



Manual de Standards  
**Hospitais**

  
**ME 2 1\_06**

**ME 2 1\_06**

Março 2024

**Edição e Adaptação**

Departamento da Qualidade na Saúde  
Direção-Ceral 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.

**Adaptado de**

Manual de Estándares Centros Hospitalarios ME 2 1\_06  
Sob autorização da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>

que detém a licença Creative Commons:



Reconhecimento – Não Comercial – Sem Obra Derivada (by-nc-nd)  
Não é permitido o uso comercial da obra original, nem a criação  
de obras derivadas.

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introdução</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>2. Âmbito de aplicação do Manual</b>                    | <b>6</b>  |
| <b>3. Estrutura de um standard</b>                         | <b>7</b>  |
| <b>4. Estrutura do Manual</b>                              | <b>9</b>  |
| <b>5. Fases do processo de certificação</b>                | <b>11</b> |
| <b>Fase 1:</b> Pedido de certificação                      | 11        |
| <b>Fase 2:</b> Autoavaliação                               | 12        |
| Recomendações para abordar a fase de autoavaliação         | 12        |
| Em que consiste a autoavaliação?                           | 12        |
| <b>Fase 3:</b> Avaliação                                   | 13        |
| Resultados da certificação                                 | 13        |
| <b>Fase 4:</b> Acompanhamento                              | 14        |
| <b>6. Standards do Manual</b>                              | <b>15</b> |
| <b>Bloco 1. Gestão do Hospital</b>                         | 16        |
| Critério 1. Liderança e organização do Hospital            | 17        |
| Critério 2. Gestão por processos assistenciais             | 28        |
| <b>Bloco 2. Atenção centrada no doente</b>                 | 33        |
| Critério 3. Direitos do doente e continuidade assistencial | 34        |
| Critério 4. Qualidade técnico-científica                   | 47        |
| <b>Bloco 3. Segurança</b>                                  | 53        |
| Critério 5. Segurança do doente                            | 54        |
| Critério 6. Suporte  | 69        |
| <b>7. Glossário de Termos</b>                              | <b>90</b> |
| <b>8. Comissão Técnica</b>                                 | <b>97</b> |





# 1. INTRODUÇÃO

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

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

## O que é a certificação?

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

Durante o processo de certificação, é fornecida informação aos Hospitais sobre os seus aspetos de qualidade, favorecendo e promovendo processos de avaliação e melhoria contínua.

## 8 BENEFÍCIOS DA CERTIFICAÇÃO

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



## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO MANUAL

Com este Manual de Standards poderão ser certificados todos os Hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde e os Hospitais privados que o desejem.



### 3. ESTRUTURA DE UM STANDARD

Um standard é um elemento de medida com o qual se avalia as diferentes dimensões da qualidade de um Hospital. Os standards são dicotómicos (cumprem-se ou não se cumprem) e todos os elementos avaliáveis que o compõem devem estar em conformidade com o standard para que este seja cumprido.

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



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

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



Obrigatório



Grupo I



Grupo II



Grupo III



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

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

**c) Código:** os números que o constituem indicam, da esquerda para a direita, o Manual a que o standard pertence, o critério em que o standard se enquadra, a ordem numérica que ocupa dentro do critério e o número de revisões realizadas. Assim, na anterior figura, o código do standard indica que pertence ao Manual dos Hospitais (Manual número 2), que está localizado no critério 1 (“Liderança e organização do Hospital”), que é o quinto standard desse critério e que foi revisto uma vez.

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

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



## 4. ESTRUTURA DO MANUAL

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

### BLOCO 1: GESTÃO DO HOSPITAL



#### CRITÉRIO 1 LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL

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



#### CRITÉRIO 2 GESTÃO POR PROCESSOS ASSISTENCIAIS

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

### BLOCO 2: ATENÇÃO CENTRADA NO DOENTE



#### CRITÉRIO 3 DIREITOS DO DOENTE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

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



#### CRITÉRIO 4 QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

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

### BLOCO 3: SEGURANÇA



#### CRITÉRIO 5 SEGURANÇA DO DOENTE

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



#### CRITÉRIO 6 SUPORTE

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

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



## 5. FASES DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

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



### Fase 1: **Pedido de certificação**

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

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

## Fase 2: **Autoavaliação**

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

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

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

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

### **Recomendações para abordar a fase de autoavaliação**

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

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

### **Em que consiste a autoavaliação?**

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

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



### Fase 3: **Avaliação**

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

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

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

### **Resultados da certificação**

- **Pendente de estabilização de standards obrigatórios**

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

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

|                  | <b>BOM</b>                      | <b>ÓTIMO</b> | <b>EXCELENTE</b> |
|------------------|---------------------------------|--------------|------------------|
| <b>GRUPO I</b>   | ≥ 70% incluindo os obrigatórios | 100%         | 100%             |
| <b>GRUPO II</b>  |                                 | ≥ 40%        | 100%             |
| <b>GRUPO III</b> |                                 |              | ≥ 40%            |



#### Fase 4: Acompanhamento

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

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

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

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



## 6. Standards do Manual





CRITÉRIO 1



LIDERANÇA  
E ORGANIZAÇÃO  
DO HOSPITAL

CRITÉRIO 2



GESTÃO POR  
PROCESSOS  
ASSISTENCIAIS

BLOCO 1:  
**GESTÃO DO HOSPITAL**

# CRITÉRIO 1: LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL

## OBJETIVO DO CRITÉRIO

A liderança eficaz do Hospital é fundamental para que a sua organização seja eficiente e o atendimento que se oferece à pessoa seja excelente. Cabe à direção do Hospital fomentar a cultura da qualidade e a melhoria contínua, devendo para isso ser definido um plano, serem desenvolvidas estratégias e estruturas, bem como dispor de ferramentas para pôr em prática o delineado.

É indispensável criar um organograma, definir as funções e responsabilidades dos líderes e dos profissionais, fomentar a sua formação e desenvolvimento, bem como estabelecer canais de comunicação eficazes para facilitar e potenciar o trabalho dos profissionais, a fim de cumprir os objetivos estabelecidos e melhorar os resultados alcançados e a qualidade dos serviços prestados.

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

- Definir um plano estratégico como ferramenta de gestão, que especifique as principais linhas de orientação do trabalho do Hospital durante um período determinado.
- Gerir de forma eficaz os recursos humanos disponíveis, identificando os profissionais mais apropriados em cada área de trabalho, tendo em conta as funções e responsabilidades definidas.
- Definir uma estrutura de trabalho para a gestão da qualidade do Hospital e realizar um controlo eficiente e sistemático de toda a sua documentação.
- Selecionar os indicadores que devem fazer parte do painel de controlo do Hospital, para avaliar os dados e transformá-los em informação útil, bem como permitir a tomada de decisões baseadas em factos objetivos.
- Definir, planear e coordenar as atividades necessárias para melhorar a atenção oferecida aos utilizadores do Hospital a partir do conhecimento das necessidades e expectativas da pessoa, família e profissionais.
- Conhecer e resolver as sugestões e reclamações da pessoa e familiares em relação aos cuidados de saúde recebidos, utilizando a informação como elemento potenciador da qualidade do Hospital.



## O Hospital possui uma estrutura da qualidade.



### Grupo: I obrigatório

**Código:** S 2 01.01\_00

**Propósito:** Dispor de uma estrutura da qualidade para promover o desenvolvimento da estratégia da qualidade do Hospital.

#### Elementos avaliáveis:

1. No Hospital existe um gestor da qualidade ou uma unidade da qualidade que promove a cultura da qualidade entre os profissionais e a correta implementação do plano da qualidade.
2. A estrutura da qualidade definiu a sua carteira de serviços.
3. A estrutura da qualidade integra as comissões técnicas do Hospital.
4. Existe uma comissão da qualidade que se reúne periodicamente para apoiar e avaliar o desenvolvimento da estratégia da qualidade do Hospital.

## O Hospital possui um sistema de gestão de documentos.



### Grupo I

**Código:** S 2 01.02\_00

**Propósito:** Planear e controlar de forma eficiente e sistemática a elaboração, manutenção, utilização e divulgação dos documentos do Hospital (ex.: planos, procedimentos, relatórios, etc.).

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica um procedimento de gestão de documentação que inclui, entre outros aspetos: responsabilidades, prazos de atualização de documentação que exija revisões periódicas, armazenamento e acesso.
2. Os documentos do Hospital são indexados e atualizados. Os documentos contêm, no mínimo, a data de elaboração/revisão e o profissional responsável pela sua elaboração.
3. Os documentos do Hospital estão acessíveis a qualquer hora e local por profissionais autorizados.



## O Hospital possui um organograma onde são estabelecidas as responsabilidades dos líderes da instituição.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 01.03\_01**

**Propósito:** Definir o organograma do Hospital, incluindo as suas estruturas organizacionais e o fluxo de responsabilidades dos líderes. Manter o organograma atualizado e divulgá-lo aos profissionais.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um organograma atualizado que representa a sua estrutura formal (ex. conselho de administração, direções de serviços, gestor da qualidade, etc.).
2. O Hospital tem definidas as responsabilidades dos seus líderes.
3. O organograma do Hospital e as responsabilidades dos seus dirigentes são divulgados para que sejam conhecidos pelos profissionais.

## O Hospital definiu as funções e responsabilidades dos postos de trabalho.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 01.04\_01**

**Propósito:** Definir as funções e responsabilidades de cada posto de trabalho do Hospital como instrumento de apoio essencial ao melhor e mais eficiente desenvolvimento das atividades dos profissionais.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identificou os postos de trabalho que o compõem e definiu as suas funções e responsabilidades.
2. Os profissionais do Hospital conhecem as suas funções e responsabilidades.



## O Hospital ausculta e analisa a satisfação percebida pela pessoa, familiar e/ou cuidador.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 01.05\_01**

**Propósito:** Conhecer e analisar a satisfação da pessoa, familiar e/ou cuidador sobre o atendimento e cuidados recebidos, o estado das instalações, os tempos de espera, a intimidade, a informação dada, etc., com vista a realizar um diagnóstico preciso da situação e implementar melhorias no Hospital.

### Elementos avaliáveis:

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

## O Hospital utiliza as reclamações como fonte de informação para a melhoria da sua organização e funcionamento.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 01.06\_02**

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

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica um procedimento de gestão de reclamações, que define as responsabilidades, os circuitos, os prazos de resposta e os relatórios que devem ser elaborados.
2. As reclamações recebidas no Hospital são respondidas em tempo útil de acordo com as normas vigentes.
3. O número, os motivos e os prazos de resposta das reclamações recebidas são analisados, pelo menos, semestralmente. São definidas e implementadas as ações de melhoria sempre que necessário.



