



Manual de Standards **Unidades de Gestão Clínica**


ME 5 1_08

ME 5 1_08

Fevereiro 2023

Edição e Adaptação

Departamento da Qualidade na Saúde
Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800 / Fax: 218 430 846
acreditacao@dgs.pt
www.dgs.pt

Revisão

Infofluxos – Edição e Comunicação, Lda.

Conceção e Paginação

Cempalavras – Comunicação Empresarial, Lda.

ISBN 978-972-675-335-3



Adaptado de

Manual de Estándares de Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_08
Sob autorização da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

PREFÁCIO

O conceito de **Qualidade** é seguramente um dos mais frequentemente referidos em qualquer comunicação feita sobre saúde. Todos os atores intervenientes na área da saúde (políticos, instituições, pessoas, profissionais, doentes, órgãos de informação, entre outros) concordam em considerar a Qualidade como um parâmetro fundamental para qualquer sistema de saúde. A relevância do conceito talvez resida na capacidade que possui em resumir numa única palavra as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas, permitindo questionar se um sistema de saúde funciona e como.

No entanto, a qualidade não é só isso. Trata-se, antes de mais, de uma área bem definida, com o seu *corpus* teórico próprio e uma grande tradição de estudos empíricos, que teve a sua origem na época industrial. Desde então, esta área tem vindo a desenvolver-se progressivamente, oferecendo às organizações da saúde distintas **ferramentas de gestão como suporte em qualquer situação e como forma de evoluir continuamente**, incorporando as oportunidades de melhoria e a aprendizagem organizacional de uma maneira ordenada, coerente, sistemática e sistémica.

Como consequência, as instituições que implementaram estas ferramentas desenvolveram com o tempo uma **cultura da qualidade** baseada na **melhoria contínua como modelo da sua gestão**. O objetivo deste **Manual de standards** é tornar-se numa dessas ferramentas e ajudar as **Unidades de Gestão Clínica** a encarar novos desafios que lhes permitam desenvolver, progredir e melhorar de forma contínua a sua cultura da qualidade.

Desde a sua primeira edição que o Manual de Unidades de Gestão Clínica contou, na sua elaboração e desenvolvimento, com a participação de inúmeros **profissionais do sistema de saúde português e especialistas na área da qualidade**, que, através da sua colaboração, definiram padrões baseados nas novas estratégias da saúde e nas melhores evidências científicas disponíveis.

Atualmente publicamos uma **nova edição deste Manual de standards**, incorporando as melhorias que fomos identificando e a aprendizagem organizacional que fomos adquirindo nos últimos anos. Mais uma vez, contamos com a colaboração inestimável de um amplo Comité Técnico composto por profissionais de saúde, muitos deles referenciais da qualidade nas suas instituições de saúde, e outros colaboradores e participantes diretos em processos de certificação enquanto avaliadores.

Esta nova edição do Manual de Unidades de Gestão Clínica é o resultado de um processo de revisão e desenvolvimento que apostou na racionalização e simplificação do modelo de certificação, com vista a torná-lo mais acessível e melhorar a sua coerência interna, reduzindo o número de standards da qualidade de 101 da versão anterior para 76 da versão atual. Além disso, o Manual é apresentado com um novo design e novos elementos gráficos. Os standards estão agora agrupados de um modo inovador em 3 blocos e 6 critérios, que evidenciam aspetos cruciais na prestação dos serviços de saúde, como por exemplo: **a gestão da unidade**, mediante a liderança, a forma como se organiza, os profissionais e a gestão por processos; **a atenção centrada no doente**, incluindo normas relacionadas com os direitos, a continuidade assistencial e a qualidade técnico-científica; e a cultura da **segurança**, com aspetos como as boas práticas, a gestão proativa e reativa dos riscos e a gestão de um ambiente seguro na unidade.

Contamos que este documento cumpra o seu objetivo, acrescente valor às unidades e responda às expectativas dos profissionais que nelas trabalham.

Equipa de Certificação
Departamento da Qualidade na Saúde (DOS)
Direção-Geral da Saúde (DGS)

ÍNDICE

1. Introdução	5
2. Âmbito de aplicação do Manual	6
3. Estrutura de um standard	7
4. Estrutura do Manual	9
5. Fases do processo de certificação	11
Fase 1: Pedido de certificação	11
Fase 2: Autoavaliação	12
Recomendações para abordar a fase de autoavaliação	12
Em que consiste a autoavaliação?	12
Fase 3: Avaliação	13
Resultados da certificação	13
Fase 4: Acompanhamento	14
6. Standards do Manual	15
Bloco 1. Gestão da Unidade	16
Critério 1. Liderança e organização da Unidade	17
Critério 2. Gestão por processos assistenciais	27
Bloco 2. Atenção centrada no doente	31
Critério 3. Direitos do doente e continuidade assistencial	32
Critério 4. Qualidade técnico-científica	43
Bloco 3. Segurança	49
Critério 5. Segurança do doente	50
Critério 6. Suporte	61
Anexo I. Unidades de Diagnóstico Laboratorial	70
Anexo II. Unidades de Diagnóstico Imagiológico	79
7. Glossário de Termos	88
8. Comissão Técnica	97



1. INTRODUÇÃO

O Modelo de Certificação do Ministério da Saúde visa contribuir para a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade, através do estabelecimento de standards baseados na evidência e nas melhores práticas.

Os standards são elaborados no âmbito de Comités Técnicos integrados por profissionais especialistas do sistema de saúde português. As unidades de saúde, ao terem estes standards como referencial, podem refletir sobre como fazem atualmente e identificar o que precisam de fazer para melhorar a qualidade dos seus serviços, a segurança do doente e a eficiência.

O que é a certificação?

É uma ferramenta metodológica útil, que permite demonstrar em que medida as atividades são realizadas de acordo com padrões de qualidade e que proporciona, mediante avaliações externas, o reconhecimento público e expresso às unidades de saúde que os cumprem e demonstram. Ao mesmo tempo, valoriza o compromisso das unidades de saúde em melhorar os seus processos, a segurança e a qualidade do atendimento que prestam às pessoas.

Durante o processo de certificação, é fornecida informação às unidades sobre os seus pontos fortes e fracos, favorecendo e promovendo processos de avaliação e melhoria contínua.

8 BENEFÍCIOS DA CERTIFICAÇÃO

- Os standards constituem uma **ferramenta de apoio à gestão** eficiente e eficaz da unidade, bem como ao planeamento da qualidade do serviço prestado.
- Permite iniciar ciclos de avaliação para **identificar desvios** ou falhas face ao planeado.
- Possibilita a **revisão dos fluxos de trabalho**, otimizando os processos.
- **Facilita a normalização** da prática clínica.
- Permite **melhorar a qualidade** e alcançar melhores resultados.
- **Aprendizagem colaborativa.**
- **Ambiente seguro** para profissionais e pessoas.
- **Gera transparência**, visibilidade e confiança; por fim, traz reconhecimento externo.



2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO MANUAL

O universo de aplicação deste Manual é constituído pelas estruturas organizativas (unidades) que prestam os serviços clínico-assistenciais definidos na sua carteira de serviços – Unidades de Gestão Clínica.

No Serviço Nacional de Saúde (SNS), essas estruturas incluem diferentes tipos de unidades funcionais nos cuidados de saúde primários e hospitalares. Estas unidades dependem de uma estrutura superior (centro hospitalar, unidade local de saúde, região de saúde ou qualquer outra, que disponibiliza serviços de suporte não assistencial (manutenção de equipamentos eletromédicos e de instalações, limpeza, hotelaria, lavandaria e sistemas de informação, etc.).

Com este Manual de Unidades de Gestão Clínica podem ser certificadas unidades funcionais de cuidados de saúde primários, unidades/serviços médicos ou hospitalares, unidades médico-cirúrgicas, unidades cirúrgicas, unidades de emergência, unidades de farmácia hospitalar, unidades de medicina preventiva, unidades de radiofísica e unidades de diagnóstico imagiológico. Não se enquadram neste âmbito as unidades de laboratórios clínicos, para as quais existe um Manual de Laboratórios Clínicos com normas específicas.

Em alguns casos, a carteira de serviços de uma Unidade de Gestão Clínica inclui, além dos serviços assistenciais, serviços clínicos de apoio ao diagnóstico e tratamento, como laboratório clínico e diagnóstico imagiológico. Para complementar os standards do Manual da Unidade, foram desenvolvidos dois Anexos com standards específicos para estes serviços de apoio clínico (Anexo I e Anexo II).



3. ESTRUTURA DE UM STANDARD

Um standard é um elemento de medida com o qual se avalia a qualidade da unidade. Os standards são dicotómicos (ou cumprem-se ou não se cumprem) e todos os elementos avaliáveis que o compõem devem ser atendidos para que o standard seja cumprido.

Cada standard do Manual é composto por uma série de elementos: definição, grupo, código, propósito e elementos avaliáveis. Esses elementos são especificados na figura.



a) Definição: estabelece o caminho ou a meta que a unidade deve alcançar.

b) Grupo: assinala, através de ícones, o nível de complexidade do standard segundo a classificação seguinte: Grupo I (alguns de carácter obrigatório, cujo ícone aparece rodeado por um círculo), Grupo II ou Grupo III.



Obrigatório



Grupo I



Grupo II



Grupo III



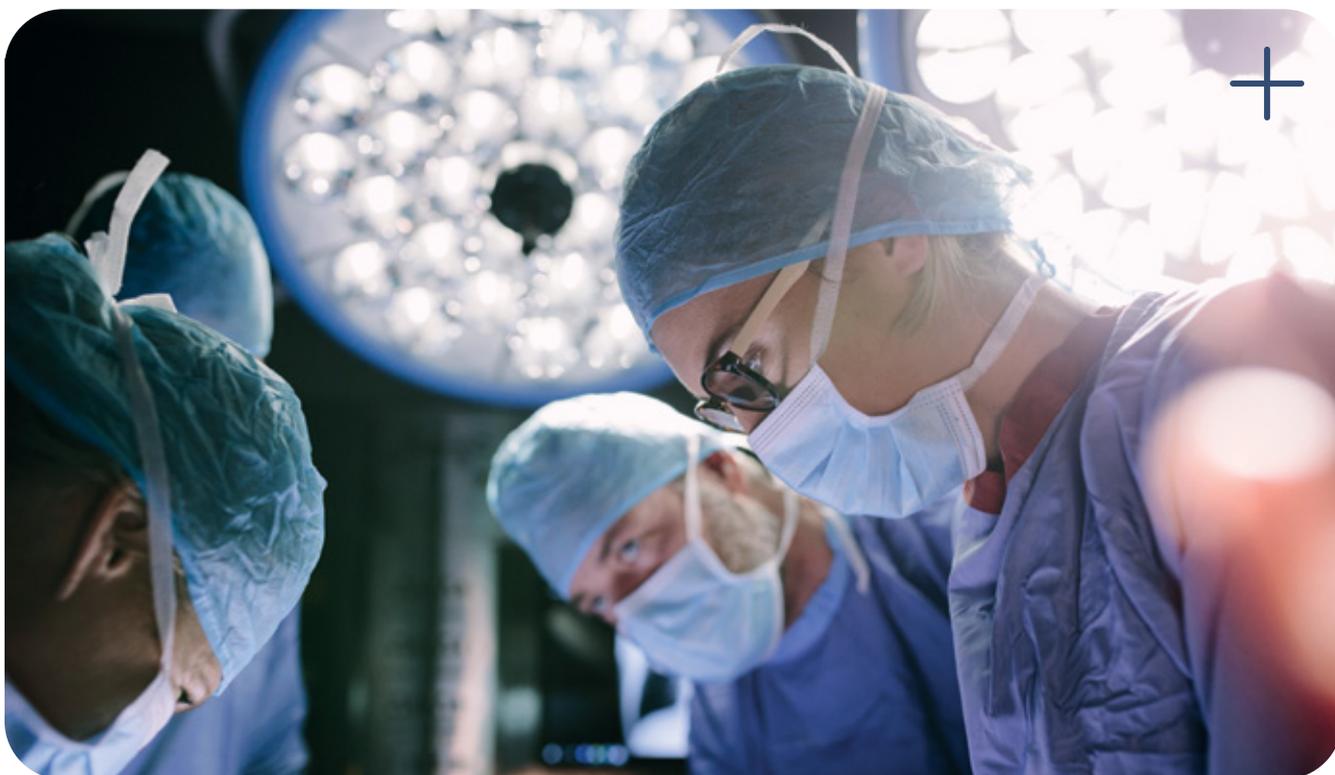
Os standards do Manual classificam-se em grupos, existindo standards obrigatórios e standards para alcançar níveis da qualidade mais elevados, proporcionando ao processo de certificação um carácter progressivo (Bom, Ótimo e Excelente):

- Standards do **Grupo I** contemplam, entre outros aspetos, os direitos das pessoas, os princípios éticos e a segurança de doentes e profissionais. Alguns standards do Grupo I são considerados obrigatórios e, portanto, têm de estar cumpridos para se alcançar qualquer nível de certificação.
- Standards do **Grupo II** incluem elementos associados a um maior desenvolvimento da instituição (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de espaços organizativos).
- Standards do **Grupo III** demonstram que a unidade gera inovação e desenvolvimento para a sociedade em geral.

c) Código: os números que o constituem indicam, da esquerda para a direita, o Manual a que o standard pertence, o critério em que o standard se enquadra, a ordem numérica que ocupa dentro do critério e o número de revisões realizadas. Assim, na anterior figura, o código do standard indica que pertence ao Manual de Unidades de Gestão Clínica (Manual número 5), que está localizado no critério 3 (“Direitos do doente e continuidade assistencial”), que é o segundo standard desse critério e que foi revisto três vezes.

d) Propósito: corresponde ao objetivo do standard e acrescenta informação para contextualizá-lo.

e) Elementos avaliáveis: destinam-se a clarificar o standard e a sua enumeração torna mais fácil à unidade trabalhar sequencialmente com o standard e preparar-se para a visita de avaliação. Estes elementos avaliáveis são requisitos necessários para cumprir de forma absoluta com o standard. Alguns elementos avaliáveis podem ser evidenciados através de documentos como relatórios, registos, atas, informações, protocolos, etc.



4. ESTRUTURA DO MANUAL

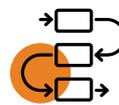
O Manual está estruturado em 3 blocos e os standards grupados em 6 critérios de acordo com a sua temática:

BLOCO 1: GESTÃO DA UNIDADE



CRITÉRIO 1 LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

Assegurar uma organização eficiente da Unidade e alinhada com a estratégia e os objetivos da instituição, através de políticas da qualidade, sistemas de avaliação contínua e canais de comunicação efetivos.



CRITÉRIO 2 GESTÃO POR PROCESSOS ASSISTENCIAIS

Promover um modelo de cuidados de saúde baseado na gestão por processos assistenciais, que ajude a melhorar e redesenhar os fluxos de trabalho, aumentar a eficiência e responder às necessidades e expectativas dos doentes.

BLOCO 2: ATENÇÃO CENTRADA NO DOENTE



CRITÉRIO 3 DIREITOS DO DOENTE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

Garantir a acessibilidade e continuidade assistencial, assim como a proteção dos direitos dos doentes e o respeito pelos seus valores e crenças, através de uma atenção baseada na humanização e dignidade da pessoa.



CRITÉRIO 4 QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

Apoiar o uso de ferramentas baseadas na melhor evidência científica, com vista a prevenir, diagnosticar, tratar e cuidar dos doentes, bem como fomentar a investigação e inovação biomédica e sanitária.

BLOCO 3: SEGURANÇA



CRITÉRIO 5 SEGURANÇA DO DOENTE

Estimular a implementação de boas práticas destinadas a minimizar os riscos e aumentar a segurança na prestação dos cuidados de saúde, através de políticas de segurança baseadas na gestão do risco e na aprendizagem com os erros.



CRITÉRIO 6 SUPORTE

Reforçar a gestão do meio envolvente da Unidade para reduzir e controlar os riscos, assegurando circuitos de comunicação e coordenação efetivos com os serviços de suporte da instituição, com vista à manutenção, segurança e funcionamento das instalações e dos equipamentos.

Na tabela seguinte apresenta-se um resumo da distribuição dos standards do Manual segundo o critério e o grupo a que pertencem:



5. FASES DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

O processo de certificação segundo o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde é um processo dinâmico e contínuo no tempo. Tem por objetivo promover a melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde. As 4 fases do processo são aqui descritas:



Fase 1: Pedido de certificação

O responsável da Unidade pode solicitar o início ou a renovação do processo de certificação através do preenchimento do formulário de candidatura disponível na plataforma informática @Oredita, existente no site da Direção-Geral da Saúde (DCS)/Departamento da Qualidade na Saúde (DQS).

Uma vez aceite a candidatura, a DCS/DQS designa o responsável pelo projeto de certificação e a Unidade designa o seu responsável interno. O responsável da DCS/DQS contacta com o responsável da Unidade para lhe explicar o processo de certificação. A partir desse momento, são estabelecidos os canais de comunicação entre as duas partes para a resolução de dúvidas e acompanhamento durante o tempo que durar o processo.

Fase 2: **Autoavaliação**

Durante esta fase, que tem uma duração máxima de 12 meses (365 dias), a equipa de autoavaliação, coordenada pelo respetivo responsável da Unidade, leva a cabo um exercício de análise e reflexão interna sobre os standards, identificando o que a Unidade está a fazer bem (evidências positivas) e o que pode fazer para melhorar (áreas de melhoria). Para facilitar o trabalho, a DCS/DQS disponibiliza às unidades a plataforma informática @Qredita, onde podem ser introduzidas as evidências positivas, as áreas de melhoria e os documentos que respondem aos standards.

Cerca de um mês após o início da fase de autoavaliação, e depois de acordada com a Unidade, é marcada a data da avaliação externa, o que facilita o planeamento adequado da autoavaliação. Marcada essa data, o responsável da DCS/DQS envia para a Unidade a agenda para a visita de avaliação. Trata-se de um documento que contém o horário da visita, as atividades que os avaliadores vão realizar, os recursos necessários para que a visita seja efetuada de forma adequada e os documentos relativos aos standards do Manual.

Para que a equipa de autoavaliação realize uma autoavaliação produtiva, é importante que o responsável da Unidade conte com o apoio do responsável da DCS/DQS e tenha em consideração o referencial da qualidade da instituição, além de:

- Conhecer o modelo de certificação e seus standards;
- Atribuir e coordenar responsabilidades e tarefas da equipa de autoavaliadores;
- Estabelecer fluxos de comunicação com diferentes estruturas da instituição.

Recomendações para abordar a fase de autoavaliação

É importante que o trabalho seja feito em equipa para evitar sobrecargas e permitir que as melhorias realizadas nessa fase sejam do conhecimento de todos os profissionais da Unidade. Em primeiro lugar, o responsável da Unidade deve planejar a autoavaliação: definir os objetivos a alcançar, selecionar a equipa de autoavaliação, distribuir os standards entre os autoavaliadores de acordo com seu nível de conhecimento e definir um plano de trabalho.

