



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde

AS COMISSÕES DE QUALIDADE E SEGURANÇA E O DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE

J. Alexandre Diniz
Anabela Coelho
Filipa Homem Christo

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE

DESPACHO N.º 14223/2009

DR N.º 120 DE 24/6/2009

MISSÃO

Promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

- 1. Qualidade clínica e organizacional**
- 2. Informação transparente ao cidadão**
- 3. Segurança do doente**
- 4. Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde**
- 5. Gestão integrada da doença e inovação**
- 6. Gestão da mobilidade internacional de doentes**
- 7. Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS**

COMISSÕES DA QUALIDADE E SEGURANÇA

Despacho n.º 3635/2013
DR n.º 47 de 07/03/2013

ATRIBUIÇÕES DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

- 1. Homologar os Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança até ao final do ano anterior**
- 2. Receber, analisar e homologar relatórios de atividades das Comissões da Qualidade e Segurança**
- 3. Divulgar no seu *site* os planos e relatórios de atividades Comissões da Qualidade e Segurança**

ATRIBUIÇÕES DO DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE

- 1. Definir matriz de Plano e Relatório de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança**
- 2. Reunir com os elementos dos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde, responsáveis pela implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, pelo menos de 3 em 3 meses**
- 3. Reunir, pelo menos uma vez por ano, com todos os presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança**
- 4. Criar, com os presidentes das Comissões da Qualidade e Segurança, uma rede permanente para disseminação de orientações**

ATRIBUIÇÕES DAS ARS

- 1. Implementar, a nível regional, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde**
- 2. Incluir nos contratos programa as atividades previstas nos planos de atividade das comissões da qualidade e segurança de cada unidade de saúde**
- 3. Divulgar, no seu site, os planos e relatórios de atividades comissões da qualidade e segurança da sua área territorial**

ATRIBUIÇÕES DE CADA UNIDADE DE SAÚDE

- 1. Constituir a Comissão da Qualidade e Segurança**
- 2. Elaborar e enviar para a Direção-Geral da Saúde o plano e relatório de atividades, respetivamente no último trimestre do ano anterior a que diz respeito e no primeiro trimestre do ano seguinte a que diz respeito**
- 3. Divulgar no seu site os respetivos Plano e Relatório de Atividades, após homologação do Diretor-Geral da Saúde**
- 4. Incluir no respetivo contrato programa as atividades previstas no Plano de Atividades anual da Comissão da Qualidade e Segurança**

ATRIBUIÇÕES DE CADA UNIDADE DE SAÚDE

- 1. Constituir a Comissão da Qualidade e Segurança**
- 2. Elaborar enviar para a Direção-Geral da Saúde o plano e relatório de atividades, respetivamente no último trimestre do ano anterior a que diz respeito e no primeiro trimestre do ano seguinte a que diz respeito**
- 3. Divulgar no seu site os respetivos Plano e Relatório de Atividades, após homologação do Diretor-Geral da Saúde**
- 4. Incluir no respetivo contrato programa as atividades previstas no Plano de Atividades anual da Comissão da Qualidade e Segurança**



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde

Plano das Comissões de Qualidade e Segurança

Anabela Coelho

Eixo Estratégico	Objetivos Operacionais	Linhas de Ação
Qualidade Clínica e Organizacional	Implementar normas de orientação clínica e organizacional, que ajudem os profissionais de saúde a utilizarem melhores práticas profissionais nas diferentes áreas de atuação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Divulgar normas de orientação clínica 2. Identificar necessidades de formação 3. Promover momentos de discussão das práticas clínicas 4. Monitorizar o grau de implementação das Normas 5. Participar, ativamente, nas auditorias clínicas 6. Realizar auditorias clinicas internas 7. Outras linhas de ação (inscrever qual)
	Monitorizar os níveis da qualidade das unidades	<ol style="list-style-type: none"> 8. Avaliar e monitorizar o cumprimento das respostas dadas pelos Gabinetes do Cidadão dentro dos prazos legais às exposições, reclamações e sugestões apresentadas pelos cidadãos 9. Avaliar o grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde e dos seus profissionais 10. Outras linhas de ação (inscrever quais)

