Programa Nacional de Acreditação em Saúde

VERSÃO 2

# Manual de Acreditação de Unidades de Saúde

MS 1.02

GESTÃO CLÍNICA

DGS
Direção-Geral da Saúde

Departamento da Qualidade na Saúde

**MS 1.02**
**2ª Edição**
Junho 2014

**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** 978-972-675-205-9

Texto conforme o novo Acordo Ortográfico

**Adaptado de**
Manual de Estándares de Unidades de Gestión Clínica ME 5 1_06
Sob autorização da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Programa Nacional
de Acreditação
em Saúde

VERSÃO 2

# Manual de Acreditação de Unidades de Saúde

MS 1.02

GESTÃO CLÍNICA

# Mensagem do Diretor

O Serviço Nacional de Saúde carateriza-se por disponibilizar uma ampla gama de prestação de cuidados de saúde. Os serviços prestadores de cuidados têm que se reger por uma conceção integral da saúde, incorporando, com rigor, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que devem incorporar a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou paliativos, baseados na melhor evidência científica.

É, portanto, necessário difundir e sedimentar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da seguranca na prestação de cuidados oferecidos pelas unidades do Serviço Nacional de Saúde e pelas que por ele são contratualizadas, garantindo-lhes, ao mesmo tempo, os meios de reconhecimento externo da qualidade dos serviços que prestam.

O Departamento da Qualidade na Saúde, criado no âmbito da Direção-Geral da Saúde, assume o papel central de coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e uma das suas principais incumbências consiste no dever de implementar um Programa Nacional de Acreditação em Saúde, baseado num modelo sustentável e adaptado às caraterísticas do Sistema de Saúde português.

Apesar de não constituir um fim em si mesmo, o processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços. Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito.

Por outro lado, o reconhecimento oficial e público da qualidade e das melhorias conseguidas nos serviços prestadores de cuidados acreditados confere aos cidadãos maior confiança no sistema de saúde.

Cabe ao Departamento da Qualidade na Saúde desenvolver as ferramentas necessárias a uma melhor gestão da qualidade nos serviços de saúde e promover a qualificação dos serviços face a um conjunto de standards que permitam o seu reconhecimento externo.

O presente Manual deve ser encarado como uma dessas ferramentas.

Tendo sido adaptado à realidade portuguesa, o presente Manual de Standards baseia-se no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (Modelo ACSA INTERNATIONAL), definido como modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde português.

Este Manual, que coloca a pessoa no centro do sistema de saúde e põe a tónica na acreditação da gestão clínica, foi concebido como uma ferramenta evolutiva de trabalho, que guiará os profissionais de saúde durante o processo de acreditação dos serviços onde trabalham na procura da melhoria contínua, atravessando todas as dimensões da qualidade em saúde.

Espero que o presente Manual responda às expetativas dos serviços em processo de acreditação e estimule os profissionais que neles trabalham a atingirem objetivos cada vez mais ambiciosos, em busca da excelência na sua prática clínica.

JOSÉ ALEXANDRE DINIZ
Director do Departamento da Qualidade na Saúde

# Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica

# Índice


**1** Introdução 08
Unidades de Gestão Clínica 12

**2** Modelo de Acreditação 14
Caraterísticas do modelo 16
Metodologia 18
Standards 21
Processo de melhoria contínua e de garantia da qualidade 22

**3** Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica 24
Distribuição dos standards 26
Resultados da Acreditação 28
Acompanhamento durante o período de vigência do certificado 31
Estrutura do Manual de Standards 32
- Anexos 35
Fases do processo de certificação 36

**4** Standards do Programa de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica 44
**I.** O cidadão, centro do sistema de saúde 47
**1.** A pessoa como sujeito ativo 47
**2.** Acessibilidade e continuidade assistencial 53
**3.** Informação clínica 57

**II.** Organização da atividade centrada na pessoa 60
**4.** Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde 60
**5.** Promoção da Saúde na Comunidade 64
**6.** Direção da Unidade de Gestão Clínica 67

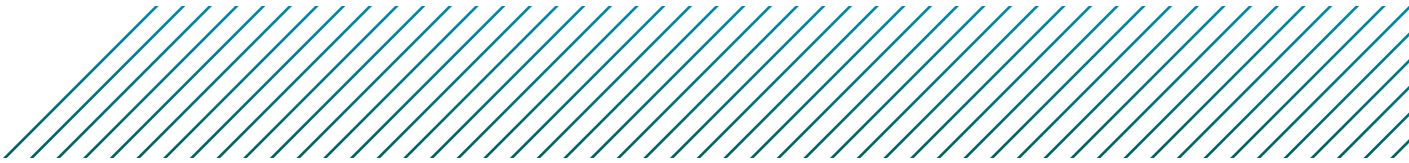
**III.** Os profissionais 72
**7.** Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica 72

**IV.** Processos de suporte 78
**8.** Estrutura, equipamento e fornecedores 78
**9.** Sistemas e tecnologias de informação e comunicação 84
**10.** Melhoria contínua 89

**V.** Resultados 96
**11.** Resultados da Unidade de Gestão Clínica 96

# Programa Nacional de Acreditação em Saúde

# 1 Introdução



# Introdução

Os standards e padrões que constituem o modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde levado a cabo pela Direção-Geral da Saúde são concordantes com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e têm em conta os padrões de qualidade nacionais e internacionais aplicáveis às unidades de saúde daí decorrentes.

O modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde considera a melhoria contínua da qualidade como um imperativo e um objetivo a alcançar por todas e cada uma das áreas do Sistema de Saúde português. Para o garantir, é necessário definir o que se entende por qualidade; fazê-lo compreender por todos os intervenientes; observar e analisar de que modo as unidades de saúde, os seus profissionais e as tecnologias que utilizam correspondem aos critérios de qualidade ou padrão de referência definidos e, a partir desse ponto, definir áreas-chave de trabalho para evoluir no caminho da melhoria contínua até à excelência organizacional.

Entre as principais atribuições do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde encontra-se a responsabilidade e a autoridade para o desenvolvimento e implementação efetiva de um modelo de melhoria contínua alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com os padrões diferenciadores do Sistema de Saúde português. Encontra-se também entre as suas atribuições a função de certificar. Esta capacidade foi-lhe conferida pelo artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, e Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio, e aplica-se a todas as unidades de saúde que compõem o Sistema de Saúde português.

# Unidades de Gestão Clínica

O presente Manual de Standards faz parte de um conjunto alargado de Manuais de Standards que a Direção-Geral da Saúde tem à sua disposição para implementar o Programa Nacional de Acreditação em Saúde e promover a melhoria contínua da qualidade em qualquer unidade do Sistema de Saúde português, qualquer que seja a sua tipologia ou especialização.

Este Manual, em especial, destina-se à acreditação daquilo que convencionámos designar por Unidades de Gestão Clínica. Não existindo no Serviço Nacional de Saúde (SNS) unidades orgânicas com esta terminologia, há que explicitar o que se entende por Unidades de Gestão Clínica no âmbito da acreditação de unidades de saúde segundo o modelo nacional e oficial do Ministério da Saúde (modelo ACSA). Não se trata, portanto, de novas unidades orgânicas, mas sim de unidades que integram na sua prática diária a gestão clínica tal como adiante explicitado.

Os standards deste Manual e os padrões a eles associados têm total aplicação:

• Em unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (UCSP, USF, UCC);

• Em serviços clínicos dos hospitais dedicados à prestação direta de cuidados de saúde ao doente;

• Em serviços hospitalares que prestam atendimento direto ao cliente;

• Em unidades de saúde especializadas na prestação de cuidados a grupos de doentes específicos.

A gestão clínica tal como aqui é entendida corresponde a:

• Uma organização de prestação de cuidados mais descentralizada e centrada na pessoa, nas suas necessidades e expetativas e nos direitos dos utentes;

• Uma organização que promove ativamente a participação dos utentes e seus cuidadores nas decisões sobre a sua saúde;

• Uma organização que motiva todos os profissionais de saúde a fazer uso das suas capacidades na gestão integrada da prática clínica e os implica nas respostas organizacionais que permitem responder à efetiva oferta de serviços correspondentes à sua carteira de serviços;

• Uma organização que promove a definição das competências profissionais para todas as atribuições de tarefas e todos os postos de trabalho, não apenas em termos de formação básica e formação contínua, mas também em termos de experiência, perícia e atitudes;

• Uma organização na qual o desenvolvimento profissional contínuo é estimulado e decorre da avaliação do desempenho diretamente relacionado com a estratégia da unidade para responder às necessidades de saúde identificadas na população de utentes que serve;

• Uma organização empenhada em garantir todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial;

• Uma organização de prestação de cuidados em que os profissionais de saúde e os seus responsáveis clínicos diretos se envolvem e comprometem com a avaliação interpares e com a sua própria autoavaliação;

• Uma organização de prestação de cuidados na qual se estabelecem objetivos assistenciais a partir dos seus processos assistenciais, objetivos esses que são monitorizados continuamente e cujas metas a unidade se compromete a cumprir.

Em resumo: tratar-se-á, por isso, de uma organização da prestação dos cuidados sustentada na competência profissional e na adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica, incluindo as da segurança dos doentes e dos profissionais, comprometida com a implementação e melhoria dos processos assistenciais, com o estabelecimento de indicadores da qualidade relacionados com os resultados assistenciais e o uso racional de medicamentos e de tecnologias da saúde, tendo como fim último a satisfação dos utentes e a melhoria da eficácia, da efetividade e da eficiência da prática assistencial.

# Programa Nacional de Acreditação em Saúde

# 2 Modelo de Acreditação

# Caraterísticas do modelo

O modelo da qualidade no qual se baseia o modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde (modelo ACSA) apresenta uma série de caraterísticas que lhe são próprias:

• Trata-se de um modelo da qualidade **coerente** com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com as ferramentas e normas de gestão clínica e organizacional que têm vindo a ser desenvolvidas para o SNS. Utiliza como **referência**, entre outras, as determinações dos diferentes Programas de Saúde, a metodologia e conceitos dos Processos Assistenciais Integrados (PAI), as boas práticas da qualidade recomendadas para os processos de suporte e de gestão, as recomendações sobre as melhores práticas clínicas e as normas clínicas, as recomendações e normas sobre a segurança do utente e dos profissionais, as determinações do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistências Antimicrobianas, as recomendações de caráter regulamentar e legal e a análise das necessidades, dos direitos e das expetativas dos cidadãos.

• O modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde aborda a qualidade de uma forma **integral**. Foram desenvolvidos Manuais de Standards e programas de certificação direcionados para as diferentes áreas e tipologias de unidades que compõem os cuidados de saúde. A saber: hospitais e centros hospitalares, serviços hospitalares, unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados na área da convalescença e paliativos, farmácias, unidades de hemodiálise, serviços de imuno-hemoterapia, unidades de imagiologia, centros de investigação, laboratórios clínicos, unidades de medicina dentária, entre vários outros.

• O modelo nacional e oficial de acreditação de unidades de saúde constitui-se assim como um programa **estruturante** para as unidades de saúde, sendo ainda uma excelente ferramenta para a implementação sistemática e efetiva das normas de gestão clínica e dos Processos Assistenciais Integrados, para o desenvolvimento da gestão de e por competências e para a gestão do conhecimento.

• Trata-se de um modelo da qualidade **progressivo**, pois identifica todos os passos que terão de ser dados, progressiva e sistematicamente, até à obtenção de um estado de verdadeira excelência organizacional.

• A certificação de unidades de saúde com este modelo de acreditação não pode ser vista como um ato isolado ou como a mera obtenção de um reconhecimento externo. Trata-se de um processo **dinâmico**, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e crescimento.

Todos os programas de certificação que em conjunto constituem o Programa Nacional de Acreditação em Saúde têm uma estrutura comum. Os diferentes Manuais de Standards cobrem as mesmas áreas-chave da gestão da qualidade em saúde, às quais correspondem os cinco blocos de standards que se encontram em todos eles, a saber:

- O cidadão, centro do sistema de saúde
- Organização da atividade centrada na pessoa
- Os profissionais
- Os processos de suporte
- Resultados

# Metodologia

A **autoavaliação** assume um papel muito relevante dentro do modelo nacional e oficial de acreditação em saúde (modelo ACSA) e é sempre uma fase obrigatória do processo de acreditação. A ISQUA (International Society for Quality Assurance) define o processo de acreditação como *"um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho em relação a padrões pré-estabelecidos e para implementar meios de melhorar continuamente"*.

Por sua vez, a melhoria contínua da qualidade apoia-se no enorme potencial que possuem as pessoas e as organizações. Durante a fase de autoavaliação os diferentes grupos profissionais identificam a sua posição atual face aos standards do modelo da qualidade, determinam onde querem chegar e planificam as ações necessárias para o conseguir.

O processo de autoavaliação permite a criação de um espaço de produção de consensos e de melhoria partilhada no qual intervêm diferentes atores:

• Os gestores organizacionais como responsáveis da instituição, para que estejam reunidas as condições favoráveis à gestão clínica em termos de: estrutura, recursos, tecnologias, condições de conforto e segurança das instalações, bem como elementos capazes de envolver diferentes sectores da organização e garantir a sustentabilidade das decisões estratégicas;

• Os gestores clínicos e restantes profissionais de saúde como responsáveis pela avaliação interpares do seu desempenho do ponto de vista clínico e da satisfação das necessidades e expetativas dos seus utentes e das respostas aos problemas de saúde da população que servem, baseando as escolhas na melhor evidência científica disponível.

A todos cabe identificar as áreas de melhoria necessárias e o plano de ações para a sua concretização.

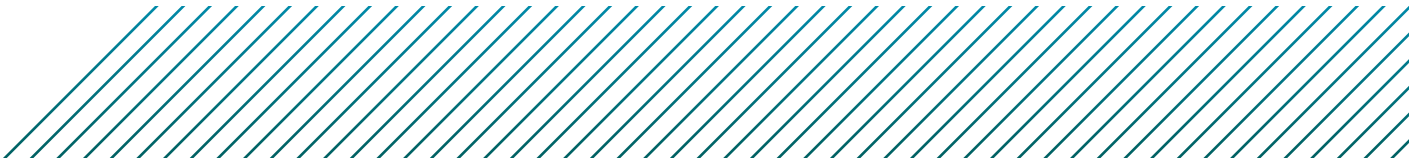
Durante o processo de autoavaliação os profissionais de saúde analisam os standards e o seu propósito, avaliam o seu impacto para a organização e para os processos em que estão envolvidos e refletem sobre eles. Poderão ser levados a interrogar-se, por exemplo, sobre: "O que estamos a fazer?"; "Como o podemos demonstrar?". Desta reflexão vão surgindo as evidências positivas (factos, ferramentas, práticas instituídas, recursos) que lhes caberá apresentar. Ou, em consequência dessa reflexão, poderão ser levados a interrogar-se: "Que resultados obtivemos?"; "Como os podemos melhorar?". Surgirá desta análise a identificação de áreas de melhoria que irão ser desenvolvidas e apresentadas.

De igual modo, no caso das competências profissionais, identificam-se e analisam-se durante a fase de autoavaliação as **competências necessárias** e as **boas práticas** que implementaram relacionadas com a obtenção de resultados marcantes do seu trabalho e as evidências que demonstram a presença dessas boas práticas no seu desempenho diário.

A **avaliação externa** é um passo fundamental comum a todos os processos de certificação. Por isso mesmo, é também imprescindível ao processo de certificação de unidades de saúde segundo o modelo ACSA. A avaliação externa é realizada por equipas de avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, todos eles com o seu processo de e a respetiva avaliação qualificante certificadas. Nesta fase do processo proceder-se-á à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objetivo de as confirmar. Localmente observam-se e avaliam-se as provas documentais apresentadas, recolhem-se elementos de prova (constatações) através de observação direta e através de entrevistas aos profissionais e aos utentes e analisam-se todos os aspetos relacionados com a gestão da segurança e a gestão da qualidade.

Em função do grau de cumprimento dos standards avaliados, o qual foi constatado durante a avaliação externa, será determinado o nível de certificação obtido e serão identificados os pontos fortes da unidade de saúde, as suas potencialidades e as áreas de melhoria.

Cada uma destas fases, com particular ênfase para a autoavaliação, é sustentada por uma série de aplicações informáticas em ambiente web, dentro da plataforma **@0redita**. Estas ferramentas informáticas, desenvolvidas especificamente para o modelo nacional e oficial de acreditação (modelo ACSA), permitem conduzir com segurança cada processo de certificação, sempre com o apoio dos avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, permitindo também realizar o próprio controlo da qualidade de todo o processo de avaliação. A plataforma web @0redita constitui além do mais um poderoso meio de difusão do conhecimento e permite destacar e partilhar elementos de boas práticas da qualidade identificadas nos próprios processos.



# Standards

O modelo oficial de acreditação parte de um conjunto de **padrões de referência** designados por standards. O conjunto de standards dos diferentes Manuais de Acreditação validados pela Direção-Geral da Saúde constitui um referencial de padrões de qualidade, adaptado especificamente para as diferentes tipologias de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde português.