Em segundo lugar, a equipa de autoavaliação deve começar a realizar a autoavaliação. Recomenda-se abordar primeiro os standards de carácter obrigatório, especialmente aqueles em que a Unidade apresenta fraquezas, e depois ir avançando com os restantes standards de acordo com o objetivo definido. O responsável da Unidade pode convocar reuniões periódicas para partilhar o trabalho realizado e as melhorias identificadas. Através de informação e relatórios existentes pode fazer-se um acompanhamento exaustivo da evolução do processo (ex.: gráfico de conformidades, documentos anexos a evidências positivas e áreas de melhoria, áreas a melhorar identificadas, alcançadas, etc.).

Em que consiste a autoavaliação?

Consiste em refletir sobre cada standard identificando como a Unidade lhe dá resposta (evidências positivas) e como pode melhorar (áreas de melhoria), descrevendo-as de forma clara e detalhada na plataforma informática @Qredita. As evidências e/ou áreas de melhoria identificadas podem ser acompanhadas pelos documentos solicitados pelo standard (ex.: procedimentos, registos, análises de resultados, relatórios, etc.).

Durante esta fase de reflexão sobre os standards, podem surgir dúvidas que devem ser esclarecidas com o responsável da DCS/DQS através do canal de comunicação criado para o efeito (plataforma informática @Qredita).



Fase 3: **Avaliação**

Uma vez terminada a fase de autoavaliação, planifica-se de forma consensual entre a Direção da Unidade e o responsável pelo projeto da DGS a futura visita de avaliação externa. Os avaliadores que vão participar na avaliação externa do processo de certificação encarregam-se de estudar toda a informação constante na aplicação informática @Qredita durante a fase de autoavaliação e outras evidências que vão recolher durante a visita de avaliação.

Para a recolha de informação usam-se diversos métodos: estudo do desenho da prestação do serviço (análise de processos, procedimentos, acordos, planos, objetivos, resultados, entrevistas a responsáveis da Unidade, etc.), estudo da prestação do serviço em si (histórico de saúde, registos, indicadores de processos, entrevistas a profissionais da Unidade, observação direta dos espaços, das instalações e da atividade desenvolvida pelos profissionais, etc.) e análise da experiência da pessoa (entrevistas com doentes e familiares, revisão de reclamações, inquéritos de satisfação, etc.). A triangulação entre esses métodos identificará se existem lacunas entre si. A informação obtida antes, durante e após a avaliação será tratada com absoluta confidencialidade.

Concluída a visita de avaliação externa, a equipa de auditores elabora um relatório onde é especificado o grau de cumprimento dos diferentes standards em análise e as suas conclusões e ações daí decorrentes, o qual é depois enviado à equipa diretiva da Unidade.

Resultados da certificação

- **Pendente de estabilização de standards obrigatórios**

Situação que se mantém até que os planos de melhoria e/ou as ações corretivas da Unidade cumpram a totalidade dos standards obrigatórios do Grupo I. Num prazo máximo de seis meses (180 dias), a Unidade deve tratar os motivos da não conformidade através de planos de melhoria. A resolução da situação permite à Unidade alcançar um dos seguintes níveis de certificação:

- **Certificação no nível Bom:** obtém-se quando a Unidade cumpre igual ou acima dos 70% dos standards do Grupo I, incluindo-se nesta percentagem a totalidade (100%) dos standards considerados obrigatórios.
- **Certificação no nível Ótimo:** obtém-se quando a Unidade cumpre 100% dos standards do Grupo I e cumpre igual ou superior a 40% dos standards do Grupo II.
- **Certificação no nível Excelente:** obtém-se quando a Unidade alcança o cumprimento de 100% dos standards do Grupo I e do Grupo II e uma percentagem de cumprimento igual ou superior a 40% dos standards do Grupo III.

	BOM	ÓTIMO	EXCELENTE
GRUPO I	≥ 70% incluindo os obrigatórios	100%	100%
GRUPO II		≥ 40%	100%
GRUPO III			≥ 40%



Fase 4: **Acompanhamento**

A validade do certificado é de cinco anos, período durante o qual a Unidade se encontra em fase de acompanhamento. A constante autoavaliação na fase de acompanhamento permite à Unidade concretizar o seu plano de melhoria contínua: consolidar os resultados alcançados, implementar as melhorias identificadas na autoavaliação inicial e as identificadas pela equipa de avaliação, bem como trabalhar novos standards.

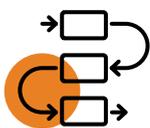
A DGS/DQS realiza uma visita de acompanhamento à Unidade durante o período de vigência do certificado, ou alguma mais se existirem circunstâncias especiais que o justifiquem, com o objetivo de assegurar a estabilidade de cumprimento dos standards ao longo do tempo e, assim, a manutenção do nível de certificação obtido.

Para a renovação da certificação, aproximadamente um ano antes do término da validade do certificado, é necessário que a Unidade reinicie o processo realizando uma nova candidatura.

Se durante o processo de certificação a DGS/DQS tiver conhecimento da ocorrência de um incidente de segurança na Unidade, a Comissão de Certificação poderá analisar o caso e, seguindo a Política de Segurança descrita no Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde, exigir que a Unidade faça uma Análise de Causa Raiz e envie o relatório resumido e um plano de ação. Caso uma resposta aceitável não seja apresentada dentro do prazo estabelecido, a certificação poderá ser retirada.



6. Standards do Manual



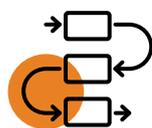


CRITÉRIO 1



LIDERANÇA
E ORGANIZAÇÃO
DA UNIDADE

CRITÉRIO 2



GESTÃO POR
PROCESSOS
ASSISTENCIAIS

BLOCO 1:
GESTÃO DA UNIDADE

CRITÉRIO 1: LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A liderança eficaz da Unidade é fundamental para que a sua organização seja eficiente e o atendimento que se oferece à pessoa seja excelente. A Unidade deve estar alinhada com a missão, visão e objetivos da instituição e deve estabelecer canais de comunicação eficazes com os respetivos órgãos de direção e com os próprios profissionais.

Os responsáveis da Unidade devem desenvolver iniciativas destinadas a definir a política e os marcos de referência da qualidade, bem como facilitar e potenciar o trabalho dos profissionais, com vista a cumprir os objetivos estabelecidos e a melhorar os resultados alcançados, assim como a qualidade dos seus serviços.

Para tomar decisões objetivas e dispor de elementos que permitam comparar-se aos melhores, é necessário levar a cabo uma monitorização e avaliação contínua dos resultados, nomeadamente em saúde, processos, atividade, acessibilidade, orçamento e segurança, entre outros. Além disso, conhecer o grau de satisfação dos utilizadores, profissionais e clientes internos permitirá identificar áreas de melhoria e estabelecer planos de ação para melhorar a qualidade da Unidade.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Potenciar a figura de diretor da Unidade, apoiando o papel da sua liderança participativa, dotando-o de maior capacidade executiva para distribuir as atividades e de maior autonomia na tomada de decisões.
- Fomentar um estilo de liderança democrático, estabelecendo fórmulas que permitam a participação dos profissionais na direção da Unidade, promovendo a autonomia e a responsabilidade dos mesmos na gestão dos serviços.
- Gerir de forma eficaz os recursos humanos disponíveis, identificando os profissionais mais apropriados em cada área de trabalho, tendo em conta as funções e responsabilidades definidas.
- Definir uma estrutura de trabalho para a gestão da qualidade da Unidade e realizar um controlo eficiente e sistemático de toda a sua documentação.
- Selecionar os indicadores que devem fazer parte do painel de controlo da Unidade, para avaliar os dados e transformá-los em informação útil, bem como permitir a tomada de decisões baseadas em factos objetivos.
- Definir, planear e coordenar as atividades necessárias para melhorar a atenção oferecida aos utilizadores da Unidade, a partir do conhecimento das necessidades e expectativas da pessoa, família, cuidadores e profissionais.
- Conhecer e resolver as sugestões e reclamações da pessoa e familiares em relação aos cuidados de saúde recebidos, utilizando a informação como elemento potenciador da qualidade da Unidade.



A Unidade define o seu modelo de governação clínica.



Grupo: I

Código: S 5 01.01_01

Propósito: Definir o modelo de organização da Unidade para garantir a tomada de decisão e sua implementação, as relações e a comunicação interna eficiente, com vista a atingir os seus objetivos e a salvaguardar a adequada coordenação com outras direções da instituição.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade define o seu modelo de governação clínica (direção da Unidade e outros cargos intermédios, etc.) e suas responsabilidades, o mecanismo de tomada de decisão e os canais formais para a comunicação interna e coordenação com outras direções da instituição (Gestão, Direção Médica, Direção de Enfermagem, etc.).
2. A direção da Unidade define os canais de comunicação entre os profissionais para comunicarem os problemas de organização e funcionamento que identifiquem, assim como as sugestões de melhoria.
3. As decisões tomadas ficam registadas em atas e são divulgadas entre os profissionais da Unidade, através dos canais formais estabelecidos para o efeito (ex.: reuniões de equipa, boletins de comunicação interna, etc.).

A Unidade avalia periodicamente os objetivos contratualizados e envolve os profissionais na sua realização.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.02_03

Propósito: Avaliar os objetivos contratualizados, alinhados com a missão, visão e valores. Envolver os profissionais na realização dos mesmos estabelecendo, de forma participativa, objetivos individuais.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia, pelo menos semestralmente, o cumprimento dos objetivos contratualizados (acordo de gestão clínica). No caso de alguns objetivos não alcançarem o nível de cumprimento mínimo definido, a Unidade identifica áreas de melhoria.
2. Os profissionais têm conhecimento dos objetivos definidos pela Unidade e reconhecem o seu contributo na concretização dos mesmos. Os profissionais acompanham a monitorização dos objetivos, podendo sugerir ações de melhoria quando a Unidade não cumpra a meta definida.



A Unidade dispõe de um painel de controlo que fornece a informação necessária para a tomada de decisões.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.03_01

Propósito: Disponibilizar, de forma uniforme e resumida, dos indicadores relevantes que a Unidade monitoriza para a tomada de decisões com base em resultados, além dos contemplados no acordo de gestão clínica. Medir esses indicadores de forma sistemática e planeada para verificar se estão nos níveis pré-estabelecidos e introduzir medidas corretivas, quando necessário.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza ferramentas (*tableau de bord*, *balanced scorecard*, *business intelligence*) para controlar os indicadores de atividade, de processos assistenciais, orçamento, segurança do doente, uso racional do medicamento, tempos de resposta e resultados em saúde (além dos contemplados no acordo de gestão clínica).
2. A Unidade apresenta um plano de monitorização que explicita os indicadores e respetiva meta de cumprimento, a periodicidade das medições dos indicadores e os responsáveis pelo seu cumprimento. Foi criado um documento onde consta para cada indicador a fórmula de cálculo, a metodologia utilizada para o efeito (ex.: auditorias, auditorias internas, reclamações, sistemas de informação, avaliação do grau de satisfação, formação, etc.), a fonte dos dados e os critérios de inclusão e/ou exclusão a considerar.
3. A Unidade monitoriza os indicadores de acordo com a periodicidade definida e avalia os resultados obtidos, identificando melhorias quando necessário e informando os profissionais das mesmas.

A Unidade cumpre os objetivos orçamentais acordados.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.04_03

Propósito: Cumprir os objetivos orçamentais acordados com a instituição. Realizar um acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento dos mesmos, com vista a corrigir atempadamente possíveis desvios.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre os objetivos orçamentais acordados (recursos humanos, consumo clínico e hoteleiro, medicamentos, etc.).
2. No caso de se registar um desvio no orçamento, a Unidade analisa as causas e implementa ações corretivas.



A Unidade dispõe de um sistema de gestão documental.



Grupo: I

Código: S 5 01.05_00

Propósito: Gerir e controlar de modo eficaz e sistemático a criação, manutenção, utilização e disposição dos documentos da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de um responsável pela documentação necessária para que a sua gestão seja eficaz e eficiente (ex.: procedimentos, protocolos, guias, planos de cuidados, planos de segurança, registos e qualquer outra documentação necessária) e tem definidos os prazos de revisão da documentação.
2. Os documentos da Unidade são indexados e mantidos atualizados. Os documentos contêm, no mínimo, as datas de elaboração e de revisão e os profissionais responsáveis pelas etapas de elaboração, validação, aprovação e revisão.
3. Os documentos da Unidade estão acessíveis aos profissionais em qualquer momento.

A Unidade elabora um plano de atividades.



Grupo: I

Código: S 5 01.06_02

Propósito: Definir as atividades a realizar alinhadas com os objetivos estratégicos previamente definidos e as metas a alcançar. Envolver os profissionais da Unidade na elaboração e implementação do plano de atividades, contribuindo assim para a melhoria da cultura da qualidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade define e implementa um plano de atividades, que contempla o tempo de vigência, responsabilidades atribuídas, objetivos, atividades e indicadores para a sua avaliação. Define as atividades valorizando como princípios as dimensões da qualidade a alcançar, as necessidades e expectativas da pessoa, família e profissionais e a estratégia da Unidade/Instituição a que pertence.
2. Os profissionais da Unidade conhecem o plano de atividades e participaram na sua elaboração e implementação.



A Unidade desenvolve auditorias internas destinadas a avaliar o grau de cumprimento do seu sistema de gestão da qualidade.



Grupo: II

Código: S 5 01.07_00

Propósito: Planejar e executar auditorias internas que permitem à Unidade conhecer o nível de qualidade dos seus serviços, identificando desvios na implementação do plano de atividades.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade elabora um programa de auditoria que inclui, pelo menos, o número de auditorias a realizar, o âmbito, os auditores selecionados e a respetiva calendarização. No plano de cada auditoria consta o âmbito da auditoria, os critérios da auditoria, a equipa auditora e a metodologia a utilizar, com referência ao processo de amostragem e organização das atividades a auditar, bem como com indicação do auditor atribuído a essa avaliação e dos profissionais do serviço auditado a envolver.
2. A Unidade efetua auditorias internas para avaliar o nível de cumprimento das linhas definidas no seu sistema de gestão da qualidade (inclui plano de atividades, requisitos deste referencial da qualidade e requisitos regulamentares e normativos da Unidade), emitindo um relatório da auditoria e as medidas corretivas a implementar.
3. Os profissionais da Unidade são informados dos resultados obtidos e das medidas corretivas a implementar.
4. A Unidade avalia o grau de cumprimento do programa de auditoria e processo de implementação e monitoriza as ações de melhoria a implementar para o próximo ciclo.

A Unidade elabora e divulga um relatório de atividades.



Grupo: II

Código: S 5 01.08_02

Propósito: Elaborar e divulgar um documento anual que reflete os resultados obtidos em relação às principais linhas de atividade e resultados da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade elabora um relatório anual das atividades realizadas, que inclui aspetos da atividade, formação, investigação e resultados (ex.: tempos de resposta, satisfação, reclamações, produção e desempenho clínico, segurança dos cuidados, notificação de incidentes e eventos adversos, resultados das auditorias, etc.).
2. O relatório anual de atividades é divulgado aos profissionais e uma versão simplificada aos utilizadores da Unidade.



A Unidade compara os seus resultados com os resultados de outras unidades.



Grupo: III

Código: S 5 01.09_03

Propósito: Comparar os resultados da Unidade com os de outras unidades e/ou com os que são considerados os melhores do sector (*benchmarking*), a fim de identificar e implementar as melhores práticas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade analisa os resultados de outras unidades com as quais se quer comparar, com base em critérios como resultados excelentes, carteira de serviços similar, complexidade clínica, etc.
2. A Unidade incorpora as práticas das unidades com as quais se compara, avaliando se as mesmas lhe permitem obter melhores resultados.

A Unidade definiu as funções e responsabilidades dos postos de trabalho.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.10_02

Propósito: Definir as funções e responsabilidades de cada posto de trabalho da Unidade como instrumento de apoio indispensável para o melhor e mais eficiente desenvolvimento das atividades dos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem identificados os postos de trabalho que a integram (ex.: diretor/a, médico/a, enfermeiro/a, técnicos/as de diagnóstico nas diferentes áreas assistenciais, consultas, internamento, exames especiais, etc.) e as respetivas funções e responsabilidades de todos os grupos profissionais.
2. Os profissionais da Unidade conhecem as suas funções e responsabilidades.
3. A Unidade dispõe de um plano de integração para os novos profissionais, que inclui, entre outras, as funções e responsabilidades, de modo a facilitar a sua integração nos postos de trabalho onde desenvolvem a sua atividade.



A Unidade gere os recursos humanos da forma mais eficaz possível.



Grupo: II

Código: S 5 01.11_00

Propósito: Analisar e organizar os recursos humanos da Unidade com base na sua atividade, integração de novos serviços, tecnologias, etc., alocando os profissionais mais adequados tendo em conta as funções e responsabilidades dos postos de trabalho.

Elementos avaliáveis:

1. Os responsáveis da Unidade analisam periodicamente os recursos humanos disponíveis em número e categoria profissional.
2. Os responsáveis da Unidade avaliam anualmente o desempenho das funções e responsabilidades por parte dos profissionais, identificando melhorias para atualizar as suas competências (ex.: entrevistas de desenvolvimento profissional).
3. Os responsáveis da Unidade alocam os profissionais mais adequados para desenvolver as funções e responsabilidades necessárias para dar resposta à atividade que presta, à introdução de novas tecnologias, serviços ou equipas especializadas, em qualquer momento, incluindo períodos de férias, picos de atividade, etc.

A Unidade elabora um plano de formação de acordo com as necessidades formativas dos profissionais e dos seus objetivos estratégicos.



Grupo: I

Código: S 5 01.12_04

Propósito: Identificar as necessidades formativas dos profissionais para elaborar um plano de formação que os ajude a obter e atualizar o desenvolvimento de competências, bem como a alcançar os objetivos estratégicos da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza uma ferramenta para identificar periodicamente as necessidades formativas dos seus profissionais (ex.: entrevista, questionário, etc.) e analisa essas necessidades para desenvolver um plano de formação que tenha em conta os objetivos estratégicos da Unidade.
2. A Unidade dispõe de um plano anual ou plurianual de formação, que permite o desenvolvimento de competências técnico-científicas, competências de humanização, competências em comunicação, conhecimento sobre problemas de saúde emergentes, etc.



A Unidade ausculta e analisa a satisfação percebida pela pessoa, familiar e/ou cuidador.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.13_03

Propósito: Conhecer e analisar a satisfação da pessoa, familiar e/ou cuidador sobre o atendimento e cuidados recebidos, o estado das instalações, os tempos de espera, a intimidade, a informação dada, etc., com vista a realizar um diagnóstico preciso da situação e implementar melhorias na Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza inquéritos de satisfação para conhecer a opinião e percepção da pessoa, familiar e/ou cuidador sobre a qualidade do atendimento e cuidados recebidos, incluindo aspetos de acessibilidade, intimidade, conforto, informação, confidencialidade e limpeza.
2. A Unidade dispõe anualmente da informação proveniente da avaliação da satisfação, analisando-a e implementando as medidas necessárias para aumentar o grau de satisfação.