Eixo Estratégico	Objetivos Operacionais	Linhas de Ação
<p style="text-align: center;">Qualidade Clínica e Organizacional</p>	<p>Assegurar mecanismos de controlo de infeções e de resistências aos antibióticos</p>	<p>11. Participar nas redes de vigilância HELICS e de resistências aos antibióticos (HOSPITAIS)</p>
		<p>11. Participar na monitorização da infeção do local cirúrgico na pós-alta hospitalar do programa de vigilância HELICS Cirurgia e na rede de vigilância dos microrganismos alerta e problema e das resistências aos antimicrobianos. (ACES)</p>
		<p>12. Implementar e monitorizar as Normas/Orientações da DGS sobre: Reprocessamento em Endoscopia Digestiva (HOSPITAIS), Precauções Básicas do Controlo da Infeção, Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos, Princípios gerais de antibioterapia, Utilização de Ampicilina, Amocacilina e Amoxicilina/ácido Clavulânico e sobre Enterobacteriaceae produtoras da carbapenemase New Delhi metalo-β-lactamase 1 (NDM-1)</p>
		<p>13. Outras linhas de ação</p>

Eixo Estratégico	Objetivos Operacionais	Linhas de Ação
Segurança do Doente	Garantir mecanismo de vigilância e controlo da segurança do doente	14. Implementar e monitorizar as Normas/Orientações sobre: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, Cirurgia Segura Salva Vidas (HOSPITAIS), Análise de Incidentes e Eventos Adversos, Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e da sua envolvente (HOSPITAIS), Identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde (HOSPITAIS) e Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) para Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde.
		15. Avaliar a Cultura de Segurança do Doente de acordo com a Orientações da DGS (HOSPITAIS)
		16. e 17. Outras linhas de ação (inscrever quais)
Gestão Integrada da Doença e Inovação	Garantir a integração de cuidados	17. e 18. Participar nas medidas de GID da IRC, obesidade, EM, hipertensão arterial pulmonar
		18. e 19. Implementar e monitorizar o PAI da Diabetes
		19. e 20. Implementar e monitorizar a prescrição de cuidados respiratórios domiciliários
		20. e 21. Outras linhas de ação

Eixo Estratégico	Objetivos Operacionais	Linhas de Ação
Acreditação	Implementar a acreditação de unidades de saúde com o modelo nacional e oficial de acreditação (modelo ACSA)	21. Implementar a acreditação da Gestão Clínica com o modelo oficial de acreditação nos serviços clínicos hospitalares, com especial enfoque na área da saúde da mulher e da criança, cirurgia de ambulatório e cirurgia cardio-torácica, nefrologia e transplantes. (HOSPITAIS)
		Implementar o plano de acreditação das USF modelo B, prioritariamente em cumprimento do artigo 40º do DL 298/2007 e do despacho 24 101/2077 do Ministro da Saúde (ACES)
		22. Identificar necessidades de Formação no modelo nacional de acreditação em saúde
		23. Promover momentos de discussão dos <i>standards</i> do modelo nacional de acreditação em saúde

Próximos Passos

- Os planos de atividades são suportados em formulários electrónicos disponibilizados pela:
 - DGS, via sitio institucional, para os ACES
 - ACSS, via SICO/Plano Estratégico, para os Hospitais e Unidades Locais de Saúde
- A inscrição das atividades nos formulários deve acontecer até ao final do ano
- Contatos: ARS e DQS (anabelacoelho@dgs.pt)