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



**Grupo: II**

**Código: S 2 01.07\_02**

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

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital disponibiliza canais estáveis para comunicação de sugestões de pessoas, familiares e/ou cuidadores (ex.: redes sociais, exposições orais, correio eletrónico, caixas de sugestões, comentários livres em inquéritos de satisfação, etc.) e fomenta o seu uso.
2. O Hospital analisa semestralmente as sugestões recebidas e implementa as melhorias necessárias. A informação recebida por esses canais é representativa.

**O Hospital implementa um sistema de gestão abrangente para todo o tipo de riscos que enfrenta.**



**Grupo: III**

**Código: S 2 01.08\_00**

**Propósito:** Identificar, classificar, priorizar e gerir todos os riscos que possam ter um impacto negativo na consecução dos objetivos do Hospital.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital dispõe de uma comissão/estruturas que identifica os riscos relevantes (ex.: políticas sociais, económicos, laborais, de gestão ambiental, de segurança da informação, clínicos, de acessibilidade, etc.), tendo em conta o seu possível impacto negativo nos seus objetivos estratégicos, sustentabilidade e continuidade das suas atividades.
2. Os riscos identificados são classificados e priorizados com base numa matriz de riscos.
3. São determinados os planos de ação necessários para controlar e minimizar os riscos priorizados e os profissionais envolvidos são informados.



## O Hospital tem um plano estratégico.



**Grupo: I**

**Código: S 2 01.09\_02**

**Propósito:** Planear a gestão do Hospital a médio e longo prazo com base na realização de uma análise prévia da situação e dos objetivos a alcançar. Para realizar esta análise devem ser incluídos profissionais, doentes ou outras instituições com as quais o Hospital tenha relacionamento. Esse planeamento deve estar refletido num documento (plano estratégico), que sirva de guia para o Hospital no cumprimento dos objetivos definidos. O documento é atualizado periodicamente e dado a conhecer aos profissionais.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital definiu a sua missão, visão e valores.
2. O Hospital realizou uma análise ou diagnóstico prévio da situação através de uma ferramenta validada (ex.: análise SWOT, Matriz BCG, etc.).
3. O Hospital definiu um plano estratégico que responde à sua missão, visão e valores e que contempla: prazo de vigência (3 a 5 anos), linhas estratégicas, objetivos, cronograma e responsabilidades.
4. O plano estratégico é divulgado para que seja conhecido pelos profissionais.

## O Hospital elaborou um plano da qualidade.



**Grupo: I**

**Código: S 2 01.10\_00**

**Propósito:** Definir os níveis da qualidade a alcançar de acordo com as necessidades e expectativas da população que atende, dos profissionais que trabalham no Hospital e de outras partes interessadas. Envolver os profissionais na elaboração e implementação do plano, contribuindo para promover e melhorar a cultura da qualidade.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital define um plano da qualidade, que inclui o seu controlo, linhas de trabalho, objetivos, responsabilidades, cronograma e método de avaliação.
2. Os profissionais do Hospital conhecem o plano da qualidade e participaram na sua elaboração.



## Os objetivos propostos no plano da qualidade são implementados e desenvolvidos.



### Grupo II

**Código: S 2 01.11\_00**

**Propósito:** Planejar e realizar auditorias internas que permitem ao Hospital conhecer o nível de implementação e desenvolvimento dos objetivos propostos no plano da qualidade.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital elabora um programa de auditorias internas para avaliar o nível de cumprimento das linhas de trabalho do seu plano da qualidade. O plano de auditorias define, pelo menos, o número de auditorias a realizar, os auditores selecionados, a organização das atividades a auditar e os indicadores definidos.
2. O Hospital leva a cabo o programa de auditorias internas e disponibiliza os relatórios das auditorias realizadas, nos quais estão incluídos os resultados obtidos e as melhorias identificadas.
3. A direção do Hospital define o planeamento e acompanhamento das melhorias obtidas ou identificadas a partir das auditorias internas realizadas.
4. Os profissionais são informados dos resultados obtidos e das medidas corretivas a implementar.

## O Hospital elabora planos de formação individual de acordo com as necessidades formativas dos profissionais e dos seus objetivos estratégicos.



### Grupo: II

**Código: S 2 01.12\_00**

**Propósito:** Identificar as necessidades formativas dos profissionais para elaborar planos de formação individual que ajudem a obter e atualizar os seus conhecimentos, desenvolver competências e alcançar os objetivos estratégicos do Hospital.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital utiliza uma ferramenta para identificar periodicamente as necessidades formativas dos seus profissionais (ex.: entrevistas, questionários, etc.) e analisa estas necessidades para desenvolver um plano de formação que tenha em conta os objetivos estratégicos do Hospital.
2. O Hospital dispõe de planos de formação individual que permitem adquirir e atualizar o conhecimento dos profissionais e o desenvolvimento de competências, nomeadamente competências técnico-científicas, de humanização e de comunicação, entre outras.
3. Utilizam-se ferramentas para avaliar a formação recebida pelos profissionais.



## O Hospital dispõe de um plano de formação específico para cargos intermédios.



### Grupo: II

#### Código: S 2 01.13\_00

**Propósito:** Garantir a formação de cargos intermédios, nomeados ou com possibilidade de nomeação no futuro, em competências transversais como liderança, gestão de equipas, qualidade e gestão clínica.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um plano específico de formação para profissionais que desempenham, ou podem desempenhar no futuro, cargos intermédios. Este plano permite a formação em competências e conhecimentos transversais, tais como liderança, gestão de equipas, qualidade e gestão clínica.
2. Utilizar ferramentas para avaliar a formação recebida pelos profissionais.

## O Hospital dispõe de um plano de orientação para cargos intermédios no primeiro ano após a sua nomeação.



### Grupo: III

#### Código: S 2 01.14\_00

**Propósito:** Garantir o desempenho profissional dos cargos intermédios de recente nomeação através de um plano de orientação personalizado, que tenha em conta os reflexos de outros cargos intermédios e dos membros da equipa diretiva.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um plano específico de orientação ou assessoria personalizada para todos os cargos intermédios durante o seu primeiro ano de nomeação.
2. O plano conta com o envolvimento específico de outros cargos intermédios com maior experiência, sejam da mesma ou de outra instituição.
3. Utilizam-se ferramentas para avaliar o suporte recebido pelos profissionais.



## A direção do Hospital usa o clima laboral como um elemento de desenvolvimento organizacional.



**Grupo: II**

**Código: S 2 01.15\_01**

**Propósito:** Analisar o clima laboral do Hospital e promover a sua melhoria, estabelecendo as necessárias medidas com a participação dos profissionais.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital mede anualmente ou de dois em dois anos o clima laboral e avalia os resultados obtidos, identificando áreas de melhoria.
2. O Hospital define e implementa as ações necessárias para abordar as áreas de melhoria detetadas.
3. O Hospital divulga os resultados obtidos na avaliação do clima laboral entre os profissionais, bem como as melhorias identificadas e implementadas.

## O Hospital dispõe de um painel de controlo que fornece a informação necessária para a tomada de decisões.



**Grupo: I**

**Código: S 2 01.16\_02**

**Propósito:** Dispor, de forma uniforme e resumida, dos indicadores relevantes que o Hospital monitoriza para a tomada de decisões com base em resultados. Medir de forma sistemática e planeada estes indicadores para verificar se estão nos níveis preestabelecidos e introduzir medidas corretivas sempre que necessário.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um painel de controlo que possui os indicadores relevantes para a tomada de decisões (ex.: indicadores da atividade, processos, económico-financeiros, segurança do doente, tempos de resposta, etc.). Para os indicadores em que seja possível, foi definido o seu objetivo ou padrão de referência.
2. O Hospital apresenta um plano de monitorização que explicita os indicadores e respetiva meta de cumprimento, a periodicidade das medições dos indicadores, os responsáveis e as fontes de proveniência da informação (ex.: auditorias de histórias clínicas, auditorias internas, sistemas de informação, etc.).
3. O Hospital monitoriza os indicadores de acordo com a periodicidade definida e avalia os resultados obtidos face aos objetivos ou padrões de referência definidos e, se necessário, identifica melhorias.
4. O Hospital informa os profissionais envolvidos das melhorias identificadas.



## O Hospital compara os seus resultados com os de outras instituições e/ou com aqueles que são considerados líderes do sector.



**Grupo: III**

**Código: S 2 01.17\_02**

**Propósito:** Realizar uma análise que inclua a comparação de resultados com outras instituições e/ou com aquelas consideradas líderes do sector (*benchmarking*), com o objetivo de identificar e implementar as melhores práticas.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa os resultados de outras instituições com as quais deseja comparar-se, com base em critérios como resultados excelentes, similitude da carteira de serviços, complexidade, entre outros.
2. O Hospital incorpora as práticas realizadas pelas instituições com as quais se compara, avaliando se as mesmas permitem a obtenção de melhores resultados.

## O Hospital estabelece e gere um plano de comunicação.



**Grupo: II**

**Código: S 2 01.18\_02**

**Propósito:** Assegurar que são estabelecidos processos de comunicação eficazes dentro e fora do Hospital, bem como a difusão da informação necessária para o desenvolvimento das suas atividades.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e implementa um plano de comunicação, que contempla os canais de comunicação externos e internos, a informação a difundir por cada um deles, assim como as respetivas responsabilidades.
2. O Hospital avalia periodicamente o uso que é feito dos canais de comunicação, com base em critérios ou indicadores previamente estabelecidos, e identificam-se áreas de melhoria.





**Grupo: I**

**Código: S 2 01.19\_02**

**Propósito:** Elaborar um relatório anual que reflita os resultados das principais linhas de atividade (ex.: atividade assistencial, formação, investigação, etc.) e os resultados globais do Hospital. Difundir este documento como exercício de transparência.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital elabora um relatório anual que inclui as suas principais linhas de atividade e os seus resultados globais (ex.: clínicos, satisfação, tempos de resposta, etc.).
2. O relatório anual de atividades é divulgado aos profissionais, pessoas e principais partes interessadas.



## CRITÉRIO 2: GESTÃO POR PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### OBJETIVO DO CRITÉRIO

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

- Identificar os seus principais processos assistenciais, organizar equipas responsáveis pelos mesmos e definir a sequência de atividades que compõem cada processo, tendo em conta as necessidades da pessoa, dos profissionais e dos recursos disponíveis.
- Coordenar as respostas e os cuidados de que os doentes necessitam, realizando uma gestão horizontal e garantindo a continuidade assistencial.
- Reduzir a variabilidade, eliminar ineficiências associadas à repetição das atividades e otimizar a utilização de recursos.
- Racionalizar os exames de diagnóstico e as medidas terapêuticas.
- Analisar e medir os resultados da capacidade e eficácia de cada processo assistencial, identificando e priorizando áreas de melhoria.
- Incorporar a experiência do doente nos processos assistenciais para os melhorar, adaptando-os o mais possível às suas expectativas e circunstâncias de vida.