A Unidade utiliza as reclamações como fonte de informação para a melhoria da sua organização e funcionamento.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 01.14_02

Propósito: Gerir as reclamações de acordo com o normativo vigente e utilizar a informação resultante das mesmas para identificar e incorporar melhorias no funcionamento da Unidade, bem como para resolver as ações que delas possam advir.

Elementos avaliáveis:

1. As reclamações recebidas na Unidade são atendidas em tempo útil e de acordo com as normas vigentes.
2. Pelo menos anualmente, a Unidade analisa o número, os motivos e os prazos de resposta às reclamações recebidas e são implementadas as melhorias identificadas, podendo ser objeto de reflexão no relatório de atividades.



A Unidade adota um papel de captação ativa de sugestões realizadas pela pessoa, familiar e/ou cuidador, com vista à melhoria contínua.



Grupo: II

Código: S 5 01.15_02

Propósito: Identificar as oportunidades de melhoria expressas pela pessoa, familiar ou cuidador através de qualquer meio, gerindo-as adequadamente e integrando melhorias.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade promove mecanismos de receção de sugestões da pessoa, familiar e/ou cuidador (ex.: redes sociais, exposições orais, correio eletrónico, comentários livres em inquéritos de satisfação, grupos focais, reuniões com associações de doentes, etc.) e fomenta o seu uso.
2. A Unidade analisa anualmente as sugestões recebidas e implementa as melhorias necessárias.

A Unidade utiliza o comportamento organizacional como elemento de desenvolvimento.



Grupo: II

Código: S 5 01.16_02

Propósito: Analisar o comportamento organizacional da Unidade e promover a sua melhoria, estabelecendo para isso as medidas necessárias com o envolvimento dos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia anual ou bianualmente o comportamento organizacional, identificando áreas de melhoria face aos seus resultados.
2. A Unidade planeia e implementa as ações necessárias para abordar as áreas de melhoria identificadas.
3. A Unidade divulga aos profissionais os resultados obtidos e as melhorias identificadas e implementadas.





Grupo: III

Código: S 5 01.17_00

Propósito: Conhecer e avaliar a satisfação de unidades externas à estrutura organizacional onde a Unidade está inserida ou de outros níveis de cuidados como elemento essencial para a melhoria dos serviços prestados pela Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza inquéritos de satisfação para as suas principais partes interessadas (ex.: cuidados de saúde primários, centros afiliados, entidades públicas ou privadas com quem estabelece parcerias interinstitucionais no domínio assistencial, laboratorial e/ou imagiológico, etc.).
2. A Unidade dispõe anualmente de indicadores de satisfação das suas partes interessadas e analisa-os, identificando os aspetos que proporcionam menor satisfação (ex.: comunicação, acessibilidade, resolução de interconsultas, receção de resultados e relatórios, etc.).
3. A Unidade planeia e implementa as melhorias necessárias para aumentar a satisfação das partes interessadas.



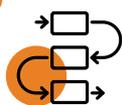
CRITÉRIO 2: GESTÃO POR PROCESSOS ASSISTENCIAIS

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte grupo de standards é garantir uma prestação de cuidados de saúde baseada na gestão por processos assistenciais, possibilitando ferramentas à Unidade com as quais pode melhorar e redesenhar o fluxo de trabalho para o tornar mais eficiente e adaptado às necessidades e expectativas dos doentes, a fim de incrementar o nível de saúde e o grau de satisfação das pessoas que usufruem da Unidade e melhorar a qualidade dos seus serviços.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Identificar os seus principais processos assistenciais, organizar equipas responsáveis pelos mesmos e definir a sequência de atividades que compõem cada processo, tendo em conta, na medida do possível, as necessidades da pessoa, o ambiente e os recursos disponíveis.
- Realizar uma gestão horizontal, centrando a atenção na pessoa e em garantir a continuidade assistencial.
- Reduzir a variabilidade, eliminar ineficiências associadas à repetição das atividades e otimizar a utilização de recursos.
- Analisar e medir os resultados da capacidade e eficácia de cada processo assistencial, identificando e priorizando áreas de melhoria.
- Incorporar a experiência do doente nos processos assistenciais para os melhorar, adaptando-os o mais possível às suas expectativas e circunstâncias de vida.





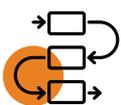
Grupo: I obrigatório

Código: S 5 02.01_04

Propósito: Identificar o(s) processo(s) assistencial(is) de acordo com a sua carteira de serviços, tendo em vista o potencial de melhoria deste(s), a coordenação entre diferentes âmbitos e a eliminação das ineficiências que podem ocorrer. Este processo assistencial descreve as atividades que compõem o circuito do doente e permite a identificação dos indicadores a monitorizar.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica os processos assistenciais que deve implementar atendendo a critérios como a casuística, prevalência, complexidade, morbilidade e mortalidade.
2. Para a implementação de cada processo assistencial, a Unidade:
 - 2.1 Designa os profissionais para o seu desenvolvimento.
 - 2.2 Descreve a sequência de atividades que o compõem, contemplando Quem, Como, Quando e Onde estas se realizam.
 - 2.3 Seleciona os indicadores a medir e incorpora-os no painel de controlo para a sua monitorização.
3. As unidades de saúde que tenham atividades laboratoriais na sua carteira de serviços incluem estas atividades de acordo com o Anexo I deste Manual.
4. As unidades de saúde que tenham atividades relacionadas com técnicas de imagem ou sejam exclusivamente unidades de diagnóstico imagiológico implementam o processo de técnicas de imagem de acordo com o Anexo II deste Manual.
5. A unidade que não é proprietária de processos assistenciais (ex.: farmácia hospitalar, bloco operatório, etc.) define as ações que realiza em cada um dos processos assistenciais nos quais participa e os indicadores a medir, integrando-os no painel de controlo para a sua monitorização.



A Unidade cumpre os indicadores dos processos assistenciais implementados e estabelece novos objetivos focados na melhoria contínua.



Grupo: I

Código: S 5 02.02_03

Propósito: Alcançar e melhorar progressivamente os indicadores dos processos assistenciais introduzindo ações que melhorem os resultados dos mesmos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre os objetivos propostos nos indicadores dos processos assistenciais que possui ou nos quais participa.
2. A Unidade define novos objetivos mínimos a serem alcançados para os seus indicadores de processos assistenciais ou seleciona novos indicadores de processos assistenciais.

A Unidade seleciona o tratamento farmacológico e/ou cirúrgico dos processos assistenciais que implementou e avalia o grau de adesão às recomendações para prescrição/utilização de certos tratamentos.



Grupo: II

Código: S 5 02.03_03

Propósito: Selecionar o tratamento farmacológico e/ou cirúrgico dos processos assistenciais com base na melhor evidência científica e integrá-lo na prática clínica, assegurando que a pessoa recebe o tratamento mais adequado às suas necessidades clínicas. Avaliar a adesão dos profissionais a esses tratamentos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade seleciona o tratamento farmacológico (fármaco de primeira eleição, posologia e forma de administração) e/ou cirúrgico dos processos assistenciais que implementou e os profissionais conhecem-no.
2. A Unidade realiza auditorias periódicas, no mínimo anuais, para conhecer o grau de adesão dos profissionais às recomendações para prescrição/utilização de certos tratamentos farmacológicos e/ou cirúrgicos dos processos assistenciais e analisa os resultados, identificando áreas de melhoria, se necessário.
3. A Unidade comunica aos profissionais os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.



A Unidade melhora a eficiência dos seus processos assistenciais.



Grupo: II

Código: S 5 02.04_00

Propósito: Otimizar o funcionamento dos processos assistenciais implementados na Unidade ou nos quais participa, melhorando a qualidade da assistência prestada.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia periodicamente as atividades ou circuitos dos processos assistenciais para identificar ineficiências (ex.: excesso de tarefas administrativas, duplicações, lacunas assistenciais, tempos de espera, resultados dos indicadores que são objeto de monitorização, incidentes mais frequentemente notificados e/ou com dano para o doente, resultados da satisfação dos doentes e reclamações recebidas, etc.).
2. A Unidade utiliza ferramentas da qualidade (ex.: diagrama de *Ishikawa*, 5s, VSM – *Value Stream Mapping*, etc.) para identificar as causas das ineficiências encontradas.
3. A Unidade faz as alterações necessárias para melhorar o funcionamento dos processos assistenciais implementados ou propõe alterações que considera oportunas nos processos assistenciais nos quais participa.

A Unidade tem em conta a experiência da pessoa na melhoria dos processos assistenciais.



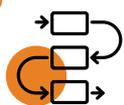
Grupo: III

Código: S 5 02.05_00

Propósito: Conhecer como estão a funcionar os processos assistenciais da Unidade sob o ponto de vista da pessoa, identificando tudo o que não adiciona valor.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade analisa junto da pessoa o fluxo de atividades de um processo assistencial, identificando o que dificulta o seu desenvolvimento e não adiciona valor (ex.: burocracia e espera excessiva, exames de diagnóstico desnecessários, dificuldades de acesso, etc.).
2. A Unidade planeia e implementa as melhorias necessárias para otimizar o funcionamento do processo assistencial.
3. A Unidade avalia os resultados em saúde com base na perceção da própria pessoa (PROMs – *Patient-reported outcome measures*), identifica áreas de melhoria e planeia-as.





CRITÉRIO 3



DIREITOS
DO DOENTE
E CONTINUIDADE
ASSISTENCIAL

CRITÉRIO 4



QUALIDADE
TÉCNICO-
-CIENTÍFICA

BLOCO 2:
ATENÇÃO CENTRADA NO DOENTE

CRITÉRIO 3: DIREITOS DO DOENTE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A proteção dos direitos do doente (entre outros, a acessibilidade aos serviços de saúde, o respeito pela intimidade, o respeito pela confidencialidade, a informação e a participação na tomada de decisão, com respeito pelos seus valores e crenças) é uma das melhores garantias de uma prestação de cuidados de saúde com qualidade.

A humanização da saúde permite avançar na qualidade e excelência dos cuidados de saúde prestados à pessoa, salvaguardando a sua dignidade e os seus direitos.

A coordenação e a comunicação entre as unidades envolvidas no processo assistencial permitem definir as ações clínicas essenciais, abreviar o processo de diagnóstico, melhorar o tratamento, proporcionar os recursos adequados às suas necessidades e evitar a procura desnecessária dos serviços de saúde. Para facilitar as ações dos profissionais envolvidos no processo assistencial e para que a prestação dos cuidados de saúde seja fluida, global, personalizada e integrada, é necessário registar toda a informação no processo clínico que é gerado nesse processo.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Determinar as iniciativas a implementar para melhorar a humanização dos cuidados de saúde.
- Respeitar os direitos de cada pessoa durante o processo assistencial.
- Prestar cuidados de acordo com as condições específicas de saúde de cada pessoa, suas características socioculturais e suas necessidades, expectativas, desejos e preferências.
- Promover o envolvimento e a participação da pessoa na tomada de decisão sobre o seu processo assistencial.
- Abordar a perspetiva bioética no processo assistencial prestado pela Unidade.
- Desenvolver mecanismos que favoreçam o acesso das pessoas aos serviços de saúde.
- Melhorar a gestão do tempo de atendimento.
- Dispor de um processo clínico de saúde com informação suficiente para apoiar o diagnóstico e justificar o cuidado e tratamento da pessoa.
- Adequar os meios complementares de diagnóstico e as medidas terapêuticas com base nos protocolos clínicos.
- Facilitar a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir a continuidade assistencial.
- Conhecer os recursos de apoio existentes para proceder a uma gestão eficaz e racional dos mesmos.
- Melhorar o acompanhamento e a continuidade dos cuidados, bem como facilitar o acesso aos recursos de apoio necessários à pessoa e/ou cuidador.



A Unidade define e implementa ações que promovem a humanização na prestação de cuidados de saúde.



Grupo: I

Código: S 5 03.01_00

Propósito: Incorporar ações de humanização na Unidade que permitem oferecer uma resposta assistencial adequada.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade realiza uma reflexão periódica sobre as suas necessidades em relação à humanização do atendimento na prestação dos cuidados de saúde.
2. A Unidade identifica ações concretas para promover uma melhoria da humanização do atendimento (ex.: espaços físicos e atividades de lazer para crianças menores internadas, etc.).
3. A Unidade define e implementa as ações concretas identificadas.

A Unidade respeita a intimidade da pessoa e a confidencialidade da sua informação clínica e pessoal durante todo o percurso assistencial.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.02_03

Propósito: Garantir o respeito pela intimidade da pessoa e a confidencialidade da sua informação clínica e pessoal, através da disponibilização de regras ou procedimentos e através da utilização de meios físicos que permitem adaptar estruturas e espaços (visuais e auditivos) durante o percurso assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui e aplica procedimentos ou normas para preservar a intimidade da pessoa e a confidencialidade da sua informação clínica e pessoal.
2. Durante o processo de atendimento, a Unidade usa os meios estruturais ou físicos necessários para respeitar a intimidade e confidencialidade da pessoa (ex.: locais apropriados e restritos para realizar exames clínicos, tratamentos e prestação de cuidados de higiene, discussão de casos clínicos entre os profissionais e/ou prestar informação à pessoa e familiares, etc.).
3. A documentação com os dados pessoais do doente que já não seja necessária é adequadamente destruída.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.03_03

Propósito: Garantir que a pessoa dispõe, de forma adequada ao seu nível de compreensão, da informação necessária sobre o seu problema de saúde. Registrar as informações fornecidas pelos profissionais no processo clínico.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade informam verbalmente a pessoa, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspetos relacionados com o seu processo de saúde (ex.: finalidade de cada meio complementar de diagnóstico ou terapêutica, riscos, resultados do tratamento, preparação prévia antes da colheita de amostras biológicas, medidas de controlo definidas pela saúde pública em caso de suspeita ou confirmação de doença de notificação obrigatória, etc.) e realizam o registo no seu processo clínico. Nos casos legalmente estabelecidos, é informado o representante da pessoa, ficando igualmente registado no processo.
2. Os profissionais da Unidade utilizam mecanismos para informar a pessoa de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais.
3. Cuidados de saúde hospitalares: a Unidade tem organizada a transmissão da informação clínica à pessoa e familiares (ex.: locais e horários estabelecidos para prestação de informações, profissionais que prestam informação, etc.).
4. Cuidados de saúde hospitalares: nas consultas e na alta hospitalar, a pessoa é informada e recebe as notas de alta com os elementos essenciais do seu processo, com vista a garantir a continuidade dos cuidados.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.04_03

Propósito: Garantir que o processo de informação contínua à pessoa é efetuado sempre de forma verbal e que perante intervenções com critérios intrínsecos de risco, de acordo com a norma vigente, é preenchido o formulário normalizado de consentimento informado.

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade mantém atualizada a relação dos atos e intervenções de acordo com a carteira de serviços que necessitam de consentimento informado por escrito e essa é do conhecimento dos profissionais.
- 2.** Os profissionais da Unidade informam verbalmente a pessoa e disponibilizam o formulário de consentimento informado para conhecimento e esclarecimento de dúvidas. Posteriormente, uma cópia completa é entregue à pessoa ou representante legal, ficando o original arquivado no processo clínico.
- 3.** O profissional da Unidade regista no processo clínico que o processo de informação verbal foi realizado, o consentimento informado por escrito foi obtido e uma cópia foi entregue à pessoa. Nos menores ou adultos em condições de incapacidade, fica registado no processo clínico a pessoa que tomou a decisão (tutor ou representante legal).
- 4.** A Unidade realiza auditorias, no mínimo anualmente, ao grau de cumprimento do consentimento informado escrito, assim como à sua adequação à norma vigente (ex.: identificação do procedimento, data, assinatura da pessoa ou representante legal, assinatura e identificação do profissional de saúde, entrega de cópia, etc.). No caso de se encontrarem desvios, a Unidade determina melhorias pertinentes e divulga-as aos profissionais.



A Unidade garante o cumprimento das instruções prévias de vontade em vida de cada pessoa.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.05_03

Propósito: Assegurar o direito das pessoas a tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial relacionadas com a continuação ou interrupção do suporte de vida e a assistência no final da sua vida (diretivas antecipadas de vontade sob a forma de testamento vital), ou sobre o destino do seu corpo ou dos seus órgãos após o seu falecimento. Dispõe-se para o efeito de procedimentos que permitem aos profissionais conhecer e aplicar os cuidados e o tratamento de acordo com o conteúdo dessas instruções prévias de vontade, assim como identificar o procurador de cuidados ou representante legal, que será o interlocutor com o médico e/ou com a equipa de saúde para garantir o cumprimento das mesmas.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais (médicos e enfermeiros) da Unidade conhecem como aceder aos registos das diretivas antecipadas de vontade de cada pessoa (ex.: continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.).
2. A Unidade dispõe de elementos de divulgação (ex.: folhetos, placards, *QR code*, etc.) destinados a informar e dar a conhecer às pessoas o direito de realizarem o seu testamento vital.

A Unidade utiliza ferramentas de ajuda à tomada de decisão para promover a autonomia da pessoa na decisão sobre o seu processo assistencial.



Grupo: III

Código: S 5 03.06_03

Propósito: Conhecer as preferências, necessidades e vivências da pessoa e capacitá-la para que tenha um papel ativo no plano de cuidados em consonância com as suas opções. A tomada de decisão partilhada requer um intercâmbio de informação entre a pessoa e o profissional de saúde, a decisão entre distintas opções e o modo de chegar a um compromisso consensual. Para o efeito, a Unidade coloca à disposição da pessoa ferramentas de ajuda à tomada de decisão baseada em evidência científica, que lhe permite escolher entre duas ou mais opções.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de ferramentas de ajuda à tomada de decisão elaboradas por organismos nacionais ou internacionais, ou pela própria Unidade, com base na melhor evidência científica disponível.
2. Os profissionais conhecem e utilizam as ferramentas de ajuda à tomada de decisão disponíveis na Unidade e registam o seu uso no processo clínico como parte da informação produzida no decurso do processo assistencial.



A Unidade garante a resolução de conflitos éticos no decurso do processo assistencial.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.07_03

Propósito: Dar a conhecer aos profissionais os mecanismos existentes para formular questões e/ou pedir aconselhamento à Comissão de Ética de referência, facilitando a prevenção ou resolução dos conflitos éticos que possam gerar-se no decurso do processo assistencial.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe e aplica um procedimento onde está descrito como realizar consultas de índole ética junto da Comissão de Ética de referência.
2. A Unidade dispõe dos mecanismos necessários para assegurar a divulgação das recomendações da Comissão de Ética de referência aos seus profissionais.