São estes os referenciais utilizados para analisar, avaliar e reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde prestados ao cidadão e para orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade clínica e de gestão da qualidade em geral, bem como para apoiar o processo de melhoria contínua.

Os standards constituem, em si mesmos, um sistema em contínua evolução, para o qual contribui o próprio cidadão, na medida em que se identificam e incorporam as suas expetativas e necessidades.

A definição dos standards pelos quais se avalia e mede o desempenho das unidades de saúde, a explicitação do seu propósito e a sua permanente revisão e utilização tomam em consideração e recebem contributos de diversas origens, que lhes servem de referência:

- Plano Nacional de Saúde e Programas Nacionais de Saúde;

- Legislação vigente e quadro normativo, incluindo os que refletem o compromisso de qualidade do SNS para com o cidadão;

- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde;

- Normas e orientações clínicas validadas pela Direção-Geral da Saúde e/ou Organização Mundial da Saúde, recomendações de boa prática clínica e organizacional baseadas em evidência científica, metodologias para a melhoria contínua, etc.;

- Referências nacionais e internacionais idóneas.

# Processo de melhoria contínua e de garantia da qualidade

Na ótica do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, enquadrado pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a acreditação significa também um reconhecimento oficial e público de que a Unidade de Gestão Clínica (no caso específico deste Manual de Standards) cumpre os requisitos necessários para desenvolver e prestar cuidados de saúde de qualidade e em segurança e que implementou o seu próprio programa de melhoria da qualidade. Tratando-se de uma ferramenta e não de um fim em si mesmo, a certificação com o modelo nacional e oficial do Ministério da Saúde favorece e impulsiona a evolução da qualidade dentro do Sistema de Saúde português.

O percurso para a melhoria contínua implica toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores que nela trabalham, os quais devem estar firmemente comprometidos neste processo. Toda a organização se encontra assim envolvida num processo de transformação progressivo e contínuo, que lhe permitirá evoluir para formas cada vez mais efetivas de alcançar os objetivos que decorrem da sua missão. Nesse sentido, a certificação deve refletir não apenas o momento atual como também, e sobretudo, o seu potencial de melhoria contínua.

Com este Manual de Standards pretende-se conseguir que a Unidade de Gestão Clínica esteja orientada e centrada nas necessidades e expetativas dos seus clientes, nos processos assistenciais incluídos na sua carteira de serviços e nos processos de suporte necessários à prestação de cuidados. Pretende-se, assim, que a Unidade de Gestão Clínica garanta aos cidadãos seus clientes o direito de exercício dos seus direitos, que tenha em conta a segurança clínica e não clínica e faça a sua gestão eficaz. Pretende-se também que a unidade de saúde mantenha os seus profissionais motivados, promova a disseminação do conhecimento, desenvolva os mecanismos do reconhecimento da sua competência e demonstre ser capaz de produzir resultados efetivos.

A adoção e desenvolvimento deste modelo de certificação da qualidade e no reconhecimento externo que lhe é inerente, associado à obtenção da acreditação, cria valor acrescentado para a organização, porque:

• Dá garantias aos cidadãos e aos profissionais quanto à qualidade dos serviços prestados, mediante uma avaliação transparente baseada em critérios validados;

• Fornece ao cidadão informação sobre os seus direitos, a fim de que ele possa ter elementos suficientes para ajuizar sobre a efetividade desses mesmos direitos;

• Consolida e amplia a visão dos profissionais sobre o seu próprio ambiente de trabalho e sobre os elementos de qualidade prioritários na sua prática, proporcionando-lhes formação e uma aprendizagem organizativa, através da gestão do conhecimento, e potenciando o seu desenvolvimento profissional e pessoal;

• Cria um ambiente de trabalho em que a segurança é uma realidade e induz a adoção de práticas assistenciais seguras, tanto para os utentes e cidadãos como para os profissionais, levando ainda à adoção de boas práticas no que diz respeito ao meio ambiente;

• Desenvolve ferramentas de gestão e de melhoria da qualidade que devem ser usadas de forma permanente, o que possibilita a instalação de uma cultura da qualidade envolvendo todos os profissionais, proativa em relação ao aparecimento e à gestão de eventos adversos e orientada para a melhoria contínua.

# Programa Nacional de Acreditação em Saúde

# 3 Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica

# Distribuição dos standards

A distribuição dos standards em três tipologias de grupos permite à Unidade de Gestão Clínica identificar a prioridade de cumprimento e consequentemente a sequência da sua abordagem.

• Nos standards do **Grupo I** (ver quadro seguinte) estão incluídos os direitos consolidados dos cidadãos tal como reconhecidos para o Sistema de Saúde português; os aspetos ligados à segurança de utentes e profissionais incluindo o controlo da infeção e o uso seguro de medicamentos; os princípios éticos que devem nortear todas as atuações da Unidade de Gestão Clínica e a avaliação da satisfação dos utentes. Estes elementos correspondem a áreas prioritárias da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

• Os standards do **Grupo II** incluem elementos associados a um maior desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.).

• Os standards do **Grupo III** incluem os elementos e critérios de qualidade que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica está capacitada para gerar inovação e desenvolvimento, orientados não apenas para o utente, mas, de forma mais abrangente, relacionados com o seu compromisso com a sociedade em geral e que lhe permitem destacar-se como uma referência de excelência organizacional.

No **Grupo I** encontram-se os standards de tipo **obrigatório**. Os standards deste tipo têm de estar cumpridos e estabilizados (implementados de forma efetiva e abrangente) na sua totalidade para que a Unidade de Gestão Clínica possa alcançar qualquer grau de certificação.

No **Grupo II** encontram-se alguns standards classificados como **imprescindíveis**, os quais têm de estar necessariamente cumpridos e estabilizados (implementados de forma efetiva e abrangente) na sua totalidade para que a Unidade de Gestão Clínica possa alcançar a certificação com o Nível Ótimo.

Na tabela seguinte apresenta-se um resumo da distribuição dos standards contidos no Manual de Standards para as Unidades de Gestão Clínica.

| TIPOLOGIA DO STANDARD | Definição | Nº | % |
|---|---|---|---|
| GRUPO I | | | |
| I | Standards que contemplem direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança de utentes e profissionais, princípios éticos que se devem contemplar em todas as atuações da Unidade de Gestão Clínica e todas as áreas prioritárias para a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. | 30 | 27,53 % |
| GRUPO I OBRIGATÓRIOS | | | |
| I | Standards Obrigatórios – Indispensáveis a qualquer grau de certificação. | 39 | 35,78% |
| | TOTAL Grupo I | 69 | 63,31% |
| GRUPO II | | | |
| II | Standards associados a um maior grau de desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.). | 18 | 16,51% |
| | Standards Imprescindiveis – Têm de estar cumpridos para se obter o Nível Ótimo. | 6 | 5,50% |
| | TOTAL Grupo II | 24 | 22,01% |
| GRUPO III | | | |
| III | Standards associados a elementos e critérios de qualidade que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica gera inovação e desenvolvimento social e está capacitada ao nível da excelência organizacional. | 16 | 14,68% |
| | TOTAL | 109 | 100% |

**Legenda:**

OBRIGATÓRIOS

GRUPO I

GRUPO II

GRUPO III

Cada standard tem a sua definição documentada no Manual e aparece sempre acompanhado de uma explicitação do propósito do seu cumprimento.

Ao lado de cada standard aparece também associado um ícone, que permite identificar se pertence ao Grupo I, Grupo I Obrigatórios, Grupo II ou Grupo III.

# Resultados da Acreditação

Qualquer que seja o âmbito da certificação (centros, unidades de saúde, competências profissionais, formação contínua, páginas web, etc.), o modelo permite e estimula a progressão em diferentes graus, cada um de maior complexidade e exigência que o anterior, proporcionando assim uma melhoria contínua. Os níveis de certificação que se podem obter são: Bom, Ótimo e Excelente.

Apesar disso, dado que o sistema se encontra em contínua evolução e na procura da melhoria contínua, seria erróneo entender o último grau como se fosse o ponto final. Pelo contrário, e como consequência das melhorias que se registarão devido às novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização e novas exigências do utente cidadão e do utente profissional, nova evidência científica ou nova regulamentação, os standards estabelecidos para a obtenção dos níveis de certificação serão atualizados periodicamente. Assim, o que hoje pode ser visto como fechado, poderá ser, no caminho da melhoria contínua, a excelência do amanhã.

Em definitivo, o processo de certificação é uma ferramenta metodológica útil que permite comprovar em que medida as atividades se realizam de acordo com os padrões de qualidade esperados e que oferece, como resultado da avaliação externa e da decisão de certificação, um reconhecimento público às instituições e profissionais que os cumprem e demonstram, expresso na obtenção da acreditação.

O resultado obtido no processo de certificação pode ser:

• **Pendente de estabilização dos standards Obrigatórios**
Caso se constate durante a avaliação externa que algum ou alguns dos standards obrigatórios não se encontra(m) cumprido(s), a unidade mantém-se na situação de estabilização até que os planos de melhoria e/ou as ações corretivas para os standards obrigatórios do Grupo I estejam implementados e sejam cumpridos pela Unidade de Gestão Clínica.

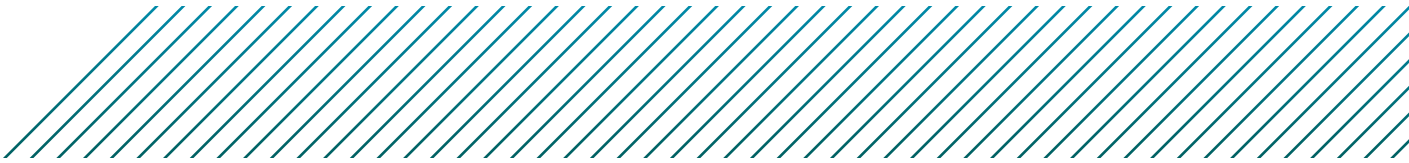
• **Certificação no nível Bom (Acreditação Nível Bom)**
A unidade obtém a acreditação no nível Bom com a certificação de que cumpre 70% ou mais dos standards do Grupo I, incluindo-se nesta percentagem a totalidade (100%) dos standards considerados como obrigatórios.

• **Certificação no nível Ótimo (Acreditação Nível Ótimo)**
A unidade obtém a acreditação no nível Ótimo com a certificação de que cumpre 100% dos standards do Grupo I e 40% ou mais dos standards do Grupo II.

• **Certificação no nível Excelente (Acreditação Nível Excelente)**
O nível de Excelente obtém-se quando se certifica o cumprimento de 100% de standards do Grupo I e do Grupo II e um cumprimento superior a 70% dos standards do Grupo III.

| | Bom | Ótimo | Excelente |
|---|---|---|---|
| GRUPO I | ≥ 70% incluindo a totalidade (100%) dos obrigatórios | 100% | 100% |
| GRUPO II | | ≥ 40% (incluindo todos os imprescindíveis) | 100% |
| GRUPO III | | | ≥ 70% |

Uma vez obtida a acreditação num determinado nível (Bom ou Ótimo) a Unidade de Gestão Clínica poderá, passado pelo menos um ano, solicitar de modo voluntário a sua recertificação para obter a acreditação num nível mais avançado.



# Acompanhamento durante o período de vigência do certificado

A aplicação informática **@Qredita** contém um módulo específico que foi integrado para suportar todos os processos em ambiente web, com o objetivo de proporcionar e facilitar o acompanhamento dos projectos de acreditação durante os cinco anos de duração da certificação.

Os objetivos da fase de acompanhamento são:

• Consolidar os resultados obtidos através do cumprimento estável dos standards ao longo dos cinco anos de vigência do certificado;

• Manter e desenvolver o impulso para a melhoria contínua através da implementação das áreas de melhoria identificadas e da oportunidade de identificação de novas áreas de melhoria.

A partir do momento em que obtém a certificação, e durante os quatro anos que se seguem, a Unidade de Gestão Clínica terá à sua disposição na plataforma @Qredita a ficha de autoavaliação para a fase de acompanhamento que se segue. Aos dois e quatro anos, a contar da data de certificação, realizar-se-á uma avaliação externa de acompanhamento.

Esta avaliação consiste nos seguintes aspetos:

• Análise de considerações prévias sobre eventuais modificações estruturais e/ou organizativas que possam ter ocorrido na Unidade de Gestão Clínica e que possam afetar o âmbito da certificação;

• Posicionamento e avaliação do cumprimento dos standards obrigatórios, com o objetivo de garantir a manutenção do seu cumprimento ao longo do tempo;

• Atualização das áreas de melhoria identificadas durante a fase de autoavaliação e que estejam pendentes de concretização;

• Atualização dos indicadores da atividade da unidade e dos processos assistenciais relativos aos dois últimos anos de exercício.

# Estrutura do Manual de Standards

O Manual de Standards para a certificação das Unidades de Gestão Clínica, com base na qual a unidade obtém a acreditação, está estruturado em cinco blocos e, dentro destes, em onze critérios, como a seguir se indica:

**I. O cidadão, centro do sistema de saúde**

**1.** A pessoa como sujeito ativo

**2.** Acessibilidade e continuidade assistencial

**3.** Informação clínica

**II. Organização da atividade centrada na pessoa**

**4.** Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde

**5.** Promoção da Saúde na Comunidade

**6.** Direção da Unidade de Gestão Clínica

**III. Os profissionais**

**7.** Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

**IV. Processos de suporte**

**8.** Estrutura, equipamento e fornecedores

**9.** Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

**10.** Melhoria Contínua

**V. Resultados**

**11.** Resultados da Unidade de Gestão Clínica

**I. O cidadão, centro do sistema de saúde**
Os standards que constituem este bloco referem-se aos direitos, expetativas e participação dos utentes, profissionais e partes interessadas da Unidade de Gestão Clínica; aos elementos relacionados com a privacidade e intimidade; à acessibilidade aos recursos disponíveis; à inter-relação entre profissionais de diferentes níveis assistenciais; às atuações interdisciplinares relativas à custódia e utilização da informação clínica e dos dados pessoais do utente.

Encontram-se diferenciados em três critérios:

**1.** A pessoa como sujeito ativo

**2.** Acessibilidade e continuidade assistencial

**3.** Informação clínica

**II. Organização da atividade centrada na pessoa**
Os standards que constituem este bloco constituem a essência da gestão clínica. Aprofundam fundamentalmente os aspetos relacionados com a gestão das atuações da Unidade de Gestão Clínica na prestação de cuidados ao utente. Referem-se aos Programas de Saúde e aos processos assistenciais destinados às patologias e problemas de saúde correspondentes à sua carteira de serviços, nomeadamente os Processos Assistenciais Integrados publicados pela Direção-Geral da Saúde.

Este bloco de standards é constituído por sua vez por três critérios:

**4.** Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde

**5.** Promoção da Saúde na Comunidade

**6.** Direção da Unidade de Gestão Clínica

**III. Os profissionais**
Neste bloco, todos os standards se destinam a evidenciar as práticas de gestão relacionadas com os profissionais de saúde ao nível da Unidade de Gestão Clínica, desde o seu acolhimento até ao seu desenvolvimento contínuo. Estes standards dizem respeito à adequação dos recursos humanos da unidade necessários aos serviços, atuações e tecnologias incluídas na sua carteira de serviços. Incluem a definição e atualização das competências necessárias e o desenvolvimento profissional articulado com o desenvolvimento estratégico da unidade, sem esquecer a forma como a Unidade de Gestão Clínica apoia e potencia a atividade de investigação.

Este bloco tem apenas um critério:

**7.** Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

**IV. Processos de suporte**
Os standards que constituem este bloco têm por finalidade aprofundar e avaliar a gestão da estrutura da unidade, das suas instalações, dos equipamentos e manutenção de que são alvo, a gestão das medidas de segurança para utentes e profissionais e as funcionalidades existentes para que utentes e profissionais possam atingir os objetivos propostos. Analisam-se os aspetos relacionados com novos avanços tecnológicos no âmbito das tecnologias de informação e comunicação e as medidas implementadas para garantir a proteção de dados pessoais, bem como as estratégias de gestão dos riscos e de implementação de planos de qualidade específicos.

Este bloco divide-se em três critérios:

**8.** Estrutura, equipamentos e fornecedores

**9.** Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

**10.** Melhoria contínua

**V. Resultados**
Existe finalmente um bloco de standards destinado a avaliar os resultados obtidos com a atividade realizada pela Unidade de Gestão Clínica no que respeita à eficiência, à acessibilidade, à satisfação dos utentes e aos resultados assistenciais e de segurança e/ou relacionados com a qualidade técnico-científica.