Programa Nacional de Acreditação em Saúde



**Estratégia Nacional de
Qualidade na Saúde**
despacho 14223/ 2009

DQS - DGS
Modelo de qualificação de unidades
de saúde

**Programa Nacional de
Acreditação em Saúde
PNAS**

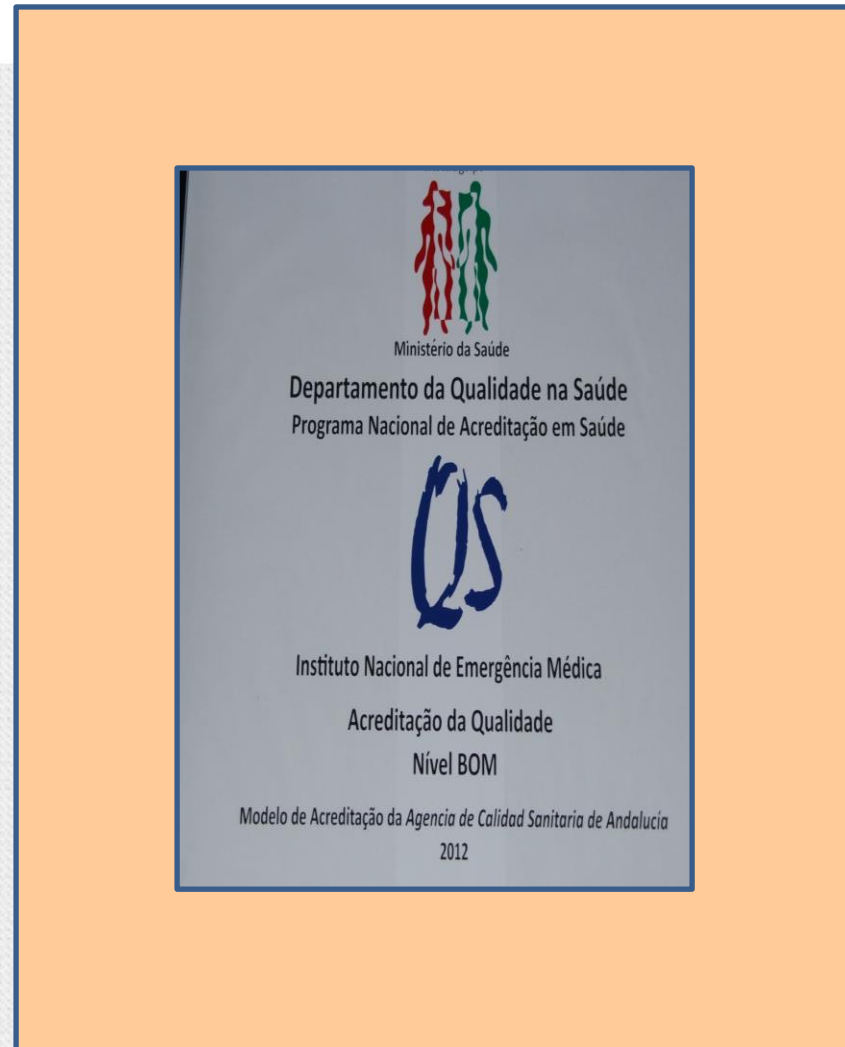
Modelo ACSA



Com base no
cumprimento dos
standards
do
Modelo Nacional de Acreditação de
Unidades de Saúde
e
através de um processo de
certificação
levado a cabo pelos avaliadores do
PNAS/DQS
a

DGS

emite o respetivo certificado
que sustenta a
ACREDITAÇÃO
da Unidade de Saúde



é 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 (standards)**
e para implementar meios de melhorar
continuamente



I - O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde

1. Utentes: satisfação, participação e direitos
2. Acessibilidade e continuidade assistencial
3. Documentação clínica

II – Organização da actividade centrada no utente

4. Gestão por processos
5. Actividades de promoção da saúde
6. Direcção

III – Profissionais

7. Os profissionais: desenvolvimento e formação

IV – Áreas de Suporte

8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
10. Sistema da qualidade

V – Resultados

11. Resultados chaves da organização



I - O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde

1. Utentes: satisfação, participação e direitos



Standard - S 01.01

A Unidade de Gestão Clínica cumpre o conteúdo da Carta de Direitos e Deveres do Utente do SNS

Propósito

Garantir a difusão e o cumprimento dos direitos do utente

Elementos avaliáveis

A unidade garante que as pessoas conhecem os seus direitos?

A carta de direitos e deveres está adaptada às características da população atendida?

Evidencias

- D - Documentais** (cartaz, desdobráveis, website, Guia ou outro, formação, atas, etc)
- E - Entrevista** a profissionais e utentes
- V - Verificação** durante a visita aos diferentes locais

Ciclo PDCA

Fase **Descrição**

Perfil de melhoria prévio

Antes de se iniciar o processo de acreditação, foi determinada a importância, para a organização, do propósito do standard.

Planeamento
(Plan)

Delimita o objectivo e o sistema de informação

Definiram-se os indicadores que avaliam a concretização do standard.

Planifica

Definiram-se as acções necessárias para cumprir o standard.

Define funções

Determinaram-se as responsabilidades e os recursos humanos necessários para cumprir o standard.

Comunica

Comunicou-se, a todos os implicados no processo, o plano para cumprir o standard.