A Unidade implementa as alterações organizacionais necessárias destinadas a beneficiar a acessibilidade da pessoa, familiares ou cuidadores aos seus serviços.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.08_02

Propósito: Facilitar a acessibilidade da pessoa, familiares ou cuidadores às informações sobre os serviços prestados pela Unidade. Utilizar canais de comunicação para difundir informação relativa à estrutura e funcionamento.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade desenvolve ações para melhorar a acessibilidade das pessoas aos seus serviços (ex.: atendimento telefónico, circulação de doentes, adaptação de horários, pedido de consulta *online*, alertas de agendamento, cuidados no domicílio, etc.).
2. A Unidade proporciona informação atualizada sobre a sua estrutura e funcionamento através de canais de comunicação (ex.: *web*, redes sociais, guia do doente, etc.) A informação divulgada inclui, pelo menos, a carteira de serviços, os direitos e deveres, a localização, os horários de atendimento, o correio eletrónico e os contactos telefónicos.



A Unidade cumpre os tempos de resposta dos processos incluídos na sua carteira de serviços e estabelece novos objetivos orientados para a melhoria contínua.



Grupo: I

Código: S 5 03.09_03

Propósito: Comprovar que se atingem e melhoram os tempos de resposta definidos pelos requisitos normativos e de outros processos da Unidade, pondo em ação as atuações que melhoram os resultados dos mesmos.

Elementos avaliáveis:

1. Cuidados de saúde hospitalares: A Unidade cumpre os tempos de resposta preconizados (intervenções cirúrgicas, primeiras consultas, etc.) e os tempos de resposta de outros processos incluídos na carteira de serviços.
2. Cuidados de saúde primários: A Unidade cumpre os tempos de resposta preconizados (consulta programada, consulta de doença aguda, etc.);
3. A Unidade define objetivos para atingir os seus tempos de resposta.

A Unidade garante a existência de um processo clínico único por pessoa.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.10_03

Propósito: Dispor de um processo clínico único, identificado de modo inequívoco, evitando os erros de duplicação de informação ou registos no processo clínico de outra pessoa. Assegurar que a informação clínica gerada é registada no processo clínico da própria pessoa.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade selecionou identificadores inequívocos a utilizar para identificar a informação clínica da pessoa e são utilizados corretamente pelos profissionais.
2. Os profissionais da Unidade conhecem e aplicam as normas de registo no processo clínico para evitar perdas ou erros de informação e duplicações. Sempre que esses ocorrem, os profissionais comunicam-nos aos responsáveis a fim da sua correção e integração.
3. A informação gerada em cada episódio fica registada no respetivo processo clínico. Caso exista alguma documentação clínica que quando é produzida não se integra no processo clínico único, a Unidade identifica essa documentação com o mesmo identificador do processo clínico e tem estabelecida uma regra que garante a sua posterior integração (resultados de meios complementares de diagnóstico, visitas domiciliárias, etc.).



A Unidade avalia periodicamente o nível de qualidade e o grau de cumprimento dos registos dos processos clínicos.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.11_02

Propósito: Analisar periodicamente os registos dos processos clínicos, a fim de comprovar que se cumprem os critérios de qualidade previamente definidos pela Unidade e detetar os possíveis desvios, com o objetivo de melhorar o nível de qualidade assistencial prestado às pessoas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade definiu critérios de qualidade e graus de cumprimento a avaliar nos processos clínicos, que incluem pelo menos os dados de identificação, dados clínicos e registos de cuidados prestados à pessoa.
2. A Unidade efetua auditorias, pelo menos anuais, aos registos dos processos clínicos, tendo por base os critérios de qualidade definidos, analisando os resultados e identificando áreas de melhoria, se necessário.
3. A Unidade difunde aos seus profissionais os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.

A Unidade estabelece um plano assistencial adequado às necessidades da pessoa.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.12_02

Propósito: Designar os profissionais de saúde de referência para cada pessoa, de modo a promover um atendimento personalizado. Planear os cuidados e as medidas terapêuticas adequadas para responder às necessidades de saúde da pessoa, mantendo-os atualizados, de acordo com os resultados obtidos e as novas necessidades identificadas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade informa sistematicamente as pessoas, familiares e cuidadores sobre quem são os seus profissionais de referência. Os profissionais estão devidamente identificados, com vista a que a pessoa conheça o profissional que a atende em cada momento.
2. Os profissionais responsáveis pelo doente efetuam uma avaliação completa do mesmo (problema de saúde, necessidades, valores, crenças, situação social, etc.) e, quando aplicável, do cuidador.
3. Os profissionais responsáveis estabelecem um plano assistencial no processo clínico, definindo os cuidados e o plano terapêutico necessário. O plano assistencial é atualizado em função da evolução e de novas necessidades do doente.
4. Os profissionais responsáveis informam a pessoa, familiares ou cuidadores do plano assistencial e das suas atualizações.



A Unidade facilita o acesso aos recursos de apoio necessários à pessoa e/ou cuidador.



Grupo: I

Código: S 5 03.13_02

Propósito: Facilitar à pessoa e seu cuidador que tenham acesso aos recursos de apoio de que necessitam e informá-los sobre o seu uso adequado.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade proporciona os recursos de apoio necessários à pessoa e/ou cuidador, informando sobre o uso adequado ou facilitando a informação sobre a forma como aceder aos mesmos (ex.: nutrição, material ortoprotésico, apoio domiciliário, cuidados paliativos, cuidados de luto, apoio emocional, recursos comunitários, associações de doentes, etc.).
2. Os profissionais da Unidade registam no processo clínico a informação facultada e/ou os recursos disponibilizados.

A Unidade identifica as barreiras que podem comprometer o sucesso do plano assistencial do doente e estabelece medidas.



Grupo: I

Código: S 5 03.14_02

Propósito: Identificar na avaliação do doente as barreiras que podem comprometer o seu plano assistencial, adotando medidas que evitem ou diminuam essa probabilidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica as barreiras existentes (ex.: falta de apoio domiciliário, dificuldade de adesão ao processo assistencial, etc.).
2. Os profissionais da Unidade registam, no processo clínico destes doentes, os riscos que podem originar a interrupção do seu plano assistencial e as medidas a adotar para os minimizar.



A Unidade dispõe de informação sobre as desprogramações e interrupções da atividade programada e toma medidas para as reduzir.



Grupo: I

Código: S 5 03.15_03

Propósito: Monitorizar e avaliar as desprogramações e interrupções ocorridas e as causas que as tenham ocasionado, estabelecendo-se as ações de melhoria pertinentes na ótica dos doentes e da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade regista as desprogramações e interrupções da atividade programada (consultas, exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas) que ocorram e as causas que as originaram.
2. A Unidade analisa periodicamente as desprogramações e interrupções ocorridas e as suas causas, com vista a identificar áreas de melhoria com a finalidade de as diminuir.
3. As melhorias identificadas e implementadas são divulgadas aos profissionais.

A Unidade definiu e consensualizou com outras unidades os critérios para referenciação dos doentes.



Grupo: II

Código: S 5 03.16_00

Propósito: Garantir à pessoa a continuidade do seu processo assistencial através da definição e consenso de critérios de referenciação de e para outros serviços ou níveis de cuidados. Avaliar o cumprimento desses critérios para implementar melhorias que resultem em maior eficiência no atendimento e na utilização dos recursos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade definiu e consensualizou os critérios de referenciação com outras unidades.
2. Unidades de saúde hospitalares: evidenciar que efetuam avaliações pelo menos anualmente de doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários e de outros hospitais, para identificar o grau de cumprimento dos critérios de referenciação acordados e informar quanto aos resultados obtidos.
3. A Unidade conhece as referenciações realizadas e o grau de cumprimento dos critérios em vigor. Usa essa informação para identificar e implementar melhorias e divulgar aos profissionais.





Grupo: II

Código: S 5 03.17_00

Propósito: Dar resposta aos problemas de saúde da pessoa da forma mais rápida, segura e eficiente possível quando excedida a capacidade limite da Unidade, exigindo o apoio e conhecimento de outros profissionais do sistema de saúde.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade realizam interconsultas (registos de interconsultas, teleconsulta e telemedicina, etc.) a outras unidades, com vista a resolver os problemas de saúde dos doentes quando solicitado, fornecendo a respetiva informação necessária.
2. A Unidade dispõe de indicadores para conhecer quantitativa e qualitativamente as interconsultas realizadas e/ou recebidas (ex.: número total de interconsultas, primeiras interconsultas, avaliações, distribuição por unidade requerente, motivo das interconsultas, tempo médio de resposta, etc.).
3. Unidades de saúde hospitalares: A Unidade indica os profissionais e os prazos para a realização das interconsultas e avalia a qualidade das mesmas com base em critérios definidos (ex.: informação necessária para realizar interconsultas, como anamnese, exames complementares de diagnóstico, etc.). Em caso de necessidade, as unidades requerentes são contactadas para fornecer informação/formação necessária à melhoria da qualidade das interconsultas que realizam.



CRITÉRIO 4: QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte conjunto de normas é garantir a aplicação da ciência e tecnologia para prevenir, diagnosticar, tratar e cuidar dos doentes, bem como promover a pesquisa e inovação biomédica e na área da saúde. Assim, são incluídas normas que visam a efetividade dos cuidados de saúde prestados na Unidade e a incorporação, no portfólio de serviços, de atividades preventivas e de promoção da saúde, tanto individuais como de grupo, a fim de melhorar as condições de saúde dos doentes e a sua qualidade de vida.

A Unidade deve possuir e desenvolver ferramentas baseadas nas melhores evidências científicas, que permitem padronizar as atividades, de modo a utilizar o nível mais avançado de conhecimento existente na abordagem dos problemas de saúde. Os profissionais devem conhecer e aplicar essas ferramentas para obter o máximo benefício com o mínimo de risco para o doente. Também é necessário, para otimizar o processo de atendimento, aplicar as decisões, recomendações e protocolos elaborados por profissionais especialistas pertencentes aos Comitês e/ou Comissões da instituição.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Incorporar a evidência científica e as recomendações de boas práticas mais recentes na prestação dos cuidados de saúde e conhecer o uso que os profissionais da Unidade fazem delas, identificando áreas de melhoria para otimizar o atendimento ao doente.
- Padronizar os cuidados de saúde para reduzir a variabilidade, alcançando maior eficácia clínica e melhor atendimento ao doente.
- Conhecer os critérios clínicos estabelecidos pelos Comitês e/ou Comissões da instituição para a correta aplicação das evidências científicas.
- Incrementar programas de promoção e educação em saúde.
- Promover estilos de vida saudáveis no doente e desenvolver estratégias de prevenção da doença e educação em saúde.
- Impulsionar a investigação e inovação em saúde para contribuir para a geração de novos conhecimentos científicos e para a melhoria de cuidados e serviços de saúde.
- Fomentar a divulgação dos resultados da investigação em saúde.



A Unidade garante uma prestação de cuidados de saúde de qualidade mediante práticas baseadas na evidência científica.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 5 04.01_03

Propósito: Normalizar os processos assistenciais e diminuir a variabilidade clínica entre os profissionais da Unidade utilizando ferramentas que permitam unificar critérios com base na melhor evidência disponível. Tais ferramentas são implementadas e mantidas atualizadas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica anualmente os processos de prestação de cuidados de saúde em que a variabilidade da prática clínica pode ter um maior impacto.
2. A Unidade seleciona as ferramentas necessárias para diminuir a variabilidade da prática clínica detetada (ex.: protocolos, procedimentos, planos de cuidados, guias de prática clínica, etc.), adaptando-as aos seus recursos (tecnologias, medicamentos ou outros).
3. Os protocolos, procedimentos, guias de prática clínica, etc. da Unidade incorporam a melhor evidência disponível (grau de recomendação ou nível de evidência, normativo, bibliografia) e são aprovados, implementados na Unidade e atualizados periodicamente com base nas novas evidências disponíveis.

A Unidade avalia o nível de adesão dos profissionais às recomendações sobre as práticas clínicas implementadas.

I

II

III

Grupo: II

Código: S 5 04.02_02

Propósito: Avaliar a adesão dos profissionais da Unidade às recomendações incluídas nos protocolos, guias de prática clínica, planos de cuidados, etc.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade seleciona anualmente os protocolos, procedimentos, guias de prática clínica, etc. que vão ser avaliados quanto ao grau de adesão existente por parte dos profissionais.
2. A Unidade avalia o grau de adesão dos profissionais às recomendações contidas nos protocolos, procedimentos, etc. selecionados.
3. A Unidade divulga aos profissionais os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.



Os profissionais da Unidade colaboram em Comissões e Grupos de Trabalho de acordo com sua área de conhecimento e aplicam as suas recomendações, decisões e protocolos.



Grupo: I

Código: S 5 04.03_00

Propósito: Participar nas Comissões e Grupos de Trabalho para que os profissionais contribuam com o seu conhecimento no estabelecimento dos critérios clínicos necessários para a aplicação das evidências científicas.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade participam em algumas das Comissões e Grupos de Trabalho (ex.: Qualidade, Transplantes, Nutrição, Ética, Infecções, Farmácia e Terapêutica, Segurança, Humanização, etc.) e na elaboração e/ou divulgação das recomendações, decisões e protocolos adotados.
2. Os profissionais da Unidade aplicam as recomendações, decisões e protocolos adotados pelas Comissões e Grupos de Trabalho.

A Unidade realiza atividades de prevenção primária e secundária com base nas melhores evidências científicas disponíveis.



Grupo: II

Código: S 5 04.04_00

Propósito: Conhecer as necessidades de saúde da população atendida e, individualmente ou em coordenação com outros agentes, realizar atividades de prevenção que visam prevenir ou retardar o aparecimento de determinada doença.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica quais as atividades de prevenção primária e/ou secundária que pode desenvolver individualmente ou em colaboração com outros agentes (ex.: sistema de saúde, sector educativo, serviços sociais, agentes locais, associações de doentes, etc.) e divulga-as.
2. A Unidade desenvolve atividades de prevenção primária e/ou secundária (ex.: campanhas de vacinação, quimioprofilaxia, aconselhamento sobre hábitos de vida saudáveis, programas de rastreio ou deteção, etc.).



A Unidade realiza atividades de prevenção terciária com base nas melhores evidências científicas disponíveis.



Grupo: I

Código: S 5 04.05_00

Propósito: Realizar ações destinadas ao tratamento ou reabilitação de doença já diagnosticada a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade avaliam as necessidades assistenciais da pessoa e fornecem-lhe as informações sobre promoção da saúde necessárias para melhorar a sua qualidade de vida (ex.: educação terapêutica da pessoa com diabetes, hábitos alimentares saudáveis, desabilitação tabágica, exercícios de reabilitação física, cuidados com feridas cirúrgicas, etc.).
2. Para as patologias mais frequentemente tratadas, a Unidade dispõe de informação escrita a entregar à pessoa (ex.: folhetos, guias de informação, relatórios de alta, relatórios de consultas, etc.).

A Unidade efetua uma abordagem específica para a dor.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 04.06_01

Propósito: Desencadear medidas para evitar e minimizar o sofrimento que a dor produz nas pessoas e que afeta gravemente a sua qualidade de vida.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade utilizam escalas validadas para medir a dor (ex.: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), Escala de expressão facial (Wong), etc.), ficando o registo no processo clínico da pessoa.
2. A Unidade dispõe de protocolos ou guias para a abordagem da dor, com informação sobre os tratamentos farmacológicos disponíveis e sua evidência científica e sobre as medidas não farmacológicas.
3. Os profissionais informam verbalmente a pessoa sobre o seu tratamento, reforçando com a entrega de informação escrita onde consta, pelo menos, nome do medicamento, dose, posologia, via de administração e duração do mesmo.
4. Os profissionais envolvidos na prestação de cuidados a pessoas com dor têm formação efetiva sobre o manuseamento da dor (ex.: uso de escalas de avaliação, tratamento farmacológico e não farmacológico, etc.).



A Unidade desenvolve linhas próprias de investigação ou em colaboração com outros serviços.



Grupo: II

Código: S 5 04.07_03

Propósito: Definir uma estratégia de investigação na Unidade como elemento de inovação e desenvolvimento. Promover a investigação própria da Unidade ou em colaboração com outras unidades e serviços em função da linha de investigação e dos recursos disponíveis.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem definida uma estrutura de investigação (ex.: responsáveis, linhas de investigação, recursos, etc.).
2. A Unidade encontra-se a desenvolver projetos de investigação próprios ou em colaboração com outras unidades ou serviços.
3. Os projetos de investigação são aprovados pelo Comité de Ética de referência.
4. As pessoas que participam nos projetos de investigação deram o seu consentimento informado por escrito.

A Unidade dispõe de projetos de investigação ou inovação financiados e avaliados por agências externas.



Grupo: III

Código: S 5 04.08_02

Propósito: Potenciar a obtenção regular de recursos financeiros para a investigação ou inovação mediante a concessão de fundos económicos de I+D+I (investigação, desenvolvimento e inovação).

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de projetos de investigação ou inovação financiados e avaliados por agências externas.
2. A Unidade tem designados os responsáveis pelos projetos de investigação ou inovação.
3. A Unidade aplica os resultados da investigação ou inovação incorporando melhorias na prática clínica habitual.



A Unidade participa em grupos de investigação com projetos integrados em redes temáticas e em projetos de carácter internacional e/ou grupos de coordenação organizados.



Grupo: III

Código: S 5 04.09_02

Propósito: Participar em projetos de investigação comuns para unir esforços, utilizar os recursos de forma eficiente, evitar a duplicação de projetos e, acima de tudo, conseguindo a transferência de resultados para a prática clínica.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade participa em projetos de investigação integrados em redes temáticas de investigação, projetos internacionais e/ou de grupos organizados e reconhecidos por organismos nacionais ou internacionais.
2. A Unidade tem atribuídas as responsabilidades para esses projetos de investigação.
3. A Unidade incorpora na sua prática clínica os resultados dos projetos de investigação em que participa.

A Unidade publica os resultados da sua atividade de investigação em revistas científicas com fator de impacto.



Grupo: II

Código: S 5 04.10_02

Propósito: Difundir o conhecimento gerado através da publicação de artigos em revistas científicas com fator de impacto.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade participam de forma regular em trabalhos publicados em revistas científicas com fator de impacto (primeiro ou segundo quartil).





CRITÉRIO 5



SEGURANÇA
DO DOENTE

CRITÉRIO 6



SUPORTE

BLOCO 3:
SEGURANÇA

CRITÉRIO 5: SEGURANÇA DO DOENTE

OBJETIVO DO CRITÉRIO

O conceito de segurança do doente evoluiu ao longo do tempo. Desde o conceito de redução do risco de dano desnecessário associado à prestação de cuidados de saúde a um mínimo aceitável e agora em direção a uma visão mais ampla que equilibre os benefícios dos cuidados de saúde e os danos potenciais num ambiente cada vez mais técnico e complexo. Nesse sentido, a Unidade não pode ficar alheia aos danos associados à prestação dos cuidados de saúde e à alta probabilidade de os mesmos serem evitados por meio da implementação de boas práticas conducentes à minimização de riscos e aumento da segurança assistencial.