**11.** Resultados da Unidade de Gestão Clínica

# Anexos

Deste Manual de Standards fazem parte integrante três anexos que serão indicados e disponibilizados às unidades que incluam alguma destas atividades específicas na sua carteira de serviços:

**Anexo I – Laboratórios Médicos**

**Anexo II – Unidades de Hemodiálise**

**Anexo III – Centros e Unidades de Diagnóstico Imagiológico**

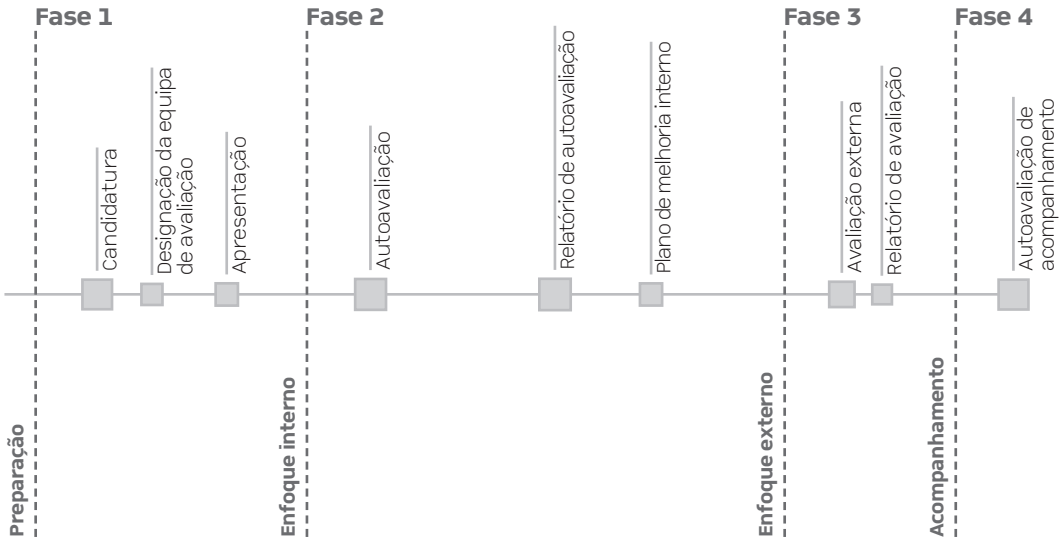
Estes anexos contêm standards complementares que se destinam exclusivamente às Unidades de Gestão Clínica que incluam na sua carteira de serviços uma área de laboratório, uma unidade funcional de hemodiálise ou uma unidade funcional de imagiologia.

Cada um destes anexos identifica uma série de standards relacionados com as atividades específicas na área laboratorial, hemodiálise e diagnóstico por imagem. Pretendem fornecer às unidades orientações específicas facilitadoras da autoavaliação e avaliação do seu desempenho, de modo a que possam cumprir aspetos específicos da sua carteira de serviços e avançar por um caminho de melhoria contínua até à excelência organizacional.

Em Unidades de Gestão Clínica com estas caraterísticas, o respetivo anexo terá de ser solidariamente cumprido com os restantes standards do Manual e a avaliação incide sobre a totalidade dos standards aplicáveis.

Em função da percentagem de cumprimento de todos os standards aplicáveis, percentagem essa que é a mesma que a dos standards do corpo do Manual de Unidades de Gestão Clínica, a unidade obtém a acreditação no nível Bom, Ótimo ou Excelente.

# Fases do processo de certificação




**Fase 1**

**Candidatura, preparação e visita de apresentação para início do processo**

Uma vez esclarecido sobre os objetivos do programa de acreditação (com a concordância estratégica e a viabilização financeira por parte do respetivo órgão de gestão), o diretor ou coordenador da Unidade de Gestão Clínica dirige um pedido de candidatura ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) mediante o preenchimento do formulário de candidatura. O envio do formulário de candidatura preenchido e validado representa o pedido de abertura do processo de certificação.

Uma vez aceite e formalizada a candidatura e verificadas as condições de acesso, desencadeia-se a planificação conjunta do processo entre o diretor/coordenador da Unidade de Gestão Clínica e o DQS.

O DQS designa um responsável do projeto e a Unidade de Gestão Clínica nomeará o seu responsável interno pelo processo de certificação, que será sempre um profissional de saúde da área clínica, diretamente designado pelo diretor. Este responsável interno pela autoavaliação tem como função, entre outras, facilitar a operacionalização e o desenvolvimento do processo de autoavaliação e a comunicação entre as duas partes.

O passo seguinte consiste no planeamento e realização de uma visita do responsável do projecto por parte do DQS à Unidade de Gestão Clínica, durante a qual será feita a apresentação mais detalhada dos standards e do modelo da qualidade subjacente ao processo de certificação, bem como da plataforma **@Qredita** e das fases do processo, aos profissionais da unidade.

**Fase 2**
**Enfoque interno: a autoavaliação**
A autoavaliação foi concebida como um espaço de partilha para os profissionais de saúde, sempre que possível multiprofissional, e durante esta fase estes analisam e evidenciam, de forma permanente, o seu desempenho face aos padrões de referência que constituem este Manual e os avanços da organização na melhoria contínua da qualidade.

Durante todo o tempo que dura esta fase, os profissionais da Unidade de Gestão Clínica efetuarão atividades e exercícios de autoavaliação. Vão observando e analisando o que já se está a fazer bem e que por isso pode ser objetivado através de factos (as evidências positivas). Vão também identificando as áreas em que é necessário implementar ações de melhoria e os planos de ação para as concretizar.

Objetivos da autoavaliação
• Promover e difundir entre todos os profissionais os standards deste modelo da qualidade, adotado como modelo oficial do Ministério da Saúde e coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

• Facilitar o percurso da Unidade de Gestão Clínica no processo da qualidade e da melhoria contínua até à obtenção da certificação, mediante:

  • A identificação dos pontos fortes, com o propósito de os manter e inclusivamente melhorar, e a identificação das áreas de melhoria, a fim de as trabalhar e converter em pontos fortes.

  • A clarificação do propósito subjacente a cada standard e consequentemente a disseminação do conhecimento sobre os padrões de qualidade.

• Possibilitar o exercício de autoavaliação periódica, dentro e fora dos ciclos de certificação, para que se possam avaliar de forma contínua os progressos e resultados alcançados.

• Fomentar a formação, a adoção de boas práticas e a gestão do conhecimento.

# Fases do processo de certificação

### Metodologia do ciclo PDCA

No desenho da autoavaliação optou-se por uma avaliação qualitativa. Nesta fase, para que a unidade possa determinar o nível de cumprimento de cada standard, utiliza-se a metodologia conhecida como ciclo de Deming ou PDCA, em que as iniciais significam: P de *Plan*=Planeamento; D de *Do*=Cumprimento; C de *Check*=Avaliação; A de *Act*=Adequação.

É possível desenvolver um ciclo de melhoria contínua para cada standard na própria aplicação informática **@Qredita**. Evita-se deste modo que o cumprimento de um dado standard se transforme num ato estático ou pontual, associado apenas a um determinado momento da avaliação.

Com a utilização do ciclo PDCA pretende-se que a organização analise a abordagem que lhe é própria e o impacto do standard na prestação dos cuidados, realize um planeamento prévio para o conseguir dar como cumprido, concretize o seu plano de ação e desenvolva ações para melhorar a sua implementação e desenvolvimento ao longo do tempo. Só assim conseguirá implementá-lo de forma consolidada e efetiva. A própria fase de estabilização dos standards que foram dados como não cumpridos aquando da avaliação externa não se dirige somente ao cumprimento desse standard. Pressupõe, isso sim, a mobilização da Unidade de Gestão Clínica num processo de evolução permanente, pois só assim se assegurará a manutenção do seu cumprimento no futuro.

A Unidade de Gestão Clínica identificará, para cada standard, em que fase do ciclo PDCA se encontra, tal como exemplificado no quadro seguinte:

| Fase | Descrição | Alvo |
|---|---|---|
| | Perfil de melhoria prévio | Antes de se iniciar o processo de certificação foi determinada a importância do propósito do standard para a organização. |
| **Planeamento** (Plan) | Delimita-se o objetivo e o sistema de informação | Definiram-se indicadores que permitem identificar a concretização do standard. |
| | Planifica-se | Definiram-se as ações necessárias para cumprir o standard. |
| | Definem-se funções | Determinaram-se as responsabilidades e os recursos humanos necessários para cumprir o standard. |
| | Comunica-se | Comunicou-se a todos os implicados no processo o plano a desenvolver para cumprir o standard. |
| | Adequam-se recursos | Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para cumprir o standard. |
| **Cumprimento** (Do) | Cumpre-se | Respeitaram-se e estão cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacto na unidade e os indicadores definidos. |
| **Avaliação** (Check) | Avalia-se | Identificaram-se os desvios dos resultados obtidos. |
| **Adequação** (Act) | Corrige-se e melhora-se | Empreenderam-se as ações necessárias para corrigir e eliminar os desvios observados. |

A partir do Manual de Standards foi construída uma aplicação informática, designada por **@Qredita**, a qual reflete todos os standards e os seus propósitos e que permite:

• Aceder de forma fácil e cómoda ao processo da Unidade de Gestão Clínica a partir de qualquer ponto ou local de trabalho, utilizando perfis de utilizadores autorizados e protegidos por palavra-passe. A supervisão e gestão dos perfis de acesso é da responsabilidade última do diretor da Unidade de Gestão Clínica e do DQS;

• Atuar como gestor documental de toda a informação gerada durante o programa de certificação e aí guardada, ficando esta disponível de forma continuada e potenciando deste modo a disseminação do conhecimento dentro da unidade;

• Registar a evolução do grau de cumprimento de cada standard de acordo com o ciclo PDCA.

# Fases do processo de certificação

### Etapas da autoavaliação

A fase de autoavaliação decompõe-se por sua vez nas seguintes etapas:

**1.** O diretor/coordenador da Unidade de Gestão Clínica estabelece os objetivos e o plano de ação que permitirá à unidade concretizar a fase de autoavaliação. Neste planeamento fica estabelecido como se vai desenrolar o processo de autoavaliação e quem o vai liderar respeitando os princípios da avaliação interpares e a estratégia de comunicação a estabelecer, tanto interna como externa.

**2.** O diretor/coordenador da Unidade de Gestão Clínica nomeia o responsável pelo processo de autoavaliação da unidade: o próprio diretor/coordenador ou um profissional de saúde da unidade por ele designado. Este elemento será o responsável interno por coordenar o processo e conduzir a unidade em direção à sua certificação. Funcionará ainda como o interlocutor com a equipa do DQS.

**3.** O responsável pelo processo de autoavaliação tem, entre outras, as seguintes funções:

- Estabelecer o cronograma da autoavaliação e zelar pelo cumprimento dos prazos;

- Colaborar na seleção dos autoavaliadores, que será sempre da responsabilidade do diretor/coordenador da unidade prestadora de cuidados;

- Solicitar junto do DQS suporte na clarificação dos standards;

- Marcar, coordenar e dirigir as reuniões dos autoavaliadores e zelar para que as evidências e áreas de melhoria sejam carregadas na plataforma.

**4.** Seleção de autoavaliadores e atribuição de standards.

Nesta etapa do processo o diretor/coordenador define qual será o grupo de avaliadores internos (autoavaliadores) que vai constituir a equipa de autoavaliação interna. Se bem que seja fundamental envolver a totalidade dos profissionais da unidade no processo de melhoria contínua, a condução da autoavaliação propriamente dita e a correspondente utilização da plataforma não podem ser realizadas por um número demasiado extenso de pessoas, sendo que este número dependerá da dimensão da Unidade de Gestão Clínica. É no entanto desejável que este grupo de autoavaliadores seja multiprofissional, de acordo com os diferentes profissionais que intervêm na prestação de cuidados e nos processos da unidade. Só assim é possível potenciar a aprendizagem e a criação de conhecimento coletivo.

O diretor/coordenador da unidade define para cada avaliador que designou qual o tipo de acesso à plataforma que vai ter e quais dos autoavaliadores vão ter permissão para registar na plataforma **@Qredita** as evidências positivas e as áreas de melhoria e os respetivos suportes documentais que podem anexar se for caso disso.

Dado o caráter dinâmico tanto dos standards como do próprio processo, esta equipa não deverá ter unicamente como objetivo o exercício de autoavaliação pontual. Deverá ainda trabalhar as áreas de melhoria identificadas, as recomendações que decorrem da avaliação externa e encarregar-se-á de atualizar periodicamente as evidências e os respetivos suportes documentais.

**5.** Para que este trabalho seja mais eficiente é recomendável que os standards sejam repartidos entre os profissionais que vão participar na autoavaliação de acordo com as suas aptidões, responsabilidades e áreas de preferência.

**6.** Treino dos autoavaliadores e treino na aplicação informática.

O responsável do DQS pelo processo de certificação da unidade encarregar-se-á de facilitar toda a informação e apoio aos autoavaliadores para que estes consigam operar a aplicação informática e fazer aí o seguimento do processo. Certificar-se-á também de que é facultado à unidade o Guia de utilização da plataforma @Qredita e o apoio à autoavaliação. Durante todo o processo de autoavaliação a unidade terá ao seu dispor uma via de comunicação bilateral que lhe permitirá ir esclarecendo possíveis dúvidas sobre o propósito dos diferentes standards.

# Fases do processo de certificação

**7.** Preenchimento das fichas de autoavaliação.

Sob a coordenação do responsável interno do processo de certificação, o grupo de trabalho que está a trabalhar os diferentes standards revê as fichas de autoavaliação que lhes correspondem e que estão carregadas na aplicação informática @Qredita.

Este exercício de reflexão sobre como os standards se cumprem conduz à descrição das evidências positivas que o suportam. Caso não haja evidências que demonstrem ou sustentem todos os aspetos do cumprimento do standard, os autoavaliadores deverão descrever as áreas de melhoria que a Unidade de Gestão Clínica vai ter de desenvolver para que o mesmo possa ser dado como cumprido e estabilizado. A aplicação informática permite a inclusão de ficheiros anexos às evidências positivas e às áreas de melhoria, atuando deste modo como um gestor documental.

O grupo de autoavaliadores discute e partilha as evidências positivas e as áreas de melhoria e finaliza a autoavaliação. Nesta altura partilham-se e completam-se os resultados da autoavaliação, ao mesmo tempo que se clarificam algumas respostas.

**8.** Estabelecimento de prioridades para as áreas de melhoria.

Depois da partilha dos resultados obtidos entre os diferentes grupos de autoavaliadores faz-se uma revisão e abordagem global às áreas de melhoria, em busca de linhas de atuação comuns. Na própria aplicação informática é possível estabelecer prioridades, planificar ações e definir os responsáveis pelas áreas de melhoria, bem como os prazos para as concretizar.

**9.** Desenvolvimento e concretização das áreas de melhoria.

Com as possibilidades que a aplicação informática @Qredita oferece, é possível à Unidade de Gestão Clínica utilizá-la e convertê-la num sistema de gestão da sua melhoria contínua e num sistema de gestão do conhecimento.

**10.** Avalia-se e melhora-se o processo e os resultados da autoavaliação.

Finalmente, o processo de autoavaliação passa a ser encarado como uma forma de aprendizagem coletiva, com o objetivo de introduzir nas práticas da unidade as melhorias necessárias à gestão clínica e de as consolidar. Ao mesmo tempo, a unidade prepara-se para as sucessivas autoavaliações. Existe na aplicação informática um módulo de resulta-

dos, que facilita e apoia a planificação e seguimento das ações decorrentes da gestão da melhoria contínua da qualidade que tiveram origem na autoavaliação.

**Fase 3**
**Enfoque externo: visita de avaliação**
Uma vez terminada a autoavaliação, que não pode ultrapassar um ano, planifica-se de forma consensual entre a Direção da Unidade de Gestão Clínica e o responsável do projeto do DQS a data da visita de avaliação externa. Os avaliadores do Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) que vão participar na avaliação externa do processo de certificação encarregar-se-ão de estudar toda a informação constante na aplicação informática @Qredita e de proceder à sua verificação e confirmação na visita de avaliação externa.

Assim, ao longo desta fase, os avaliadores verificam o cumprimento dos standards a partir não só das evidências e áreas de melhoria aportadas pela Unidade de Gestão Clínica durante a autoavaliação, como também de outras evidências significativas que se recolheram durante a visita externa e que podem ser documentais, decorrentes das entrevistas ou colhidas por observação direta.

**Relatório**
Concluída a visita de avaliação externa, a equipa de avaliadores do PNAS elabora um relatório onde é especificado o grau de cumprimento dos diferentes standards em análise e as suas conclusões e ações daí decorrentes.

**Fase 4**
**Acompanhamento e colaboração entre a Unidade de Gestão Clínica e o DQS**
Após obtida a certificação pela unidade é estabelecido um sistema de comunicação entre a Unidade de Gestão Clínica e o DQS, com o objetivo único de assegurar a estabilidade de cumprimento dos standards ao longo do tempo e, por isso mesmo, a manutenção do nível de qualidade obtido no processo de acreditação. Para isso existem as visitas de acompanhamento.

As visitas externas de acompanhamento realizar-se-ão com a periodicidade definida no Documento Geral de Certificação em função dos resultados alcançados. Será, como regra, aos dois e quatro anos de vigência do certificado ou quando existirem circunstâncias especiais que o justifiquem.