## O Hospital tem definido o seu mapa de processos.



### Grupo: I obrigatório

**Código: S 2 02.01\_00**

**Propósito:** Dispor de um mapa de processos como ferramenta para melhorar a gestão do Hospital. Identificar os processos do Hospital (estratégicos, assistenciais, operacionais e de suporte) e representá-los graficamente num mapa para visualizar facilmente quais são e como se relacionam entre si.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica os seus processos estratégicos, assistenciais, operacionais e de suporte.
2. O Hospital dispõe de um mapa de processos no qual são visualizados os processos estratégicos, assistenciais, operacionais e de suporte, bem como as suas inter-relações.
3. O mapa de processos é mantido atualizado e divulgado aos profissionais do Hospital.

## O Hospital implementa a gestão por processos assistenciais.



### Grupo: I obrigatório

**Código: S 2 02.02\_02**

**Propósito:** Implementar os processos assistenciais identificados pelo Hospital para reduzir a variabilidade, melhorar a coordenação e eliminar as ineficiências que podem ser geradas. Designar responsáveis, definir as atividades que compõem cada processo assistencial e selecionar os indicadores para a sua avaliação.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital designa um responsável pela implementação de cada processo assistencial identificado.
2. O Hospital descreve o conjunto de atividades que compõem cada processo assistencial, contemplando Quem, Como, Quando e Onde se realizam essas atividades.
3. O Hospital, para a avaliação dos processos assistenciais implementados, definiu os indicadores e suas fórmulas, os objetivos ou padrões de referência e a periodicidade de medição.
4. O Hospital avalia os indicadores dos processos assistenciais implementados segundo a periodicidade definida, identifica melhorias e difunde os resultados aos profissionais envolvidos.



## O Hospital cumpre os indicadores dos processos assistenciais implementados e estabelece novos objetivos focados na melhoria contínua.



### Grupo: I

**Código:** S 2 02.03\_00

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

#### Elementos avaliáveis:

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

## O Hospital melhora a eficiência dos seus processos assistenciais.



### Grupo: II

**Código:** S 2 02.04\_00

**Propósito:** Otimizar o funcionamento dos processos assistenciais implementados no Hospital melhorando a qualidade da assistência prestada.

#### Elementos avaliáveis:

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



## O Hospital incorpora a experiência do doente na melhoria dos processos assistenciais e avalia os resultados em saúde.



**Grupo: III**

**Código: S 2 02.05\_00**

**Propósito:** Conhecer a percepção do doente, tanto no que respeita aos resultados da sua assistência como em relação ao processo assistencial e à qualidade do mesmo, para identificar e implementar melhorias a esse nível.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital utiliza instrumentos para conhecer a experiência do doente (PREM) em relação ao seu processo assistencial e para identificar o que não traz valor (ex.: burocracia e esperas excessivas, testes diagnósticos desnecessários, etc.).
2. O Hospital define e implementa as melhorias necessárias para otimizar o funcionamento dos processos assistenciais incorporando a experiência dos doentes.
3. O Hospital avalia os resultados em saúde com base na percepção do próprio doente (PROM), identifica áreas de melhoria e planifica-as.

## O Hospital tem implementada a gestão por processos nos seus serviços de suporte.



**Grupo: II**

**Código: S 2 02.06\_01**

**Propósito:** Implementar os processos de suporte identificados pelo Hospital para eliminar as ineficiências que possam ser geradas. Designar responsáveis, descrever as atividades que compõem cada processo de suporte e selecionar os indicadores para a sua avaliação.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital designa um responsável pela implementação de cada processo de suporte identificado.
2. O Hospital descreveu a sequência das atividades que compõem cada processo de suporte, contemplando Quem, Como, Quando e Onde se realizam essas atividades.
3. O Hospital, para a avaliação dos processos de suporte, definiu os indicadores e suas fórmulas, os objetivos ou padrões de referência e a periodicidade de medição.
4. O Hospital avalia os indicadores dos processos de suporte segundo a periodicidade definida, identifica as melhorias e divulga os resultados aos profissionais envolvidos.



## O Hospital define os critérios de qualidade dos serviços de suporte e analisa os desvios ocorridos e comunicados pelos profissionais.



### Grupo: II

#### Código: S 2 02.07\_02

**Propósito:** Definir e divulgar os critérios de qualidade dos serviços de suporte que apoiam os serviços ou unidades assistenciais. Pôr à disposição dos profissionais do Hospital ferramentas que permitam a comunicação e o registo dos desvios detetados relativamente aos critérios de qualidade definidos, com o objetivo de promover a implementação de melhorias que otimizem o desempenho dos serviços de suporte.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital definiu os critérios de qualidade dos serviços de suporte (ex.: hotelaria, limpeza, manutenção, eletromedicina, informática, etc.) que prestam apoio às unidades ou serviços assistenciais.
2. O Hospital dispõe de ferramentas que permitem a comunicação e o registo dos desvios detetados de acordo com os critérios de qualidade definidos.
3. Os profissionais do Hospital, dependendo do seu grau de responsabilidade, têm disponíveis para consulta os critérios de qualidade dos serviços de suporte e conhecem e utilizam as ferramentas estabelecidas para comunicar e registar os desvios que detetam.
4. O Hospital analisa, junto com as unidades ou serviços de suporte envolvidos, os desvios comunicados, com o objetivo de abordar a implementação de melhorias nos serviços de suporte.

## O Hospital melhora a eficiência dos seus processos de suporte.



### Grupo: III

#### Código: S 2 02.08\_00

**Propósito:** Otimizar o funcionamento dos processos de suporte implementados no Hospital melhorando a qualidade da atenção que presta aos seus utilizadores.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa periodicamente as atividades ou circuitos dos processos de suporte para identificar ineficiências (ex.: atrasos nas atividades de manutenção dos equipamentos e instalações, atrasos dos fornecedores, excesso de *stock*, etc.).
2. O Hospital utiliza ferramentas da qualidade (ex.: diagrama de *Ishikawa*, 5s, etc.) para identificar as causas das ineficiências encontradas.
3. O Hospital realiza as alterações necessárias para melhorar o funcionamento dos processos de suporte implementados.





CRITÉRIO 3



DIREITOS  
DO DOENTE  
E CONTINUIDADE  
ASSISTENCIAL

CRITÉRIO 4



QUALIDADE  
TÉCNICO-  
-CIENTÍFICA

BLOCO 2:  
**ATENÇÃO CENTRADA NO DOENTE**

## CRITÉRIO 3: DIREITOS DO DOENTE E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

### OBJETIVO DO CRITÉRIO

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

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

- Respeitar os direitos de cada pessoa durante o processo assistencial.
- Prestar cuidados de acordo com as condições específicas de saúde de cada pessoa, suas características socioculturais e suas necessidades, expectativas, desejos e preferências.
- Promover o envolvimento e a participação da pessoa na tomada de decisão sobre o seu processo assistencial.
- Abordar a perspetiva bioética nos cuidados de saúde prestados pelo Hospital.
- Desenvolver mecanismos que favoreçam o acesso das pessoas aos serviços de saúde.
- Melhorar a gestão do tempo de atendimento.
- Dispor de um processo clínico de saúde com informação suficiente para apoiar o diagnóstico e justificar o cuidado e tratamento da pessoa.
- Facilitar a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, de modo a garantir a continuidade assistencial.
- Conhecer os recursos de apoio existentes para realizar uma gestão eficaz e racional dos mesmos.
- Melhorar o acompanhamento e a continuidade dos cuidados, bem como facilitar o acesso aos recursos de apoio necessários à pessoa e/ou cuidador.



## O Hospital respeita a intimidade da pessoa e a confidencialidade da sua informação clínica e pessoal durante todo o percurso assistencial.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.01\_02**

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

### Elementos avaliáveis:

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

## O Hospital informa as pessoas sobre todos os aspetos relacionados com o seu problema de saúde.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.02\_02**

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

### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital informam verbalmente a pessoa, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspetos relacionados com o seu processo de saúde (ex.: procedimentos, finalidade de cada meio complementar de diagnóstico ou terapêutica, riscos, próximos exames, etc.) e realizam o registo no seu processo clínico. Nos casos legalmente estabelecidos, o representante da pessoa é informado, ficando igualmente registado no processo.
2. Os profissionais do Hospital utilizam mecanismos para informar a pessoa de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais.
3. Nas consultas e na alta hospitalar, a pessoa é informada e recebe as notas de alta com os elementos essenciais do seu processo, com vista a garantir a continuidade dos cuidados.
4. O circuito é definido e implementado para que a pessoa possa aceder ao seu processo clínico.





### Grupo: I obrigatório

Código: S 2 03.03\_02

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

### Elementos avaliáveis:

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





Grupo: III

Código: S 2 03.04\_02

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

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um procedimento que descreve o modo de abordar os problemas de saúde que, pelo seu impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, são suscetíveis de um maior envolvimento na tomada de decisão sobre o seu processo de cuidados de saúde (ex.: doenças crónicas, oncológicas, terminais, etc.).
2. O Hospital dispõe de ferramentas de ajuda à tomada de decisão (ex.: diabetes, cancro da mama, cancro da próstata, etc.) elaboradas por organismos nacionais ou internacionais, ou pelo próprio Hospital, com base na melhor evidência científica disponível.
3. Os profissionais conhecem e utilizam as ferramentas de ajuda à tomada de decisão disponíveis no Hospital e registam no processo clínico o seu uso e a decisão consensualizada com a pessoa.



## O Hospital garante a utilização adequada de medidas de contenção nos casos indicados.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.05\_01**

**Propósito:** Uniformizar as indicações e procedimentos para aplicação das medidas terapêuticas adequadas à resolução de um cenário agressivo (ex.: agitação do doente, heteroagressividade, intenção de autoflagelação, etc.) e para evitar riscos e danos ao doente, aos demais doentes e aos profissionais do Hospital.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica protocolos destinados a garantir o uso adequado de medidas de contenção (ex.: contenção verbal, farmacológica, mecânica, etc.). Estes protocolos incluem as indicações e procedimentos de aplicação de cada uma das medidas de contenção existentes e os registos a efetuar no historial clínico.
2. O protocolo de contenção farmacológica inclui, entre outros, os medicamentos eleitos (ex.: ansiolíticos, antipsicóticos, etc.) e a sua via de administração.
3. Na contenção mecânica é utilizado o material de contenção aprovado, que não represente risco para a integridade física e a dignidade da pessoa.
4. Na história clínica regista-se o consentimento verbal (ou escrito, dependendo de circunstâncias excecionais) da pessoa ou representante legal, o tipo de contenção, o motivo da mesma, o profissional que determinou a medida, o material utilizado, o início e a duração estimada da medida, a monitorização do estado da pessoa e os cuidados prestados.

