitative, on patient and staff-re-

lated outcomes of magnet hospitals (dit Dariel & Regnaud, 2015; Friese et al., 2015; Evrenol Öçal & Terzioğlu, 2022) and in their characteristics in terms of organization, management, infrastructure, and business model (Upenieks et al., 2003). Magnet hospitals provide nurses a better working environment, greater access to information, research, residency, and fellowship opportunities, and autonomy in clinical decisions. This translates into greater job satisfaction and lower turnover intention among nurses (Gardner et al., 2007). Hospitals seem more successful in recruiting and retaining highly specialized nursing staff when their organizational structure resembles those of high-ranking American corporations and when nurses' managerial complexities are reduced (McHugh et al., 2013).

Apart from staffing characteristics, magnet hospitals have better diagnostic testing and imaging technologies, more extensive and sophisticated infrastructures, a greater number of beds, better performance-based financial solutions (pay for performance and value-based purchasing), and advanced

research and clinical care practices than non-magnet hospitals, which in turn, benefit the community and serve quality (critical) care (Dierkes et al., 2021; Friese et al., 2015; Jayawardhana & Welton, 2015; Johantgen et al., 2017; Rodríguez-García et al., 2020). Despite costs associated with the construction/maintenance of supporting infrastructures necessary for the accreditation of magnet status, these hospitals generate more revenue than non-magnet hospitals, proving to be a cost-effective business model (Jayawardhana et al., 2014). Compared to non-magnet counterparts, magnet hospitals offer quality care services to patients at lower costs, possibly due to shorter lengths of hospital stay and higher utilization and admission rates than non-magnet organizations (Jayawardhana & Welton, 2015; Kim et al., 2016).

To date, approximately 10% of hospitals in the United States have magnet status (Lasater et al., 2019). Adopting a magnet status depends on the American Nurses Credentialing Center (ANCC) recognition and is affected by numerous healthcare and community factors.



nity-related factors and outcomes of magnet hospitals. This study aims to review all the perspectives and advantages of magnet hospitals, covering American and European magnet hospitals.

## 2. METHODS

PubMed (MEDLINE), Google Scholar, and Web of Science were searched for source collection. The following terms were used: “magnet hospitals”, “patient outcomes”, “staffing”, “organizational characteristics”, “cost-effectiveness”, “business model”, “magnet hospitals”. Studies were screened by title and abstract and then assessed by full-text analysis. No time constraints were applied in the search. Secondary sources were manually identified from references of retrieved primary articles.

Only peer-reviewed indexed journals were included and quantitative evidence was preferred over qualitative.

## 3. RESULTS

### 3.1 Factors leading to the adoption and recognition of magnet status

These factors include community socioeconomic and clinical practice trends, hospital admission and emergency department visit rates, staffing trends, and business model competition in centralized hospital affiliation policies and hospital referral regions (Tai & Bame, 2017).

While several systematic and scoping reviews have delved into magnet hospital patient-related outcomes (dit Dariel & Regnaud, 2015; Connor et al., 2023), no published review has incorporated patient-, staff-, management-, and commu-

Many institutional (affiliation, centralization), community (demographic, economic, and clinical status), and staffing-related factors have been shown to affect a hospital’s adoption of a magnet status. Studies suggest that middle-ranking communities with moderate clinical and socioeconomic trends and mild to moderate shortages of critical care and government-funded facilities are more likely to adopt the magnet model. In contrast, a lower community-level socioeconomic status and worse clinical practice trends lead to lower odds of magnet accreditation (Boamah et al., 2022).



**Studies suggest that middle-ranking communities with moderate clinical and socioeconomic trends and mild to moderate shortages of critical care and government-funded facilities are more likely to adopt the magnet model. In contrast, a lower community-level socioeconomic status and worse clinical practice trends lead to lower odds of magnet accreditation (Boamah et al., 2022)**



Magnet adoption was significantly associated with less densely populated surrounding areas, higher admission rates, and higher emergency department visits (Tai & Bame, 2017). Furthermore, teaching hospitals, large-sized hospitals, and non-profit medical institutions were more likely to adopt a magnet model of healthcare service provision. Magnet adoption has also been related to higher R.N. staffing and lower licensed practice nurse (LPN) staffing rates (Tai & Bame, 2017).

A longitudinal fixed-effects regression analysis concluded that hospitals had a greater likelihood of adopting magnet status when they presented centralized affiliation systems, when there was a prior adoption of magnet status by out-of-market affiliated health facilities of its centralized system, and when affiliates in their hospital referral region (HRR) had already become magnet institutions (Lasater et al., 2019).

### 3.2. Patient-related outcomes

Magnet hospitals are recognized for their excellence in patient care and positive health outcomes. (McHugh et al., 2013).

A scoping review on patient outcomes in magnet versus non-magnet hospitals found that the former was associated with 14-40% lower odds of mortality, 2,4-9 fewer deaths per thousand hospitalizations, and shorter lengths of hospital stay (Connor et al., 2023). Furthermore, all the studies in the review reported greater patient satisfaction scores in magnet hospitals than in non-magnet hospitals (Connor et al., 2023). These results align with two other reviews that showed an association between magnet status and a decreased rate of (in) patient mortality and a lower incidence of patient falls, pressure skin ulcers, and failure to rescue (dit Dariel & Regnaud, 2015; Rodríguez-García et al., 2020).