# Programa Nacional de Acreditação em Saúde

# 4 Standards do Programa de Acreditação de Unidades de Saúde –Gestão Clínica

**I. O cidadão, centro do sistema de saúde**

**1.** A pessoa como sujeito ativo

**2.** Acessibilidade e continuidade assistencial

**3.** Informação clínica

**II. Organização da atividade centrada na pessoa**

**4.** Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde

**5.** Promoção da Saúde na Comunidade

**6.** Direção da Unidade de Gestão Clínica

**III. Os profissionais**

**7.** Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

**IV. Processos de suporte**

**8.** Estrutura, equipamento e fornecedores

**9.** Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

**10.** Melhoria contínua

**V. Resultados**

**11.** Resultados da Unidade de Gestão Clínica

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 1. A pessoa como sujeito ativo

### Intenção do critério

Dar resposta às necessidades, exigências e expetativas do cidadão enquanto pessoa; deve ser a razão de ser e o objetivo fundamental do funcionamento da Unidade de Gestão Clínica. É portanto necessário identificar, não apenas as necessidades de cuidados de saúde/serviços das pessoas, mas também como prestá-los e como desenhar os serviços indo ao encontro das suas expetativas. Para que a pessoa esteja verdadeiramente no centro do sistema é necessário garantir a sua participação nas decisões relativas ao processo assistencial, facilitando a sua recuperação.

A intenção deste conjunto de standards é a de garantir o desenvolvimento eficaz dos direitos fundamentais do cidadão, o seu direito à informação, à privacidade, à confidencialidade, à participação na tomada de decisões, etc. São estes os pilares básicos do princípio da autonomia do utente, princípio esse que a Unidade de Gestão Clínica deve perseguir.

**Standard S 01.01** A Unidade de Gestão Clínica divulga o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres.

**Propósito:** Assegurar a divulgação pela unidade dos direitos do cidadão, publicitando-os nas diferentes áreas assistenciais e não assistenciais, de forma adaptada às caraterísticas da sua população, salvaguardando barreiras de qualquer tipo (deficiência, língua, etc.) e envolvendo os profissionais na sua difusão.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade garante que as pessoas conhecem os seus direitos.

2 – A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às caraterísticas da população atendida.

**Legenda:**

OBRIGATÓRIOS

GRUPO I

GRUPO II

GRUPO III

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

1. A pessoa como sujeito ativo

**Standard S 01.02** Garante-se a intimidade e privacidade das pessoas.

**Propósito:** Garantir o direito à intimidade e privacidade das pessoas durante o atendimento, criando normas e procedimentos (regulamentação das visitas, circuitos dos doentes, etc.), proporcionando formação e atividades de sensibilização para os profissionais e utilizando meios físicos adequados que permitam a adaptação das estruturas e espaços (em termos visuais e auditivos) durante o atendimento.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Existem normas e procedimentos para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados.
2 – Os profissionais conhecem e aplicam essas normas e procedimentos.
3 – São utilizados os meios necessários (estruturais e/ou físicos) para garantir o respeito pela privacidade do doente e da pessoa atendida.
4 – Estão disponíveis ferramentas que possibilitam à unidade conhecer a perceção e o grau de satisfação dos utentes em relação à forma como foi tratada a sua privacidade e intimidade.

**Standard S 01.03** As pessoas são informadas sobre todos os aspetos relacionados com o seu problema de saúde.

**Propósito:** Fazer com que as pessoas possam dispor da informação necessária, em moldes adequados ao seu nível de compreensão, que lhes permita participar na tomada de decisão sobre o seu problema de saúde. Assegurar que a informação facultada fica registada no processo clínico.

**Elementos avaliáveis:**

1 – As pessoas são informadas, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspetos (clínico, administrativo, etc.) relacionados com o seu problema de saúde.
2 – Os profissionais registam no processo clínico as informações fornecidas à pessoa que atendem e a quem prestam cuidados.
3 – A unidade dispõe de ferramentas que lhe permitem conhecer a perceção e o grau de satisfação das pessoas com a informação que lhes é fornecida sobre o seu processo de saúde.
4 – Existem e estão disponíveis mecanismos que permitam a pessoas de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais receber essa informação.

**Standard S 01.04** A Unidade de Gestão Clínica estabelece um processo de informação contínua com a pessoa ou o seu representante legal, incluindo nesse processo o termo de consentimento informado escrito antes de intervenções com critérios de risco associados.

**Propósito:** Garantir que se efetua sempre um processo de informação contínua verbal ao utente. Garantir que, para intervenções com critérios de risco associados, tal como preconizado em protocolos, orientações clínicas e/ou diretrizes legais (e somente nestes casos), é preenchido o documento de consentimento informado onde a pessoa dá, por escrito, o seu consentimento expresso.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Existe uma relação dos processos da Carteira de Serviços que necessitam de consentimento informado escrito.
2 – O consentimento informado escrito é recolhido de acordo com as diretrizes em vigor.
3 – A Unidade realiza auditorias periódicas ao grau de cumprimento do consentimento informado escrito, assim como à sua adequação às diretrizes em vigor. Em caso de desvios detetados, determinam-se as medidas corretivas necessárias.
4 – As pessoas envolvidas em projetos de investigação deram o seu consentimento informado escrito.

**Standard S 01.05** A Unidade de Gestão Clínica promove a tomada de decisão ativa do cidadão durante o processo assistencial.

**Propósito:** Disponibilizar ao utente procedimentos e ferramentas que permitam a escolha entre duas ou mais opções diferentes para um problema de saúde, ajudando-as a: a) Entender os resultados que possam ocorrer quando se utilizam as diferentes opções; b) Tendo em conta os valores pessoais, entender como estes potenciam possíveis riscos e benefícios; c) Participar, juntamente com os médicos e outros profissionais de saúde, nas decisões. Divulgar a disponibilidade desses procedimentos e ferramentas através dos meios adequados em função do grupo alvo: associações (de doentes/consumidores/cidadãos), website, folhetos entregues em consultas médicas para facilitar a tomada de decisão partilhada entre o profissional e o utente.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Faculta-se ao utente ferramentas de ajuda à tomada de decisão que os orientem na escolha entre duas ou mais opções diferentes no contexto do seu problema de saúde.
2 – O processo pelo qual o utente toma uma decisão baseada numa ferramenta de ajuda à tomada de decisão fica registado no processo clínico, constituindo parte das informações originadas durante o atendimento.
3 – Estão disponíveis canais formais para dar conhecimento aos utentes da existência de ferramentas de ajuda à tomada de decisão.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 1. A pessoa como sujeito ativo

**Standard S 01.06** Garante-se o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em termos de testamento vital.

**Propósito:** Assegurar o direito dos cidadãos de tomar e revogar decisões sobre o seu próprio processo assistencial, relacionadas com a continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida e assistência no final da sua vida (testamento vital), ou sobre o destino do seu corpo ou dos seus órgãos depois da morte. Implementar procedimentos que permitem aos profissionais conhecer, saber como agir e como administrar cuidados e tratamentos de acordo com o conteúdo das instruções prévias da pessoa sobre a sua saúde. Se for o caso, assegurar que os profissionais sabem como identificar o representante legal da pessoa, que servirá de interlocutor com o médico e/ou com a equipa de saúde para garantir o cumprimento das mesmas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de cada cidadão (continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.), bem como quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir.
2 – Os profissionais da unidade aplicam esse procedimento.
3 – Os profissionais da unidade informam as pessoas sobre o direito que elas têm de realizar o seu testamento vital.

**Standard S 01.07** Está disponível um procedimento eficaz para a substituição na tomada de decisão.

**Propósito:** Garantir que está definido o procedimento de substituição na tomada de decisão em situações de incapacidade ou quando o menor de idade não seja intelectual ou emocionalmente capaz de compreender o alcance da intervenção. Garantir que o procedimento satisfaz os critérios definidos, que é conhecido pelos profissionais e que permite oferecer as informações necessárias para a tomada de decisão por parte do familiar, tutor ou representante legal, ficando todo este processo registado no processo clínico.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Está disponível um procedimento para a substituição na tomada de decisão nos casos previstos na lei em vigor.
2 – Os profissionais da unidade aplicam este procedimento.
3 – O tutor ou representante legal assim como a decisão encontram-se registados no processo clínico.

**Standard S 01.08** A Unidade de Gestão Clínica dispõe e difunde um Guia de Informação sobre o seu funcionamento.

**Propósito:** Fornecer informação atualizada sobre o funcionamento da unidade (carteira de serviços, localização, horário, telefone ou forma de contacto, tempos de resposta), bem como qualquer outra informação considerada relevante.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Em todas as áreas da unidade é disponibilizado um guia para os cidadãos com informação sobre o seu funcionamento.
2 – O conteúdo da informação mantém-se atualizado.

**Standard S 01.09** A Unidade de Gestão Clínica garante a resolução de conflitos éticos no decurso do processo assistencial.

**Propósito:** Garantir que os profissionais e os cidadãos conhecem o procedimento a seguir para formular questões e/ou pedir aconselhamento à Comissão de Ética.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade dispõe de um procedimento para consulta e formulação de questões a colocar à Comissão de Ética.
2 – Os profissionais conhecem o procedimento.
3 – Estão disponíveis os mecanismos necessários para assegurar a divulgação dos protocolos de atuação do Comité de Ética.

**Standard S 01.10** A Unidade de Gestão Clínica determina o mecanismo de afetação do profissional de saúde de referência nas diferentes áreas.

**Propósito:** Implementar procedimentos, acessíveis e visíveis, para permitir aos profissionais e ao utente identificar, em cada momento do processo assistencial, quem são os profissionais de referência.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada utente.
2 – Informa-se de forma sistemática o utente sobre qual o profissional responsável pelo seu processo assistencial (profissional de referência).
3 – Os profissionais estão devidamente identificados, de acordo com a imagem da instituição, de modo a que o utente saiba, em qualquer momento, quem é o profissional que o está a atender.

# I. O cidadão, centro do sistema de saúde

## 1. A pessoa como sujeito ativo

**Standard S 01.11** A Unidade de Gestão Clínica promove o desenvolvimento dos direitos de livre escolha de profissionais e de segunda opinião médica.

**Propósito:** Garantir que a unidade conhece as circunstâncias clínicas ou legais em que o doente tem direito a uma segunda opinião médica, facilitar o seu exercício de acordo com as caraterísticas do cidadão e desenvolver os procedimentos necessários.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Está disponível um canal de comunicação através do qual o utente possa ser informado sobre o direito de livre escolha do médico e sobre o direito de exercício da segunda opinião médica.

2 – Nos casos aplicáveis facilita-se ao utente o acesso aos direitos de livre escolha e de segunda opinião.

## 2. Acessibilidade e continuidade assistencial

### Intenção do critério

A visão que é necessário ter da atividade assistencial vai muito para além da ideia de uma simples coordenação, impondo-se uma visão clara de continuidade e de partilhada do trabalho assistencial. No processo assistencial intervêm equipas multidisciplinares em diferentes locais de trabalho, que atuam em momentos distintos, mas com um objetivo comum: a pessoa.

A intenção dos standards definidos neste critério visa, entre outros aspetos, avaliar a acessibilidade, a continuidade, a disponibilidade e a adequação dos cuidados de saúde.

**Standard S 02.01** A Unidade de Gestão Clínica difunde a sua carteira de serviços.

**Propósito:** Dispor de um documento informativo detalhado onde constem as atividades de prestação de cuidados disponíveis na unidade, divulgando-as aos cidadãos e aos profissionais.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade possui uma carteira de serviços autorizada e esta é divulgada.

**Standard S 02.02** São implementadas as mudanças organizacionais necessárias para promover a acessibilidade do cidadão aos serviços.

**Propósito:** Garantir os mecanismos necessários para promover a acessibilidade dos utentes aos serviços (circulação de doentes, horários adaptados, informação on-line, outras informações, lembretes de agendamentos, etc.).

**Elementos avaliáveis:**
1 – Está garantida a acessibilidade dos cidadãos e utentes aos serviços prestados pela unidade em condições ótimas.
2 – A unidade avalia a acessibilidade dos utentes aos seus serviços e toma as medidas necessárias para a melhorar.

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

**Standard S 02.03** A Unidade de Gestão Clínica estabelece um plano assistencial para cada pessoa, mantendo-o, em todo o momento, adequado às suas necessidades.

I

**Propósito:** Planificar o circuito do utente e os recursos necessários, em colaboração com outras áreas assistenciais se for caso disso, incorporando neste processo as medidas corretivas oportunas com base nas necessidades identificadas do cidadão.

**Elementos avaliáveis:**

1 – São elaborados planos de cuidados personalizados adequados ao processo de cada pessoa. Estes planos estão documentados no processo clínico e mantêm-se atualizados e adequados.
2 – Informa-se e entrega-se à pessoa o seu plano de cuidados de acordo com a fase do processo em que se encontra.
3 – A unidade realiza avaliações periódicas ao grau de cumprimento dos planos de cuidados, assim como avalia a sua adequação às necessidades específicas da pessoa em causa. Caso se detetem desvios, determinam-se as medidas corretivas necessárias.
4 – A unidade fornece informação à pessoa sobre a sua medicação (indicações, via de administração, posologia, interações, efeitos secundários, etc.).
5 – Existem canais de comunicação formais com outros níveis de cuidados e serviços (profissionais de referência, horários, contactos). Estes canais são conhecidos e utilizados pelos profissionais da unidade.

**Standard S 02.04** A Unidade de Gestão Clínica faz uma avaliação da pessoa e do seu ambiente com vista a identificar as suas necessidades e facilita o seu acesso a outros recursos de apoio.

II

**Propósito:** Facultar ao utente, após a avaliação das necessidades da pessoa no seu ambiente, informações sobre recursos disponíveis (recursos comunitários, associações de doentes, material ortoprotésico, benefícios sociais, nutrição, etc.) e indicar-lhe como aceder aos mesmos, no contexto de uma intervenção holística.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Estão identificados os grupos de doentes de maior risco (social, educação, capacidades, conhecimentos, etc.) que necessitam de uma avaliação integral das suas necessidades.
2 – Realiza-se a avaliação da pessoa no seu ambiente de forma sistematizada.
3 – Estão determinados os recursos de suporte necessários para dar resposta às necessidades da pessoa, fornecendo-lhe informação sobre como aceder a esses recursos.

**Standard S 02.05** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação sobre as desprogramações e toma medidas para as reduzir.

I

**Propósito:** Adotar uma atitude de máximo respeito com o tempo das pessoas, minimizando os efeitos da desprogramação, fazendo com que a prestação do serviço seja garantida de imediato e da forma mais adequada. Monitorizar e avaliar as desprogramações e implementar ações de melhoria relevantes.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Existe um registo das desprogramações ocorridas e das suas causas.
2 – Existe uma avaliação periódica das desprogramações ocorridas, identificando-se áreas de melhoria que visem a sua diminuição.

**Standard S 02.06** A Unidade de Gestão Clínica identifica os doentes de maior risco e garante a continuidade assistencial.

II

**Propósito:** Identificar os doentes de maior risco (em termos de vulnerabilidade, mobilidade reduzida, etc.) e assegurar que se estabelece e mantém uma comunicação direta e regular entre os profissionais envolvidos nos cuidados ao doente.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade identifica os doentes de maior risco (vulnerabilidade, mobilidade reduzida, etc.).
2 – Estão registados no processo clínico os fatores de risco que podem causar a interrupção do plano de cuidados ao doente (por exemplo: doente não colaborante, dificuldade em cumprir com os agendamentos, falta de coordenação interserviços, etc.) pondo em causa a continuidade assistencial.
3 – Existem canais formais de comunicação com outros níveis de cuidados e serviços para que se consiga cumprir o plano de cuidados aos doentes de maior risco.

**Standard S 02.07** A Unidade de Gestão Clínica cumpre os critérios definidos e/ou acordados para interconsultas e garante a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais.

I

**Propósito:** Estabelecer com outros níveis de cuidados ou outras unidades de saúde os critérios para a realização de consultas (interconsultas) e prestação de cuidados, assegurando a continuidade assistencial no âmbito dos processos assistenciais que lhes sejam aplicáveis.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Estão disponíveis critérios para o atendimento e realização de consultas e estes foram acordados com outras unidades assistenciais.
2 – A unidade realiza avaliações periódicas ao cumprimento dos critérios estabelecidos para interconsultas e identifica áreas de melhoria.

2. Acessibilidade e continuidade assistencial

**Standard S 02.08** Implementam-se ações coordenadas entre diferentes áreas de atuação com o objetivo de tornar mais eficiente a utilização das tecnologias disponíveis.

III

**Propósito:** Fazer com que a unidade analise, priorize e leve a cabo ações coordenadas visando aumentar a capacidade de resposta dentro da rede de cuidados de saúde.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Identificaram-se as necessidades em termos de tecnologias da saúde para melhorar os resultados assistenciais.
2 – Desenvolvem-se ações (conjuntamente com a organização de que a unidade depende) no sentido de alocar os recursos tecnológicos de forma eficiente e responder assim às necessidades de saúde identificadas de acordo com as prioridades definidas.
3 – Os recursos tecnológicos são implementados de forma coordenada em articulação com outras unidades assistenciais.
4 – Existe um relatório da avaliação periódica dos recursos tecnológicos instalados e postos em funcionamento para demonstrar que os resultados assistenciais são os esperados com o recurso a essas tecnologias.

**Standard S 02.09** A Unidade de Gestão Clínica implementa estratégias organizativas no planeamento das suas atividades que melhorem a sua capacidade de resposta assistencial.