## O Hospital garante a resolução de conflitos éticos que surjam no decurso do processo assistencial.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.06\_02**

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

### Elementos avaliáveis:

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





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.07\_02**

**Propósito:** Facilitar a acessibilidade da pessoa, familiares ou cuidadores às informações sobre os serviços prestados pelo Hospital. Utilizar canais de comunicação para divulgação de informação relativa à sua estrutura e funcionamento.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital avalia periodicamente os fatores que podem constituir risco para a acessibilidade dos doentes e/ou familiares aos seus serviços e desenvolve mecanismos para a facilitar (ex.: atendimento telefónico, adaptação de horários, pedido de consultas *online*, alertas de agendamento, cuidados no domicílio, consultas de ato único, etc.).
2. O Hospital disponibiliza informação atualizada sobre a sua estrutura e funcionamento através de canais de comunicação (ex.: *website*, redes sociais, manual do utilizador, etc.). As informações divulgadas incluem, no mínimo, carteira de serviços atualizada, localização, horário de funcionamento, correio eletrónico e telefones de contacto.



## Grupo: I

**Código: S 2 03.08\_00**

**Propósito:** Gerir o risco clínico para gerir de forma adequada e segura os fluxos de doentes, classificando-os de acordo com o grau de urgência/gravidade. Ter definidos os critérios de admissão no Hospital e os critérios de transferência para outro hospital, bem como a informação clínica a prestar para divulgação das ações realizadas no serviço de urgência.

### Elementos avaliáveis:

1. O serviço de urgência dispõe de um sistema de triagem estruturado (ex.: definição de níveis de prioridade no atendimento, tempo ideal entre a chegada e o atendimento para cada nível de atendimento, etc.). Um profissional médico e/ou enfermeiro é responsável pela triagem.
2. O serviço de urgência definiu e aplica os critérios de admissão no Hospital. Os profissionais do serviço de urgência registam as informações relevantes na história clínica da pessoa para a sua transferência para o serviço indicado. O doente e/ou familiares são informados dos motivos do internamento.
3. O serviço de urgência definiu e aplica os critérios de transferência do doente para outro hospital e as condições em que a mesma será realizada (ex.: transporte médico, acompanhamento, equipamentos, etc.).
4. Os profissionais do serviço de urgência registam no processo clínico a informação relevante sobre a transferência do doente para outro Hospital (ex.: motivo, cuidados durante a transferência, dados do prescriptor, do destinatário, serviço de transferência, etc.). O doente e/ou familiares são informados sobre o hospital de destino.



**Grupo: I**

**Código: S 2 03.09\_00**

**Propósito:** Proporcionar aos profissionais e aos doentes informação sobre os tempos de resposta dos exames laboratoriais e técnicas de imagem realizados (tempo de acesso ao exame/técnica e tempo de obtenção do resultado).

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O laboratório (do Hospital ou externo) dispõe de uma carteira de serviços que inclui informação sobre os seus tempos de resposta.
- 2.** O laboratório (do Hospital ou externo) estabeleceu canais de comunicação para divulgação dos tempos de resposta aos profissionais peticionários e aos doentes.
- 3.** O serviço de diagnóstico por imagem do Hospital dispõe de uma carteira de serviços e possui tempos de resposta definidos para a realização dos exames e elaboração de informações radiológicas.
- 4.** O serviço de diagnóstico por imagem estabeleceu canais de comunicação para divulgação dos tempos de resposta (tempo de acesso e tempo de obtenção do resultado) aos profissionais e doentes.



## O Hospital garante a existência de um processo clínico único por pessoa.



### Grupo: I obrigatório

#### Código: S 2 03.10\_02

**Propósito:** Ter um único processo clínico por pessoa, identificado de forma inequívoca, para evitar erros de duplicação de informação ou registos no processo clínico de outra pessoa. Garantir que a informação clínica gerada seja registada no processo clínico da pessoa.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui normas para registo no processo clínico e os profissionais aplicam-nas. Caso sejam detetadas duplicações ou outros erros de identificação, os profissionais comunicam-nos aos responsáveis com vista à sua fusão ou correção.
2. O Hospital selecionou os identificadores inequívocos a utilizar para identificar a informação clínica da pessoa e estes são utilizados corretamente pelos profissionais.
3. A informação gerada em cada episódio fica registada no processo clínico da pessoa. A documentação clínica que não é incorporada na história clínica *on time* (ex.: cuidados realizados fora do Hospital, como cuidados domiciliários, urgências ou outras) é identificada com os identificadores inequívocos selecionados e é posteriormente integrada na história clínica.

## O Hospital possui um processo clínico totalmente digitalizado.



### Grupo: II

#### Código: S 2 03.11\_01

**Propósito:** Possuir todos os registos e documentos relativos à assistência em saúde digitalizados e integrados num processo único. Evitar a coexistência de documentos em formato eletrónico e em formato papel, que dificultam a integração num único ficheiro e conduzem a um maior risco de perda de informação.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um registo de saúde eletrónico que permite realizar todos os registos gerados em saúde.
2. O Hospital não dispõe de documentos ou registos em papel associados aos cuidados de saúde (ex.: eletrocardiogramas, exames radiológicos, etc.).





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 03.12\_01**

**Propósito:** Analisar periodicamente os registos do processo clínico para verificar se os critérios de qualidade previamente definidos pelo Hospital são cumpridos e detetar possíveis desvios, de forma a melhorar o nível de qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital definiu critérios de qualidade e cumprimento a serem avaliados nos registos de saúde, incluindo aspetos sobre dados de identificação, dados clínicos e registos dos cuidados prestados à pessoa.
2. São realizadas, pelo menos anualmente, auditorias a uma amostra representativa de registos de saúde com base em critérios de qualidade definidos. Os resultados são analisados e, se necessário, são identificadas áreas de melhoria.
3. O Hospital divulga aos profissionais os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.





### Grupo: I obrigatório

#### Código: S 2 03.13\_01

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

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital informa sistematicamente as pessoas, familiares e cuidadores sobre quem são os seus profissionais de referência. Os profissionais estão devidamente identificados, com vista a que a pessoa conheça o profissional que a atende em cada momento.
2. Os profissionais responsáveis pelo doente realizam uma avaliação completa do mesmo (ex.: problemas de saúde, necessidades, situação social, etc.) e, quando aplicável, do cuidador.
3. Os profissionais responsáveis pelo doente consultam a diretiva antecipada de vontade do doente para conhecer os desejos da pessoa e estabelecer cuidados e tratamento de acordo com eles.
4. O plano de cuidados fica documentado no processo clínico do doente e é atualizado em função da sua evolução e novas necessidades. A frequência mínima de reavaliação do plano de cuidados é definida para doentes de longa permanência.
5. Os profissionais responsáveis informam o doente e/ou familiares sobre o plano de cuidados e suas atualizações.



## O Hospital facilita o acesso aos recursos de apoio necessários ao doente e/ou seu cuidador.



Grupo: II

Código: S 2 03.14\_01

**Propósito:** Garantir cuidados adequados aos doentes e seus cuidadores, especialmente aos mais vulneráveis e frágeis (ex.: múltiplas patologias, doentes altamente dependentes, doentes em situações paliativas, etc.). Facilitar o acesso aos recursos de apoio necessários ao doente e/ou seu cuidador e informá-los sobre a sua utilização adequada.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um registo dos recursos de apoio disponíveis e dos requisitos necessários à sua utilização ou solicitação por parte dos doentes e/ou cuidadores.
2. O Hospital identifica doentes e/ou cuidadores que necessitem de recursos de apoio (ex.: nutrição, material ortoprotésico, apoio domiciliário, apoio psicológico, cuidados paliativos, apoio no luto, apoio emocional, etc.).
3. O Hospital disponibiliza os recursos de apoio necessários ao doente e/ou seu cuidador, informando-os da sua utilização adequada ou fornecendo informações sobre como aceder aos mesmos. As informações fornecidas e/ou os recursos de apoio proporcionados ficam registados no processo clínico.

## O Hospital dispõe de informação sobre as desprogramações e interrupções da atividade programada e toma medidas para as reduzir.



Grupo: I

Código: S 2 03.15\_01

**Propósito:** Monitorizar e avaliar as desprogramações e interrupções de atividades programadas e as causas que as tenham ocasionado, estabelecendo-se as ações de melhoria pertinentes na ótica dos doentes e do Hospital.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital regista as desprogramações e interrupções da atividade programada (consultas, exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas) que ocorram e as causas que as originaram.
2. O Hospital analisa periodicamente as desprogramações e interrupções ocorridas (ex.: número, causas, serviços mais afetados, etc.) e as suas causas, com vista a identificar áreas de melhoria para as diminuir.



## O Hospital controla a demora no atendimento dos seus serviços.



**Grupo: I**

**Código: S 2 03.16\_01**

**Propósito:** Monitorizar a demora que ocorre na prestação dos serviços do Hospital e estabelecer as medidas necessárias para mantê-la em níveis aceitáveis previamente definidos.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de um sistema para monitorizar a demora no atendimento dos seus diferentes serviços ou unidades (ex.: urgências, diagnóstico por imagem, consultas externas, etc.).
2. O Hospital analisa a demora no atendimento dos diferentes serviços ou unidades, suas causas e evolução.
3. O Hospital implementa as medidas de melhoria necessárias para manter a demora em níveis aceitáveis.

## O Hospital cumpre os tempos de resposta dos processos incluídos na sua carteira de serviços e estabelece novos objetivos focados na melhoria contínua.



**Grupo: I**

**Código: S 2 03.17\_00**

**Propósito:** Verificar se os tempos de resposta definidos pela legislação em vigor e demais processos do Hospital são alcançados e melhorados, implementando ações que melhorem os seus resultados.

### Elementos avaliáveis:

1. Hospitais públicos: O Hospital cumpre os tempos de resposta definidos pela regulamentação em vigor (intervenções cirúrgicas, primeiras consultas de cuidados especializados e exames de diagnóstico) e os tempos de resposta de outros processos incluídos na sua carteira de serviços.
2. Hospitais privados: O Hospital cumpre os tempos de resposta que definiu para os processos incluídos na sua carteira de serviços (ex.: intervenções cirúrgicas, consultas externas, exames de diagnóstico, etc.).
3. O Hospital define novos objetivos mínimos a atingir em termos de tempos de resposta ou novos indicadores relacionados com tempos de resposta.



## CRITÉRIO 4: QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

### OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte conjunto de standards é garantir a aplicação da ciência e da tecnologia para prevenir, diagnosticar, tratar e cuidar dos doentes, bem como promover a pesquisa e inovação nas áreas biomédica e da saúde. Assim, são incluídos standards que visam a efetividade dos cuidados de saúde prestados no Hospital e a incorporação, na carteira de serviços, de atividades preventivas e de promoção da saúde, tanto a nível individual como de grupo, a fim de melhorar as condições de saúde dos doentes e a sua qualidade de vida.