Sendo a segurança do doente uma dimensão fundamental e transversal da qualidade dos cuidados e um problema de saúde pública mundial, este critério integra um conjunto de normas que se fundamentam na gestão do risco de forma proativa e reativa, aprendendo com os erros e com a melhoria contínua, na implementação de boas práticas de segurança do doente, na promoção do cuidado às vítimas de eventos adversos e no envolvimento dos doentes na sua própria segurança.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Desenvolver uma cultura de segurança entre os profissionais.
- Aprender com experiências e erros de forma proativa e reativa.
- Desenvolver atividades de formação e informação dirigidas aos profissionais para promover uma informação adequada de incidentes.
- Promover a gestão dos incidentes notificados, priorizando os de maior risco e eventos com graves consequências para doentes e profissionais.
- Desenvolver planos de assistência imediata ao doente para mitigar os danos causados e atender às suas necessidades, bem como apoiar profissionais e equipas de saúde envolvidos num evento adverso.
- Promover iniciativas de segurança através da implementação de boas práticas.
- Facilitar a implementação e avaliação de procedimentos que promovem a segurança do doente.
- Fomentar uma atitude ativa do doente sobre a sua segurança nas intervenções em saúde.



A Unidade realiza uma gestão proativa dos riscos para a segurança do doente.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.01_03

Propósito: Evitar a ocorrência de incidentes identificando e analisando os riscos relacionados a eventos adversos reais ou potenciais, estabelecendo as medidas preventivas necessárias e divulgando essas informações aos profissionais da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza periodicamente ferramentas validadas (ex.: análise modal de falhas e efeitos, mapas de risco, etc.) para identificar e priorizar os riscos relativos à segurança do doente. Os riscos podem ser identificados e priorizados globalmente para toda a Unidade ou para um processo específico de atendimento (ex.: atendimento nas urgências, em consultas, ao domicílio, na informação aos doentes, etc.).
2. A Unidade identifica as medidas preventivas a implementar.
3. A Unidade divulga aos profissionais os riscos identificados e as medidas preventivas identificadas.

A Unidade realiza uma gestão reativa dos riscos para a segurança do doente.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.02_03

Propósito: Notificar os riscos e incidentes relacionados com a segurança do doente (ex.: infecções associadas à prestação de cuidados de saúde, erros de medicação, cirurgia em local errado, quedas de doentes, erros na identificação de doentes, etc.) através de um sistema de notificação.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade utilizam um sistema de notificação de riscos e incidentes relacionados com a segurança do doente. O sistema de notificação está acessível aos profissionais.
2. A Unidade fomenta a notificação e proporciona aos profissionais formação sobre o que notificar, como o fazer e sobre o funcionamento do sistema de notificação, etc.



A Unidade analisa os riscos e incidentes relacionados com a segurança do doente e desencadeia as ações oportunas destinadas a prevenir o seu reaparecimento.



Grupo: I

Código: S 5 05.03_03

Propósito: Analisar os riscos e incidentes ocorridos, desenvolvendo ações que minimizem, evitem ou atenuem a possibilidade de recorrência ou gravidade no caso de acontecerem de novo.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade designa um responsável para a segurança do doente com vista à gestão dos riscos e incidentes reportados.
2. A Unidade analisa os riscos e incidentes reportados. Os eventos adversos graves são imediatamente analisados através de uma ferramenta validada (ex.: análise de causa raiz, análise de eventos significativos, etc.).
3. As medidas preventivas identificadas são implementadas e divulgadas aos profissionais.

A Unidade desenvolve estratégias de atuação dirigidas a doentes e profissionais perante a ocorrência de eventos adversos graves.



Grupo: II

Código: S 5 05.04_01

Propósito: Gerir adequadamente os eventos adversos graves assegurando o atendimento e apoio aos doentes e profissionais envolvidos da instituição.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe e aplica um plano de gestão de eventos adversos graves destinado ao atendimento e comunicação com o doente que sofreu um evento adverso grave, bem como aos profissionais envolvidos (segundas vítimas).
2. Os profissionais conhecem como devem atuar perante um evento adverso grave (ex.: comunicação ao doente, familiares, etc.).
3. A Unidade conhece e aplica o plano de comunicação interno e externo perante a ocorrência de evento adverso grave.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.05_03

Propósito: Dispor e aplicar mecanismos de identificação inequívoca de doentes que diminuam a possibilidade de erros de identificação na prestação de cuidados de saúde, sobretudo em relação a doentes e procedimentos de alto risco.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe e aplica um procedimento para a identificação e verificação correta e segura do doente e das amostras biológicas, imagens e documentos clínicos relacionados, que inclui pelo menos dois identificadores válidos, mecanismos de identificação (pulseira de identificação) e como agir no caso de doentes em situação de especial vulnerabilidade (ex.: nomes idênticos, indocumentados, neonatais/maternos ou com limitações cognitivas, etc.).
2. A verificação verbal do doente é realizada em todos os momentos do atendimento e por todos os profissionais da Unidade que entram em contacto com este, sobretudo em procedimentos de risco.
3. A Unidade avalia periodicamente o processo de identificação de doentes (ex.: percentagem de doentes com pulseira, percentagem de notificações recebidas relacionadas com erros de identificação de doentes) e implementa melhorias no caso de detetar desvios ao resultado previsto.
4. As amostras biológicas são identificadas corretamente e de forma inequívoca segundo o procedimento estabelecido pela Unidade.
5. Para as Unidades que incluem um laboratório clínico na sua carteira de serviços, é disponibilizado e aplicado um procedimento para a correta identificação e rastreabilidade das amostras, divulgando-o aos profissionais dos cuidados de saúde primários e/ou hospitalares.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.06_01

Propósito: Implementar práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes e organismos nacionais e internacionais de reconhecido prestígio para a prevenção e controlo das infeções relacionadas com a prestação assistencial, que sejam aplicáveis no âmbito de atuação da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre as orientações de higiene das mãos e uso de luvas preconizadas por organismos de reconhecido prestígio (ex.: sinalização, formação, observação direta, infra-estruturas, participação dos doentes, etc.).
2. A Unidade, de acordo com a sua carteira de serviços, implementa pelo menos outra boa prática para a prevenção de infeções relacionadas com os cuidados de saúde (ex.: manual de higienização dos espaços e instalações, desinfeção e esterilização de material reutilizável, etc.).
3. Os profissionais da Unidade conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
4. A Unidade estabelece os indicadores destinados a avaliar o grau de cumprimento das práticas implementadas, faz a sua monitorização e integra-os no seu painel de controlo.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.07_03

Propósito: Definir os mecanismos necessários para controlar os requisitos de conservação dos medicamentos e materiais de consumo clínico utilizados, de modo a garantir a sua qualidade, eficácia e segurança.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui um procedimento escrito destinado ao controlo do armazenamento e conservação de medicamentos, materiais de consumo clínico e outros, em que se define, pelo menos, as responsabilidades, a periodicidade do controlo das caducidades e as condições especiais de conservação ou armazenamento (ex.: medicamentos termolábeis, fotossensíveis, etc.).
2. Os registos de controlo são devidamente arquivados na Unidade (ex.: controlo da validade, temperatura, humidade, limpeza e atuações realizadas em caso de desvio, etc.).
3. Os prazos de utilização para os medicamentos multidoses após abertura estão definidos. Se o medicamento multidoses é de uso individual (colírios, canetas de insulina, etc.), o prazo está identificado de forma inequívoca.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.08_03

Propósito: Garantir que os medicamentos e materiais de consumo clínico estão corretamente armazenados para evitar erros de medicação.

Elementos avaliáveis:

1. Os medicamentos com embalagem ou rotulagem e com nomes semelhantes são armazenados pela Unidade de forma segregada e com um sistema de alerta sobre o risco de erro.
2. A Unidade possui uma lista atualizada dos medicamentos de alto risco que é do conhecimento dos profissionais. Estes medicamentos estão devidamente identificados e limitados quanto ao número de apresentações com diferentes doses, concentrações e/ou volumes.
3. Caso a Unidade, de acordo com a sua carteira de serviços, necessite do armazenamento de eletrólitos concentrados, estes estão armazenados de forma segregada das apresentações diluídas e obrigatoriamente rotulados com “Diluir antes da administração”.
4. Os carros ou malas de emergência têm o seu conteúdo definido e possuem um sistema que garante a sua integridade (lacre ou similar). As atividades para verificar o estado e o conteúdo do carro de emergência também incluem a operacionalidade do desfibrilhador e do laringoscópio, verificando-se se há baterias e lâmpadas sobressalentes (caso utilizem lâmpadas). Essas atividades estão registadas e arquivadas na Unidade.
5. Na Unidade os estupefacientes estão fechados e as entradas e saídas estão controladas (registos dos movimentos e dos pedidos de reposição) e a Unidade controla periodicamente os stocks e registos, nos termos da lei.





Grupo: I

Código: S 5 05.09_03

Propósito: Garantir um uso adequado do medicamento e garantir a reconciliação terapêutica nos doentes de risco, com o objetivo de, em cada momento, tomarem apenas os medicamentos de que necessitam, diminuindo, assim, os erros de medicação ao longo do processo assistencial.

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade cumpre os indicadores definidos com a instituição em relação ao uso adequado do medicamento. Estes indicadores integram o painel de controlo para a sua monitorização.
- 2.** Cuidados de saúde hospitalares: A Unidade define e aplica um procedimento para a reconciliação terapêutica na admissão, nas transferências e na alta hospitalar, ficando registado no processo clínico as revisões terapêuticas efetuadas.
- 3.** Cuidados de saúde hospitalares: A Unidade informa o doente, familiar ou cuidador sobre as alterações terapêuticas, assim como integra a terapêutica domiciliária que não conste do prontuário hospitalar, se necessário. Na admissão, os profissionais realizam a identificação e o controlo destes fármacos.
- 4.** Cuidados de saúde primários: A Unidade define e aplica um procedimento para a reconciliação terapêutica nos doentes crónicos e polimedicados, ficando registado no processo clínico as revisões terapêuticas. O doente, familiar ou cuidador é informado verbalmente sobre as alterações realizadas e proporciona-se informação escrita sobre o novo tratamento (medicamentos, dose, via de administração e guia).





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.10_00

Propósito: Promover a correta preparação e administração dos medicamentos para obter maior eficiência e segurança, reduzir os fatores associados a erros na preparação e administração e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Elementos avaliáveis:

- 1.** Cuidados de saúde hospitalares: O processo clínico dos doentes admitidos contém a lista atualizada dos medicamentos prescritos, a dose e a via de administração. Na ausência de alternativa, nas situações em que a lista de medicamentos é transcrita (ex.: folha de administração de enfermagem), essa transcrição coincide com a prescrição original.
- 2.** A Unidade dispõe e aplica um procedimento para a correta preparação de medicamentos que inclui, entre outros, local de preparação, limpeza de superfícies, preparação da medicação, dupla verificação, condições de assepsia, etc.
- 3.** As seringas, frascos ou bolsas, nos quais são adicionados medicamentos, são devidamente rotulados pela Unidade, identificando-se pelo menos o nome da substância ativa adicionada, dose, via de administração e dois identificadores válidos do doente a quem o medicamento é administrado.
- 4.** As seringas orais são usadas para preparar e administrar medicamentos por via oral ou por sonda nasogástrica, a fim de impedir a possibilidade de conexão com cateteres intravenosos e evitar o risco de administração por via errada.
- 5.** Os profissionais da Unidade antes de administrarem qualquer medicamento consultam o plano terapêutico prescrito, verificando o nome do medicamento, a dose, a via de administração, o nome do doente e alergias. O doente é informado sobre a medicação que está a receber e é registada em processo clínico a sua administração ou o motivo da não administração.



A Unidade incorpora outras boas práticas para prevenir incidentes de segurança.



Grupo: I

Código: S 5 05.11_02

Propósito: Garantir a implementação de outras boas práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, por organizações nacionais e internacionais com reconhecido prestígio, aplicáveis ao âmbito de atuação da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade, de acordo com a sua carteira de serviços, seleciona anualmente, pelo menos, uma boa prática a implementar para prevenir incidentes de segurança do doente (ex.: práticas seguras relacionadas com a cirurgia e anestesia, comunicação entre profissionais nos momentos de transição de cuidados, uso seguro de radiações ionizantes, segurança transfusional, risco nutricional, etc.).
2. Os profissionais da Unidade conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
3. A Unidade estabelece os indicadores destinados a avaliar o grau de cumprimento das práticas implementadas e faz a sua monitorização no painel de controlo.

A Unidade cumpre os indicadores de segurança do doente.



Grupo: II

Código: S 5 05.12_01

Propósito: Atingir os níveis de cumprimento estabelecidos nos indicadores de segurança do doente.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre os objetivos propostos nos indicadores de segurança do doente estabelecidos com a instituição (contratualização) e outros monitorizados pela Unidade para verificar a implementação de boas práticas.





Grupo: III

Código: S 5 05.13_00

Propósito: Reduzir os riscos associados aos cuidados de saúde, envolvendo doentes e comunidade na sua própria segurança através do desenvolvimento de atividades formativas e de sensibilização.

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade possui e disponibiliza materiais informativos aos doentes, familiares e cuidadores sobre como pode ajudar a prevenir os riscos associados ao seu processo assistencial (ex.: cartazes, brochuras, folhetos, *QR code*, etc.).
- 2.** A Unidade disponibiliza aos doentes um canal de comunicação para que estes possam informar situações não conformes, elogios e sugestões de melhoria durante o seu processo assistencial e depois analisa-os, incorporando ações de melhoria, se necessário.
- 3.** A Unidade desenvolve ações de formação e sensibilização dos doentes, familiares e cuidadores, bem como atividades dirigidas à comunidade sobre aspetos essenciais relacionados com a segurança do doente (ex.: *workshops*, campanhas de informação, etc.).



CRITÉRIO 6: SUPORTE

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte grupo de standards é garantir a gestão do ambiente da Unidade para reduzir e controlar riscos, prevenir acidentes de trabalho e manter condições seguras.

Os profissionais da Unidade devem conhecer o estado e a segurança das instalações e equipamentos médicos que utilizam, com vista a estarem seguros no desempenho das suas atividades assistenciais. Ter instalações e equipamentos seguros em ótimas condições de manutenção, formar os profissionais no uso correto dos equipamentos e envolvê-los na comunicação de incidentes referentes à sua manutenção, segurança e operação contribui para aumentar a segurança dos doentes e dos profissionais, além de evitar desprogramações e/ou suspensão da atividade. Por todas estas razões, é necessário trabalhar em articulação com os serviços de suporte.

Outros aspetos que a Unidade deve contemplar para contribuir com uma prestação de serviços de qualidade num espaço físico seguro são: o controlo de materiais e resíduos perigosos, a evacuação segura de doentes e profissionais da Unidade em caso de emergência e a identificação de riscos laborais.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Estabelecer canais de comunicação eficazes com os serviços de manutenção da instituição para conhecer o estado das condições de manutenção e segurança das instalações que utiliza e, se necessário, poder adotar medidas para garantir um ambiente físico seguro.
- Gerir de forma eficaz e segura os equipamentos médicos utilizados, estabelecendo canais de comunicação e colaboração com o serviço de electromedicina da instituição.
- Planear a formação dos profissionais antes da incorporação de novos equipamentos, a fim de evitar erros na utilização dos mesmos que possam gerar riscos na segurança do doente.
- Manter um ambiente físico saudável, confortável e seguro, garantindo o bem-estar dos seus profissionais em colaboração com o serviço de saúde ocupacional da instituição.
- Conhecer o seu grau de responsabilidade relativamente aos planos de autoproteção e proteção contra incêndio, segurança, materiais perigosos e emergências, facilitando uma resposta planeada e eficaz a incidentes nestas áreas.
- Melhorar a gestão dos resíduos hospitalares, garantindo assim a proteção do ambiente e da saúde dos profissionais, doentes e familiares.
- Garantir a disponibilidade de toda a informação gerada durante o processo assistencial ao doente face à falha dos sistemas de informação e proteger a confidencialidade da mesma.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.01_02

Propósito: Conhecer as condições de manutenção e segurança das instalações que suportam o desenvolvimento da atividade assistencial da Unidade. Em caso de ocorrências que alterem a sua funcionalidade ou segurança, são implementadas medidas para reduzir o seu impacto.

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade dispõe de informação atualizada sobre as condições de manutenção e segurança das instalações necessárias ao normal desenvolvimento da sua atividade assistencial. Nesse sentido, é necessário:
 - 1.1** Definir e utilizar um sistema de comunicação regular com os serviços de suporte.
 - 1.2** Acordar com os serviços de suporte que informações serão fornecidas e como serão fornecidas (ex.: reuniões informativas, planos e relatórios detalhados, etc.) e com que periodicidade.
 - 1.3** Acordar e adotar as medidas adequadas caso os serviços de suporte apontem a existência de ocorrências que alteram a funcionalidade ou a segurança das instalações, de forma a minimizar o seu impacto.
- 2.** Os profissionais da Unidade conhecem e utilizam um sistema de comunicação de ocorrências relativas ao funcionamento, manutenção ou segurança das instalações. As ocorrências relatadas são rastreáveis (ex.: pendentes, em andamento, concluídas, etc.).
- 3.** As viaturas de transporte utilizadas para cuidados de saúde cumprem as normas legais em vigor quanto à sua circulação, características técnicas e equipamentos, sendo o seu correto estado garantido através de revisões periódicas. Além disso, é disponibilizado e aplicado um procedimento de limpeza das viaturas e do seu conteúdo, sendo arquivados os respetivos registos.





Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.02_03

Propósito: Gerir o equipamento de electromedicina utilizado na Unidade, garantindo que este se encontra em condições adequadas de segurança e de acordo com as recomendações do fabricante. Para isso é importante definir responsabilidades para a gestão e controlo do estado de manutenção preventiva ou corretiva, conhecer as características dos equipamentos e formação dos profissionais na sua utilização e riscos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui um responsável pela gestão dos equipamentos de electromedicina, com funções definidas quanto ao controlo, utilização e operacionalidade. O responsável conhece o estado de manutenção preventiva dos equipamentos.
2. A Unidade articula-se com os serviços de electromedicina para a operacionalização da manutenção preventiva e corretiva.
3. Os profissionais da Unidade que utilizam equipamentos de electromedicina têm formação, se necessário, sobre o seu uso e riscos.
4. Os profissionais da Unidade verificam regularmente o estado de conservação dos equipamentos de electromedicina.
5. Em caso de utilização de equipamentos de electromedicina que pertençam a outra unidade ou sejam de uso partilhado, existe uma coordenação entre os responsáveis de ambas as unidades pelo controlo dos respetivos equipamentos, de modo a conhecer o seu estado de manutenção.
6. Os profissionais da Unidade comunicam as ocorrências relacionadas com o funcionamento, manutenção ou segurança dos equipamentos de electromedicina através do mecanismo estabelecido, sendo efetuado o seguimento das mesmas.