Specifically, a study found that patients in magnet hospitals experienced 14% lower odds of mortality and 12% lower odds of failure-to-rescue than those treated in non-magnet hospitals, even when adjusting for nursing, hospital, and patient factors (McHugh et al., 2013). This study also found a significant association of reduction in mortality with magnet status indicators and composite nursing measures (McHugh et al., 2013). A similar study observed a 7.7% reduction in mortality rates and nine fewer deaths per 1000 discharged in magnet hospitals than the

matched control hospitals. However, the reduction in mortality rate dropped to 4.6%, accounting for 0.9 to 9.4 lower deaths per 1000 when adjusted for differences in hospital-specific predicted mortality (Aiken et al., 1994). Results from a multivariate analysis controlling for patient and hospital characteristics and covering a 13-year observation span pointed to a 7.7% lower likelihood of thirty-day mortality and an 8.6% lower likelihood of dying of postsurgical complications in magnet hospitals versus non-magnet hospitals. Moreover, magnet hospitals had lower risk-adjusted failure-to-rescue rates than non-magnet ones (Friese et al., 2015). A cross-sectional study in several U.S. states reported that according to indigenous nursing staff, magnet hospitals had 23% lower odds of unfavorable overall end-of-life care grade and 19% lower odds of inaccessibility of end-of-life directives (Lasater & Schlak, 2020).

The reported positive results seem to be transversal to different populations. A retrospective cohort study covering a population of 493,760 hospitalizations for Parkinson's disease (P.D.) from 2000-2010 reported in a multivariate analysis that magnet hospitals were associated with a lower likelihood of experiencing pressure skin ulcers, anesthesia-related complications, death from less severe complications, and a 21% reduction in mortality in P.D. patients than non-magnet ones. P.D. patients in magnet hospitals had lower odds of experiencing any PSI than those in non-magnet hospitals. However, P.D. patients in magnet hospitals were more likely to experience post-operative hemorrhage or hematoma (Aamodt et al., 2021). Another study in ischemic stroke patients demonstrated a 23.9% decrease in case-fatality in hospitalizations (i.e., prevented one death/every five ischemic stroke hospitalizations) and a 16.5% lower rate of discharge to a facility in magnet hospital as compared to non-magnet ones. Magnet hospitals also had 0.4 days shorter length of stay for ischemic stroke patients than non-magnet ones (Bekelis et al., 2017).

Another study, including an analysis of 3877 hospitals over four years, observed that magnet hospitals had lower odds of mortality in high-risk conditions such as acute myocardial infarction (AMI), coronary artery bypass grafting (CABG), heart failure, and pneumonia as compared to non-Magnet hospitals. Decreased odds for 30-day readmission for AMI, CABG, and stroke were also associated with hospitals' magnet



A scoping review on patient outcomes in magnet versus non-magnet hospitals found that the former was associated with 14-40% lower odds of mortality, 2,4-9 fewer deaths per thousand hospitalizations, and shorter lengths of hospital stay (Connor et al., 2023)

status (Hamadi et al., 2021).

On the other hand, a study conducted in an American pediatric population reported no differences between magnet and non-magnet hospitals in terms of mortality, length of hospital stay, or mechanical ventilation duration in cardiac and non-cardiac patients (Rettiganti et al., 2018). In this study, the magnet status was associated with a significant increase in overall hospital charges for the same patient care facilities and outcomes and in cardiac and non-cardiac patients compared to non-magnet institutions (Rettiganti et al., 2018).

Patients treated in magnet hospitals were less likely to get hospital-acquired infections than those treated in non-magnet hospitals (Rodríguez-García et al., 2020). A regression analysis of safety outcomes of magnet hospitals found that magnet status of hospitals had a significant and positive relationship with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections and bacteremia but a significant negative relationship with *Clostridium difficile* infection (CDI) in comparison with non-magnet organizations. This emphasizes the greater need for infection prevention at the organizational level in magnet and non-magnet institutions (Pakyz et al., 2021).

Studies have found that the factors responsible for organizational nursing care also lay the foundation for better patient care and lower mortality. A significant correlation has been found between 'nurses' perception of the working environment and the patient outcomes in the same facility (Gardner et al., 2007). Magnet hospitals were also 26% less likely to lack teamwork in patient healthcare decision-making (Lasater & Schlak, 2020). A study aimed at finding the correlation between nurse staffing variables and patient outcomes has also found that a greater number of working hours was associated with lower medication errors and patient complaints for registered nurses. Moreover, up to 87.5%, an increase in the proportion of registered nurses in nursing care facilities was associated with a decrease in adverse patient outcomes (Blegen et al., 1998). Other studies found a significant association between magnet status and nursing care with satisfactory patient care (McHugh et al., 2013). Some studies, however, found that magnet hospitals that performed better with patient outcomes were inherently successful organizational structures. This implies that magnet status *per se* might not be specifically responsible for a significant outperformance concerning patient outcomes (Friese et al., 2015).

### 3.3 Staff-related outcomes

Nurse staffing is considered to be a quality indicator for hospital performance. A survey recruiting 123 nurses from 13 hospitals in western Canada reported that nurses considered professional working environments and autonomy crucial to job satisfaction. They were fairly positive about the nurse-doctor and nurse-manager working relationship but complained about management, which was pinpointed as an issue that needs resolution for optimal nursing turnover and work output (Smith et al., 2006). A similar study in hemodialysis unit nurses observed the predictive role of the working environment in 'nurses' job satisfaction, intent to leave, and professional

outputs. Nurses who rated the working environment as fairly positive had greater job satisfaction scores, while those who rated the working environment as fairly negative had higher intent to leave scores (Gardner et al., 2007). A systematic review concluded that magnet status was significantly associated with higher job satisfaction and lower intention to leave nurses, contributing to better nursing care (dit Dariel & Regnaud, 2015). Potential explanatory factors for this significant difference in empowerment and satisfaction levels among nursing staff of magnet versus those of non-magnet facilities include: a) greater availability of nursing leaders in magnet hospitals, thus benefitting organizational structure; b) greater support due to the role of nurse leaders in autonomous clinical and nursing decision-making; c) availability of greater access to information, resources, and opportunities that improve the working environment and empower nurses (Upenieks, 2003).