I

**Propósito:** Desenvolver atividades que permitam otimizar o dispêndio de tempo dos cidadãos, tais como consulta de ato único, consulta aberta, telemedicina, etc. Dispor de indicadores de resultado relacionados com a implementação das estratégias de maior resolução assistencial (percentagem de consultas de ato único, número de consultas por telemedicina, consultas telefónicas, etc.).

**Elementos avaliáveis:**

1 – Estão identificadas estratégias de maior resolução assistencial que permitem otimizar o tempo dispendido pelos cidadãos.
2 – As estratégias de maior resolução assistencial identificadas são implementadas.
3 – São definidos e medidos indicadores de desempenho para monitorizar as estratégias de maior resolução assistencial.
4 – Avalia-se, com a implementação de estratégias de maior resolução assistencial, se são obtidos os resultados esperados (ex: diminuição da frequência de consultas, diminuição de consultas sucessivas, etc.).

## 3. Informação clínica

### Intenção do critério

Os standards abrangidos por este critério têm como intenção avaliar a forma como a Unidade de Gestão Clínica dá resposta às necessidades da informação clínica que é necessária para o processo assistencial, garantindo a qualidade técnico-científica, a segurança e confidencialidade dos dados, bem como a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

Servem também para avaliar a forma como a unidade, em conjunto com a instituição em que se insere, favorece a descentralização e a coordenação dos circuitos de informação clínica para alcançar a máxima eficiência possível.

**Standard S 03.01** A Unidade de Gestão Clínica garante a existência de um processo clínico único por cidadão.

**Propósito:** Garantir a existência de um processo único por cidadão com o fim de facilitar o planeamento dos cuidados no âmbito dos processos assistenciais, de diminuir o erro e de proporcionar cuidados mais seguros.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade efetua revisões periódicas aos registros clínicos para evitar duplicações e dispõe dos resultados dessas revisões.

2 – O profissional responsável conhece o procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e para a deteção e correção de erros na atribuição do número de processo.

**Standard S 03.02** O processo clínico está disponível durante a prestação de cuidados de saúde.

**Propósito:** Garantir de forma permanente a localização e o acesso aos processos clínicos e garantir que os profissionais conhecem os procedimentos para aceder em tempo oportuno aos processos clínicos de que necessitam.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Os profissionais dispõem do processo clínico durante o atendimento ao utente.

2 – A unidade assegura que toda a informação clínica é integrada no processo clínico de cada pessoa para que haja uma correta tomada de decisões.

3. Informação clínica

**Standard S 03.03** O uso, arquivo e armazenamento da documentação clínica processam-se de forma a que seja preservada a segurança e a confidencialidade de toda a informação, assegurando-se que o nível de acesso à informação se processa de acordo com o perfil dos diferentes profissionais.

**Propósito:** Envolver os profissionais da Unidade de Gestão Clínica na manutenção de um ambiente assistencial no qual, a qualquer momento, se garante a confidencialidade e arquivo seguro da informação clínica dos cidadãos.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade aplica os requisitos de confidencialidade da informação clínica em concordância com regulamentos ou diplomas legais aplicáveis.
2 – A unidade dispõe de meios para garantir o acesso restrito aos processos clínicos e outros documentos necessários aos processos assistenciais com dados do doente.

**Standard S 03.04** O processo clínico é o local onde se reúne, desde o seu início, toda a informação necessária ao conhecimento do estado de saúde da pessoa e para garantir a continuidade assistencial de uma forma integral.

**Propósito:** Garantir que no processo clínico, para além dos dados básicos do cidadão, se incluem outros aspetos (como o ambiente social, os valores, as crenças, as capacidades de aprendizagem), que são importantes para facilitar a tomada de decisão e para estabelecer um plano de cuidados abrangente e individualizado.

**Elementos avaliáveis:**
1 – No processo clínico estão registadas outras caraterísticas específicas da pessoa (crenças, valores, condições de vida, ambiente familiar, papel social, etc.).
2 – A informação gerada em cada episódio é registada no processo clínico.
3 – Não existem documentos ou registos assistenciais em arquivos secundários que não estejam incorporados no processo clínico. (ex.: notas de alta, relatórios, consentimento informado, etc.).

**Standard S 03.05** A Unidade de Gestão Clínica garante o direito a cada cidadão de obter informação sobre a sua história de saúde.

**Propósito:** Estabelecer um procedimento para facilitar o acesso dos utentes à informação contida no seu processo clínico.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Foi definido e implementado um procedimento, de acordo com as normas em vigor, para garantir aos utentes o acesso à informação contida no seu processo clínico ou a parte dele.
2 – A unidade divulga aos utentes como podem aceder à informação constante no seu processo clínico.

**Standard S 03.06** A Unidade de Gestão Clínica avalia periodicamente a qualidade e o grau de cumprimento dos registos clínicos.

**Propósito:** Analisar e avaliar os registos dos processos clínicos, a fim de estabelecer e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Estão definidos indicadores de qualidade e critérios de cumprimento para avaliar os registos dos processos clínicos.

2 – São efetuadas auditorias aos registos clínicos e estabelecem-se áreas de melhoria.

3 – Os resultados dessas auditorias são do conhecimento dos profissionais de saúde da unidade.

**Standard S 03.07** A obtenção, uso e transmissão da informação clínica é efetuada tendo em conta a dignidade, a autonomia e a privacidade da pessoa.

**Propósito:** Assegurar que a unidade dispõe de mecanismos para garantir a confidencialidade da informação clínica obtida.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A obtenção, uso e transmissão de informação clínica é efetuada em condições de confidencialidade.

2 – São analisadas as reclamações por quebra da confidencialidade e estabelecem-se áreas de melhoria para as diminuir.

3 – Estão disponíveis ferramentas para que a unidade possa conhecer a perceção e satisfação das pessoas em relação à confidencialidade da informação clínica.

# II. Organização da atividade centrada na pessoa

## 4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde

### Intenção do critério

Impulsionar o desenvolvimento da visão estratégica da qualidade baseada na gestão dos Processos Assistenciais Integrados e das linhas orientadoras dos Programas de Saúde.

Esta visão estratégica implica que a Unidade de Gestão Clínica aborde de forma integrada as atuações que leva a cabo em matéria de prevenção, promoção da saúde, prestação dos cuidados assistenciais e de reabilitação à pessoa e à família. Nas suas atuações enfatiza a liderança clínica na gestão da prestação de cuidados e a efetividade clínica, a eficiência na incorporação de recursos, a opinião da pessoa e o direito de cidadania, a transparência, o apoio e impulso à investigação e o desenvolvimento e desdobramento dos Processos Assistenciais Integrados na unidade, entendendo-os sempre na perspetiva da centralidade da pessoa.

Por isso mesmo, os processos assistenciais incorporam uma visão multidisciplinar, constituindo-se como o elemento-chave para a continuidade assistencial e para a melhoria contínua.

**Legenda:**

I OBRIGATÓRIOS

I GRUPO I

II GRUPO II

III GRUPO III

| **Standard** S 04.01 | A Unidade de Gestão Clínica identifica os processos assistenciais específicos que lhe são próprios em função da sua carteira de serviços autorizada e estabelece uma estratégia de implementação dos mesmos. |
|---|---|

I

**Propósito:** Garantir que na implementação dos processos assistenciais se assegura uma correta adaptação local do processo, nomeadamente através de um conjunto de atuações que incluem: a análise da situação, a priorização de necessidades, a definição de oportunidades de melhoria, os sistemas de registos, um plano de comunicação e o desenvolvimento de grupos de melhoria.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade nomeou um responsável(véis) por cada processo assistencial implementado.

2 – A unidade implementou os processos assistenciais correspondentes à sua carteira de serviços (análise da situação, adaptação local, desenvolvimento de grupos de melhoria).

3 – Os profissionais conhecem as suas responsabilidades e funções relativamente aos processos assistenciais implementados.

**Standard S 04.02** A Unidade de Gestão Clínica estabelece uma estratégia de avaliação e difusão de resultados dos processos assistenciais implementados.

I

**Propósito:** Assegurar que a unidade avalia os processos assistenciais implementados mediante indicadores definidos para cada um deles e que os difunde entre os seus profissionais.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Estão definidos os sistemas de seguimento e avaliação para os processos assistenciais implementados na unidade.
2 – Existe uma avaliação periódica dos indicadores dos processos assistenciais implementados na unidade e desenvolvem-se as áreas de melhoria identificadas.
3 – Os profissionais conhecem os resultados obtidos nos processos assistenciais implementados.

**Standard S 04.03** Os profissionais da unidade incorporam na sua prática clínica as recomendações estabelecidas nos processos assistenciais relativas ao tratamento farmacológico.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Avaliar a adesão dos profissionais às recomendações sobre o tratamento farmacológico incluídas nos processos assistenciais, assegurando assim que as pessoas recebem a medicação apropriada para as suas necessidades clínicas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Os profissionais da unidade utilizam e seguem as recomendações sobre o tratamento farmacológico estabelecidas nos processos assistenciais implementados.
2 – Está definida a metodologia de monitorização e avaliação do grau de adesão dos profissionais às recomendações sobre o tratamento farmacológico estabelecidas nos processos assistenciais implementados.
3 – Realizam-se auditorias periódicas com o objetivo de avaliar o grau de adesão dos profissionais às recomendações farmacológicas contidas nos processos assistenciais implementados na unidade.
4 – Os profissionais conhecem os resultados das auditorias realizadas.

## 4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde

**Standard S 04.04** A Unidade de Gestão Clínica fornece às pessoas informação e conhecimento sobre o desenvolvimento do seu Processo Assistencial Integrado.

II

**Propósito:** Garantir que as pessoas recebem informação sobre o desenvolvimento do seu processo assistencial de acordo com os critérios definidos no roteiro de informação ao utente do processo em causa.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Dispõe-se de um roteiro de informação ao utente relativo ao processo assistencial que lhe diz respeito.

2 – No processo clínico fica registada a entrega do roteiro de informação ao utente de acordo com os momentos apropriados definidos no processo.

**Standard S 04.05** A Unidade de Gestão Clínica realiza uma adequada gestão dos riscos para a segurança do doente tal como definidos nos Processos Assistenciais Integrados.

III

**Propósito:** Assegurar que a unidade identifica os pontos críticos de risco para a segurança do doente em cada um dos processos assistenciais implementados, define a sua prioridade, elabora um plano de melhoria para prevenir a aparição de falhas e avalia o impacte das ações empreendidas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Identificam-se e atribui-se uma prioridade aos pontos críticos de risco para a segurança do doente em todos os processos assistenciais implementados na unidade, utilizando uma metodologia conhecida e validada.

2 – Incorporam-se medidas de segurança nos processos assistenciais implementados na unidade (ex.: procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, etc.).

3 – Definem-se e medem-se indicadores de segurança do doente relacionados com os processos assistenciais.

4 – Existe um plano de melhoria elaborado e o seu impacte é avaliado.

**Standard S 04.06** A Unidade de Gestão Clínica identifica os Programas de Saúde (ou planos de saúde específicos) que lhe dizem respeito em função da sua carteira de serviços e estabelece uma estratégia de difusão dos mesmos.

**Propósito:** Garantir a difusão na unidade dos Programas de Saúde (ou planos de saúde específicos) e respetivas linhas de desenvolvimento estratégico, fomentando a integração de conhecimentos e a identificação de aptidões necessárias como elemento facilitador para a coordenação das atuações em saúde e para uma melhor gestão do uso dos recursos disponíveis para o atendimento das pessoas.

**Elementos avaliáveis:**

1– Identificaram-se e priorizaram-se as linhas estratégicas de desenvolvimento dos Programas de Saúde que a unidade deve implementar tendo em conta a sua carteira de serviços.

2 – Divulgam-se aos profissionais as linhas estratégicas dos programas de saúde a desenvolver.

**Standard S 04.07** A unidade implementa ações que visam a incorporação das estratégias constantes nos Programas de Saúde.

**Propósito:** Assegurar que a unidade analisa as estratégias estabelecidas nos Programas de saúde, avalia os pontos críticos do seu desenvolvimento, identifica áreas de melhoria e estabelece prioridades para a sua concretização.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Existe um plano para a implementação das linhas estratégicas dos Programas de Saúde aplicáveis à unidade.

2 – É feita uma análise ao grau de implementação das linhas estratégicas dos Programas de Saúde e desenvolvem-se áreas de melhoria.

# II. Organização da atividade centrada na pessoa

## 5. Promoção da Saúde na Comunidade

### Intenção do critério

Os standards deste critério destinam-se a avaliar as atividades que têm como alvo a adoção de estilos de vida saudáveis e o empenho da unidade no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde destinadas à prevenção de doenças e morbilidades.

**Standard S 05.01** Planificam-se e realizam-se atuações oportunas em função das necessidades de saúde identificadas na população e das orientações dos Programas de Saúde.

**Propósito:** Ajudar as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis mediante a promoção e educação para a saúde, integrando numa abordagem integral os métodos, estratégias e aptidões a desenvolver.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência e define prioridades para as intervenções a levar a cabo em termos de promoção da saúde.

2 – As intervenções em matéria de prevenção e promoção da saúde, relacionadas com os Programas de Saúde, são planificadas e priorizadas de acordo com as necessidades detetadas e são levadas a cabo (ex.: educação terapêutica da pessoa com diabetes, desabituação tabágica, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da prática desportiva, prevenção das cardiopatias, controlo da obesidade, prevenção do VIH/SIDA, cuidados paliativos, prevenção da sinistralidade, educação sexual, etc.).

3 – A unidade dispõe das ferramentas necessárias para desenvolver e levar a cabo as atividades de promoção da saúde que planificou.

**Standard S 05.02** A Unidade de Gestão Clínica fomenta a prevenção secundária e terciária como linha de atuação em matéria de manutenção da saúde.

**Propósito:** Fazer com que os profissionais da unidade fomentem o rastreio (prevenção secundária) como estratégia de deteção precoce de certas patologias com vista à sua abordagem e prevenção terciária, com o intuito de tentar limitar a sua progressão, melhorar a reabilitação e favorecer a reinserção social.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Está definida a atuação necessária em matéria de prevenção secundária e terciária que a unidade tem de desenvolver em função da sua carteira de serviços.

2 – Os profissionais conhecem as atuações que devem seguir no âmbito da prevenção secundária e terciária e levam-nas a cabo.

**Standard S 05.03** O desenvolvimento dos Programas de Saúde garante a continuidade da prestação de cuidados.

III

**Propósito:** Garantir que as intervenções em termos de promoção da saúde que se planificaram para as pessoas se podem levar a cabo em qualquer ponto do sistema, por forma a garantir a continuidade assistencial.

**Elementos avaliáveis:**

1 – As intervenções em matéria de promoção da saúde são realizadas de forma coordenada com outros agentes de saúde do SNS, realizando-se uma planificação, execução e avaliação conjunta das ações de promoção.
2 – Estabelece-se um consenso sobre as recomendações em matéria de promoção da saúde com todos os agentes implicados na prestação de cuidados no âmbito em causa .
3 – A avaliação sistemática dos planos de intervenção e promoção da saúde permite a melhoria contínua dos mesmos.

**Standard S 05.04** Proporciona-se informação sobre a oferta da carteira de serviços.

I

**Propósito:** Divulgar e publicitar os serviços de promoção da saúde que a unidade oferece, contribuindo assim para estender a cobertura dos mesmos.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade tem a sua oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde definida de forma explícita.
2 – Existem canais formais de difusão da oferta de serviços de prevenção e promoção da saúde estáveis.
3 – Na informação que se oferece às pessoas inclui-se a descrição das condições de acesso e de prestação desses serviços (critérios de inclusão, procedimentos administrativos, horários, planificação de consultas, etc.).

**Standard S 05.05** A Unidade de Gestão Clínica empreende ações específicas em relação com o cuidador.

I

**Propósito:** Avaliar o risco de sobrecarga do cuidador e adoptar as medidas de apoio necessárias em atenção aos cuidados que por ele são prestados, nomeadamente na melhoria do acesso aos serviços.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identifica os cuidadores das pessoas dependentes de forma sistemática, avalia as suas necessidades e dá-lhes resposta com caráter prioritário e de forma planificada.
2 – Implementam-se medidas para diminuir o risco de sobrecarga do cuidador.
3 – Existe uma estratégia definida para uma gestão otimizada dos materiais e recursos de apoio.

# II. Organização da atividade centrada na pessoa

## 5. Promoção da Saúde na Comunidade

**Standard S 05.06** A Unidade de Gestão Clínica garante uma adequada informação e vigilância epidemiológicas.

I

**Propósito:** Garantir que os profissionais da unidade realizam as notificações em matéria de vigilância epidemiológica em conformidade com os programas de alerta sanitários.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Os profissionais da unidade dispõem de uma lista (ou equivalente) das doenças de declaração obrigatória (DDO).
2 – Os profissionais da unidade conhecem o procedimento de notificação das doenças de declaração obrigatória.
3 – A unidade dispõe de uma estratégia de abordagem em situações de surto epidemiológico.
4 – Os profissionais conhecem os procedimentos estabelecidos a seguir perante surtos epidemiológicos.