A Unidade garante a acessibilidade física à pessoa e familiar.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 5 06.03_01

Propósito: Dispor de uma sinalética interna e externa clara e inequívoca da localização da Unidade, que permite à pessoa poder facilmente aceder aos seus serviços. Eliminar as barreiras arquitetónicas e físicas que podem impedir as pessoas com mobilidade reduzida de aceder à Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A sinalética da Unidade utilizada para a sua identificação e acesso é inequívoca, estando atualizada e em bom estado.
2. As condições de acessibilidade à Unidade foram estudadas (barreiras arquitetónicas ou sensoriais) e adotaram-se ou planearam-se as medidas destinadas a melhorar as possíveis limitações, nos termos da lei.
3. As instalações de risco ou de circulação interna da Unidade têm um acesso restrito.

A Unidade garante o correto estado e segurança do seu armazém e respetivo conteúdo.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 5 06.04_01

Propósito: Estabelecer os mecanismos necessários para que as condições de segurança do armazém da Unidade sejam adequadas. Garantir a disponibilidade de medicamentos e material de consumo clínico para que a Unidade possa dar resposta à sua atividade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem definidas as responsabilidades necessárias para a gestão do estado e *stock* do armazém.
2. O *stock* e o estado do armazém da Unidade são controlados para evitar ruturas de *stock*, garantindo que o material necessário está disponível e em condições adequadas para ser usado.
3. Os locais de armazenamento da medicação e material de consumo clínico estão em adequadas condições de temperatura, humidade, luz e limpeza (ex.: prateleiras fixas de armazenamento, produtos inflamáveis controlados, sistemas de proteção contra incêndios, controlo de pragas, identificação correta dos produtos armazenados, fichas de segurança, etc.).



A Unidade conhece os critérios de qualidade dos serviços de suporte ao desenvolvimento da sua atividade e comunica os desvios detetados.



Grupo: II

Código: S 5 06.05_02

Propósito: Conhecer (ou definir, se for o caso) os critérios de qualidade exigidos aos serviços de suporte que dão apoio à sua atividade. Dispor de ferramentas que permitam a comunicação e registo dos desvios detetados face aos critérios definidos, com o objetivo de promover a implementação de medidas de melhoria destinadas a otimizar o desempenho desses serviços.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem identificados os serviços que dão suporte ao desenvolvimento da sua atividade (ex.: hotelaria, limpeza, manutenção, roupa, etc.) e conhece as condições em que os serviços devem ser prestados (critérios de qualidade) e o que deles se espera. Os critérios de qualidade podem ser definidos pela instituição ou pela Unidade.
2. Os profissionais da Unidade, de acordo com o seu grau de responsabilidade, têm disponíveis para consulta os critérios de qualidade dos serviços de suporte e conhecem e utilizam os mecanismos de comunicação para registar os desvios detetados.
3. A Unidade analisa os desvios comunicados/registados para implementar medidas de melhoria.

A Unidade conhece os riscos que podem afetar os profissionais em cada posto de trabalho.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.06_02

Propósito: Conhecer os riscos que podem afetar os profissionais da Unidade, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais.

Elementos avaliáveis:

1. Existe um sistema de comunicação entre os responsáveis da Unidade e o serviço de saúde ocupacional para conhecer as situações de risco mediante a avaliação dos riscos, as medidas necessárias para eliminar ou diminuir esses riscos e a planificação das medidas (plano de prevenção de riscos laborais).
2. Os profissionais da Unidade conhecem os riscos identificados na avaliação de riscos e as medidas preventivas a adotar.
3. Os responsáveis da Unidade asseguram que todos os seus profissionais recebem a formação necessária em relação aos riscos inerentes à sua atividade e posto de trabalho ou aos acidentes mais frequentes.



A Unidade participa na vigilância da saúde e segurança dos seus profissionais.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.07_01

Propósito: Promover a vigilância da saúde dos profissionais e identificar os riscos laborais, participando na identificação de novas medidas preventivas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade assegura os mecanismos necessários para garantir a vigilância da saúde dos trabalhadores.
2. A Unidade conhece os mecanismos estabelecidos para comunicar os acidentes de trabalho ocorridos (ex.: acidentes com corto-perfurante acidentais, contacto com substâncias tóxicas, agressões, etc.).
3. A Unidade estabelece canais de comunicação com os responsáveis pela saúde ocupacional, no sentido de conhecer os acidentes, agressões e baixas ocorridos e suas causas, assim como novas medidas preventivas a adotar.

A Unidade tem estabelecidas as medidas de segurança em caso de emergência e são conhecidas pelos profissionais.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.08_03

Propósito: Assegurar que estão estabelecidas e implementadas, nos termos da lei, as ações a seguir em caso de situações de emergência que podem afetar as pessoas e os profissionais da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem definidas as atuações necessárias para desencadear, de forma segura e eficaz em caso de emergência, a evacuação dos doentes, familiares e profissionais – plano de emergência (ex.: incêndio, explosão de depósitos a gás, inundações, terremotos, etc.).
2. Os responsáveis da Unidade garantem que os profissionais recebem formação necessária em relação às medidas de segurança em caso de emergência e realizam simulacros.
3. Os equipamentos de proteção, a sinalética e as vias de evacuação encontram-se operacionais e cumprem com a função de facilitar e tornar segura a evacuação da Unidade.
4. A Unidade definiu um plano de emergência para catástrofes externas ou participou e conhece a sua elaboração. Os profissionais da Unidade recebem formação sobre o plano de emergência externo.



A Unidade tem estabelecidos os procedimentos necessários para a correta gestão dos resíduos gerados e para atuar em situações de derrame ou descarga de produtos tóxicos.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.09_01

Propósito: Estabelecer as medidas e procedimentos necessários para que a separação de resíduos gerados pela Unidade se realize de acordo com a legislação em vigor e para uma correta atuação perante situações de derrame ou descarga de produtos tóxicos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui e aplica corretamente um procedimento de gestão de resíduos, que tem estabelecidas as responsabilidades e ações a desenvolver para uma gestão segura dos resíduos que produz.
2. Na Unidade existem cartazes relativos à gestão adequada dos resíduos produzidos.
3. A Unidade possui e aplica corretamente um procedimento que define as ações a seguir em caso de possíveis derramamentos ou descargas de produtos tóxicos (ex.: citostáticos, líquidos inflamáveis, ácidos, etc.).

A Unidade contribui para o compromisso da minimização da produção de resíduos.



Grupo: II

Código: S 5 06.10_00

Propósito: Conhecer e controlar a gestão que a própria Unidade faz dos resíduos que gera, propondo medidas destinadas a reduzir a sua produção e identificando o impacto associado à sua perigosidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade recebe periodicamente informações sobre os resíduos gerados por tipo de resíduo.
2. A Unidade analisa periodicamente a evolução da produção de resíduos e, caso necessário, propõe medidas que visam minimizá-los (ex.: realocação de embalagens, uso de produtos ou técnicas alternativas que gerem menos resíduos, etc.).
3. A Unidade realiza auditorias periódicas de separação de resíduos, propondo medidas que reduzem as más práticas observadas.



A Unidade implementa procedimentos para o controlo dos principais impactos ambientais de acordo com a política ambiental.



Grupo: III

Código: S 5 06.11_02

Propósito: Envolver a Unidade no sistema de gestão ambiental estabelecendo-se os procedimentos, recursos, objetivos e responsabilidades necessários para desenvolver a política ambiental, a fim de evitar um impacto ambiental indesejado a que doentes, familiares, profissionais e comunidade podem vir a ser afetados por incidentes provocados pela falta de rigor no controlo de emissões atmosféricas, ruídos, derrames, consumo de água, energia, etc.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade conhece e participa nos procedimentos, políticas e normativos que lhe são aplicáveis em matéria de gestão ambiental, gerindo os registos e documentos que lhe compete.
2. A Unidade investe na melhoria do seu comportamento ambiental com base em procedimentos, políticas e normativos que lhe são aplicáveis e nas ações implementadas como necessárias pelo sistema de gestão ambiental da sua instituição.
3. A Unidade facilita a participação e formação dos seus profissionais e doentes em matéria ambiental.

A Unidade define e mantém uma estratégia dirigida à manutenção e melhoria da sua estrutura, funcionalidade, instalações e equipamentos, colaborando na gestão dos investimentos.



Grupo: II

Código: S 5 06.12_02

Propósito: Envolver-se na gestão dos possíveis investimentos e aquisições, participando ativamente na deteção de necessidades, planeamento e posterior implementação. Os responsáveis da Unidade conhecem e analisam os novos requisitos normativos e avanços tecnológicos que permitem planear uma adaptação progressiva dos seus espaços, instalações, equipamentos e meios técnicos, melhorando a segurança e a eficiência, sendo este planeamento determinante para as decisões de aquisições e investimentos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade analisa o estado dos seus espaços, instalações e equipamentos e identifica as suas necessidades de adequação a novos cenários tecnológicos e legais.
2. A Unidade possui ferramentas que lhe permite comunicar as suas necessidades, fundamentando com estudos a adequação ou aquisição solicitada sob o ponto de vista técnico e de resultados.



A Unidade tem definida a forma de atuar em caso de queda dos seus sistemas de informação.



Grupo: I

Código: S 5 06.13_02

Propósito: Dispor de um plano de contingência para os sistemas de informação para que, em situações em que estes não funcionem, se evitem perdas de dados e/ou existam quebras na continuidade da atividade da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe e aplica um plano de contingência, que define o modo de atuar e as responsabilidades perante a queda dos seus sistemas de informação.
2. A Unidade dispõe de mecanismos (ex.: formulários em papel, etc.) para utilizar em caso de queda dos seus sistemas de informação (ex.: pedidos médicos, pedidos de laboratório, radiologia, etc.).

A Unidade adota medidas para garantir a proteção dos dados de carácter pessoal de acordo com o estabelecido na legislação em vigor.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.14_03

Propósito: Estabelecer os mecanismos necessários para que a Unidade se adeque aos princípios estabelecidos sobre proteção de dados pessoais, garantindo e protegendo a conservação, integridade e confidencialidade dos dados das pessoas.

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade recebem formação sobre boas práticas no manuseamento da informação e medidas de segurança relativas à proteção de dados de carácter pessoal.
2. Os profissionais da Unidade dispõem de um mecanismo conhecido para comunicar possíveis infrações à regulamentação da proteção de dados ou falhas de segurança que afetem o tratamento de dados pessoais (ex.: *fishing*, arquivos com caracteres incomuns, receção de *e-mails* com anexos suspeitos, comportamento estranho de dispositivos, incapacidade de acesso a determinados serviços, perda ou roubo de dispositivos de armazenamento ou equipamentos com informação, etc.).
3. Cuidados de saúde primários: A Unidade dispõe de mecanismos para comunicar à pessoa o seu direito de acesso à informação, sua retificação ou cancelamento, bem como poder opor-se a que outra pessoa aceda, retifique, exclua ou limite o tratamento e a portabilidade dos seus dados.



Anexo I
Unidades de Diagnóstico Laboratorial



ANEXO I. UNIDADES DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Neste Anexo I foi incluída uma série de standards relacionados com os laboratórios clínicos que complementa os standards do Manual de Unidades de Gestão Clínica.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este anexo é aplicado nas unidades que incluem na sua carteira de serviços uma área de laboratório clínico para dar apoio ao diagnóstico. Alguns exemplos:

- Unidade de Hematologia + Laboratório de Imunologia e Genética;
- Unidade de Doenças Infecciosas + Laboratório de Microbiologia;
- Unidade de Alergologia + Laboratório de Imunologia;
- Unidade de Ginecologia/Obstetrícia + Laboratório de Procriação Medicamente Assistida.

Ficam excluídos do âmbito deste Manual e Anexo I os laboratórios clínicos que dispõem de um manual de standards específico.

DISTRIBUIÇÃO DE STANDARDS

Para as Unidades que incluem na sua carteira de serviços um Laboratório Clínico, a distribuição dos standards será a do Manual de Standards de Unidades de Gestão Clínica acrescida dos standards incluídos neste anexo.

Em termos práticos, a Unidade (incluindo o seu Laboratório Clínico) deve efetuar a sua fase de autoavaliação refletindo sobre 76 standards deste Manual. Simultaneamente, o Laboratório Clínico deverá refletir sobre os 12 standards incluídos neste anexo.

Após realizada a avaliação sobre a totalidade dos standards e em função do seu grau de cumprimento, mantêm-se os mesmos resultados que os incluídos no Manual de Unidades de Gestão Clínica (Bom, Ótimo, Excelente), aplicando-se as mesmas percentagens de cumprimento dos standards.



**BLOCO 1:
GESTÃO DA UNIDADE**

CRITÉRIO 1
LIDERANÇA
E ORGANIZAÇÃO
DA UNIDADE



TOTAL: 17

**BLOCO 2:
ATENÇÃO CENTRADA
NO DOENTE**

CRITÉRIO 3
DIREITOS DO DOENTE
E CONTINUIDADE
ASSISTENCIAL



TOTAL: 20

**BLOCO 3:
SEGURANÇA**

CRITÉRIO 5
SEGURANÇA
DO DOENTE



TOTAL: 18

CRITÉRIO 2
GESTÃO POR
PROCESSOS
ASSISTENCIAIS



TOTAL: 5

CRITÉRIO 4
QUALIDADE
TÉCNICO-CIENTÍFICA



TOTAL: 10

CRITÉRIO 6
SUPORTE



TOTAL: 18

I 36 (40,90%)

I 23 (26,14%)

II 20 (22,73%)

III 9 (10,23%)

TOTAL: 88

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial disponibiliza, aos profissionais prescritores e aos doentes, informações atualizadas sobre o tempo que vai desde a deteção da necessidade de cuidados de saúde até ao início da prestação dos mesmos.



Grupo: I

Código: S 5 03.18_02

Propósito: Fornecer aos profissionais e doentes informações sobre os tempos de resposta dos exames que o laboratório realiza.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório dispõe de uma carteira de serviços que inclui informação sobre os seus tempos de resposta.
2. O laboratório estabelece canais de comunicação para divulgação dos tempos de resposta aos profissionais e doentes.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial possui um formulário de requisição de exames acordado com os profissionais prescritores.



Grupo: I

Código: S 5 03.19_02

Propósito: Dispor de um formulário de requisição consensualizado que contenha informação clara e precisa sobre o episódio, as amostras biológicas e os exames laboratoriais solicitados.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório acordou com os profissionais o formulário para solicitar a análise. O formulário de pedido deve conter informações suficientes para identificar o doente e o profissional prescritor, bem como o exame laboratorial solicitado e os dados clínicos pertinentes.
2. O laboratório tem definidos perfis para os profissionais que prescrevem exames laboratoriais.
3. O laboratório ausculta os profissionais prescritores para facilitar o processo de solicitação de exames laboratoriais.



A Unidade de Diagnóstico Laboratorial avalia o grau de cumprimento do pedido de prescrição e realiza ações de melhoria após a sua análise.



Grupo: II

Código: S 5 03.20_02

Propósito: Garantir, através do formulário de requisição de exames laboratoriais, a comunicação direta entre os profissionais que prescrevem e o laboratório, intervindo em situações não conformes.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório realiza avaliações periódicas sobre o preenchimento da prescrição de requisição de exames laboratoriais, identificando áreas de melhoria.
2. O laboratório implementa melhorias em caso de desvios nos resultados obtidos nas referidas avaliações.
3. O laboratório comunica, periodicamente aos profissionais que prescrevem, os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial garante a correspondência biunívoca entre o formulário de requisição e as amostras biológicas recebidas.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.14_02

Propósito: Assegurar a correspondência entre o formulário de requisição e as amostras biológicas recebidas no laboratório.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório possui e aplica um procedimento para garantir a correspondência entre o pedido e as amostras biológicas recebidas.
2. O laboratório dispõe de um registo das ocorrências verificadas entre o formulário de requisição e as amostras biológicas recebidas.



A Unidade de Diagnóstico Laboratorial define os critérios de validação dos resultados dos exames laboratoriais realizados, bem como os critérios de acesso e distribuição dos mesmos.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.15_02

Propósito: Garantir a qualidade e fiabilidade da informação laboratorial.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório define os critérios de validação técnica dos resultados, incluindo critérios de validação automática de resultados e validação de testes de emergência.
2. O laboratório define o tipo de acesso e distribuição dos resultados aos profissionais que prescrevem.
3. O laboratório define critérios para a inclusão de comentários adicionais nos relatórios.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial disponibiliza os mecanismos necessários para a comunicação e atuação face a resultados críticos que requerem ação imediata.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.16_02

Propósito: Orientar os sistemas de informação para os profissionais e suas necessidades, garantindo um mecanismo de comunicação rápido em caso de alterações graves nos exames laboratoriais, que requerem ação imediata por parte da equipa do laboratório para confirmação e comunicação ao médico que prescreveu a análise.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório define os parâmetros considerados de alarme (críticos) de acordo com a sua carteira de serviços.
2. O laboratório seleciona os mecanismos necessários para comunicar ao profissional prescriptor os resultados de um exame laboratorial quando estes estiverem dentro dos intervalos de alarme estabelecidos, e os profissionais do laboratório conhecem-nos.
3. O laboratório mantém um registo da comunicação realizada e do interlocutor.



A Unidade de Diagnóstico Laboratorial define critérios de revisão para controlo da qualidade interno e externo e avalia os resultados obtidos.



Grupo: I

Código: S 5 05.17_02

Propósito: Garantir a fiabilidade dos ensaios realizados no laboratório.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório define os critérios de revisão dos resultados do controlo da qualidade interno e externo.
2. O laboratório regista as ocorrências relacionadas com o controlo da qualidade interno e externo e as ações corretivas realizadas.
3. O laboratório analisa os resultados do controlo da qualidade que não estejam de acordo com os valores esperados.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial avalia periodicamente o nível de qualidade e cumprimento dos relatórios de resultados emitidos.



Grupo: III

Código: S 5 05.18_00

Propósito: Garantir que o relatório laboratorial contém os resultados dos exames laboratoriais realizadas ao doente, os dados de identificação do pedido e do laboratório, assim como qualquer outro tipo de informação que complemente ou facilite a interpretação dos resultados.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório define indicadores da qualidade e cumprimento a serem avaliados nos relatórios de resultados.
2. O laboratório realiza auditorias, pelo menos anualmente, aos relatórios de resultados com base nos indicadores da qualidade definidos e estabelece áreas de melhoria.
3. O laboratório divulga aos seus profissionais os resultados obtidos nas auditorias realizadas.