Moreover, owing to the shortage of nurses in healthcare institutions, recruitment and retention strategies have been suggested by various studies (Duru & Hammoud, 2022). It has been observed that a greater degree of autonomy and empowerment, as well as a better clinical working environment associated with the adoption of a magnet status by hospitals, can help attract more nurses as well as provide job satisfaction, and reduce intent to leave in existing nursing apparatus, helping solve the nursing shortage while granting long-term nursing jobs accounting for experienced staffing (Upenieks, 2005).

Systematic reviews have suggested that a better working environment and magnet status were associated with fewer reports of nurse burnout, a higher level of job satisfaction, a greater perception of the workplace as a safe environment, an increased likelihood of reports of quality of care, and reduced nursing turnover and staff shortage rates (Rodríguez-García et al., 2020; Salmond et al., 2009).

Although magnet status benefits the workforce and patients, it was found in a cross-sectional analysis that the professional values of nurses exhibited a decreasing trend with the increase in the magnet properties of a hospital (Evrenol Öçal & Terzioğlu, 2022).

### 3.4 Healthcare system and community health-related outcomes

Studies have demonstrated that specialized nursing staff and nurse leaders are trained and skilled enough to play critical expert roles in population health's practice, education, research, and policy-making. Moreover, nurses are the ground-level workforce that can engage in community service and awareness programs to ensure effective community health measures (Ariosto et al., 2018). Thus, magnet hospitals support and promote improving nurses' engagement with the community through outreach programs to manage community health and to facilitate population health management and needs assessment. One such example of health education and promotion initiatives in community settings is the involvement of local healthcare personnel and other stakeholders in joint actions to reduce infant mortality rates in the county of Hamilton (Graystone, 2018). ▶

### 3.5 Organizational characteristics

In a cross-sectional survey, ninety percent of research leaders reported that their hospitals used evidence-based practice (EBP) models. The survey demonstrated that the Iowa Model of Evidence-Based Practice (IMEBP), the Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice (JHNEBP) model, and the Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration (ARCC) model were among the most commonly adopted nursing care models. These models provide education and skilled training, nurse residency programs, and research fellowship programs through the role of policy and procedure committees, professional nursing councils, and nurse specialists in EBP process implementation (Speroni et al., 2020).

Other studies observed that magnet hospitals were located in high-income and urban areas, had a relatively larger size, transplantation facilities, more staffed beds, more sophisticated clinical technology and higher rates of utilization of advanced diagnostic imaging techniques at lower costs, and attended and treated a greater number of severely ill patients than non-magnet institutions (Friese et al., 2015; Lasater & Schlak, 2020; Jayawardhana & Welton, 2015).

An analysis of characteristics and mortality differences between magnet and non-magnet hospitals reported higher composite nursing scores (0.24 vs. 0.08) and significantly better work environments in the former when compared to the latter (PES-NWI composite score = 2.86 vs. 2.66, respectively). Hospitals' magnet status was associated with significantly higher proportions of BSN-educated nurses and specialty-certified nursing staff but a lower proportion of supplemental nursing workforce than non-magnet hospitals (McHugh et al., 2013). Indeed, most magnet hospitals had a teaching hospital status (Aamodt et al., 2021) and had 13% higher odds of having BSN-qualified nurses (Lasater & Schlak, 2020). A study in

New Jersey reported a greater increase in registered nurse (RN) staffing over an 8-year period in magnet hospitals than their non-magnet counterparts (de Cordova et al., 2020). Nurses in magnet hospitals were also less likely to report negative or poor quality grades than nurses in non-magnet facilities (Lasater & Schlak, 2020).

### 3.6 Financial performance

An American study reported that the magnet status was associated with a 2.46% increase in inpatient costs and a 3.89% increase in net inpatient revenue, with most of the increase being observed for urban hospitals, as well as an adjusted net increase in inpatient income of \$US 104.22 to \$US 127.05 per discharge. This means that, on average, a hospital earns an additional \$US 1,229,770 to \$US 1,263,926 every year after becoming a designated magnet (Jayawardhana et al., 2014). Thus, magnet hospitals can earn enough revenue to offset costs related to magnet recognition and generate additional annual income. Moreover, it was estimated that more nursing staff with suitable skill sets reduced the length of hospital stay for patients, consequently reducing medical expenses and making care more cost-effective for the government, insurance companies, and patients. A good staffing level was associated with approximately \$US 1142.2 less expense than that associated with a poor nurse staffing level (Kim et al., 2016). Compared to their non-magnet counterparts, magnet hospitals were also associated with 30% lower odds of pay for performance and value-based purchasing penalties (Dierkes et al., 2021).

## 4. DISCUSSION

The requirements for being recognized as a magnet hospital lay the foundation for an organization's effective performance. The recruitment, reten-

tion, and optimal autonomy of highly qualified nursing staff can translate into enhanced empowerment, reducing acts of negligence, improving bedside care, and promoting better health outcomes (i.e., faster recovery periods and lower mortality rates). A better performance, in turn, is recognized and reinforced through the attribution of financial incentives. Magnet status also relies on advanced diagnostic and treatment techniques and management-level improvements that revolutionize critical care response. As a result, the outcomes improve exponentially. Collectively, these differential aspects in organization and care that characterize magnet hospitals attract more patients with highly paying advanced techniques, improving the hospital's financial performance.

Despite all these benefits, the initial attainment of magnet status is costly for an average hospital. Smaller economies may be unable to pay for magnet status requirements, with timely improvements in government facilities being their only option. Unfavorable socioeconomic conditions of the population may also hinder their ability to meet healthcare costs in magnet hospitals despite their long-term cost-effectiveness.