**Standard S 05.07** A Unidade de Gestão Clínica fomenta a autonomia dos cuidados.

II

**Propósito:** Garantir que os profissionais da unidade desenvolvem atuações destinadas a fomentar a aprendizagem do autocuidado.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Identificam-se as populações suscetíveis de intervenção em matéria de autonomia de cuidados.
2 – A unidade planifica as atividades de educação para a saúde e de promoção da autonomia no autocuidado.
3 – Avalia-se periodicamente o impacte dessas atividades de educação para a saúde e estabelecem-se áreas de melhoria.

## 6. Direção da Unidade de Gestão Clínica

### Intenção do critério

Com os standards deste critério pretende-se avaliar como os responsáveis da unidade estimulam a gestão da qualidade nas áreas de influência que lhes são próprias e como impulsionam a concretização dos objetivos da unidade em concordância com os valores da instituição.

**Standard S 06.01** A Direção da Unidade de Gestão Clínica tem o seu Plano de Qualidade elaborado.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Garantir que a Direção da Unidade de Gestão Clínica planifica a forma como a atividade desenvolvida na unidade cumpre as expetativas dos utentes, dos profissionais e da própria organização.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A direção da unidade dispõe de um Plano de Qualidade que contemple o seu prazo de vigência, as responsabilidades, as linhas de trabalho e os mecanismos de avaliação.
2 – Os profissionais de saúde da unidade conhecem o Plano de Qualidade.
3 – O Plano de Qualidade é avaliado.
4 – Implementam-se as áreas de melhoria identificadas.

**Standard S 06.02** A Direção da unidade tem em conta a opinião das pessoas da organização.

I

**Propósito:** Assegurar que a Direção da unidade analisa as fontes de informação (reclamações, inquéritos de satisfação, etc.) e que as utiliza aquando da planificação dos serviços.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um procedimento para a captação ativa de sugestões, queixas e reclamações que tenham sido realizadas através de qualquer meio.
2 – Analisa-se a informação obtida.
3 – Priorizam-se e implementam-se as áreas de melhoria identificadas.

6. Direção da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 06.03** A Unidade de Gestão Clínica promove a participação do cidadão e encara-a como um elemento de melhoria contínua.

II

**Propósito:** Trabalhar com grupos de pessoas (associações, grupos de pacientes, etc.) na identificação de oportunidades de melhoria e incorporá-las na unidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identificou as partes interessadas da comunidade em que está inserida.
2 – A unidade definiu as linhas de ação a desenvolver com os diferentes grupos das partes interessadas.
3 – A unidade analisa as oportunidades de melhoria que foram identificadas.
4 – A unidade incorpora as melhorias que dependem do seu âmbito de responsabilidade.

**Standard S 06.04** A Unidade de Gestão Clínica assume que as condições de conforto que afetam as pessoas constituem uma variável da sua própria gestão, analisando a situação, empreendendo ações de melhoria e corrigindo, se necessário, os resultados obtidos.

I

**Propósito:** Aumentar o grau de satisfação das pessoas durante a prestação de cuidados através da incorporação, nos processos da unidade, de todas as variáveis relacionadas com o conforto, adequando a organização a partir de estudos de situação, estabelecendo objetivos e analisando a informação disponível não só em termos de reclamações como de inquéritos de satisfação. A Unidade de Gestão Clínica deve considerar como variáveis internas aos seus processos elementos como: as esperas (interconsultas, provas diagnósticas, transferências, etc.), as visitas aos pacientes, a sua comodidade, o seu descanso (horários e ruídos), a impressão causada pelo estado das instalações, os sanitários, a iluminação, a limpeza, a rouparia, a alimentação, a comunicação com os familiares (visitas e contacto telefónico) e a comunicação interna com os profissionais.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade analisa e introduz melhorias perante reclamações sobre as condições de conforto que possam ter impacte nas pessoas durante a sua estadia ou hospitalização (estado da unidade, esperas, comunicação com os profissionais, etc.).
2 – A unidade analisa o grau de satisfação das pessoas com o conforto (inquérito, sugestões, queixas, etc.) e utiliza os resultados para ações de melhoria.
3 – Existem condições de conforto adequadas na unidade (salas de espera, sanitários, internamento, locais apropriados para crianças, etc.).

**Standard S 06.05** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de procedimentos de comunicação definidos, que possibilitem o seguimento dos objetivos com os órgãos de gestão da organização.

**Propósito:** Estabelecer de forma efetiva os canais de comunicação bidirecional entre a Direção da unidade e a Direção da organização.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Existe um procedimento para a comunicação de resultados entre a Direção da unidade e a Direção da organização, no qual se define a periodicidade com que os mesmos são comunicados e as responsabilidades de cada um.
2 – Estão estabelecidos canais de comunicação dos resultados da unidade aos seus profissionais e estes conhecem-nos.

**Standard S 06.06** A Direção da Unidade de Gestão Clínica envolve os profissionais na prossecução dos objetivos contratualizados mediante o desdobramento dos mesmos.

**Propósito:** A Direção da unidade estabelece quotas de participação de cada profissional para o cumprimento dos objetivos globais da unidade, baseadas nas suas competências e necessidades e nas tarefas que lhes estão atribuídas, determinando metas de cumprimento.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Realiza-se um desdobramento dos objetivos globais da unidade tendo em conta as competências, tarefas e necessidades de cada profissional.
2 – A Direção da unidade tem em conta a participação dos profissionais na definição dos objetivos.

**Standard S 06.07** A Direção da Unidade de Gestão Clínica, juntamente com a gestão de topo, estabeleceu um plano de desenvolvimento para o diretor da unidade a partir do seu mapa de competências.

**Propósito:** Assegurar um plano de desenvolvimento para os diferentes níveis de Direção através da descrição das variáveis mais importantes definidas para cada cargo.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Definiu-se o mapa de competências específico do diretor da unidade em função da descrição de funções do seu posto de Direção.
2 – Definiu-se um plano de desenvolvimento para o diretor da unidade baseado nas suas competências e este inclui os critérios de avaliação e a descrição explícita de como o mesmo se desenvolverá.

# II. Organização da atividade centrada na pessoa

## 6. Direção da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 06.08** A Direção da unidade definiu um Plano de gestão da segurança centrado na segurança do doente.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Garantir que a Direção da unidade identifica os pontos críticos em termos de segurança do doente, incorpora as boas práticas necessárias para evitar o aparecimento de eventos adversos e avalia os resultados.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Existe um Plano de gestão da segurança onde se define: a metodologia de deteção de riscos mediante a utilização de uma metodologia validada (cobrindo os risco de profissionais e pacientes), as responsabilidades em matéria de segurança, as medidas de prevenção em relação aos riscos identificados, etc.
2 – Os profissionais conhecem o plano de gestão da segurança em função da sua atividade e nível de responsabilidade.
3 – Implementam-se práticas seguras para evitar o aparecimento de eventos adversos.
4 – Encontram-se definidos e medem-se indicadores de segurança dos doentes.
5 – O plano de segurança do doente é avaliado e introduzem-se melhorias.

**Standard S 06.09** A Direção considera o clima laboral como um elemento de desenvolvimento organizativo da sua unidade.

III

**Propósito:** A Direção da unidade analisa o clima laboral e estabelece as medidas necessárias para a sua melhoria.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade monitoriza o clima laboral e avalia os resultados obtidos, identificando áreas de melhoria.
2 – Implementam-se as áreas de melhoria detetadas.
3 – Melhoram-se os resultados obtidos.

**Standard S 06.10** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um relatório anual de atividades.

I

**Propósito:** Dispor de um relatório anual que reflita os resultados das principais linhas de atividade da unidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade elabora um relatório de atividades anual, que contempla as suas estratégias de gestão, os serviços e atividades prestados durante o ano e uma análise do cumprimento dos resultados.

# III. Os profissionais

## 7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

### Intenção do critério

A unidade assegura a implementação e desenvolvimento de ações com o objetivo de garantir a permanente adequação das competências dos seus profissionais em relação à oferta de serviços da unidade e à necessidade de prestar um atendimento de qualidade aos cidadãos.

**Legenda:**

OBRIGATÓRIOS

GRUPO I

GRUPO II

GRUPO III

**Standard S 07.01** A Unidade de Gestão Clínica tem identificadas e definidas as responsabilidades e funções dos profissionais para os diferentes postos de trabalho.

**Propósito:** Facilitar a seleção e/ou adaptação do profissional mais adequado às funções e responsabilidades necessárias ao processo de prestação de cuidados de saúde.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade tem definidas as funções e responsabilidades de todos os postos de trabalho.

2 – Os profissionais conhecem as suas funções e responsabilidades.

**Standard S 07.02** Estão definidas as competências dos diferentes profissionais necessárias para os diferentes postos de trabalho.

**Propósito:** Definir as competências que são necessárias para um desempenho ótimo dos seus profissionais de acordo com a missão e valores da organização.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade descreveu, para os diferentes postos de trabalho, quais as competências profissionais necessárias ao seu desempenho em termos de competências gerais, transversais e específicas (conhecimentos, aptidões e atitudes).

2 – A unidade revê o seu mapa de competências, de acordo com a metodologia previamente estabelecida, de forma periódica e sempre que necessário (ex.: aquando da inclusão de novos serviços e de novos profissionais).

**Standard S 07.03** A Unidade de Gestão Clínica avalia periodicamente as competências dos profissionais de forma individualizada, a fim de identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento.

II

**Propósito:** Avaliar periodicamente, pelo menos uma vez por ano, as competências gerais, transversais e específicas (conhecimentos, aptidões e atitudes) dos profissionais para se poder ajustar os planos de formação individual aos objetivos da Unidade de Gestão Clínica.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A Unidade de Gestão Clínica avalia as competências dos seus profissionais, contempladas nos mapas de competências, de acordo com critérios validados.
2 – A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um procedimento para identificação das competências profissionais para as quais é necessário desenvolver formação.

**Standard S 07.04** A Unidade de Gestão Clínica faz o seguimento constante dos Planos de Desenvolvimento Individual dos profissionais com o objetivo de melhorar o seu nível de competência.

III

**Propósito:** Garantir de forma contínua o potencial de desenvolvimento e promoção dos profissionais da unidade, mantendo a adequação do profissional ao seu posto de trabalho permanentemente atualizada.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade elaborou Planos de Desenvolvimento Individual para cada um dos seus profissionais em função dos perfis de competências.
2 – A unidade efetua periodicamente o acompanhamento dos referidos planos e das suas necessárias modificações para que possam manter-se adequados às competências esperadas para cada profissional.
3 – A unidade tem uma estratégia definida para a atualização dos Planos de Desenvolvimento Individual.

**Standard S 07.05** A Unidade de Gestão Clínica facilita e promove a acreditação das competências dos seus profissionais.

I

**Propósito:** Promover a acreditação de competências dos profissionais da unidade, com o objetivo de reconhecer o alcance do seu desempenho no trabalho diário, dar visibilidade aos resultados e identificar áreas de melhoria contínua para a sua atividade profissional.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade possui uma estratégia para promover a acreditação das competências dos seus profissionais.
2 – A unidade fornece-lhes as ferramentas necessárias para a acreditação das competências dos profissionais.

**NA** Não aplicável em Portugal

## 7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 07.06** A Unidade de Gestão Clínica identifica as necessidades de formação dos seus profissionais em função dos seus objetivos estratégicos e das caraterísticas da sua população.

**Propósito:** Garantir que a oferta de formação responde a uma avaliação prévia da necessidade de desenvolver atividades ou programas de formação, relacionados com a aquisição, atualização ou desenvolvimento das competências necessárias para alcançar os objetivos estratégicos da unidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade realiza, de forma sistemática, a deteção das necessidades formativas dos seus profissionais.
2 – A formação contínua é planificada em função dos objetivos da unidade, das caraterísticas da sua população e das necessidades de formação detetadas nos profissionais.
3 – Determinam-se os recursos necessários para responder às necessidades detetadas pela unidade e pelos profissionais.

**Standard S 07.07** A Unidade de Gestão Clínica tem identificados Planos de Formação Individual para os seus profissionais em função da evolução das suas competências.

**Propósito:** Elaborar um Plano de Formação para os profissionais da unidade, com o objetivo de dar resposta ao desenvolvimento profissional e aos objetivos da unidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade elabora Planos de Formação Individual de acordo com a evolução das competências.
2 – Nos Planos de Formação Individual estão definidos objetivos de aprendizagem.
3 – São utilizadas ferramentas para avaliar a formação recebida.
4 – Os resultados são registados para permitir a análise e melhoria contínua do plano de formação.

**Standard S 07.08** A Unidade de Gestão Clínica integra a autoavaliação efetuada pelos profissionais da sua prática assistencial relativamente à prescrição terapêutica como técnica formativa.

II

**Propósito:** Promover a autoavaliação da prática assistencial, incorporando-a como método de avaliação e formação.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Está disponível um procedimento para a autoavaliação do grau de adesão dos profissionais às recomendações sobre tratamento farmacológico.
2 – Os profissionais realizam a autoavaliação da sua própria prescrição.
3 – A autoavaliação sobre a adequação dos tratamentos farmacológicos está integrada nas atividades formativas.

**Standard S 07.09** A produção científica da Unidade de Gestão Clínica é publicada em revistas da especialidade.

I

**Propósito:** Fazer com que as publicações de caráter científico da unidade se integrem em bases de dados bibliográficas nacionais ou internacionais, de caráter multidisciplinar ou especializado.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade possui uma estratégia definida de gestão da produção científica.
2 – A unidade publica de forma periódica a sua produção científica em revistas da especialidade.

**Standard S 07.10** A Unidade de Gestão Clínica tem artigos científicos publicados em revistas biomédicas e científicas de referência.

II

**Propósito:** Garantir que a qualidade associada com a produção científica da unidade é demonstrada e refletida pelo facto de que os seus artigos científicos são publicados em revistas científicas de referência com impacte para o sector.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade tem artigos publicados em revistas que constituem referência científica para o sector.

# III. Os profissionais

## 7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 07.11** A Unidade de Gestão Clínica desenvolve linhas próprias de investigação.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Promover a investigação dentro da unidade como elemento de inovação e desenvolvimento.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade tem linhas próprias de investigação definidas.
2 – A unidade tem responsabilidades atribuídas para o âmbito da investigação.
3 – São identificados os recursos necessários para desenvolver projetos de investigação.
4 – A unidade encontra-se a desenvolver projetos de investigação próprios.

**Standard S 07.12** A Unidade de Gestão Clínica participa em grupos de investigação com projetos integrados em redes temáticas, projetos de caráter internacional e/ou grupos de coordenação organizados.

III

**Propósito:** Participar em projetos de investigação comuns para combinar e potenciar esforços, utilizar os recursos de forma eficiente, evitar a duplicação de projetos e, acima de tudo, promover a rápida implementação dos avanços científicos sobre os temas alvo de investigação nessas redes, 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 ou de grupos organizados.
2 – A unidade tem atribuídas responsabilidades para esses projetos de investigação.
3 – A unidade incorpora sistematicamente os resultados dos projetos de investigação em que participa na sua prática e avalia a eficácia das medidas tomadas.

**Standard S 07.13** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de projetos de investigação financiados e avaliados por entidades externas, os quais foram aceites pela Comissão de Investigação e de Ética e aos quais acede por concurso público.

III

**Propósito:** Promover a obtenção regular de recursos financeiros provenientes de fundos públicos para a investigação e desenvolvimento científico, através da disponibilização de fundos económicos de I+D, garantindo a autonomia no financiamento.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade definiu uma estrutura operacional de investigação (linhas próprias de investigação, responsáveis, recursos, etc.).
2 – A unidade dispõe de projetos de investigação financiada.

# IV. Processos de suporte

## 8. Estrutura, equipamento e fornecedores

### Intenção do critério

Os diferentes aspetos da gestão da instituição relacionados com o equipamento, com os fornecedores, com a logística, com a segurança, com as emergências e a prevenção de impactes ambientais, deverão garantir que os serviços daí decorrentes permitem atingir níveis de qualidade pré-determinados, cujo cumprimento a Unidade de Gestão Clínica deve acompanhar. Só assim se poderá garantir que estas atividades, processos e serviços contribuem efetivamente para uma prestação de cuidados de qualidade e para que o nível de qualidade dos serviços prestados às pessoas corresponda às suas expetativas.

O envolvimento da Unidade de Gestão Clínica e dos seus colaboradores, em articulação com níveis organizativos superiores, na análise dos standards deste critério, poderá acrescentar valor na deteção de melhorias e na definição ou mesmo no redesenho dos processos.

**Legenda:**

OBRIGATÓRIOS

GRUPO I

GRUPO II

GRUPO III

| **Standard** S 08.01 | Definiram-se e aplicam-se os procedimentos necessários para garantir que a Unidade de Gestão Clínica dispõe do espaço, dos recursos e dos meios técnicos necessários à realização da sua atividade em condições de segurança. |
|---|---|

**Propósito:** Garantir que a capacidade instalada e as condições das instalações, bem como dos recursos técnicos e humanos suportam o normal funcionamento das atividades que se realizam na unidade de acordo com a sua carteira de serviços e com a complexidade das atividades, dispondo-se para este efeito da documentação técnico-legal justificativa e das avaliações, autorizações ou pareceres competentes.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de autorização administrativa em vigor.