A Unidade de Diagnóstico Laboratorial tem implementado um procedimento para controlo, transporte, manuseio e conservação das amostras biológicas.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.15_02

Propósito: Conhecer e controlar todas as variáveis que podem afetar a logística das amostras desde a sua colheita, garantindo que são dadas as melhores condições para a sua conservação, monitorização, transporte, armazenamento temporário e manuseio em todos os pontos do processo, controlando tanto os aspetos humanos como técnicos desta gestão.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório possui e aplica um procedimento, de acordo com a regulamentação em vigor, para o processo logístico de amostras, tanto intra-hospitalar como com centros externos, que inclui o transporte, registos de percurso, controlo de tempo, controlo de temperatura, manipulação e conservação.
2. O laboratório analisa os registos associados ao transporte de amostras (folhas de percurso, temperaturas, tempos) e, caso constate alguma ocorrência, verifica as ações realizadas.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial estabelece regras de utilização e envio de amostras para laboratórios externos.



Grupo: II

Código: S 5 06.16_02

Propósito: Definir e documentar as regras e procedimentos para selecionar e utilizar serviços externos que podem afetar a qualidade do seu serviço.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório possui uma carteira de serviços de testes externalizados e dos respetivos laboratórios e tempos de resposta.
2. O laboratório tem definidas as regras de envio de amostras e receção de resultados de laboratórios externos, existindo um responsável por esta atividade.
3. O laboratório realiza avaliações periódicas do serviço prestado por laboratórios externos (ex.: transporte de amostras, entrega de resultados, tempos de resposta, etc.) e identifica eventuais melhorias.



A Unidade de Diagnóstico Laboratorial possui critérios para registo, arquivo, utilização e eliminação de amostras biológicas, incluindo as destinadas a projetos de investigação.



Grupo: I

Código: S 5 06.17_02

Propósito: Garantir a proteção, conservação e utilização de amostras biológicas aplicando os requisitos normativos em vigor.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório possui e aplica um procedimento que estabelece as normas de armazenamento e uso de amostras biológicas (ex.: repetição de testes, investigação, etc.).
2. O laboratório controla as condições de conservação dos arquivos das amostras biológicas.
3. O laboratório cumpre a Lei de Investigação Biomédica e as normas aplicáveis.

A Unidade de Diagnóstico Laboratorial possui um sistema de controlo de mensagens com o processo clínico eletrónico.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.18_00

Propósito: Num cenário de integração progressiva dos sistemas de informação com o processo clínico eletrónico, permitir que os laboratórios controlem o processo analítico desde a receção do pedido eletrónico até à entrega dos resultados, através de uma ferramenta de controlo de mensagens entre os sistemas de informação e o processo clínico eletrónico.

Elementos avaliáveis:

1. O laboratório dispõe de um procedimento de controlo para garantir que todos os exames solicitados via eletrónica são atendidos e que todas as solicitações recebem a mensagem final de fecho, de modo a evitar que as solicitações fiquem abertas ou sem resultado na história clínica.
2. O laboratório controla e resolve periodicamente os erros detetados pelos utilizadores aquando do envio do pedido eletrónico (mesmo que não seja recebido pelo laboratório), para não deixar os pedidos em fases intermédias do processo de pedido eletrónico.
3. Os profissionais do laboratório conhecem e têm acesso à rastreabilidade do pedido de exames no processo clínico eletrónico, com o objetivo de poderem consultar as fases pré e pós-analítica do pedido eletrónico.



Anexo II
Unidades de Diagnóstico Imagiológico



ANEXO II. UNIDADES DE DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

Neste Anexo II foi incluída uma série de standards relacionados com as Unidade de Diagnóstico Imagiológico que complementa os standards do Manual de Unidades de Gestão Clínica.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

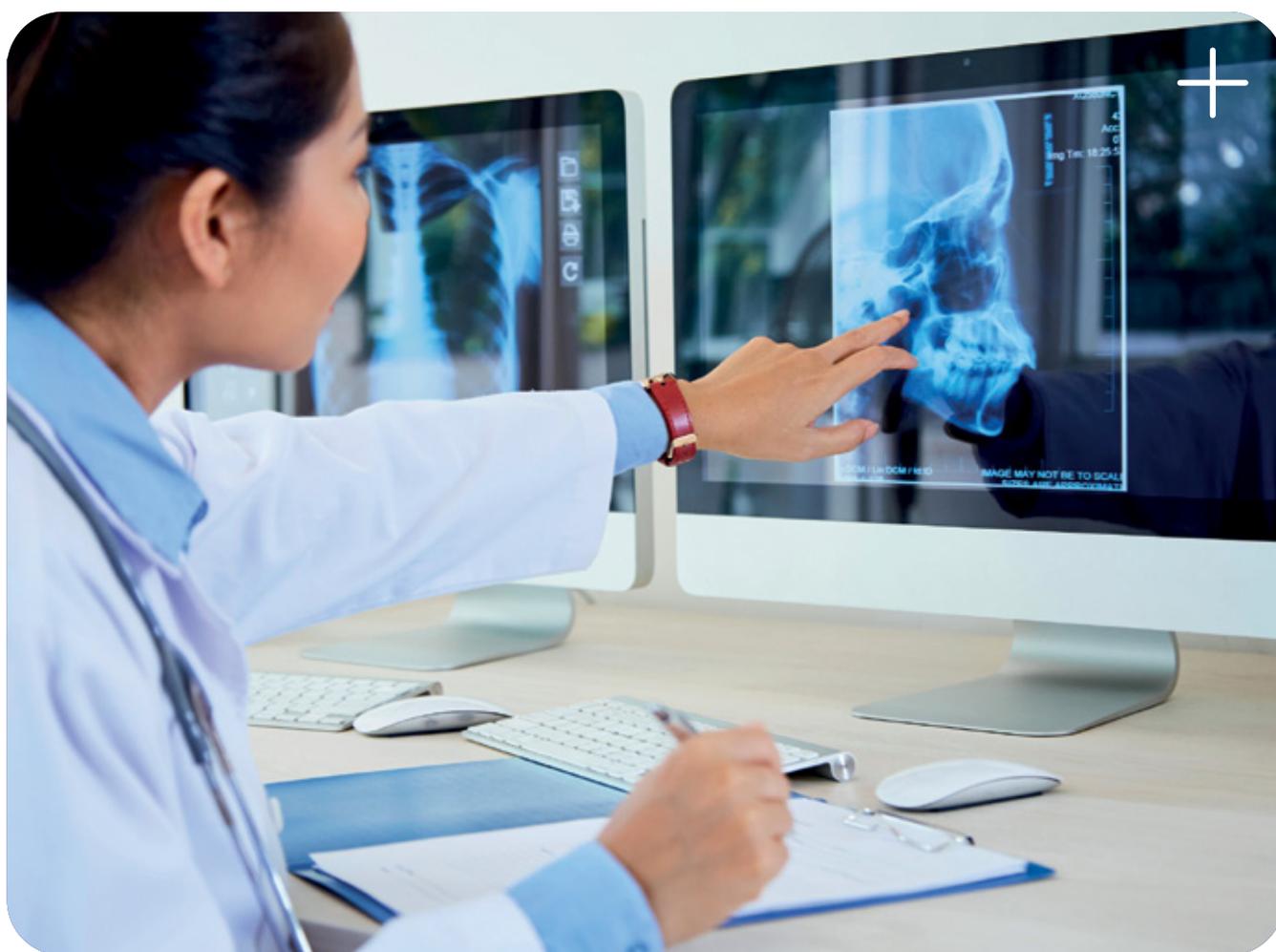
Este anexo é de aplicação nas Unidades de Diagnóstico Imagiológico: Radiodiagnóstico, Angiografias, Ressonância Magnética, Imagens por Ultrassom e Medicina Nuclear.

DISTRIBUIÇÃO DE STANDARDS

Para as Unidades de Diagnóstico Imagiológico, a distribuição dos standards será a do Manual de Unidades de Gestão Clínica acrescida dos standards incluídos neste anexo.

Em termos práticos, a Unidade de Diagnóstico Imagiológico deve realizar na sua fase de autoavaliação uma reflexão sobre os 76 standards deste Manual e sobre os 12 incluídos neste anexo.

Após realizada a avaliação sobre a totalidade dos standards e em função do seu grau de cumprimento, mantêm-se os mesmos resultados que os incluídos no Manual de Unidades de Gestão Clínica (Bom, Ótimo, Excelente), aplicando-se as mesmas percentagens de cumprimento dos standards.



**BLOCO 1:
GESTÃO DA UNIDADE**

CRITÉRIO 1
LIDERANÇA
E ORGANIZAÇÃO
DA UNIDADE



TOTAL: 17

**BLOCO 2:
ATENÇÃO CENTRADA
NO DOENTE**

CRITÉRIO 3
DIREITOS DO DOENTE
E CONTINUIDADE
ASSISTENCIAL



TOTAL: 22

**BLOCO 3:
SEGURANÇA**

CRITÉRIO 5
SEGURANÇA
DO DOENTE



TOTAL: 17

CRITÉRIO 2
GESTÃO POR
PROCESSOS
ASSISTENCIAIS



TOTAL: 5

CRITÉRIO 4
QUALIDADE
TÉCNICO-CIENTÍFICA



TOTAL: 10

CRITÉRIO 6
SUPORTE



TOTAL: 17

I 36 (40,90%)

I 23 (26,14%)

II 20 (22,73%)

III 9 (10,23%)

TOTAL: 88

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico fornece aos profissionais e doentes informação atualizada sobre o tempo que vai desde a deteção da necessidade de cuidados de saúde até ao início da prestação dos mesmos.



Grupo: I

Código: S 5 03.21_02

Propósito: Fornecer aos profissionais prescritores e aos doentes informação sobre os tempos de resposta, que lhes permite conhecer o tempo de acesso à técnica a ser realizada e o tempo necessário para obter os resultados.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade define os tempos de resposta para a realização de exames e para a preparação dos relatórios imagiológicos.
2. A Unidade estabelece os canais de comunicação para a divulgação dos tempos de resposta (tempo de acesso e tempo de obtenção dos resultados) aos profissionais prescritores e doentes.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico integra na sua carteira de serviços as características particulares e as limitações das técnicas disponíveis e dá-as a conhecer.



Grupo: I

Código: S 5 03.22_02

Propósito: Incorporar, na informação disponibilizada às unidades prescritoras relativamente aos serviços prestados pela Unidade de Diagnóstico Imagiológico, as características particulares e as limitações das técnicas disponíveis, de forma a incrementar a eficiência nos procedimentos de prescrição.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de uma carteira de serviços de técnicas de imagem para cada nível assistencial, que inclui informações para os profissionais prescritores em relação às características e limitações do exame, preparação do doente, etc.
2. A Unidade divulga aos profissionais prescritores as características e limitações das técnicas incluídas na sua carteira de serviços.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico possui uma carteira de serviços adaptada às necessidades da sua área de saúde e capaz de responder aos avanços tecnológicos.



Grupo: II

Código: S 5 03.23_02

Propósito: Oferecer serviços de acordo com as necessidades da população e da área de saúde da Unidade e adaptá-los aos avanços tecnológicos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade analisa periodicamente as necessidades epidemiológicas da população a que presta assistência e as necessidades do seu ambiente de atendimento (ex.: centro hospitalar, área de saúde, etc.) e prioriza-as.
2. A Unidade integra novas técnicas, tecnologias ou procedimentos na sua carteira de serviços para responder às necessidades prioritárias.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico dispõe de um formulário de pedido de exames e avalia o grau de preenchimento do mesmo.



Grupo: I

Código: S 5 03.24_02

Propósito: Dispor de um formulário de pedido que contenha dados de orientação diagnóstica e informações claras e precisas para a adequada identificação do profissional prescritor, do doente e da técnica solicitada. Avaliar o preenchimento dos referidos formulários para implementar eventuais melhorias.

Elementos avaliáveis:

1. O formulário de pedido de técnicas da Unidade deve conter informações suficientes para identificar o doente e o profissional prescritor, bem como a técnica solicitada e os dados clínicos pertinentes.
2. A Unidade avalia, pelo menos anualmente, o grau de cumprimento do preenchimento do formulário de pedido e comunica os resultados aos profissionais prescritores.
3. A Unidade identifica e implementa melhorias em caso de desvios nos resultados obtidos nas referidas avaliações.

O relatório imagiológico fornece dados e informações relevantes para a tomada de decisão clínica.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 03.25_02

Propósito: Definir a estrutura do relatório imagiológico sobre as técnicas realizadas, incluindo uma conclusão e/ou recomendação final ao profissional prescritor.

Elementos avaliáveis:

1. O relatório fornece informações claras e concisas sobre os resultados dos estudos realizados num doente, incluindo uma conclusão e/ou recomendação final.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico cria os mecanismos necessários para a comunicação e atuação perante achados inesperados que requerem ação imediata.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.19_02

Propósito: Garantir um mecanismo de comunicação rápida em caso de estudos com alterações graves que exijam ação imediata por parte dos profissionais da Unidade, para confirmação e comunicação ao médico responsável.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade define os parâmetros considerados de alarme (críticos) de acordo com a sua carteira de serviços.
2. A Unidade seleciona os mecanismos necessários para comunicar ao profissional prescritor os resultados de um exame imagiológico quando estes estiverem dentro dos intervalos de alarme estabelecidos, e os profissionais da Unidade conhecem-nos.
3. A Unidade mantém um registo da comunicação realizada e do interlocutor.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico inclui a dose de radiação na informação do doente e possui registos individualizados da dose por doente.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 05.20_00

Propósito: Dar a conhecer as doses de radiação administradas ao doente através do relatório e registo na sua história clínica.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade regista os dados dosimétricos na história clínica de cada doente e incorpora-os no relatório.
2. A Unidade regista os radiofármacos administrados ao doente no seu processo clínico, incluindo o tipo e as atividades dos radionuclídeos no momento da administração do radiofármaco, os dados dosimétricos nos casos em que se julgue necessário, as administrações inadequadas e os efeitos e reações adversos dos radiofármacos, caso ocorram.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico realiza uma monitorização contínua das doses de radiação recebidas pelos doentes e analisa os desvios face às doses definidas pelos organismos competentes.



Grupo: II

Código: S 5 05.21_00

Propósito: Analisar e otimizar os índices de radiação nos doentes resultantes de exames diagnósticos, de forma a minimizar o seu impacto sobre eles.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade monitoriza continuamente as doses de radiação recebidas pelos doentes.
2. A Unidade avalia as discrepâncias entre as doses administradas e as doses definidas pelos organismos competentes, justificando-as.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico incorpora e avalia indicadores que permitem medir a qualidade dos resultados diagnósticos e terapêuticos.



Grupo: III

Código: S 5 05.22_02

Propósito: Monitorizar e avaliar indicadores de resultados finais do processo, que permitem identificar desvios e adotar medidas corretivas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade monitoriza e avalia os indicadores dos resultados finais do processo (ex.: correlação radiopatológica, radioclínica, leituras duplas – revisão por pares –, percentagens de sucesso-falha nos tratamentos, etc.).
2. A Unidade implementa melhorias em função dos resultados alcançados.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico dispõe de um Programa de Proteção Radiológica.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.19_02

Propósito: Garantir um nível adequado de proteção às pessoas e ao meio ambiente sem limitar as práticas benéficas de exposição à radiação ionizante, estabelecendo normas para a localização e funcionamento dos equipamentos, adequação das áreas de risco, formação dos profissionais, controlo dosimétrico permanente e proteção dos utilizadores.

Elementos avaliáveis:

1. O Programa de Proteção Radiológica da Unidade está estruturado de forma a abranger todos os pontos necessários ao seu cumprimento, com clara distribuição de responsabilidades e funções dos diversos níveis envolvidos.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico define um Programa de Gestão da Qualidade em técnicas de imagem.



Grupo: I obrigatório

Código: S 5 06.20_02

Propósito: Estabelecer critérios de qualidade para garantir otimização na obtenção de imagens e proteção radiológica do doente e profissionais expostos. Assegurar que o Programa de Gestão da Qualidade é do conhecimento de todos os profissionais da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade implementa um Programa de Gestão da Qualidade e os profissionais conhecem-no.

A Unidade de Diagnóstico Imagiológico realiza, no âmbito do Programa de Gestão da Qualidade, auditorias regulares às técnicas de imagem e os resultados são incorporados na melhoria dos procedimentos de trabalho.



Grupo: I

Código: S 5 06.21_02

Propósito: Realizar auditorias para impulsionar a melhoria dos procedimentos de trabalho, ajudar a corrigir erros e contribuir para melhorar a qualidade das técnicas de imagem.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade realiza auditorias periódicas no âmbito do Programa de Gestão da Qualidade, analisa os resultados e implementa as melhorias oportunas.

7. Glossário de Termos



7. GLOSSÁRIO DE TERMOS

– A –

ACESSIBILIDADE

Utilização adequada e em tempo útil dos serviços de saúde com a finalidade de alcançar melhores resultados em saúde. A acessibilidade aos serviços públicos de saúde é um princípio básico de equidade. Garantir que qualquer pessoa receba os cuidados de saúde de que necessita no momento adequado e com garantia de qualidade assistencial e de bons resultados.

AMFE (ANÁLISE MODAL DE FALHAS E EFEITOS)

Metodologia que permite identificar e priorizar possíveis riscos para um doente em processos assistenciais específicos. Essa metodologia analítica inclui a identificação de potenciais modos de falha e causas correspondentes e a priorização de falhas como base para identificar ações para prevenir riscos ou minimizar o seu impacto.

AMOSTRA

Uma ou mais partes retiradas de um sistema e destinadas a fornecer informações sobre ele, geralmente como base para decisões sobre o sistema ou seus produtos.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Serviços de saúde prestados às pessoas ou comunidades com o objetivo de promover, manter, vigiar ou restabelecer a saúde.

– B –

BOA PRÁTICA EM SEGURANÇA OU PRÁTICA SEGURA

Tipo de processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade de eventos adversos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

– C –

CARTEIRA DE SERVIÇOS

Conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos, entendendo para o efeito cada um dos métodos, atividades e recursos baseados no conhecimento e evidência científica, através dos quais se tornam efetivas as prestações de cuidados de saúde.

COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

Aptidão do profissional de saúde para integrar ou aplicar os conhecimentos, habilidades (perícias) e atitudes associados às boas práticas da sua profissão e destinados a resolver os problemas que lhe vão surgindo.

CONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Processo formal que consiste em comparar a medicação habitual do doente com a medicação prescrita após uma transição de cuidados (dentro do mesmo nível de cuidados ou para outros níveis de cuidados), com a finalidade de analisar e solucionar as discrepâncias detetadas. Tem como objetivo reduzir os erros de medicação em todos os cuidados de saúde, garantindo que os doentes recebem os medicamentos necessários que estavam anteriormente a tomar, na dose, via e frequência corretas, e que sejam adequados à sua situação e/ou a uma nova prescrição realizada noutra parte do sistema de saúde (ex.: hospital, urgências, consultas externas, cuidados primários, etc.).