## 5. CONCLUSIONS

Magnet hospitals are highly advanced organizations recognized by the ANCC. Magnet status of hospitals is associated with reduced mortality, medical complications, medication errors, length of hospital stays, and failure-rescue. Magnet hospitals provide improved workplace conditions and skilled staff recruitment, leading to quality grade reports and greater job satisfaction in nurses. Nurses also form the backbone of community healthcare teams, helping improve population health status cost-effectively. Magnet hospitals have also proved to be highly advanced infrastructures and cost-effective business models benefitting both business stakeholders and service users.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization, R.C.M., V.A., P.O., P.L. and C.N.; methodology, R.C.M., V.A., P.O., P.L. and C.N.; writing-original draft, P.O., P.L.; writing-review and editing, R.C.M., V.A. and C.N. All authors agreed with final version.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

## REFERENCES

- Aamodt, W. W., Travers, J., Thibault, D., & Willis, A.W. (2021). Hospital magnet status associates with inpatient safety in Parkinson disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 53(3), 116–122. <https://doi.org/10.1097%2FJNN.0000000000000582>
- Aiken, L. H., Smith, H. L., & Lake, E. T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771–787. <https://doi.org/10.1097/00005650-199408000-00002>
- Ariosto, D. A., Harper, E. M., Wilson, M. L., Hull, S. C., Nahm, E-S., & Sylvia, M. L. (2018). Population health: a nursing action plan. *JAMIA Open*, 1(1), 7–10. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/oo0003>
- Bekelis, K., Missios, S., & MacKenzie, T.A. (2017). Association of Magnet Status with hospitalization outcomes for ischemic stroke patients. *Journal of the American Heart Association*, 6(4), e005880. <https://doi.org/10.1161%2FJAHA.117.005880>
- Blegen, M. A., Goode, C. J., & Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43–50. <https://doi.org/10.1097/00006199-199801000-00008>
- Boamah, S. A., Hamadi, H. Y., Bailey, C. E., Apatu, E., & Spaulding, A. C. (2022). The influence of community health on hospitals attainment of magnet designation: Implications for policy and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 979–990. <https://doi.org/10.1111/jan.15015>
- Connor, L., Beckett, C., Zadivskis, I., Melnyk, B. M., Brown, R., Messenger, J., & Gallagher-Ford, L. (2023). The association between magnet ® Recognition and patient outcomes: A scoping review. *Journal of Nursing Administration*, 53(10), 500–507. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001325>
- de Cordova, P. B., Jones, T., Riman, K. A., Rogowski, J., & McHugh, M. D. (2020). Staffing trends in Magnet and Non-Magnet Hospitals after state legislation. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(4), 323–328. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000479>
- Dierkes, A. M., Riman, K., Daus, M., Germack, H. D., & Lasater, K. B. (2021). The association of Hospital Magnet® status and pay-for-performance penalties. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 22(4), 245–252. <https://doi.org/10.1177/15271544211053854>
- düt Dariel, O. P., & Regnaud, J-P. (2015). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: A systematic review. *JBHI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(6), 168–219. <https://doi.org/10.11124/jbisir-2015-2262>
- Duru, D. C., & Hammoud, M. S. (2022). Identifying effective retention strategies for front-line nurses. *Nursing Management (Harrow)*, 29(1), 17–24. <https://doi.org/10.7748/nm.2021.e1971>
- Eurenol Öçal, S., & Terzioğlu, F. (2022). Determining the relationship between magnet properties of hospitals and the professional values of the nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 1027–1041. <https://doi.org/10.1111/jonm.13589>
- Friese, C. R., Xia, R., Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D., & Banerjee, M. (2015). Hospitals in “Magnet” program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-“Magnet” hospitals. *Health Affairs (Millwood)*, 34(6), 986–992. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0793>
- Gardner, J. K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L., & Latham, C. E. (2007). The relationships between nurses’ perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Journal of Nephrology Nursing*, 34(3), 271–281; quiz 282.
- Graystone, R. (2018). Magnet® Nurses improving community health. *Journal of Nursing Administration*, 48(12), 591–593. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000685>
- Hamadi, H. Y., Martinez, D., Palenzuela, J., & Spaulding, A. C. (2021). Magnet hospitals and 30-day readmission and mortality rates for Medicare beneficiaries. *Medical Care*, 59(1), 6–12. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001427>
- Jayawardhana, J., & Welton, J. M. (2015). Diagnostic imaging services in Magnet and Non-Magnet hospitals: trends in utilization and costs. *Journal of the American College of Radiology*, 12(12 Pt B), 1357–1363. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2015.09.011>
- Jayawardhana, J., Welton, J. M., & Lindrooth, R. C. (2014). Is there a business case for Magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a Magnet. *Medical Care*, 52(5), 400–406. <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000092>
- Johantgen, M., Weiss, M., Lundmark, V., Newhouse, R., Haller, K., Unruh, L., & Shirey, M. (2017). Building research infrastructure in Magnet® Hospitals: current status and future directions. *Journal of Nursing Administration*, 47(4), 198–204. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000465>
- Kim, Y., Kim, S-H., & Ko, Y. (2016). Effect of nurse staffing variation and hospital resource utilization. *Nursing & Health Sciences*, 18(4), 473–480. <https://doi.org/10.1111/nhs.12294>
- Lasater, K.B., Richards, M.R., Dandapani, N.B., Burns, L.R., & McHugh, M.D. (2019). Magnet hospital recognition in hospital systems over time. *Health Care Management Review*, 44(1), 19–29. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000167>
- Lasater, K. B., & Schlak, A. E. (2020). Quality of End of Life Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 50(2), 72–77. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000851>
- McHugh, M. D., Kelly, L. A., Smith, H. L., Wu, E. S., Vanak, J. M., & Aiken, L. H. (2013). Lower mortality in Magnet Hospitals. *Medical Care*, 51(5), 382–388. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182726cc5>
- Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Granados-Gómez, G. (2020). Original Research: How Magnet Hospital status affects nurses, patients, and organizations: A systematic review. *American Journal of Nursing*, 120(7), 28–38. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000681648.48249.16>
- Pakyz, A. L., Wang, H., Ozcan, Y. A., Edmond, M. B., & Vogus, T. J. (2021). Leapfrog hospital safety score, Magnet designation, and healthcare-associated infections in United States hospitals. *Journal of Patient Safety*, 17(6), 445–450. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000378>
- Rettiganti, M., Shah, K.M., Gossett, J.M., Daily, J.A., Seib, P.M., & Gupta, P. (2018). Is Magnet® recognition associated with improved outcomes among critically ill children treated at freestanding ‘children’s hospitals? *Journal of Critical Care*, 43, 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.jcrrc.2017.09.004>
- Salmond, S. W., Begley, R., Brennan, J., & Saimbert, M. K. (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes: is the investment worth it? *JBHI Library of Systematic Reviews*, 7(26), 1119–1178. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907260-00001>
- Smith, H., Tallman, R., & Kelly, K. (2006). Magnet hospital characteristics and northern Canadian ‘nurses’ job satisfaction. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 19(3), 73–86. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2006.18379>
- Speroni, K. G., McLaughlin, M. K., & Friesen, M. A. (2020). Use of evidence-based practice models and research findings in Magnet-designated hospitals across the United States: national survey results. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 98–107. <https://doi.org/10.1111/wvn.12428>
- Tai, T.W.C., & Bame, S.I. (2017). Organizational and community factors associated with Magnet status of U.S. hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 62(1), 62–76.
- Upenieks, V.V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *Health Care Manager (Frederick)*, 22(8), 83–98. <https://doi.org/10.1097/00126450-200304000-00002>
- Upenieks, V. V. (2005). Recruitment and retention strategies: a Magnet hospital prevention model. *MEDSURG Nursing, Suppl*, 21–27.