2 – A unidade dispõe de informação periódica sobre o estado das instalações técnicas e assistenciais que a afetam e atua no caso de deficiências.

**Standard S 08.02** A Unidade de Gestão Clínica segue, na gestão do equipamento médico, os procedimentos necessários para garantir a sua utilização segura mediante a designação de responsáveis, o acompanhamento do estado dos seus equipamentos e a formação dos seus profissionais.

**Propósito:** Definir dentro da unidade, em relação à gestão de todo o equipamento médico, a atribuição de funções e responsabilidades no controlo do equipamento, na sua identificação e inventariação, no acompanhamento do seu estado funcional e de segurança, na gestão das ocorrências e na formação e informação associadas à sua utilização correta e segura.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade definiu e formalizou as responsabilidades relativamente ao controlo do equipamento.
2 – O equipamento da unidade encontra-se inventariado.
3 – A unidade dispõe de um procedimento de gestão de ocorrências em relação ao equipamento, o qual permita a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas, e este encontra-se difundido entre os profissionais.
4 – A unidade dispõe de informação relevante sobre os equipamentos, como os manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.
5 – Exigem-se aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento (vida útil, informação dos profissionais, serviço técnico e de manutenção).
6 – Os profissionais da unidade recebem formação sobre a utilização do equipamento.

**Standard S 08.03** A Unidade de Gestão Clínica garante o cumprimento do plano de manutenção correspondente ao equipamento em uso na unidade, conhecendo e registando as intervenções realizadas, assim como os resultados obtidos.

**Propósito:** Garantir condições de segurança a cidadãos e profissionais durante a utilização do equipamento médico, comprovando a integridade e o estado do equipamento inventariado, garantindo o cumprimento do plano de manutenção definido e estabelecendo as ações preventivas e corretivas necessárias em caso de incumprimento.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um plano de manutenção e intervenções no equipamento, com responsabilidades definidas.
2 – A unidade dispõe de registos atualizados que comprovam o cumprimento do plano de manutenção dos equipamentos.

# IV. Processos de suporte

## 8. Estrutura, equipamento e fornecedores

**Standard S 08.04** A Unidade de Gestão Clínica assume que a gestão dos bens e serviços e dos processos logísticos da sua unidade constituem variáveis da sua gestão.

**Propósito:** Garantir que a unidade assegura os mecanismos necessários para que as aquisições de bens, produtos e serviços que são incorporados na unidade se realizam de forma eficiente e que estes satisfazem em todo o momento as suas necessidades. Para isso participa no processo de compra através da definição dos requisitos de eficiência técnica e de segurança dos equipamentos e materiais a aprovisionar.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um procedimento de gestão do armazém que lhe permite garantir que, em todo o momento, possui o material necessário para assegurar os serviços que oferece.
2 – A unidade participa na determinação das especificações de compra para as aquisições e realiza uma verificação prévia à incorporação de bens e serviços.
3 – A unidade dispõe de um procedimento de aquisição de bens e serviços.

**Standard S 08.05** Estão definidos os mecanismos necessários para a comunicação, registo, análise e resolução de desvios de qualidade ou do nível de serviço aceitável em relação às atividades de suporte.

**Propósito:** Registar desvios observados no decurso da atividade relacionada com os serviços de apoio e suporte, como a hotelaria, limpeza, manutenção, etc., e iniciar as ações oportunas para a sua resolução, com o objetivo de evitar incidentes que possam afectar o normal funcionamento da unidade e de corrigir e prevenir as causas que possam gerar interrupções no serviço prestado e/ou deficiências na qualidade percebida pelo utente.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identificou os serviços de apoio ou suporte necessários à sua atividade, assim como o nível de qualidade do serviço que espera deles.
2 – A unidade dispõe de uma metodologia formal para a identificação e resolução de incidentes nos serviços de suporte, o que lhe permite a rastreabilidade do processo.
3 – A unidade estabeleceu mecanismos de abordagem de todas as situações em que necessita da atuação dos serviços de suporte para prevenir a interrupção do serviço ou deficiências na qualidade percebida pelo utente.

**Standard S 08.06** Está implementado um procedimento para garantir as condições de conservação e armazenamento do material de uso clínico e medicamentos.

**Propósito:** Garantir que os produtos utilizados se encontram em bom estado para a sua utilização segura, estabelecendo-se os mecanismos necessários para o controlo dos requisitos de conservação e prazos de validade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um procedimento de controlo das condições de armazenamento e conservação e dos prazos de validade do material de uso clínico e medicação. Este procedimento encontra-se difundido pelos profissionais.

2 – A unidade dispõe de registos que lhe permitem garantir uma rastreabilidade da correta aplicação dos procedimentos de controlo de armazenamento e prazos de validade.

3 – A unidade mantém os locais de armazenamento da medicação e do material de uso clínico em adequadas condições de temperatura, luz, organização, limpeza, acesso e segurança e segue as indicações de conservação definidas.

**Standard S 08.07** A Unidade de Gestão Clínica participa na identificação dos riscos laborais que possam afetar os profissionais em cada posto de trabalho e tem um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor.

**Propósito:** Identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais.

2 – A unidade proporciona formação de forma sistemática sobre os riscos laborais aos profissionais.

**Standard S 08.08** Estão estabelecidas as medidas de segurança no caso de emergências e são conhecidas pelos profissionais e atualizadas periodicamente.

I

**Propósito:** Assegurar que estão estabelecidas e implementadas as ações a seguir no caso de situações de emergência (incêndio, evacuação, derrames de produtos tóxicos, etc.) que possam afectar os profissionais da unidade ou o seu ambiente e que estas cumprem a legislação em vigor.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um Plano de Emergência atualizado e difunde-o a todos os profissionais.

2 – A unidade dispõe de meios de proteção contra incêndios e vias de evacuação adequados, de acordo com a legislação em vigor, e mantém-nos plenamente operativos e revistos.

**Standard S 08.09** A Unidade de Gestão Clínica segue as diretrizes associadas a um sistema de gestão ambiental e assegura a implementação de procedimentos para o controlo dos principais impactes ambientais de acordo com a legislação em vigor.

II

**Propósito:** Envolver a unidade no sistema de gestão ambiental e por isso estabelecer os procedimentos, os recursos, os objetivos e as responsabilidades necessárias para desenvolver a política ambiental definida pela instituição a que pertence. Garantir que estão estabelecidas as medidas necessárias para dar resposta aos principais impactes ambientais que têm implicações técnico-legais relevantes, evitando que utentes, familiares, visitas, profissionais e a população em geral possam vir a ser afetados por incidentes provocados pela falta de rigor no controlo de aspetos como o controlo de resíduos perigosos, químicos, radioativos, emissões e derrames que possam gerar um impacte ambiental indesejado.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade conhece os procedimentos, políticas e legislação que lhe são aplicáveis em matéria de gestão ambiental.

2 – A unidade participa na melhoria do seu comportamento ambiental, com base em procedimentos, políticas e legislação que lhe são aplicáveis.

3 – A unidade facilita a participação e formação dos seus profissionais em matéria de gestão ambiental.

**Standard S 08.10** A Unidade de Gestão Clínica adapta a sua estrutura, funcionalidade, instalações e equipamento aos novos avanços tecnológicos e desenvolvimentos legislativos de referência, colaborando na gestão dos investimentos da instituição.

III

**Propósito:** Garantir que a unidade assume um envolvimento direto na gestão dos investimentos e aquisições, participando ativamente na deteção de necessidades, planificações e análises de viabilidade e posterior implementação. A unidade conhece e analisa os novos requisitos legais e avanços tecnológicos, o que lhe permite planificar uma adaptação progressiva dos espaços, instalações, equipamentos e meios técnicos, melhorando a segurança e eficiência e adequando os custos de funcionamento às necessidades reais. Esta planificação é determinante para as decisões de aquisições e investimento.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identifica as suas necessidades de adequação a novos cenários tecnológicos e legislativos.

2 – A unidade planifica de uma forma sistemática as ações que deve desenvolver para adequar as suas estruturas, organização, instalações e equipamento às novas exigências.

**Standard S 08.11** A Unidade de Gestão Clínica adoptou e está integrada numa gestão por processos, o que garante o desenvolvimento eficaz das atividades assistenciais.

II

**Propósito:** Garantir que para gerir o fluxo das atividades assistenciais a unidade adota uma gestão por processos, identificando os processos estratégicos, operacionais e de suporte, designando os responsáveis e o seu nível de decisão, identificando os elementos-chave e avaliando e melhorando a sua gestão ao longo do tempo.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identifica os seus processos estratégicos, operacionais (de realização do serviço) e de suporte, identificando os processos-chave, para conseguir que a atividade assistencial alcance um nível ótimo.

2 – A unidade estabeleceu um sistema formal de monitorização dos processos estratégicos, operacionais e de suporte, o que lhe permite uma análise dos resultados e a implementação de melhorias.

# IV. Processos de suporte

## 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

### Intenção do critério

A Unidade de Gestão Clínica necessita de dar resposta às necessidades de informação dos utentes, dos profissionais e de outras entidades em tempo útil e de forma adequada, pelo que deverá apoiar-se na oferta de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e nos desenvolvimentos de novas possibilidades em termos destas tecnologias.

A necessidade de progressiva adaptação aos novos avanços tecnológicos e aos sistemas que os suportam está refletida nos standards deste critério, com o propósito de atingir um maior nível de desenvolvimento na gestão da Unidade de Gestão Clínica e da informação assistencial associada, potenciando as relações e implicações, não só da unidade e da instituição, como também de outros sistemas organizativos e de informação de níveis superiores.

| **Standard** S 09.01 | Os Sistemas de Informação dão resposta às necessidades de informação da Unidade de Gestão Clínica, permitindo o acompanhamento de objetivos e resultados e apoiando a tomada de decisões por parte da gestão da instituição. |
|---|---|

I ○ ○

**Propósito:** Dispor de Sistemas de Informação para cobrir a gestão dos principais processos da unidade, que permitam disponibilizar aos profissionais informação fidedigna e em tempo real para a realização de atividades e para o acompanhamento de objetivos e resultados apresentados.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de Sistemas de Informação que permitem a análise sistemática de dados.
2 – A unidade identifica os dados de que necessita e tem definida a estratégia operacional para realizar essa análise.
3 – Os profissionais da unidade têm acesso à informação gerada através dos Sistemas de Informação.

**Standard S 09.02** Aplicam-se procedimentos para garantir a validade dos dados incluídos nos Sistemas de Gestão da Informação.

I

**Propósito:** Garantir a qualidade e fiabilidade da informação contida nos Sistemas de Informação (informação útil). Os Sistemas de Informação são paralelos ao sistema real e refletem a situação da instituição em todo o momento.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade realiza uma manutenção sistemática das bases de dados contidas nos seus Sistemas de Informação.

2 – A unidade dispõe de um procedimento para realizar a manutenção dos Sistemas de Gestão da Informação, avaliando a sua integridade e qualidade e adotando medidas corretivas no caso de detetar desvios sobre os resultados esperados.

**Standard S 09.03** Existe um Sistema de Informação integrado que garante a existência de um dado único.

III

**Propósito:** Favorecer a integração de sistemas para eliminar as inconsistências de informação e diminuir o esforço dedicado à sua atualização/manutenção.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um Sistema de Informação principal de carácter institucional.

2 – A unidade implementou uma estratégia formal de integração dos diferentes Sistemas de Informação no Sistema de Informação principal da instituição.

3 – A informação fornecida pelos Sistemas de Informação da unidade e por qualquer Sistema de Informação da instituição é coincidente.

**Standard S 09.04** Encontram-se estabelecidos os procedimentos para uma correta gestão das disfunções dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação e estes estão contemplados num Plano de Contingência.

I

**Propósito:** Garantir um ambiente e ferramentas de trabalho robustos, mediante a deteção, avaliação e comunicação de todas as situações que geram disfunções.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um Plano de Contingência do Sistema de Informação e Comunicação, que lhe permite atuar de maneira eficiente em caso de incidências nestes sistemas de suporte.

2 – Os profissionais conhecem e aplicam o procedimento que devem seguir em caso de disfunção dos Sistemas de Informação e Comunicação.

# IV. Processos de suporte

## 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

**Standard S 09.05** Dispõe-se de Tecnologias de Informação orientadas para a inter-relação entre as pessoas, favorecendo a comunicação, a acessibilidade e a informação.

III

**Propósito:** Favorecer a inovação e o desenvolvimento de novas aplicações, plataformas, serviços de comunicação e informação no âmbito das novas tecnologias de informação, orientando os novos desenvolvimentos para as pessoas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade implementou uma estratégia que procura aproveitar e potenciar as novas possibilidades das Tecnologias de Informação e Comunicação.

2 – A unidade dispõe de ferramentas tecnológicas de comunicação que permitem a interatividade entre as pessoas, promovendo a criação de grupos e redes de pessoas relacionadas com a saúde. (ex.: portais de internet, comunidades virtuais, redes sociais, etc.).

**Standard S 09.06** Dispõe-se de um plano de gestão dos Sistemas de Informação.

II

**Propósito:** Dispor de uma estratégia e de um plano de projetos em relação aos Sistemas de Informação para dar resposta às necessidades dos profissionais e da organização.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de uma planificação operacional de gestão dos Sistemas de Informação.

2 – Todos os procedimentos relacionados com este âmbito estão enquadrados dentro do plano de Sistemas de Informação.

3 – O plano de gestão dos Sistemas de Informação é avaliado e melhorado, adaptando-o de forma contínua às necessidades dos profissionais e da organização.

**Standard S 09.07** Os Sistemas de Informação da Unidade estão integrados com a história de saúde da pessoa.

II

**Propósito:** Dispor de Sistemas de Informação que acedam a toda a informação clínica da pessoa, incorporando os seus resultados assistenciais na história de saúde.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de uma história de saúde digital com capacidade para incorporar toda a informação relacionada com a pessoa.

2 – Toda a informação clínica da pessoa deve estar disponível através dos Sistemas de Informação, de modo a poder ser utilizada pelos profissionais que dela necessitam.

3 – Na unidade utiliza-se um número único de identificação das pessoas para aceder aos registos clínicos.

**Standard S 09.08** Adotam-se medidas para garantir a proteção de dados de caráter pessoal, de acordo com o estabelecido na legislação em vigor.

I

**Propósito:** Estabelecer os mecanismos necessários para que a unidade se adeque aos princípios estabelecidos de proteção de dados pessoais, garantindo e protegendo a honra e a intimidade das pessoas e evitando situações que possam afetar a confidencialidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade promove de forma ativa a adesão dos seus profissionais à legislação em vigor sobre proteção de dados, mediante formação credível e formalização de compromissos explícitos de confidencialidade.
2 – A unidade informa as pessoas das medidas implementadas para garantir o cumprimento da legislação em vigor sobre proteção de dados.
3 – Os ficheiros que contêm informação de caráter pessoal são tratados de acordo com o estabelecido na legislação em vigor, relativamente à sua gestão, inscrição, manutenção, etc.
4 – Existe um documento de segurança de dados confidenciais aplicável à unidade e o mesmo está disponível e é conhecido por todos os profissionais da unidade.
5 – Realizam-se as revisões e auditorias periódicas estabelecidas pela legislação em vigor e aplicam-se as medidas corretivas perante desvios e incidentes detetados.

**Standard S 09.09** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de um Plano de gestão da segurança dos Sistemas de Informação e conta com sistemas de suporte da informação (replicação de informação ou redundância de suportes) para os sistemas que gerem informação crítica

III

**Propósito:** Dispor da estrutura organizativa, dos procedimentos, processos e recursos (humanos e técnicos) necessários, para que seja possível implementar e desenvolver, com garantias suficientes, medidas de segurança destinadas a salvaguardar a informação e os sistemas que a processam, assegurando ao mesmo tempo a disponibilidade da informação crítica.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identificou a sua informação crítica sobre a qual é prioritário atuar.
2 – A unidade dispõe de um Plano de gestão da segurança dos Sistemas de Informação, onde se especificam os planos de cópias de segurança, os responsáveis por o fazer, os procedimentos operativos, etc.

# IV. Processos de suporte

## 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação

**Standard S 09.10** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de página de internet e esta está certificada.

III

**Propósito:** Melhorar os recursos de informação de saúde disponíveis orientados para os cidadãos e os profissionais de saúde e assumir o compromisso de favorecer a acessibilidade e a transparência, tanto para profissionais como para os cidadãos.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade conta com uma página de internet dirigida aos cidadãos e/ou aos profissionais.

2 – A página de internet da unidade está certificada por um organismo independente.

3 – A página de internet respeita critérios de: acessibilidade, facilidade de utilização, confidencialidade, privacidade, transparência, política editorial ética, atualização da informação e definição de conteúdos.