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

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



## O Hospital garante cuidados de saúde de qualidade através de práticas baseadas em evidência.



### Grupo: I

**Código:** S 2 04.01\_02

**Propósito:** Uniformizar os processos assistenciais para reduzir a variabilidade clínica entre os profissionais do Hospital, utilizando ferramentas que permitam unificar critérios com base nas melhores evidências disponíveis. Essas ferramentas são implementadas e mantidas atualizadas.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital identifica anualmente os processos de cuidados de saúde em que existe maior variabilidade na prática clínica.
2. O Hospital seleciona e desenvolve as ferramentas necessárias para reduzir a variabilidade da prática clínica detetada (ex.: protocolos, guias de prática clínica, planos de cuidados, etc.) adaptando-as aos seus recursos (tecnologia, medicamentos ou outros). Estas ferramentas incorporam as melhores evidências disponíveis (grau de recomendação ou nível de evidência, regulamentos, bibliografia), são formalmente aprovadas, implementadas no Hospital e atualizadas periodicamente com base nas novas evidências disponíveis.

## O Hospital avalia o nível de adesão dos profissionais às recomendações de prática clínica implementadas.



### Grupo: II

**Código:** S 2 04.02\_00

**Propósito:** Avaliar a adesão dos profissionais do Hospital às recomendações contidas nos protocolos, guias de prática clínica e planos de cuidados, entre outros.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital seleciona anualmente esses protocolos, planos de cuidados e guias de prática clínica, entre outros, a avaliar, a fim de conhecer o uso que os profissionais fazem deles.
2. É avaliada a adesão dos profissionais às recomendações contidas nos protocolos e planos de cuidados selecionados.
3. Os resultados obtidos e as melhorias identificadas são divulgados aos profissionais, se necessário.



## Os profissionais do Hospital participam em Grupos de Trabalho e Comissões e aplicam as suas recomendações, decisões e protocolos.



### Grupo: I

**Código: S 2 04.03\_00**

**Propósito:** Participar nos Grupos de Trabalho e Comissões do Hospital para que os profissionais contribuam com os seus conhecimentos no estabelecimento dos critérios clínicos necessários à aplicação da evidência científica.

#### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital participam em Grupos de Trabalho e Comissões (ex.: Qualidade e Segurança, Nutrição, PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Farmácia e Terapêutica, Humanização, etc.) e na elaboração e/ou divulgação das recomendações, decisões e protocolos adotados.
2. Os profissionais do Hospital aplicam as recomendações, decisões e protocolos adotados pelos Comitês e Comissões da sua instituição.

## O Hospital realiza atividades de prevenção primária e secundária com base nas melhores evidências disponíveis.



### Grupo: II

**Código: S 2 04.04\_00**

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

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece as principais necessidades de saúde da sua população de referência e identifica quais as atividades de prevenção primária e/ou secundária que pode realizar individualmente ou em colaboração com outros agentes (ex.: sistema de saúde, sector educativo, serviços sociais, agentes locais, associações de doentes, etc.) e divulga-as.
2. O Hospital desenvolve atividades de prevenção primária e/ou secundária (ex.: campanhas de vacinação, promoção da amamentação, promoção da doação de órgãos, tecidos e sangue, aconselhamento sobre hábitos de vida saudáveis, programas de rastreio ou deteção, etc.).



## 0 Hospital realiza atividades de prevenção terciária com base nas melhores evidências científicas disponíveis.



**Grupo: I**

**Código: S 2 04.05\_00**

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

### Elementos avaliáveis:

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

## 0 Hospital definiu um programa de atendimento às vítimas de maus tratos.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 04.06\_01**

**Propósito:** Conhecer e aplicar os protocolos de atuação em caso de situações suspeitas de maus tratos (ex.: violência de género, abuso infantil, abuso de idosos, agressão sexual, etc.).

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital definiu e aplica os protocolos de atendimento às pessoas em caso de suspeita de maus tratos, que definem, pelo menos, os critérios que permitem ao profissional enfrentar uma situação de abuso, quando, como e a quem deverá ser comunicada a situação detetada e as ações coordenadas com outras instituições.
2. O Hospital dispõe de recursos para prestar uma assistência cómoda, íntima e tranquilizadora neste tipo de situações (ex.: circuitos especiais, espaços de atendimento diferenciados, apoio psicológico especializado, etc.).
3. O Hospital promove a formação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e deteção de situações de maus tratos (ex.: violência de género, abuso infantil, abuso de idosos, etc.).



## O Hospital realiza uma abordagem específica da dor.



### Grupo: I obrigatório

**Código:** S 2 04.07\_01

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

#### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital utilizam escalas validadas para medir a dor do doente (ex.: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), etc.), deixando registo da avaliação, intervenção e acompanhamento no processo clínico.
2. O Hospital possui e aplica protocolos ou guias de abordagem da dor, que contêm informação sobre os tratamentos farmacológicos disponíveis e respetiva evidência científica e sobre medidas não farmacológicas (ex.: acupuntura, abordagem psicológica, eletroterapia, etc.).
3. Os profissionais informam verbalmente o doente sobre o tratamento farmacológico prescrito para a dor e reforçam essa informação com a entrega de um suporte escrito durante a consulta e na alta do doente. O suporte escrito inclui, pelo menos, o nome do medicamento, a dose, a posologia, a via de administração e a duração do tratamento.
4. Os profissionais envolvidos no cuidado de doentes com dor recebem formação sobre a forma eficaz de lidar com a dor (ex.: utilização de escalas de avaliação, tratamento farmacológico e não farmacológico, etc.).

## O Hospital desenvolve linhas próprias de investigação.



### Grupo: II

**Código:** S 2 04.08\_02

**Propósito:** Definir uma estratégia de investigação no Hospital como elemento de inovação e desenvolvimento. Promover investigação própria do Hospital em função da linha de investigação e dos recursos disponíveis.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital tem definida uma estrutura de investigação (ex.: responsáveis, linhas de investigação, recursos, etc.).
2. O Hospital tem em curso projetos de investigação próprios aprovados pela Comissão de Ética de referência.
3. As pessoas que participam em projetos de investigação deram consentimento informado por escrito.
4. O Hospital aplica os resultados da investigação incorporando melhorias na prática clínica de rotina.



## O Hospital possui projetos de investigação ou inovação financiados e avaliados por agências externas.



**Grupo: III**

**Código: S 2 04.09\_01**

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

### Elementos avaliáveis:

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

## O Hospital publica os resultados da sua atividade de investigação em revistas científicas com fator de impacto.



**Grupo: II**

**Código: S 2 04.10\_00**

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

### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital participam de forma regular em trabalhos publicados em revistas científicas com fator de impacto (primeiro e segundo quartil).





CRITÉRIO 5



SEGURANÇA  
DO DOENTE

CRITÉRIO 6



SUPORTE

BLOCO 3:  
**SEGURANÇA**

## CRITÉRIO 5: SEGURANÇA DO DOENTE

### OBJETIVO DO CRITÉRIO

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

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

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



## O Hospital realiza uma gestão proativa dos riscos para a segurança do doente.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.01\_02**

**Propósito:** Evitar a ocorrência de incidentes identificando e analisando os riscos relacionados a eventos adversos reais ou potenciais, estabelecendo as medidas preventivas necessárias e divulgando esta informação aos profissionais do Hospital.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital utiliza periodicamente ferramentas validadas (ex.: FMEA, mapas de risco, etc.) para identificar e priorizar riscos para a segurança do doente. Os riscos podem ser identificados e priorizados globalmente para todo o Hospital ou estruturas (ex.: internamentos, blocos operatórios, urgências, consultas, etc.).
2. O Hospital identifica as medidas preventivas a implementar.
3. O Hospital divulga aos profissionais os riscos identificados e as medidas preventivas identificadas.

## O Hospital faz uma gestão reativa dos riscos para a segurança do doente.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.02\_01**

**Propósito:** Notificar os riscos e incidentes relacionados com a segurança do doente (ex.: infecções associadas à assistência em saúde, erros de medicação, cirurgias em locais incorretos, etc.) por meio de um sistema de notificação.

### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais das instalações utilizam um sistema de notificação de riscos e incidentes relativos à segurança do doente. O sistema de notificação está acessível aos profissionais.
2. O Hospital incentiva a notificação e proporciona formação aos profissionais sobre o que notificar, como o fazer e sobre o funcionamento do sistema de notificação, etc.



## O Hospital analisa os riscos e incidentes relacionados com a segurança do doente e desencadeia as ações adequadas para prevenir o seu reaparecimento.

I

II

III

### Grupo: I

**Código:** S 2 05.03\_02

**Propósito:** Analisar os riscos e incidentes ocorridos, realizando ações que minimizem, evitem ou atenuem a possibilidade de recorrência ou gravidade no caso de voltarem a ocorrer.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital designa a(s) pessoa(s) responsável(eis) pela gestão dos riscos e incidentes reportados. A gestão de riscos também pode ser realizada por uma unidade de gestão de riscos ou pelo próprio comité de segurança do Hospital.
2. O Hospital analisa os riscos e incidentes reportados. Os eventos adversos graves são imediatamente analisados através de uma ferramenta validada (ex.: análise de causa raiz, análise de eventos significativos, etc.).
3. As medidas preventivas identificadas são implementadas e divulgadas aos profissionais, especialmente em casos de eventos adversos graves.

## O Hospital desenvolve estratégias de atuação dirigidas a doentes e/ou familiares e profissionais perante a ocorrência de eventos adversos graves.

I

II

III

### Grupo: II

**Código:** S 2 05.04\_00

**Propósito:** Gerir adequadamente eventos adversos graves garantindo o atendimento e apoio aos doentes e/ou familiares e profissionais envolvidos.

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica um plano de gestão de eventos adversos graves, que descreve como é realizado o atendimento e a comunicação com o doente/ou familiares que sofreram um evento adverso grave e o atendimento e apoio aos profissionais envolvidos (segundas vítimas).
2. Os profissionais conhecem como devem atuar perante um evento adverso grave (ex.: comunicação com os doentes, familiares, etc.) e conhecem as medidas de apoio que o Hospital oferece no caso de sentirem-se emocionalmente afetados face à ocorrência de um evento adverso.
3. O Hospital possui e aplica o plano de comunicação interno e externo perante a ocorrência de um evento adverso grave.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.05\_02**

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

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital possui e aplica um procedimento para a identificação e verificação correta e segura do doente e das amostras biológicas, imagens e documentos clínicos a ele relativos, que inclui os identificadores válidos a usar, mecanismos de identificação (pulseira de identificação ou fotografia no processo clínico) e como atuar no caso de doentes em situação de especial vulnerabilidade (ex.: nomes idênticos, indocumentados, neonatais, incapacidades ou com limitações cognitivas, etc.).
2. A verificação verbal do doente é realizada em todos os momentos do atendimento e por todos os profissionais do Hospital que entram em contacto com este, sobretudo em procedimentos de risco.
3. O Hospital avalia periodicamente o processo de identificação de doentes (ex.: percentagem de doentes com pulseira, percentagem de notificações recebidas relacionadas com erros de identificação de doentes) e implementa melhorias no caso de detetar desvios ao resultado previsto.
4. O Hospital possui e aplica um procedimento para a identificação correta e rastreabilidade das amostras durante as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, divulgando-o aos respetivos profissionais da assistência hospitalar e dos cuidados primários. Se o Hospital não possuir um laboratório, estabelece a correta e inequívoca identificação das amostras para testes diagnósticos.