Adequa recursos

Definiram-se e alocaram-se todos os recursos necessários para cumprir o standard.

Cumprimento
(Do)

Cumpre

São cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacte e os indicadores definidos.

Avaliação
(Check)

Avalia

Identificaram-se os desvios dos resultados obtidos.

Adequação
(Act)

Corrige e melhora

Empreenderam-se as acções necessárias para eliminar os desvios observados.

Cumprimento
(Do)

Cumpre

São cumpridos os propósitos do standard, de acordo com o seu impacte e os indicadores definidos.

EVIDÊNCIAS POSITIVAS:

dispomos de factos,
de ferramentas e de
recursos
para dar resposta ao
que é definido e
pedido
no estándar

ÁREAS DE MELHORIA:

identificámos que
carecemos de factos,
ferramentas ou recursos
para responder
ao standard
ou então
que a evidência
de que dispomos é fraca
e não contempla todas
as situações possíveis



A unidade que se quer acreditar tem de demonstrar:

Como respeita os **direitos** dos doentes e familiares

Como aborda e implementa os **processos assistenciais**

Como regista/ organiza o processo e a **documentação clínica**

Como promove o uso racional **de medicamentos e tecnologias**

Como assegura a gestão das **competências profissionais**

Como gere os seus **processos de suporte e de segurança**

A unidade que se quer acreditar tem de demonstrar:

Como faz o **levantamento de riscos** e trata o risco clínico

Como trata a **privacidade e a confidencialidade dos dados**

Como garante **instalações e recursos** adequados e seguros

Como assegura a **manutenção de equipamentos** e controlo de fornecedores

Como faz o seguimento dos compromissos e dos objectivos

Como avalia os resultados do seu **desempenho** e os comunica

MODELO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO EM SAÚDE (ACSA)

Fases do processo de acreditação

FASE 1

Preparação

Candidatura (Formulário)



Designação da
equipa
avaliadora

Visita de
apresentação

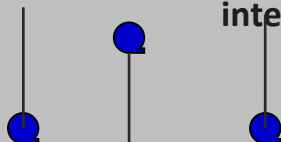


FASE 2

Enfoque Interno

Auto-avaliação

Plano de
melhoria
interno

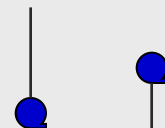


Registos do resultado
da auto-avaliação

FASE 3

Enfoque Externo

Avaliação Externa



Relatório de
avaliação

FASE 4


Acompanhamento

Auto-avaliação de acompanhamento



Informação da
avaliação de
acompanhamento

Níveis de acreditação



	Standards Grupo I	Standards Grupo II	Standards Grupo III
BOM	> 70 % (incluindo <u>todos os</u> obrigatórios)		
ÓPTIMO	100%	> 40%	
EXCELENTE	100%	100%	> 40%

Ferramentas e recursos

✓ **Manuais de Standards** (português)(4)

✓ Procedimentos de certificação – **Prd.01.00**

✓ Aplicação informática **@Qredita** (**acesso reservado**) que suporta o processo de acreditação e é acessível a partir de qualquer PC que tenha acesso à internet

✓ **Guia do Utilizador** da **@Qredita**

✓ **Manual de Apoio** à auto-avaliação

✓ **Apoio on –line** permanente via **@Qredita**

✓ Exemplos de **Boa Prática**

✓ **Documentação** de Apoio

✓ **Formação** para auto-avaliadores e teleformação

✓ **Bolsa de avaliadores certificados pela ISQUA**



@Qredita

Próximos Passos

- Identificação pelos Conselhos de Administração dos serviços clínicos a acreditar, tendo em conta prioridades clínicas (não exclusivas) definidas pelo Ministério da Saúde, (há exceções legitimamente justificadas) e exceptuando sempre duplicação de acreditações
- Identificação pelas ARS das Unidades de Saúde Familiares a candidatar à acreditação
- Realização de acções de apresentação do Programa Nacional de Acreditação com o modelo nacional e oficial do Ministério da Saúde
- Realização de acções de formação na área da gestão clínica para os profissionais de saúde das unidades que entram em processo
- **Contatos: ARS e DQS** (filipahc@dgs.pt / filipahc@gmail.com)



DGS

Direção-Geral da Saúde



Departamento
da Qualidade na Saúde



www.dgs.pt