## 10. Melhoria contínua

### Intenção do critério

Demonstrar que as atividades assistenciais e organizativas dos diferentes processos e serviços da Unidade de Gestão Clínica são monitorizadas, avaliadas e continuamente melhoradas, garantindo-se uma comunicação efetiva com os profissionais, bem como a monitorização e melhoria contínua da segurança do doente.

**Standard S 10.01** A Unidade de Gestão Clínica incorpora recomendações de boa prática no desenho e implementação dos seus procedimentos.

I

**Propósito:** Garantir que todos os procedimentos implementados na unidade, de âmbito assistencial clínico e não clínico, se sustentam na melhor evidência disponível (grau de recomendação ou nível de evidência, normativa, etc.) e nas competências necessárias para a sua implementação.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade tem identificados os seus procedimentos assistenciais e não assistenciais.
2 – Existe uma estratégia para incorporar a melhor evidência disponível nos procedimentos da unidade.
3 – Existem responsáveis pela atualização dos procedimentos assistenciais e não assistenciais.

**Standard S 10.02** A Unidade de Gestão Clínica tem uma metodologia de melhoria contínua estabelecida que lhe permite otimizar os resultados dos seus processos.

II

**Propósito:** Garantir que a Unidade de Gestão Clínica identifica os processos relacionados com a sua carteira de serviços de maior impacte na sua atividade (uso racional do medicamento, procedimentos de risco, uso eficiente de recursos, etc.) e que, mesmo que não tenham sido definidos pelo SNS, estabelece um sistema de monitorização e empreende ações de melhoria que lhe permitam otimizar os seus resultados.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade identificou, em função da sua carteira de serviços, os processos com maior impacte na sua atividade.
2 – Existe uma estratégia para incorporar na prática clínica as recomendações baseadas na melhor evidência disponível.
3 – A unidade implementa medidas corretivas para os processos onde não se atingem os resultados esperados.
4 – Avaliam-se as medidas implementadas.

# IV. Processos de suporte

## 10. Melhoria contínua

**Standard S 10.03** A Unidade de Gestão Clínica utiliza e atualiza protocolos, processos, algoritmos, guias de prática clínica e planos de cuidados normalizados ou estabelecidos por consenso na unidade.

I

**Propósito:** Garantir que a unidade aplica um procedimento para a revisão e atualização das normas e recomendações implementadas na unidade (guias, protocolos, planos de cuidados, algoritmos clínicos, etc.) e que estas estão baseadas na melhor evidência disponível.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade estabeleceu consenso sobre os protocolos, processos, algoritmos, guias de prática clínica e planos de cuidados a utilizar.
2 – Existe uma estratégia para incorporar na prática clínica as recomendações baseadas na melhor evidência disponível.
3 – Existem responsáveis pela atualização das recomendações adotadas em função da evidência científica disponível.

**Standard S 10.04** A Unidade de Gestão Clínica avalia o seu nível de adesão às normas e recomendações de boa prática clínica implementadas.

III

**Propósito:** Aplicar procedimentos de revisão do nível de utilização e cumprimento das normas e recomendações de boa prática clínica implementadas na unidade (guias de prática clínica, protocolos, planos de cuidados, algoritmos, fluxogramas de atuação clínica, etc.) por parte dos profissionais. Esse procedimento deve incluir pelo menos a priorização e periodicidade das revisões, a definição de indicadores e o método de avaliação.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Dispõe-se de um procedimento para avaliar o nível de adesão dos profissionais da unidade às recomendações implementadas sobre prática clínica.
2 – Definiram-se indicadores que permitem medir o grau de adesão dos profissionais às recomendações implementadas na unidade sobre prática clínica.
3 – Dispõe-se de resultados da monitorização do grau de adesão dos profissionais às recomendações implementadas na unidade e identificam-se áreas de melhoria.

**Standard S 10.05** A Unidade de Gestão Clínica avalia o nível de adesão dos profissionais às recomendações sobre a utilização de alta tecnologia disponível.

II

**Propósito:** Aplicar um procedimento de revisão do cumprimento das recomendações implementadas sobre a utilização adequada da alta tecnologia por parte dos seus profissionais. Esse procedimento deve incluir pelo menos priorização e periodicidade das revisões, definição de indicadores e método de avaliação.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade tem os critérios de utilização da alta tecnologia existente definidos em função da evidência científica disponível.

2 – Dispõe-se de um procedimento para avaliar o grau de adesão dos profissionais às recomendações implementadas na unidade sobre a utilização de alta tecnologia.

3 – Definiram-se indicadores para medir o grau de adesão dos profissionais às recomendações implementadas na unidade sobre a utilização da alta tecnologia.

4 – Dispõe-se de resultados de adesão dos profissionais às recomendações implementadas na unidade sobre a utilização da alta tecnologia e, em função disso, identificam-se áreas de melhoria.

**Standard S 10.06** Na Unidade de Gestão Clínica identificam-se os riscos para a segurança do doente.

I

**Propósito:** Identificar e analisar os riscos relacionados com eventos adversos.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de uma metodologia validada (matriz de riscos, AMFE, mapa de riscos, etc.) para a gestão de riscos, que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas.

2 – Os profissionais da unidade envolvem-se na identificação de riscos.

10. Melhoria contínua

**Standard S 10.07** A Unidade de Gestão Clínica incorpora boas práticas para prevenir incidentes de segurança.

**Propósito:** Garantir a implementação de práticas seguras recomendadas pelo SNNIEA, DGS, Observatório da Segurança do Doente ou outras entidades de reconhecido mérito, que sejam aplicáveis no âmbito das atividades da unidade.

**Elementos avaliáveis:**

1 – De acordo com o seu âmbito de atuação, a unidade identificou práticas seguras relacionadas com a preservação da segurança do doente (prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, práticas de cirurgia segura, práticas anestésicas seguras, práticas seguras relacionadas com cuidados de enfermagem, práticas seguras relacionadas com melhorias na comunicação, práticas seguras de identificação do doente, uso seguro dos medicamentos, etc.).

2 – A unidade segue uma metodologia adequada para a implementação das práticas seguras identificadas: formação dos profissionais, monitorização operacional da sua implementação e avaliação periódica.

**Standard S 10.08** A Unidade de Gestão Clínica tem um procedimento seguro de identificação das pessoas, que aplica antes da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.

**Propósito:** Dispor de mecanismos de verificação da identificação da pessoa, precisos e inequívocos, que diminuam a possibilidade de erro na prestação de cuidados de saúde.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade definiu um plano de ação relativamente à identificação das pessoas, que contempla a confirmação verbal da identidade e a verificação da utilização de meios de identificação seguros e redundantes (utilização de pulseira de identificação ou método correspondente, análise de circuitos, verificação das responsabilidades dos profissionais, etc.).

2 – Os profissionais avaliam periodicamente os indicadores de controlo relativamente à identificação de pessoas e implementam áreas de melhoria.

**Standard S 10.09** A Unidade de Gestão Clínica notifica os riscos, incidentes e eventos adversos.

**Propósito:** Garantir que a unidade estabeleceu e aplica um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade utiliza um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos (ex.: infeções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, cirurgia em localização incorreta, quedas de doentes, etc.), que permite contabilizá-los e analisá-los.

2 – A unidade envolve os profissionais na notificação de incidentes e eventos adversos.

**Standard S 10.10** A Unidade de Gestão Clínica analisa os eventos adversos e põe em marcha as ações necessárias e oportunas para prevenir a sua recorrência futura.

**Propósito:** Utilizar a informação sobre eventos adversos para tomar decisões e empreender ações que impeçam a sua recorrência. Em função da sua análise, a unidade estabelece estratégias orientadas para o redesenho dos seus processos e procedimentos, de modo a que estes impeçam a sua recorrência futura e monitoriza a efetividade dessas medidas ao longo do tempo.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um procedimento para a análise dos eventos adversos comunicados, o qual contempla: responsabilidades, análise, definição de ações corretivas e acompanhamento da implementação das mesmas, etc.

2 – Implementam-se oportunamente as medidas corretivas para evitar que os eventos adversos se voltem a repetir.

3 – Avalia-se a efetividade das medidas implementadas.

10. Melhoria contínua

**Standard S 10.11** A Unidade de Gestão Clínica fomenta o uso responsável e seguro do medicamento e de produtos sanitários pelos profissionais.

**Propósito:** Estabelecer medidas e desenvolver ações tendentes a conseguir uma utilização mais adequada, eficiente e segura dos medicamentos e produtos sanitários.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade implementa boas práticas relativamente ao uso seguro do medicamento (conciliação da medicação na admissão, alta e transferência dentro do hospital; manuseamento da medicação de alto risco; utilização dos sistemas de prescrição eletrónica disponíveis na unidade; critérios de segurança na prescrição escrita; preparação, administração e registo da medicação administrada; práticas seguras no manuseamento de bombas de infusão; programas de formação em planos de acolhimento de novo pessoal; controlo de medicamentos com nome e/ou aparência semelhante, etc.)
2 – Dispõe-se de uma folha única de tratamento para cada pessoa.
3 – A unidade cumpre os objetivos contratualizados ou estabelecidos no seu acordo de gestão relativamente ao consumo de medicamentos e desempenho da sua prestação farmacológica.

**Standard S 10.12** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de informação sobre a adequação da prescrição farmacêutica em relação a grupos de doentes de risco e incorpora na sua prática clínica recomendações de boa prática de prescrição.

**Propósito:** Facilitar uma utilização segura dos medicamentos incorporando na prática clínica dos seus profissionais recomendações baseadas em estudos de idoneidade da prescrição para grupos de doentes específicos e vulneráveis, tais como doentes crónicos e doentes polimedicados, etc.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de recomendações baseadas em estudos de idoneidade da prescrição para grupos de doentes específicos.
2 – A unidade realiza uma revisão estruturada da medicação de doentes polimedicados seguindo uma metodologia definida.
3 – A unidade dispõe de relatórios periódicos de atuações levadas a cabo em função das revisões realizadas aos doentes polimedicados (registo de alterações de tratamentos, controlo do riscos de interações e revisões das caixas de medicamentos, etc.).
4 – A unidade tem indicadores definidos para avaliar o grau de adesão dos profissionais a essas recomendações e define objetivos para esses indicadores.

# V. Resultados

## 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

### Intenção do critério

Numa Unidade de Gestão Clínica de excelência, todos os resultados que apresentam tendências positivas resistem à comparação com outras unidades semelhantes e estes resultados são a consequência do seu sistema da qualidade e de uma gestão eficiente dos seus processos. A unidade deve estar focada nos resultados de saúde, tendo ainda em conta a acessibilidade, a satisfação das pessoas e o conhecimento dos profissionais.

**Legenda:**

I OBRIGATÓRIOS

I GRUPO I

II GRUPO II

III GRUPO III

**Standard S 11.01** Está definido e implementado um quadro de indicadores para a monitorização dos indicadores da qualidade e segurança da unidade.

I

**Propósito:** Dispor de um sistema de monitorização dos resultados baseado em indicadores, que permita estabelecer objetivos, identificar desvios e corrigir as suas causas.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade dispõe de um quadro de indicadores ou outro sistema para o acompanhamento dos seus indicadores da qualidade e segurança.

2 – Existe uma avaliação periódica dos resultados dos indicadores da qualidade e segurança, identificando-se áreas de melhoria.

3 – Os indicadores da qualidade e segurança apresentam melhores resultados após a implementação e áreas de melhoria identificadas.

**Standard S 11.02** Os objetivos da qualidade e segurança definidos pela Unidade de Gestão Clínica são cumpridos e melhorados.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Controlar e atuar para que se alcancem ou se mantenham todos os objetivos propostos para os indicadores estabelecidos na unidade, com base num programa de monitorização.

**Elementos avaliáveis:**

1 – A unidade cumpre todos os objetivos propostos nos seus indicadores da qualidade e segurança.

2 – A unidade melhora os seus resultados ao longo do tempo.

**Standard S 11.03** A Unidade de Gestão Clínica disponibiliza e promove a utilização de ferramentas de avaliação e análise da satisfação dos utentes e incorpora melhorias a partir dos resultados obtidos.

**Propósito:** Dispor de ferramentas que permitam uma avaliação continuada da satisfação dos utentes e utilizá-las como elemento de melhoria contínua.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Dispõe-se de mecanismos para promover a utilização de ferramentas de avaliação da satisfação das pessoas.
2 – A análise periódica dos resultados de satisfação obtidos (inquéritos de satisfação e reclamações) por parte da unidade está sistematizada.
3 – A unidade identifica os aspetos que proporcionam um menor grau de satisfação aos utentes e implementa melhorias orientadas para aumentar a sua satisfação.
4 – Observa-se uma melhoria nos resultados de satisfação a partir da implementação de melhorias.

**Standard S 11.04** Cumprem-se os tempos de resposta dos processos da Unidade de Gestão Clínica incluídos na sua Carteira de Serviços.

**Propósito:** Realizar as atividades da unidade num tempo adequado às necessidades das pessoas e às caraterísticas dos processos.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade identificou os principais tempos de resposta para as atividades incluídas na sua oferta de cuidados de saúde.
2 – Cumprem-se os tempos de resposta definidos pela unidade para os serviços de saúde que são prestados.

**Standard S 11.05** A Unidade de Gestão Clínica avalia e otimiza os tempos de resposta.

**Propósito:** Realizar um acompanhamento continuado dos principais tempos de resposta, identificar e implementar melhorias e avaliar o seu impacte.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Monitorizam-se os tempos de resposta assistencial definidos pela unidade para os serviços de saúde que são prestados com o objetivo de os melhorar.
2 – Identificam-se e implementam-se melhorias nos tempos de resposta.
3 – Avalia-se o impacte das melhorias implementadas.

# V. Resultados

## 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 11.06** Os indicadores dos processos assistenciais implementados na Unidade de Gestão Clínica são cumpridos e melhorados.

**Propósito:** Assegurar que os resultados dos processos assistenciais implementados se encontram dentro das margens (critérios de aceitação) pré-estabelecidas e que se desenvolvem ações no sentido de melhorar a gestão dos mesmos.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Cumprem-se os indicadores dos processos assistenciais implementados na unidade.
2 – Incorporam-se melhorias para melhorar os resultados.

**Standard S 11.07** A Unidade de Gestão Clínica dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados a fim de os corrigir.

**Propósito:** Realizar o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para a atividade da unidade.

**Elementos avaliáveis:**
1 – Monitoriza-se periodicamente o orçamento da unidade.
2 – Caso sejam detetados desvios relativamente ao orçamento aprovado, estabelecem-se ações corretivas.

**Standard S 11.08** Dispõe-se de um sistema de controlo de gestão da atividade que permite conhecer o custo direto dos serviços por área clínica ou área de atividade.

**Propósito:** Dispor de um sistema de controlo que permita à Unidade de Gestão Clínica conhecer o custo direto dos seus serviços.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade conhece o custo direto dos seus serviços.
2 – Realiza-se uma monitorização periódica do custo direto dos serviços.

**Standard S 11.09** Os indicadores de resultado da Unidade de Gestão Clínica são tornados públicos.

III

**Propósito:** Proporcionar à pessoa informação que lhe permita tomar decisões de escolha com conhecimento de causa e exercer os seus direitos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade publica os seus resultados usando canais de comunicação acessíveis às pessoas.
2 – A informação proporcionada sobre os resultados da unidade deve ser suficiente para permitir às pessoas fazer escolhas de acordo com as suas expetativas e necessidades.

**Standard S 11.10** Comparam-se os resultados com os de outras Unidades de Gestão Clínica e com aquelas que são consideradas as melhores do sector.

III

**Propósito:** Tomar as decisões de melhoria mais corretas, baseando-se a unidade para isso numa análise alargada, que inclua a comparação dos seus resultados com os de outras organizações ou processos e com aquelas que são consideradas as melhores do sector, com o fim de identificar e implementar as melhores práticas.

**Elementos avaliáveis:**
1 – A unidade identifica os resultados a melhorar.
2 – A unidade compara os seus resultados identificados com os de outras unidades ou organizações consideradas as melhores do sector.
3 – A unidade identifica e implementa as melhores práticas com base numa análise comparativa.

**Standard S 11.11** A Unidade de Gestão Clínica assegura que a formação contínua realizada, na qual participam os seus profissionais, está acreditada.

I

**Propósito:** Garantir a qualidade das atividades de formação realizadas pelos profissionais da unidade.

**Elementos avaliáveis:**
1 – As atividades de formação contínua dos profissionais da unidade estão acreditadas.

**NA** Não aplicável em Portugal

# V. Resultados

## 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica

**Standard S 11.12** A Unidade de Gestão Clínica promove a acreditação do nível de competência dos seus profissionais.

II

IMPRESCINDÍVEL

**Propósito:** Garantir a qualidade da formação e das competências obtidas pelos profissionais de saúde.

**Elementos avaliáveis:**

1 – Pelo menos 15% dos profissionais de saúde da unidade têm uma acreditação do nível das suas competências válida.

2 – Esta percentagem incrementa-se 5% ao ano até alcançar os 40%.

**NA** Não aplicável em Portugal

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

DGS
Direção-Geral da Saúde

Departamento
da Qualidade na Saúde

MS 1.02

Junho 2014