## O Hospital tem implementado um procedimento para garantir as condições de conservação e armazenamento dos medicamentos e materiais de consumo clínico.



### Grupo: I obrigatório

Código: S 2 05.06\_00

**Propósito:** Estabelecer os mecanismos necessários para o controlo dos requisitos de conservação dos medicamentos e materiais de consumo clínico utilizados, a fim de garantir a sua qualidade, eficácia e segurança.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica um procedimento de conservação de medicamentos, materiais de consumo clínico e/ou reagentes, onde se definem as responsabilidades, a periodicidade das revisões de caducidades e as condições especiais de conservação (ex.: temperatura, luz, etc.).
2. Os registos de controlo são devidamente arquivados no Hospital (ex.: registos de caducidades, de controlo de temperaturas e atuações realizadas em caso de desvios, etc.).
3. O prazo de validade dos medicamentos multidoses está definido e é controlado após a sua abertura. Se o medicamento multidose for de uso individual (ex.: colírios, canetas de insulina, etc.), será identificado de forma inequívoca a que doente pertence.





### Grupo: I obrigatório

Código: S 2 05.07\_00

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

#### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital dispõe de uma lista atualizada de medicamentos de alta vigilância, que é do conhecimento dos profissionais. Esses medicamentos encontram-se devidamente identificados.
2. Os medicamentos de alto risco são limitados em relação ao número de apresentações com doses, concentrações e/ou volumes diferentes, ou então retira-se ou limita-se a sua existência das unidades assistenciais.
3. Os frascos de eletrólitos concentrados são eliminados das unidades assistenciais, evitando assim a sua possível injeção intravenosa acidental, ou são armazenados separados das apresentações diluídas e claramente identificados com “Diluir antes de administrar”.
4. Os medicamentos com uma embalagem ou rótulo semelhantes e os que têm nomes semelhantes são armazenados separados entre si, ou existe um sistema de alerta para avisar do risco de confusão.
5. Os carros e as malas de emergência têm o seu conteúdo definido e possuem um sistema que garante a sua integridade. As atividades de verificação do estado e conteúdo do carro de emergência incluem também o funcionamento do desfibrilhador e do laringoscópio, verificando-se se há baterias de reposição. Estas atividades são registadas e arquivadas no Hospital.
6. No Hospital, os estupefacientes estão fechados e as entradas e saídas estão controladas (registos dos movimentos e dos pedidos de reposição) e o Hospital verifica periodicamente os stocks e registos, nos termos da lei.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.08\_00**

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

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital possui e aplica um procedimento para a correta preparação e administração de medicamentos, que contempla, entre outros, local de preparação, limpeza de superfície, preparação da medicação, administração por diferentes vias, etc.
2. As seringas, os frascos ou bolsas, nos quais são adicionados medicamentos, são devidamente rotulados pelo Hospital, identificando-se, pelo menos, o nome da substância ativa adicionada, dose, via de administração e dois identificadores válidos do doente a quem o medicamento é administrado.
3. São utilizadas seringas especiais (não conectáveis com os sistemas de administração intravenoso) para administração de soluções orais de medicamentos.
4. O Hospital define as situações em que é necessária uma revisão dos pares ou verificação dupla devido ao alto risco que representa para a segurança do doente (ex.: preparação de soluções parenterais pediátricas, de citostáticos, velocidade de infusão de medicamentos de alto risco, etc.).
5. O Hospital oferece programas de prescrição e dispensa de medicamentos que alertam sobre situações potencialmente perigosas ou errôneas (ex.: alergias, doses máximas, interações, etc.), na hora de prescrever ou dispensar os medicamentos.
6. O Hospital introduz estratégias ou sistemas de dispensa que melhoram a segurança na administração de medicamentos (ex.: dispensa no atendimento ao doente, sistema de unidoses, sistemas automáticos de dispensação, etc.).
7. Os profissionais de enfermagem, antes de administrar qualquer medicamento, consultam o plano terapêutico prescrito, verificando o nome do medicamento, a dose, a via de administração, o nome do doente e as suas alergias. O doente é informado sobre a medicação que está a receber e é registada em processo clínico a sua administração ou o motivo da sua não administração.



**Grupo: I**

**Código: S 2 05.09\_01**

**Propósito:** Realizar um uso adequado dos medicamentos e garantir a conciliação da medicação dos doentes de risco, de modo a facilitar que tomem, em cada momento, os medicamentos de que necessitam e para diminuir os erros de medicação durante o processo de atendimento.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital cumpre os objetivos definidos em relação ao uso adequado do medicamento.
- 2.** O Hospital dispõe de um guia farmacoterapêutico e de um guia de equivalentes terapêuticos. Ambos os guias estão atualizados e disponíveis para consulta pelos prescritores facultativos.
- 3.** O Hospital possui e aplica um procedimento para a conciliação da medicação no ingresso hospitalar, nas transições e na alta hospitalar, ficando registado no processo clínico as mudanças de tratamento realizadas.
- 4.** O processo clínico dos doentes hospitalizados contém a lista atualizada de medicamentos prescritos, a sua dosagem, via de administração e pausa. Se a lista constar noutra formato (ex.: administração de enfermagem), esta deverá coincidir com a primeira.
- 5.** Informar verbalmente o doente e/ou familiares sobre as mudanças de tratamento realizadas e, se necessário, sobre os medicamentos não incluídos no guia farmacoterapêutico do hospital. Quando da entrada do doente, o Hospital realiza o controlo de medicamentos.

## O Hospital realiza uma avaliação do estado nutricional do doente em situação de risco de alteração do seu estado nutricional e fornece o tratamento nutricional necessário.



**Grupo: II**

**Código: S 2 05.10\_01**

**Propósito:** Definir e aplicar um protocolo para detetar a presença ou o risco de desnutrição, as causas e as características, com vista a poder estabelecer um diagnóstico e iniciar o tratamento nutricional específico.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital disponibiliza e aplica um protocolo de avaliação e acompanhamento nutricional dos doentes hospitalizados. O protocolo contempla, nomeadamente, parâmetros usados na avaliação do estado nutricional, indicações de nutrição enteral e parenteral, administração dos diferentes tipos de nutrição, interações da nutrição com medicamentos, parâmetros para monitorizar durante o acompanhamento nutricional e possíveis complicações.
2. Os profissionais realizam uma avaliação nutricional do doente hospitalizado, seguindo o procedimento do Hospital para detetar a presença ou risco de desnutrição, registando o resultado obtido no processo clínico.
3. Os doentes recebem o tratamento nutricional prescrito e os profissionais seguem-no, para poder realizar modificações em caso de novas necessidades nutricionais e/ou de suas complicações (ex.: obstrução de sondas, pneumonia por aspiração, stress, alteração de eletrólitos, etc.). Todos estes aspetos ficam registados na história clínica do doente.

## O Hospital garante a segurança nas transfusões sanguíneas.



**Grupo: I**

**Código: S 2 05.11\_01**

**Propósito:** Possuir e aplicar os procedimentos estabelecidos no Hospital ao longo de todo o processo transfusional, a fim de minimizar ao máximo os riscos e otimizar a segurança transfusional.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica um protocolo de transfusão sanguínea no qual se descreve todo o processo transfusional, desde a prescrição médica até que o doente recebe a transfusão (ex.: identificação correta do doente antes de extrair a amostra sanguínea e antes de administrar o produto designado, identificação correta da amostra pré-transfusional, verificação do componente sanguíneo, velocidade da infusão, acompanhamento do doente, atuações face a reações adversas, etc.).
2. O Hospital comunica as reações adversas graves associadas à transfusão à autoridade sanitária competente.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.12\_01**

**Propósito:** Implementar práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, por organismos nacionais ou internacionais de prestígio reconhecido, para a prevenção das infecções relacionadas com a assistência em saúde.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital cumpre as regras de higiene das mãos e o uso de luvas recomendadas por organismos de reconhecido prestígio (ex.: formação, observação direta, infraestruturas, participação de doentes, etc.).
- 2.** O Hospital introduz pelo menos outra boa prática para a prevenção de infecções relacionadas com a assistência em saúde (ex.: prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenção de bacteriemia associada ao cateter, de infeção do trato urinário por sonda uretral, de flebite associada a cateter venoso de inserção periférica, etc.).
- 3.** Os profissionais conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
- 4.** O Hospital estabelece indicadores para avaliar a falha das boas práticas introduzidas, analisa-os e compara-os periodicamente com os padrões disponíveis, e identifica as melhorias quando necessário e divulga-as junto dos profissionais.



**Grupo: II**

**Código: S 2 05.13\_00**

**Propósito:** Realizar uma observação sistemática, ativa e prolongada da presença e propagação das infeções relacionadas com a assistência em saúde. Levar a cabo uma vigilância contínua do uso de antibióticos e do perfil de resistência bacteriana a estes medicamentos.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital possui e aplica um programa para a vigilância, prevenção e controlo das infeções relacionadas com a prestação de cuidados (PPCIRA). O programa inclui medidas para a prevenção da transmissão.
- 2.** O programa de vigilância, prevenção e controlo do PPCIRA é liderado por uma ou mais pessoas com competências na prevenção e controlo da infeção (especialistas em Saúde e Segurança no Trabalho) e é constituído por um grupo multidisciplinar.
- 3.** Obter periodicamente dados sobre IRAS (infeções relacionadas à assistência à saúde) ocorridas e analisá-los para conhecer, entre outros, os níveis basais de infeção endémica, os microrganismos implicados, o aparecimento de surtos epidémicos e a presença de infeções devidas a microrganismos multirresistentes.
- 4.** O Hospital possui uma sistematização da identificação e notificação das enfermidades de declaração obrigatória, surtos e alertas em Saúde Pública.
- 5.** O Hospital possui e aplica guias locais para a otimização do uso de antimicrobianos, incluindo indicações concretas de cada antimicrobiano, com vista a ajudar o seu uso apropriado (profilático, empírico, dirigido por cultivo, etc.).
- 6.** O Hospital desenvolve atividades de formação sobre o uso correto de antimicrobianos e sobre as recomendações para a prevenção e controlo do PPCIRA.