## Top Hospital Pharmacy

# The excellence of hospitals: Applying key performance indicators to assess hospital pharmacies performance in Portugal

Santos R, Dias J, Costa D,  
Diogo C, Ruivo C,  
Lopes H, MotaFilipe H

### INTRODUCTION

Clinical pharmacy is a branch of pharmaceutical practice that aims to optimize the therapeutic use of medications, with the goal of maximizing the likelihood of achieving an ideal balance between clinical, humanistic, and economic outcomes.

One way to assess the quality and impact of services provided to patients is to quantify and monitor clinical activities through audits, case reviews, incident reports, and patient surveys, while ensuring that complaint management and control procedures are up to date. In this process, the use of performance indicators and, consequently, the definition of benchmarks become fundamental.

Although most hospital pharmacies collect information and indicators for certification, accreditation, and internal reporting to their respective administrative boards, there is currently no standardized national system that allows for the quantitative and objective measurement and comparison of

their performance. The TOP Hospital Pharmacy initiative was launched by the Portuguese Pharmaceutical Society, with the technical support of the consultancy firm IQVIA, with the aim of fostering, for the first time in Portugal, a discussion on the importance of assessing and comparing the quality of services provided by different hospital pharmacies. To achieve this, a matrix of indicators was defined to enable the evaluation and continuous improvement of their performance across three dimensions: Medication Consumption and Preparation; Clinical Activities; Patient Safety.

### AIMS

The “TOP Hospital Pharmacy” project, led by the Portuguese Pharmaceutical Society in partnership with IQVIA Portugal, aims to assess the performance of hospital pharmacies using key performance indicators (KPIs), identifying areas of excellence and improvement opportunities.

**Santos R** Secretary-General, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal; **Dias J** Deputy Secretary-General, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal; **Costa D** Deputy Secretary-General, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal; **Diogo C** Technical Secretary, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal; **Ruivo C** Technical Secretary, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal; **Lopes H** IQVIA, Lisbon, Portugal; **MotaFilipe H** President, Portuguese Pharmaceutical Society, Lisbon, Portugal

## METHODS

A total of 85 KPIs were defined for a holistic evaluation<sup>1</sup>, with 13 selected for performance assessment, grouped into three dimensions: Drug consumption and preparation, Clinical activities, and Patient safety.

The second phase included: I) invitation to 44 public hospitals (excluding oncology hospitals); II) creation of four hospital clusters with similar characteristics; III) survey development; IV) creation of technical sheets for each indicator; V) individualized performance profiles; VI) data collection and analysis for 2023; VII) public event to present and discuss results.

	CLUSTER B	CLUSTER C	CLUSTER D	CLUSTER E
HOSPITALS FROM CLUSTER	11	17	10	6
PARTICIPANTS	8	14	6	6
PARTICIPATION (%)	73%	82%	60%	100%



## RESULTS

For this first edition, all Local Health Units (ULS) in mainland Portugal and hospitals from the Autonomous Regions of the Azores and Madeira were invited. Participation in this initiative was voluntary, and the study achieved a representation of 77% (n=34) of hospital units within the National Health Service (SNS), ranging from 60% to 100% of the units in each cluster.

### CONSUMPTION AND PREPARATION OF MEDICINES

#### Number of Full-Time Equivalent Pharmacists (FTE)

In 2023, there were 712 FTE pharmacists in the participating hospitals, with the average number ranging from 7.8 in Cluster B hospitals to 50.7 pharmacists in Cluster E hospitals.

#### Medications Introduced in the Health Technology Assessment Information System (SiATS) Ratio Between Reference Biological Medicines and Biosimilars

A total of 2,422 medications were entered into the SiATS,

corresponding to a national average of 3.4 medications per pharmacist. Regarding the average number of medications introduced per hospital, this ranged from 9 (Cluster B) to 221 (Cluster E), which equates to an average of 1.2 and 4.4 medications per pharmacist, respectively.