CONFIDENCIALIDADE

Direito da pessoa na garantia da salvaguarda dos seus dados de saúde, do resguardo da sua informação prestada e proteção contra a sua revelação não autorizada de acordo com a legislação em vigor.

CONFLITO ÉTICO

Situação de tomada de decisão que implica uma escolha difícil entre duas alternativas igualmente indesejáveis e em que não é claro qual é a correta.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordância livre, voluntária e consciente de um doente, que é manifestada em pleno uso das suas faculdades após lhe ter sido fornecida a informação adequada perante uma ação que afeta a sua saúde. O consentimento informado é um processo de informação dirigido ao doente ou pessoa utilizadora do sistema de saúde, expresso geralmente de forma oral, salvo situações legalmente estabelecidas em que tem de ser prestado de forma escrita.

CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO

Concordância registada por escrito, ficando evidenciado num documento específico que recolhe tanto a informação fornecida ao doente ou seu representante legal, como a sua conformidade com a intervenção ou ação clínica a realizar. Este documento é conhecido como formulário escrito de consentimento informado.

– D –

DANOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Danos derivados de ações realizadas durante o processo de prestação de cuidados de saúde ou a ele associados. Compreende os conceitos de doença, lesão, sofrimento, incapacidade e morte.

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

Suporte de qualquer tipo ou classe que contém um conjunto de dados e informações de carácter assistencial.

– E –

EFETIVIDADE

Resultado obtido quando um procedimento é aplicado sob condições habituais e reais na instituição com os meios disponíveis.

EFICIÊNCIA

Grau com que os cuidados são prestados de forma correta, considerando o estado atual de conhecimento para alcançar o(s) resultado(s) desejado(s) ou projetado(s) para a pessoa.

ENCAMINHAMENTO

Encaminhar um doente de um centro de saúde para outro ou de uma unidade de saúde para outra a fim de continuar a sua avaliação e/ou tratamento no segundo.

EPISÓDIO

Conjunto de ações que se realizam desde o momento em que é feita a admissão do doente até à sua saída ou alta. O conjunto de ações é identificado por um código único. Exemplo: episódio de internamento, de consulta ou de urgência.



ERRO

Falha em se realizar uma ação conforme pretendido ou a aplicação de um plano incorreto. Um ato errado na prática clínica dos profissionais de saúde que pode contribuir para a ocorrência de um evento adverso.

ERRO DE MEDICAÇÃO

Aquele que é relacionado com as práticas profissionais, produtos, procedimentos ou sistemas, que inclui falhas na prescrição, dispensa, distribuição, administração, preparação, rotulagem, embalagem, comunicação, monitorização e/ou uso de medicamentos.

ESPÉCIME (SEMELHANTE À AMOSTRA PRIMÁRIA)

Conjunto de uma ou mais partes inicialmente retiradas de um sistema.

EVENTO ADVERSO

Incidente que causa um dano desnecessário ao doente em resultado dos cuidados de saúde recebidos.

EVENTO SENTINELA

Acontecimento imprevisto que cause morte, dano físico ou psicológico grave ao doente e que, não estando relacionado com a história natural da doença, requer uma avaliação para evitar que aconteça novamente.

– F –

FASE PRÉ-ANALÍTICA

Conjunto de processos que começa a partir da prescrição do médico e que inclui a solicitação de análises, preparação do doente, colheita da amostra primária e transporte até ao laboratório, terminando quando se inicia o procedimento analítico.

FASE ANALÍTICA

Conjunto de processos que inclui todas as manipulações da amostra destinadas à obtenção do resultado.

FASE PÓS-ANALÍTICA

Conjunto de processos que seguem a análise, incluindo a revisão sistemática, preparação do relatório laboratorial e interpretação, autorização para entrega e transmissão dos resultados, bem como armazenamento das amostras de análise.

FERRAMENTA DE AJUDA À TOMADA DE DECISÃO

Materiais que proporcionam informação precisa e útil para potenciar a autonomia da pessoa na tomada de decisões em saúde. Esses materiais informativos podem ser apresentados em diferentes formatos, como brochuras, vídeos, páginas da *web*, programas interativos, etc. A informação disponibilizada baseia-se na informação científica de melhor qualidade disponível, adaptada a uma linguagem simples que facilita a sua compreensão, com o objetivo de facilitar a participação conjunta com os médicos ou outros profissionais de saúde nas decisões relacionadas com a doença da pessoa. Essas ferramentas devem ser usadas quando exista mais do que uma opção clinicamente razoável, ou seja, quando nenhuma opção tiver uma vantagem clara em termos de resultados de saúde e cada uma tiver benefícios e malefícios que as pessoas valorizam de maneira diferente.

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE EXAMES

Formulário utilizado para requisição de procedimento diagnóstico/analítico, que deve conter no mínimo os dados de identificação do prescriptor, do doente, do procedimento solicitado e das orientações diagnósticas.



– G –

GESTÃO CLÍNICA

Capacidade dos profissionais de saúde para gerir de forma eficiente e eficaz os recursos que utilizam na sua prática clínica habitual. Determina um envolvimento efetivo dos profissionais nos objetivos da instituição de saúde e está relacionada com uma maior capacidade de decisão e autonomia.

– H –

HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Significa enveredar por um trato afável, por um atendimento centrado na pessoa e nos seus direitos, que escuta e acompanha, que prioriza a participação, que avança no seu compromisso e responsabilidade social, num diálogo permanente com as pessoas. Implica humanizar as relações, a gestão dos serviços, as instituições no seu todo, os espaços, os tempos, etc. E é uma ação, uma tarefa, uma habilidade que envolve a todos: instituições, gestores, profissionais de saúde, doentes e seus familiares.

– I –

IDENTIFICADORES INEQUÍVOCOS

Aqueles que pertencem somente a um doente e que não podem ser compartilhados por outras pessoas (ex.: nome e sobrenome, data de nascimento e número de processo clínico exclusivo). Não são considerados dados inequívocos: diagnóstico, número da cama, unidade de internamento, data ou episódio de internamento e nacionalidade.

INCIDENTE RELACIONADO COM A SEGURANÇA DO DOENTE

Evento ou circunstância que causou ou poderia ter causado danos desnecessários a um doente durante a prestação de cuidados de saúde.

INCIDENTE SEM DANO

Incidente que atinge o doente, mas que não causa dano com consequências para o doente.

INDICADOR DA QUALIDADE

Medida quantitativa que pode ser usada como guia para controlar e avaliar a qualidade das atividades. Um indicador expressa a informação como um sucesso ou um rácio (índice) de sucessos. Esta medida quantitativa serve para monitorizar a qualidade de aspetos importantes na prestação de cuidados de saúde. Um indicador não é uma medida direta da qualidade. O indicador alerta para quando se produz uma falha no valor habitual das atividades que afetam os componentes da qualidade.

INFEÇÃO ASSOCIADA À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Aquela que decorre diretamente da prestação de cuidados de saúde recebida, seja nas áreas hospitalar, ambulatória, domiciliária ou comunitária.

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Qualquer dado, independentemente da forma, classe ou tipo utilizado, que permite adquirir ou ampliar conhecimentos sobre o estado físico e a saúde de uma pessoa, ou a maneira de os preservar, cuidar, melhorar ou recuperar.

INFORMAÇÃO DE ALTA MÉDICA

Documento emitido pelo médico responsável no final de cada processo de atendimento do doente, que especifica nomeadamente os dados do doente, um resumo da sua história clínica, os cuidados prestados, o diagnóstico e as recomendações terapêuticas (de acordo com o referencial normativo em vigor).



INFORMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO IMAGIOLÓGICO

Documento destinado a comunicar os resultados de um estudo imagiológico que, de acordo com as recomendações do American College of Radiologists, deve incluir dados demográficos (nome do doente, médico prescritor, tipo de estudo, data de conclusão, etc.), dados clínicos relevantes, corpo do laudo (descrição da técnica realizada e do material utilizado, achados, etc.) e, por fim, uma conclusão ou diagnóstico, com clara identificação do radiologista responsável pelo referido estudo.

INFORMAÇÃO LABORATORIAL

Documento que contém os resultados dos exames realizados a uma ou várias amostras de um doente, com os dados de identificação do pedido e do laboratório, além de qualquer outro tipo de informação que complemente ou possa facilitar a interpretação dos resultados. O relatório pode ser preliminar (informações clínicas sobre um procedimento ainda não concluído) ou definitivo (informações sobre os resultados dos procedimentos analíticos realizados).

INTERCONSULTA

Ato de encaminhar um doente para outro profissional de saúde, independentemente de poder ser ou não na mesma unidade de saúde, para lhe serem prestados cuidados complementares, tanto para o seu diagnóstico como para o seu tratamento ou reabilitação.

INTERVENÇÕES COM CRITÉRIOS DE RISCO INTRÍNSECO

Procedimentos que envolvem riscos ou ações com impacto negativo notório e previsível na saúde do doente, tais como intervenção cirúrgica e procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos.

INTIMIDADE

Direito que a pessoa tem de preservar a zona espiritual, física e reservada da sua vida pessoal ou familiar. A intimidade compreende a sua personalidade, os seus valores morais e religiosos, as suas orientações ideológicas, sexuais, etc.

- L -

LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Todos os centros ou estabelecimentos de saúde, qualquer que seja a sua designação, que efetuem determinações químicas, bioquímicas, hematológicas, imunológicas, microbiológicas, parasitológicas, anatomopatológicas ou outras aplicadas a espécimes de origem humana, destinadas a diagnóstico, evolução e tratamento.

- M -

MAPA DE RISCOS

Instrumento informativo e dinâmico que permite conhecer os fatores de risco e possíveis danos num ambiente de trabalho (doentes, profissionais, procedimentos, práticas e hábitos que poderão estar relacionados a uma maior probabilidade de ocorrência de um evento adverso dentro de uma instituição, unidade ou serviço clínico).

MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO

Aqueles que têm um risco muito alto de causar danos sérios, ou mesmo fatais, quando ocorre um erro no decorrer do seu uso (ex.: cloreto de potássio intravenoso, sulfato de magnésio intravenoso, heparina, soluções de diálise, etc.). Esta definição não indica que os erros associados a estes medicamentos sejam mais frequentes, mas que, em caso de erro, as consequências para os doentes tendem a ser mais graves.

MISSÃO

Descrição da razão de ser de uma entidade ou instituição.



PAINEL DE AVALIAÇÃO

Ferramenta que permite conhecer, num determinado momento, como se encontra a funcionar a unidade. Este painel está configurado por indicadores-chave e a informação que proporciona deve estar atualizada para permitir a tomada de decisões.

PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

Um dos elementos centrais da melhoria contínua dos profissionais do sistema de saúde. Numa entrevista entre o responsável e o profissional avalia-se as competências definidas para o posto de trabalho ocupado pelo profissional, definindo as áreas de melhoria e acertando, após consenso, as atividades dirigidas para a minimização dos pontos fracos identificados. Os resultados obtidos com a realização das atividades acertadas serão avaliados na próxima entrevista entre o responsável e o profissional.

POSTO DE TRABALHO

Espaço físico/lugar onde um profissional ou vários profissionais desempenha(m) determinadas atividades ao longo do período de exercício da sua atividade.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Previne a aquisição da doença (vacinação contra tétano, eliminação e controlo de riscos ambientais, educação em saúde, etc.). Previne doenças ou danos em pessoas.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Destina-se a detetar a doença em estádios iniciais face aos quais o estabelecimento de medidas apropriadas pode impedir a sua progressão.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Inclui as medidas destinadas ao tratamento e reabilitação de uma doença para retardar a sua progressão e, com isso, o surgimento ou agravamento de complicações e a tentativa de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Serviços fornecidos às pessoas ou à comunidade com o objetivo de promover, manter, vigiar ou restabelecer a saúde daqueles.

PRIVACIDADE

Direito de a pessoa salvaguardar a sua intimidade, incluindo no que se refere a dados que lhe digam respeito.

PROCEDIMENTO

Forma específica de realizar uma atividade ou processo.

PROCEDIMENTO DE TRABALHO

Documentos escritos que descrevem a sequência específica das atividades e métodos desenvolvidos na instituição de saúde/centro hospitalar com uma determinada finalidade e que proporcionam a maneira única através da qual se deverá efetuar as atividades repetitivas na instituição.

PROCESSO ASSISTENCIAL

Conjunto de atividades dos fornecedores da prestação de cuidados de saúde (estratégias preventivas, provas diagnósticas e atividades terapêuticas) destinado a aumentar o nível de saúde e o grau de satisfação da população que recebe os serviços, entendidos estes num sentido amplo (aspectos organizativos, assistenciais, etc.).



PROCESSO DE SUPORTE

Processos que geram recursos de que os processos assistenciais necessitam.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Resultado da investigação efetuada na instituição sob qualquer forma, apesar de ser geralmente recolhida por meio de suportes escritos. Nessa produção, o investigador, grupo de investigação, departamento, serviço ou instituição divulga o desenvolvimento da pesquisa que se encontra a efetuar e que contribua para o crescimento e evolução das ciências da saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Processo que permite que as pessoas aumentem o controlo sobre a sua saúde para a melhorar. Engloba não só ações dirigidas diretamente para o aumento da capacitação das pessoas, mas também aquelas destinadas à modificação das condições sociais, ambientais e económicas que têm impacto nos determinantes da saúde.

PROMs (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES)

Mecanismos de Medição da Experiência Relatada pelo Paciente e Desfechos Medidos pelo Paciente, são estes os mecanismos para a construção de valor na saúde.

PROTOCOLO

Documento com conteúdo e finalidade no âmbito técnico-científico. Alguns exemplos de protocolos: protocolo de manuseio da dor torácica aguda, protocolo de prevenção de úlcera por pressão, protocolo de atendimento a traumas graves, etc.

– O –

QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

Competência do profissional para utilizar, de forma adequada, os mais avançados conhecimentos e recursos à sua disposição para proporcionar saúde e satisfação na população atendida.

– R –

RISCO

Probabilidade de que ocorra um incidente de segurança no decurso da assistência.

RISCO INTRÍNSECO À ATIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Inerente e inseparável da prática assistencial pela sua própria natureza. Ocorrerá sempre e as medidas preventivas visam minimizá-lo e controlar o seu aparecimento ou consequências.

– S –

SATISFAÇÃO

Grau em que os cuidados de saúde prestados atendem às expectativas dos doentes.

SEGURANÇA

Processo através do qual uma instituição presta cuidados seguros aos doentes. Este tem de incluir a gestão do risco, notificação e análise de incidentes, capacidade de aprender com os mesmos e implementação de soluções para minimizar o risco da sua recorrência. Também se considera a ausência de lesões acidentais atribuíveis aos processos de prestação de cuidados de saúde. A segurança emerge da interação dos componentes do sistema, não reside numa pessoa, dispositivo ou departamento.



SISTEMA DE GOVERNAÇÃO CLÍNICA

Sistema para melhorar o funcionamento das unidades clínicas, orientado para a participação real dos profissionais nas decisões clínicas, em projetos transparentes, mensuráveis e avaliáveis, onde prevalecem os critérios orientados para as pessoas (doentes e profissionais), os resultados clínicos/de saúde e a eficiência na gestão de recursos dependentes de decisões clínicas.

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

Ferramenta que permite a recolha de dados sobre incidentes e eventos adversos, a partir dos quais a segurança do doente pode ser melhorada. O seu objetivo é recolher informações que permitam identificar áreas ou elementos vulneráveis do sistema, aprender com as experiências e introduzir alterações para evitar que incidentes e eventos adversos aconteçam novamente.

- T -

TEMPO DE RESPOSTA

Período de tempo que vai desde a deteção da necessidade de cuidados de saúde até ao início da prestação dos mesmos.

TESTAMENTO VITAL OU VONTADE ANTECIPADA

Documento pelo qual uma pessoa maior de idade, capaz e livre expressa a sua vontade antecipadamente, para que seja cumprida no momento em que atinja situações em que não é capaz de o expressar pessoalmente, sobre os cuidados e o tratamento médico ou o destino do seu corpo ou órgãos.

TOMADA DE DECISÃO PARTILHADA

Estilo de relação entre o profissional de saúde e o doente (e a sua família), que inclui troca de informações entre eles, a reflexão entre as diferentes opções possíveis e a adoção, em conjunto, de uma decisão. Trata-se de um processo interativo em que o doente expõe as suas preferências e necessidades e o profissional de saúde expõe os seus conhecimentos e informações sobre os riscos e benefícios de uma intervenção diagnóstica ou terapêutica, chegando ambas as partes a uma decisão consensual.

TRANSFERÊNCIA DE DOENTES

Do ponto de vista organizacional, trata-se da mudança de localização física da pessoa, quer seja temporária ou até à resolução do seu atendimento.

- U -

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Engloba os conceitos de eficácia, segurança e adequação. Os doentes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes às suas necessidades individuais, no tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a sociedade. A seleção do medicamento adequado a cada caso deve ser feita com base em critérios de efetividade e segurança.

- V -

VALORES

Elementos que configuram a conduta básica das pessoas que fazem parte da instituição/serviço e o que se espera delas.

8. Comissão Técnica



8. COMISSÃO TÉCNICA

Alda Maria Paulino da Costa Martinho

Administradora Hospitalar
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Alexandre Manuel de Oliveira Duarte

Administrador Hospitalar
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Ana Azevedo

Assistente Hospitalar
Centro de Epidemiologia Hospitalar, Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ)

Anabela Silva Queirós

Enfermeira
ACES Grande Porto III – Maia/Valongo

Cláudio Santos Correia

Auditor Interno do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde de Portugal

Daniel Costa Pinto

Auditor Interno do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde de Portugal

Elsa Guimarães

Gestora da Qualidade
Unidade da Qualidade e Segurança do Doente, Centro de Epidemiologia Hospitalar, CHUSJ

Elsa Lisete Bandeira Ramos Ventura

Técnica Superior
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

José Augusto Calado Monteiro

Enfermeiro-Chefe
Gabinete da Qualidade, Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Maria da Conceição Madaíl Caldeira Bettencourt

Coordenadora do Gabinete da Qualidade
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.



María Gorete de Freitas Lopes

Auditora Interna do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde de Portugal

María Joana Margarida de Carvalho Magalhães

Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar
ACES Amadora

María João Dallot

Gestora da Qualidade
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.

María José Victorino Nunes Branquinho

Auditora Interna do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde de Portugal

María Laura Prazeres Marques

Coordenadora do Modelo de Certificação do Ministério da Saúde de Portugal

María Teresa Preguiça Prata Massano

Enfermeira Coordenadora
Departamento Psiquiatria e Saúde Mental, Gabinete da Qualidade, Hospital Distrital Santarém, E.P.E.

Paula Luís

Gestora da Qualidade
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E.

Paulo Manuel da Graça Ferreira

Assistente Hospitalar Graduado
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.

Raquel Cadilhe

Técnica Superior
Serviço de Certificação, Centro de Epidemiologia Hospitalar, CHUSJ





ME 5 1_08

FEVEREIRO 2023