## O Hospital promove a implementação de práticas seguras no processo cirúrgico.

I

II

III

**Grupo: I**

**Código: S 2 05.14\_00**

**Propósito:** Garantir a implementação de práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente, por organismos nacionais ou internacionais de prestígio reconhecido, para prevenir o aparecimento de riscos para o doente no processo cirúrgico.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital possui e aplica a lista de verificação cirúrgica aos doentes sujeitos a cirurgia programada, com o objetivo de detetar incidentes que exijam ações corretivas imediatas (ex.: doente ou local errado, oxímetro avariado, profilaxia não administrada nos 60 minutos anteriores, instrumentos não disponíveis, etc.).
2. O Hospital avalia anualmente o cumprimento das listas de verificação cirúrgica, analisa os resultados, identifica as melhorias em caso necessário e difunde-as aos profissionais envolvidos.
3. O Hospital possui e aplica um conjunto de medidas preventivas para diminuir o risco de infeções cirúrgicas (ex.: protocolos de profilaxia antibiótica, etc.).

## O Hospital incorpora práticas seguras para prevenir incidentes de segurança relacionados com os cuidados de saúde.

I

II

III

**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.15\_00**

**Propósito:** Garantir a implementação de práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente, por organismos nacionais ou internacionais de prestígio reconhecido, para evitar o aparecimento de incidentes de segurança relacionados com os cuidados.

**Elementos avaliáveis:**

1. A direção do Hospital seleciona anualmente pelo menos uma nova prática segura a implementar para prevenir incidentes de segurança do doente relacionados com os cuidados (ex.: redução do risco de quedas e lesões associadas, prevenção e avaliação do risco de úlceras por pressão, uso adequado de contenções mecânicas, prevenção de suicídios, deteção e prevenção de delírio, prevenção de bronco-aspiração, etc.).
2. Os profissionais conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
3. O Hospital estabelece indicadores para avaliar a falha das boas práticas implementadas, analisa-as periodicamente, identifica melhorias caso seja necessário e difunde-as aos profissionais implicados.



## O Hospital incorpora outras boas práticas para prevenir incidentes de segurança.



**Grupo: II**

**Código: S 2 05.16\_02**

**Propósito:** Garantir a implementação de outras práticas seguras recomendadas pelo Plano Nacional para a Segurança do Doente e/ou por organismos nacionais ou internacionais de prestígio reconhecido.

### Elementos avaliáveis:

1. A direção do Hospital seleciona anualmente pelo menos outra boa prática para prevenir incidentes de segurança do doente (ex.: melhorias na comunicação entre profissionais durante as transferências de doentes, uso seguro de radiações ionizantes, prevenção de erros no diagnóstico, etc.).
2. Os profissionais conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
3. O Hospital estabelece indicadores para avaliar a falha das boas práticas implementadas, analisa-os periodicamente, identifica melhorias em caso necessário e difunde-as aos profissionais envolvidos.

## O Hospital cumpre os indicadores de segurança do doente e define novos objetivos focados na melhoria contínua.



**Grupo: II**

**Código: S 2 05.17\_00**

**Propósito:** Alcançar e melhorar os níveis de cumprimento definidos nos indicadores de segurança do doente.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital cumpre os objetivos propostos nos indicadores de segurança do doente para verificar a implementação de boas práticas relacionadas com a prevenção de infeções relativas à assistência em saúde, ao processo cirúrgico, aos cuidados e outras boas práticas implementadas no Hospital.
2. O Hospital define novos objetivos mínimos para alcançar os seus indicadores de segurança do doente ou seleciona novos indicadores de segurança do doente.



**Grupo: III**

**Código: S 2 05.18\_00**

**Propósito:** Diminuir os riscos associados aos cuidados de saúde envolvendo os doentes e as pessoas na sua própria segurança, por meio do desenvolvimento de atividades formativas e de sensibilização.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital disponibiliza e facilita materiais informativos a doentes e/ou familiares sobre como podem ajudar a prevenir riscos associados ao seu processo de cuidados de saúde (ex.: folhetos, dípticos, plano de adesão, etc.).
- 2.** O Hospital facilita aos doentes um canal para a notificação de riscos ou incidentes de segurança detetados durante o seu processo de cuidados de saúde e analisa-os, incorporando ações de melhoria.
- 3.** O Hospital desenvolve ações de formação e sensibilização para doentes e familiares, bem como atividades direcionadas às pessoas em aspetos-chave relacionados com a segurança do doente (ex.: campanhas de divulgação, etc.).



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 05.19\_00**

**Propósito:** Garantir um mecanismo de comunicação rápida aos interessados em caso de alterações graves nos estados (ex.: resultados de laboratório, diagnóstico por imagem, etc.), que requeiram uma atuação imediata.

**Elementos avaliáveis:**

1. No Hospital são definidos os parâmetros considerados de alarme (críticos) de acordo com sua carteira de serviços (ex.: testes de laboratório, diagnóstico por imagem, etc.).
2. No Hospital criam-se os mecanismos necessários para comunicar aos profissionais envolvidos os resultados de uma verificação quando se encontra dentro dos intervalos alarmantes estabelecidos.
3. No Hospital mantém-se o registo da comunicação realizada e do interlocutor.



## CRITÉRIO 6: SUPORTE

### OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte grupo de standards é garantir a correta gestão dos edifícios, instalações, equipamentos, impacto ambiental e fornecedores para reduzir e controlar riscos, prevenir acidentes de trabalho e proporcionar condições seguras.

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará o Hospital a:

- Conhecer a todo o momento a situação estrutural do Hospital e suas instalações, dispondo da documentação necessária em termos de segurança e vigilância sanitária.
- Estabelecer canais de comunicação eficazes entre os serviços de manutenção do Hospital e os seus diferentes serviços e/ou unidades assistenciais, com o objetivo de conhecer o estado das condições de manutenção e segurança das instalações que utiliza e, se necessário, poder adotar medidas para garantir um ambiente físico seguro.
- Gerir de forma eficaz e segura os equipamentos médicos usados pelos profissionais do Hospital, estabelecendo canais de comunicação e colaboração entre o serviço de electromedicina e os seus diferentes serviços e/ou unidades assistenciais.
- Planear a formação dos profissionais antes da incorporação de novos equipamentos, a fim de evitar erros no decurso da sua utilização que possam criar riscos à segurança do doente.
- Manter um ambiente físico saudável, confortável e seguro, garantindo o bem-estar dos seus profissionais.
- Dispor de planos de proteção contra incêndio, segurança, materiais perigosos e emergências, facilitando uma resposta planeada e eficaz a incidentes nestas áreas.
- Melhorar a gestão dos resíduos hospitalares, garantindo assim a proteção do ambiente e da saúde de profissionais, doentes e familiares.
- Garantir a disponibilidade de toda a informação gerada durante o processo assistencial ao doente face à falha dos sistemas de informação e proteger a confidencialidade da mesma.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.01\_02**

**Propósito:** Garantir, em todos os momentos, a segurança estrutural do edifício e a manutenção das suas instalações. Implementar medidas destinadas a reduzir o impacto de incidentes que possam alterar a funcionalidade e/ou segurança do Hospital.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital identifica as instalações que suportam o desempenho da sua atividade, os seus requisitos técnico-legais, autorizações e necessidades de manutenção.
2. O Hospital dispõe da documentação técnico-legal necessária ao funcionamento das suas instalações. Esta documentação encontra-se atualizada, ordenada e sem defeitos ou anomalias a resolver.
3. Os serviços de apoio ao Hospital possuem e aplicam um plano de manutenção das suas instalações e infraestruturas e não existem incidentes não resolvidos.
4. Os profissionais do Hospital ou das empresas contratadas para a realização de trabalhos relacionados com a segurança estrutural e a manutenção do edifício e das instalações possuem as correspondentes aprovações e/ou autorizações e as qualificações suficientes para o efeito. As empresas contratadas estão inscritas no registo do órgão territorial competente e dispõem de uma política de responsabilidade civil adequada à sua atividade e riscos.
5. As áreas especiais do Hospital (ex.: área cirúrgica, UCI, exames endoscópicos, diálise, salas de parto, área de esterilização, etc.) possuem espaços e circulações adequados em relação aos diferentes fluxos e processos da área.



**O Hospital informa as unidades ou serviços assistenciais sobre o estado das condições de manutenção e segurança das instalações que utilizam para o exercício da sua atividade.**



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.02\_00**

**Propósito:** Dar a conhecer às unidades ou serviços assistenciais do Hospital as condições de manutenção e segurança das instalações que utilizam. Definir e adotar as medidas adequadas para minimizar o impacto dos incidentes que estas instalações possam ter.

**Elementos avaliáveis:**

1. Os serviços de suporte do Hospital, através de um sistema de comunicação regular, informam as unidades ou serviços assistenciais sobre as condições de manutenção e segurança das instalações que utilizam. Nesse sentido, é acordado que as informações são disponibilizadas e é definida a forma como são disponibilizadas (ex.: *briefings*, relatórios detalhados, etc.), assim como a sua frequência.
2. Caso os serviços de suporte do Hospital identifiquem incidentes com as instalações, comunicam-nos às unidades ou serviços afetados através do sistema de comunicação estabelecido e adotam as medidas adequadas para minimizar o seu impacto.
3. O Hospital dispõe de um sistema de comunicação de incidentes relacionados com a operação, manutenção e segurança das instalações e os profissionais das unidades ou serviços assistenciais conhecem-no e utilizam-no, se necessário.
4. Os serviços de apoio do Hospital acompanham os incidentes reportados para conhecer o seu estado (ex.: pendentes, em processo, concluídos, etc.) e analisam-nos periodicamente para identificar possíveis melhorias nas instalações do Hospital (ex.: devido a incidentes repetidos, tempos de resposta inadequados, etc.).
5. O Hospital fornece informação/formação regular aos profissionais de saúde para aumentar a consciencialização sobre a importância da segurança das instalações, de modo a garantir a segurança dos doentes e do ambiente.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.03\_02**

**Propósito:** Garantir o controlo e prevenção da proliferação e disseminação da legionela nas instalações hídricas do Hospital para reduzir o risco de legionela, através da aplicação de procedimentos e da adoção de medidas higienossanitárias adequadas.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital possui a documentação, licenças e autorizações necessárias em relação às instalações (cadastro de torres de refrigeração, se houver), produtos químicos utilizados (registo sanitário e fichas de segurança) e intervenientes (qualificação e/ou aprovação de profissionais, empresas e laboratórios).
- 2.** As tarefas inerentes ao controlo e manutenção das instalações de água são realizadas por pessoal qualificado (pessoal do Hospital ou empresas externas).
- 3.** O Hospital possui e aplica os procedimentos necessários para garantir um grau ótimo dos parâmetros físicos, químicos e microbiológicos da água fria para consumo humano, água quente sanitária e outras instalações de água, com vista a prevenir a legionela.
- 4.** O hospital tem registos da manutenção, com todas as atividades exercidas baseadas no cumprimento dos procedimentos estabelecidos e respetiva periodicidade.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.04\_02**

**Propósito:** Garantir as condições ambientais adequadas das diferentes unidades do Hospital através da correta manutenção das condições físicas de ar condicionado e ventilação, bem como da qualidade do ar.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital dispõe de uma lista das diferentes unidades que classificou de acordo com a sua tipologia e recomendações de climatização, bem como um inventário das instalações de ar condicionado e ventilação.
2. O Hospital definiu os parâmetros ótimos das condições ambientais de áreas críticas (ex.: salas cirúrgicas, UCI, salas de isolamento para doentes imunossuprimidos, doentes transplantados, pessoas com doenças infecciosas, salas de preparação citostática, etc.).
3. O Hospital possui e aplica um procedimento para controlar as condições ambientais das suas áreas críticas.
4. O Hospital possui registos dos controlos realizados (ex.: níveis de pressão, taxa de troca de ar, humidade, temperatura, amostras microbiológicas, etc.) e da adoção de medidas em casos de não conformidade, bem como da resolução de defeitos neles encontrados e/ou planeando melhorias.