#### Ratio Between Reference Biological Medicines and Biosimilars

To compare the number of patients treated with reference biological medicines versus their biosimilars, six active substances were selected: adalimumab, bevacizumab, infliximab, rituximab, somatropin, and trastuzumab.

The study identified 17,470 patients receiving biosimilar biological medicines and 8,260 patients treated with reference biological medicines. Overall, for every patient treated with a reference biological medicine, there are 2.1 patients treated with biosimilars. By cluster, Cluster C hospitals reported the highest ratio, while Cluster E hospitals had the lowest (2.8 and 1.9, respectively).

#### Number of Sterile Preparations

In 2023, there were 658,684 sterile preparations, with an average number of preparations per hospital ranging from 5,173 (Cluster B) to 63,599 (Cluster E). The ratio of preparations per 1,000 patients varied from 316 in Cluster B hospitals to 1,597 in Cluster E hospitals.

#### Number of Non-Sterile Preparations

In 2023, there were 445,901 non-sterile preparations, with an average number of preparations per hospital ranging from 435 (Cluster B) to 62,702 (Cluster E). The ratio of preparations per 1,000 patients varied from 46 in Cluster B hospitals to 1,575 in Cluster E hospitals.

## CLINICAL ACTIVITIES

### Medical Visits with Hospital Pharmacist Participation

68% of participating hospitals reported that pharmacists participate in medical rounds. Among these, 4,180 medical rounds were accompanied by hospital pharmacists, corresponding to an annual average of 5.9 rounds per FTE pharmacist. By cluster, Cluster D hospitals recorded the highest annual average per FTE pharmacist, while Cluster E hospitals reported the lowest (8.3 and 4.5, respectively).

### Multidisciplinary Meetings with Hospital Pharmacist

68% of participating hospitals reported that pharmacists participate in multidisciplinary meetings. Among these, 3,255 meetings were accompanied by hospital pharmacists, corresponding to an annual average of 4.6 meetings per FTE pharmacist. By cluster, Cluster C hospitals recorded the highest annual average per FTE pharmacist, while Cluster E hospitals reported the lowest (7.5 and 2.9, respectively).

## Pharmacokinetic Monitoring

Nationally, 56% of hospital pharmacies perform pharmacokinetic monitoring, with this percentage being higher in Cluster D and E hospitals (67%). The total number of patients undergoing pharmacokinetic monitoring was approximately 16,560, with Cluster E hospitals recording the highest average (3,355 patients) and Cluster D hospitals the lowest (141 patients).

## Outpatient Pharmaceutical Consultations

62% of participating hospitals reported offering outpatient pharmaceutical consultations, ranging from 50% in Cluster B hospitals to 83% in Cluster E hospitals. The highest annual average of outpatient pharmaceutical consultations per FTE pharmacist was reported by Cluster B hospitals (99 consultations per pharmacist), while the lowest was reported by Cluster D hospitals (3.7 consultations per pharmacist).

## PATIENT SAFETY

### Therapeutic Reconciliation

Only 41% of hospital pharmacies have implemented therapeutic reconciliation protocols during the patient admission process. Nationally, therapeutic reconciliations were performed in only 4.1% of inpatient discharges, with the lowest rate observed in Cluster E hospitals (0.5%) and the highest in Cluster C hospitals (7.5%).

### Prescription Validation

A total of 8,766,104 inpatient prescriptions were issued, of which 65% were validated by pharmacists. The national average number of prescriptions validated per FTE pharmacist was 7,992, ranging from 6,061 in Cluster E to 10,294 in Cluster C.

## Adverse Drug Reactions (ADR)

In 2023, 542 ADRs were reported to the National Pharmacovigilance System, with the average number of notifications per hospital ranging from 12 (Cluster D) to 53 (Cluster E). Regarding the number of ADRs reported per 1,000 discharged patients, the national average was 0.8 notifications, varying between 0.3 in Cluster D and 1.6 in Cluster B hospitals.

## Clinical Trials

The participating hospitals reported 1,261 clinical trials in 2023, with hospital pharmacists not included in only 1% of these trials. On average, 2 hospital pharmacists participated per clinical trial, with the average number of weekly hours per pharmacist ranging from 1.4 hours (Cluster B hospitals) to 2.5 hours (Cluster E hospitals).

## CONCLUSIONS

Several limitations were identified, such as the lack of an automatic information collection system, reliance on surveys, varying levels of maturity of hospital information systems, memory bias, inability to capture the requested information, and the non-inclusion of all NHS units, oncology, and private units, as well as differences in accreditation or certification of hospital pharmacies. However, this initiative stands out for being developed “from pharmacists, by pharmacists, for pharmacists”, fostering a shared culture of continuous performance evaluation.

## REFERENCES

1 - Lopes, H., Lopes, A. R., Farinha, H., & Martins, A. P. (2021). Defining clinical pharmacy and support activities indicators for hospital practice using a combined nominal and focus group technique. *International journal of clinical pharmacy*, 43(6), 1660–1682. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01298-z>



This initiative stands out for being developed  
“from pharmacists, by pharmacists, for pharmacists”, fostering a  
shared culture of continuous performance evaluation

# TOP

## FARMÁCIA HOSPITALAR

EDIÇÃO 2024

UMA INICIATIVA



IQVIA™

COM O APOIO PARCEIRO



COM O APOIO



### SUMÁRIO EXECUTIVO

A farmácia clínica é um ramo da prática farmacêutica que visa otimizar o uso terapêutico dos medicamentos, com o objetivo de maximizar a probabilidade de alcançar um equilíbrio ideal entre resultados clínicos, humanísticos e económicos.

Uma forma de avaliar a qualidade e o impacto dos serviços prestados aos doentes é quantificar e monitorizar as atividades clínicas, através de auditorias, revisão de casos, relatórios de incidentes e inquéritos aos doentes, e garantir que os procedimentos de gestão e controlo de reclamações estejam atualizados. Neste processo, torna-se fundamental a utilização de Indicadores de Desempenho e, conseqüentemente, a definição de *benchmarks*.

Embora a maioria das farmácias hospitalares recolha informação e indicadores para efeitos de certificação, acreditação e reporte interno aos respetivos conselhos de administração, atualmente, não existe um sistema padronizado a nível nacional que permita medir e comparar o seu desempenho, de forma quantitativa e objetiva.

O **TOP Farmácia Hospitalar** surge assim como uma

iniciativa da Ordem dos Farmacêuticos, com o apoio técnico da consultora IQVIA, com o objetivo de promover, pela primeira vez em Portugal, a discussão em torno da importância da avaliação e comparação da qualidade na prestação dos serviços prestados em diferentes farmácias hospitalares, definindo, para tal, uma matriz de indicadores que permita a avaliação e melhoria contínua do seu desempenho em três dimensões:

#### I. Consumo e Preparação de Medicamentos

#### II. Atividades Clínicas

#### III. Segurança do Doente

Para esta primeira edição, foram convidadas todas as Unidades Locais de Saúde (ULS) de Portugal Continental e os hospitais das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Sendo a participação nesta iniciativa de carácter voluntário, este estudo contou com uma representação de 77% (n=34) das unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), variando entre 60% a 100% das unidades de cada cluster<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Com o objetivo de se identificarem tendências entre unidades hospitalares similares optou-se, neste estudo, por se manter os clusters definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde para efeitos de financiamento, os quais agrupam unidades com características similares em termos de número de camas, tipologia de serviços e níveis de complexidade.

## CLUSTER B

Hospital da Horta  
ULS Baixo Mondego  
ULS Barcelos / Esposende  
ULS Castelo Branco

ULS Estuário do Tejo  
ULS Guarda  
ULS Litoral Alentejano  
ULS Médio Ave

ULS Nordeste  
**ULS Oeste**  
ULS Póvoa Varzim / Vila do Conde

## CLUSTER C

Hospital de Cascais  
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira  
ULS Aalto Alentejo  
ULS Alto AVE  
ULS Alto Minho

ULS Arco Ribeirinho  
ULS Baixo Alentejo  
ULS Cova da Beira  
ULS Entre Douro e Vouga  
ULS Lezíria  
ULS Loures / Odivelas

ULS Matosinhos  
ULS Médio Tejo  
ULS Região de Aveiro  
ULS Região de Leiria  
ULS Tâmega e Sousa

## CLUSTER D

Hospital do Divino Espírito Santo de  
Ponta Delgada  
SESARAM  
ULS Alentejo Central

ULS Algarve  
ULS Almada / Seixal  
ULS Amadora / Sintra  
ULS Braga

ULS Gaia / Espinho  
ULS Trás-Os Montes Alto Douro  
ULS Viseu Dão-Lafões

## CLUSTER E

ULS Coimbra  
ULS Lisboa Ocidental

ULS Santa Maria  
ULS Santo António

ULS São João  
ULS São José

NOTA: estão representados a **bold** as ULS / Hospitais participantes nesta primeira edição do TOP Farmácia Hospitalar

	CLUSTER B	CLUSTER C	CLUSTER D	CLUSTER E
HOSPITAIS DO CLUSTER	11	17	10	6
PARTICIPANTES	8	14	6	6
PARTICIPAÇÃO (%)	73%	82%	60%	100%

O inquérito enviado a todos os diretores de Serviços Farmacêuticos hospitalares participantes incidiu sobre a atividade realizada pelos farmacêuticos durante o ano de 2023, sendo os principais resultados apresentados de seguida.

## CONSUMO E PREPARAÇÃO DE MEDICAMENTOS

### Número de farmacêuticos Equivalente a Tempo Completo (ETC)

Em 2023, existiam 712 farmacêuticos ETC nos hospitais participantes, oscilando o número médio de 7,8 nos hospitais do Cluster B e os 50,7 farmacêuticos nos hospitais do Cluster E.

### Medicamentos Introduzidos no Sistema de Informação de Avaliação das Tecnologias de Saúde (SiATS)

Foram introduzidos 2.422 medicamentos no SiATS, o que

corresponde a uma média nacional de 3,4 medicamentos por farmacêutico. No que diz respeito à média de medicamentos introduzidos por hospital, oscilou entre os 9 (Cluster B) e os 221 (Cluster E), o que corresponde a uma média por farmacêutico de 1,2 e 4,4, respetivamente.

### Rácio entre medicamentos biológicos de referência e biossimilares

Para comparação entre o número de doentes em tratamento com medicamentos biológicos de referência e respetivos biossimilares foram selecionados seis substâncias ativas: adalimumab, bevacizumab, infliximab, rituximab, somatropina e trastuzumab.

Os resultados do estudo identificaram 17.470 doentes em tratamento com medicamentos biológicos biossimilares e 8.260 doentes em tratamento com medicamentos biológicos de referência. Assim, em termos globais, verifica-se que por cada doente em tratamento com biológico de referência

existem 2,1 doentes em tratamento com biossimilares. Por *cluster*, são os hospitais do Cluster C que apresentam o rácio mais elevado e os do Cluster E o mais baixo (2,8 e 1,9, respetivamente).

#### Número de preparações estéreis

Registaram-se 658.684 preparações estéreis em 2023, com uma média de preparações por hospital que oscilou entre 5.173 (Cluster B) e 63.599 (Cluster E). Já o rácio de preparações por 1000 doentes variou entre os 316 nos hospitais do Cluster B e os 1.597 nos hospitais do Cluster E.

#### Número de preparações não-estéreis

Registaram-se 445.901 preparações não-estéreis em 2023, com uma média de preparações por hospital que oscilou entre 435 (Cluster B) e 62.702 (Cluster E). Já o rácio de preparações por 1000 doentes variou entre os 46 nos hospitais do Cluster B e os 1.575 nos hospitais do Cluster E.

### ATIVIDADES CLÍNICAS

#### Visitas médicas com participação do farmacêutico hospitalar

68% dos hospitais participantes referem que os farmacêuticos participam nas visitas médicas. Destes, foram registadas 4.180 visitas médicas acompanhadas pelo farmacêutico hospitalar, o que corresponde a um número médio anual por farmacêutico ETC de 5,9 visitas. Por *cluster*, são os hospitais do Cluster D que apresentam o número médio anual por farmacêutico ETC mais elevado e os do Cluster E o mais baixo (8,3 e 4,5, respetivamente).

#### Reuniões multidisciplinares com participação do farmacêutico hospitalar

68% dos hospitais participantes referem que os farmacêuticos participam nas reuniões multidisciplinares. Destes, foram registadas 3.255 reuniões acompanhadas pelo farmacêutico hospitalar, o que corresponde a um número médio anual por farmacêutico ETC de 4,6 reuniões. Por *cluster*, são os hospitais do Cluster C que apresentam o número médio anual por farmacêutico ETC mais elevado e os do Cluster E o mais baixo (7,5 e 2,9, respetivamente).

#### Monitorização farmacocinética

A nível nacional, 56% das farmácias hospitalares realizam monitorizações farmacocinéticas, sendo esta percentagem mais elevada nos hospitais do Cluster D e E (67%). Já o número total de doentes com monitorizações farmacocinéticas rondou os 16.560, com os hospitais do Cluster E a apresentarem a média mais elevada (3.355 doentes) e os do Cluster D a mais baixa (141 doentes).

#### Consultas farmacêuticas em ambulatório

62% dos hospitais participantes referem a existência de consultas farmacêuticas em ambulatório, oscilando entre os 50% entre os hospitais do Cluster B e os 83% dos hospitais do Cluster

E. Já o número médio anual de consultas farmacêuticas por farmacêutico ETC é mais elevado entre os hospitais do Cluster B (99 consultas por farmacêutico) e mais baixo nos hospitais do Cluster D (3,7 consultas por farmacêutico).

### SEGURANÇA DO DOENTE

#### Reconciliação terapêutica

Apenas 41% das farmácias hospitalares têm implementados protocolos de reconciliação terapêutica durante o processo de internamento dos doentes. A nível nacional, apenas foram realizadas reconciliações terapêuticas em 4,1% das altas de internamento, sendo este valor mais baixo nos hospitais do Cluster E (0,5%) e mais elevado nos hospitais do Cluster C (7,5%).

#### Validação da prescrição

Foram realizadas 8.766.104 prescrições em internamento, das quais 65% foram validadas pelo farmacêutico. O número médio nacional de prescrições validadas por farmacêutico ETC foi de 7.992, variando entre 6.061 (Cluster E) e as 10.294 (Cluster C).

#### Reações Adversas a Medicamentos (RAM)

Em 2023, foram reportadas 542 RAM no Sistema Nacional de Farmacovigilância, tendo o número médio de notificações por hospital oscilado entre 12 (Cluster D) e 53 (Cluster E). No que diz respeito ao número de RAM reportadas por 1.000 doentes saídos, a média nacional foi de 0,8 notificações, variando entre as 0,3 e as 1,6 notificações nos hospitais do Cluster D e B, respetivamente.

#### Ensaio clínico

Os hospitais participantes reportaram a existência de 1.261 ensaios clínicos em 2023, onde em apenas 1% não foi incluído um farmacêutico hospitalar. O número médio de farmacêuticos hospitalares incluídos é de 2 por ensaio clínico, com um número médio de horas semanais a oscilar entre as 1,4h (hospitais do Cluster B) e as 2,5h (hospitais do Cluster E).



Apenas 41% das farmácias hospitalares têm implementados protocolos de reconciliação terapêutica durante o processo de internamento dos doentes. A nível nacional, apenas foram realizadas reconciliações terapêuticas em 4,1% das altas de internamento

# TORNE-SE ASSOCIADO

## Formulário de inscrição para Associado Efetivo

Nome

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha

Endereço para contacto

Telefone/Telemóvel

E-mail

Observações

Assinatura

Data / /

**SPGS**  
Sociedade Portuguesa  
de Gestão de Saúde

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



## Órgãos Sociais

### **ASSEMBLEIA-GERAL**

Presidente

Duarte Nuno Pessoa Vieira

1º Secretário

João Manuel Bispo Pereira

2º Secretário

Fátima M. C. Leite Sousa Neves

Suplentes

José Manuel de Araújo Cardoso

Filipe Tiago Vilela de Sousa Neves

### **DIREÇÃO**

Presidente

Miguel Filipe Leite Sousa Neves

Vice-presidente

Carlos Jorge Tomás Marques

Secretária-Geral

Vera Daniela dos Santos Rodrigues

Tesoureiro

Helena de Fátima Ventura Bugada

Vogais

Isabel C. P. Jorge Cachapuz Guerra

Víctor Machado Borges

### **CONSELHO FISCAL**

Presidente

Lino Rosado Canudo

Vogais

João Francisco Dias Hagatong

Luís Manuel de Areia Loureiro Basto

### **COMISSÃO NACIONAL**

António Franklin Ramos

Eurico Castro Alves

José Germano de Sousa

José Miguel Boquinhas

Luís Almeida Santos

Luís Filipe Pereira

Luís Martins

Maria de Belém Roseira

Margarida França

Miguel Paiva