**Grupo: I**

**Código: S 2 06.05\_02**

**Propósito:** Garantir que o acesso às áreas com instalações críticas seja restrito a pessoas com qualificação e/ou autorização adequadas, com o objetivo de evitar incidentes e acidentes que coloquem em risco a segurança de doentes, familiares e profissionais.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital dispõe de uma lista das áreas críticas e de acesso restrito (ex.: posto de transformação, quadro elétrico de baixa tensão, sala de bombagem de água para uso sanitário, central telefónica, centro de processamento de dados, etc.) e dos profissionais e/ou empresas autorizados a aceder a cada uma delas.
2. As áreas do Hospital com instalações críticas estão claramente identificadas e têm um acesso restrito.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.06\_01**

**Propósito:** Gerir todos os equipamentos eletromédicos utilizados no Hospital para que estejam em condições adequadas às características iniciais de fabrico e para que o seu uso seja seguro. Estabelecer responsabilidades pela monitorização e controlo da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, conhecendo as suas características e capacitando os profissionais quanto ao seu uso e riscos.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital tem as funções de controlo do equipamento eletromédico atribuídas e descritas.
2. Todos os equipamentos utilizados no Hospital, incluindo os cedidos, estão inventariados (ex.: tipo, marca, modelo, número de série, vida útil, localização, etc.). O Hospital deve incluir os equipamentos das áreas de saúde e das áreas de suporte (ex.: laboratório, diagnóstico por imagem, farmácia, área de esterilização, etc.).
3. A manutenção preventiva e corretiva é realizada nos equipamentos utilizados pelo Hospital, incluindo os cedidos, seguindo as recomendações do fabricante ou do serviço técnico correspondente. Os instrumentos utilizados são confiáveis em termos de calibração.
4. Os profissionais que utilizam os equipamentos do Hospital são treinados quanto ao seu uso e riscos e têm acesso à informação necessária para utilizá-los de forma segura (ex.: manuais, guias rápidos, etc.).
5. O Hospital definiu um método operacional para verificar o estado de manutenção dos seus equipamentos (ex.: etiquetas, códigos QR, etc.) e os profissionais conhecem-no e aplicam-no.
6. O Hospital dispõe de um sistema de comunicação de incidentes relacionados com o funcionamento, manutenção e segurança dos equipamentos e os profissionais das unidades ou serviços assistenciais conhecem-no e, se necessário, utilizam-no.
7. O Hospital monitoriza os incidentes reportados para conhecer o seu estado (ex.: pendentes, em processo, concluídos, etc.) e analisa-os periodicamente para identificar possíveis melhorias nos seus equipamentos.
8. O Hospital dispõe de informação atualizada relativa às notificações de segurança e/ou alertas de saúde sobre os equipamentos eletromédicos, emitidos pelo fabricante ou pelo distribuidor, e gere essa informação adequadamente.



**O Hospital dispõe de um plano de contingência para garantir abastecimentos, equipamentos, instalações e comunicações essenciais ou críticos para o desenvolvimento da sua atividade.**



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.07\_02**

**Propósito:** Garantir a continuidade da atividade assistencial e de suporte do Hospital através da disponibilidade de suprimentos, equipamentos, instalações e comunicações essenciais.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital identifica os fornecimentos, equipamentos, instalações e comunicações essenciais ou críticos, cuja interrupção pode comprometer a sua atividade de cuidados e de apoio (ex.: respiradores, EPI, eletricidade, água, combustível, gases medicinais, central telefónica, rádio móvel, etc.).
2. O Hospital possui e aplica um plano de contingência (ex.: possuir *stock* mínimo no Hospital, contratos com empresas externas para fornecimento, contratos de empréstimo por parte de outros centros hospitalares, etc.), no qual estão descritas as responsabilidades e ações a realizar em caso de falta de continuidade de fornecimento, equipamentos, instalações e comunicações essenciais ao desenvolvimento da sua atividade.

**O Hospital garante o funcionamento de equipamentos e instalações não críticos.**



**Grupo: II**

**Código: S 2 06.08\_01**

**Propósito:** Responder adequadamente quando da substituição ou reposição de equipamentos e instalações não críticos para que a atividade do Hospital nunca seja interrompida.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital analisa o impacto que as reparações ou substituições de equipamentos e instalações não críticos podem ter na sua atividade (ex.: desprogramações e interrupções de blocos operatórios, consultas, etc.) e adota as medidas adequadas para não comprometer essa atividade.
2. O Hospital dispõe de inventário de peças sobressalentes para os seus equipamentos e instalações não críticos, acordos para fornecimento rápido de material ou empréstimo/ /aluguer de equipamentos e instalações (ex.: máquinas de ultrassons, sondas, motores, óticas, etc.).
3. O Hospital possui e aplica um procedimento de pedido e armazenamento de peças sobressalentes para equipamentos e instalações não críticos.



## O Hospital gere com eficiência as compras e os fornecedores.



**Grupo: II**

**Código: S 2 06.09\_02**

**Propósito:** Garantir a disponibilidade de todos os serviços, bens e equipamentos necessários ao normal funcionamento do Hospital, controlando de forma eficiente os fornecedores e as condições em que as compras devem ser realizadas.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital realiza as suas aquisições de bens e serviços com base num catálogo de fornecedores estabelecido.
2. O Hospital inclui nos requisitos técnicos para aquisição de equipamentos os critérios de segurança, manutenção e durabilidade, a formação e informação aos utilizadores, as condições de conservação e a disponibilização de manuais de utilização.
3. O Hospital possui e aplica um procedimento de avaliação de fornecedores.

## O Hospital possui um plano de investimento atualizado para adaptar a estrutura, instalações e equipamentos às suas necessidades e ao desenvolvimento tecnológico.



**Grupo: II**

**Código: S 2 06.10\_00**

**Propósito:** Garantir a adaptação das infraestruturas do Hospital às suas necessidades e desenvolvimento tecnológico, identificando os investimentos a realizar, os recursos necessários, os prazos e as prioridades.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa periodicamente as suas necessidades de investimento para responder a novos serviços, adaptar os seus espaços e/ou tecnologia aos mesmos. Esta análise inclui necessidades de natureza diversa, tais como infraestruturas, instalações ou equipamentos, entre outras.
2. O Hospital planifica os investimentos a realizar, os recursos necessários e os respetivos prazos.
3. O Hospital monitoriza periodicamente esse planeamento e incorpora novas necessidades que possam surgir.



## O Hospital garante a acessibilidade física a doentes e familiares.

I

II

III

**Grupo: I**

**Código: S 2 06.11\_02**

**Propósito:** Garantir as melhores condições de acesso ao Hospital e aos seus serviços, disponibilizando e gerindo os meios técnicos e estruturais necessários para o efeito.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa periodicamente as suas condições de acessibilidade (barreiras arquitetónicas ou sensoriais) e as condições de circulação no seu interior (ex.: quartos, casas de banho, consultas, etc.).
2. O Hospital adota ou planeia, com base na análise efetuada, as medidas necessárias para melhorar as limitações de acessibilidade identificadas.
3. A sinalização utilizada para identificação e acesso ao Hospital e no seu interior é inequívoca, atualizada e em bom estado.

## O Hospital analisa periodicamente as condições de conforto que afetam os doentes e familiares, realizando ações e corrigindo, se necessário, de acordo com os resultados obtidos.

I

II

III

**Grupo: I**

**Código: S 2 06.12\_01**

**Propósito:** Aumentar com o conforto o grau de satisfação dos doentes e familiares, adaptando a organização e instalações do Hospital aos tipos de doentes e às necessidades detetadas, através da análise periódica de reclamações, questionários de satisfação ou outras fontes de informação sobre a experiência das pessoas.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital analisa periodicamente a informação disponível sobre a satisfação do doente e seus familiares em relação ao conforto (reclamações, questionários de satisfação ou outras fontes de informação sobre a experiência do doente).
2. O Hospital analisa periodicamente as suas condições de conforto (ex.: contacto telefónico com o Hospital, variáveis térmicas, conforto, descanso, estado e adequação das instalações e mobiliário, iluminação, limpeza, roupa de cama, tempos de espera para consultas, exames de diagnóstico, em transferências, etc.).
3. Com as informações obtidas através dos mecanismos anteriormente referidos, o Hospital planeia e implementa as melhorias necessárias para aumentar o conforto do doente e da família e, conseqüentemente, o seu nível de satisfação.
4. Os espaços assistenciais do Hospital são adaptados às características das pessoas atendidas (ex.: decoração adequada para pessoas pediátricas e mobiliário seguro, salas de amamentação, sala de jogos, sala de leitura, quartos individuais para doentes terminais, etc.).



## O Hospital adota medidas de limpeza e desinfecção que visam preservar as condições de higiene para o desempenho da sua atividade.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.13\_00**

**Propósito:** Garantir que a atividade do Hospital decorre num ambiente seguro para pessoas e profissionais do ponto de vista das condições de limpeza e desinfecção.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital possui e aplica procedimentos e produtos específicos de limpeza e desinfecção para responder a:
  - 1.1. Diferentes áreas do Hospital de acordo com o tipo de atividade que nelas se desenvolve e de acordo com o risco de contágio ou contaminação que cada atividade apresenta.
  - 1.2. Equipamentos, material esterilizado e outros materiais de uso médico (ex.: endoscópios, laparoscópios, respiradores, incubadoras, máquinas de diálise, etc.).
2. Os procedimentos e produtos de limpeza e desinfecção são supervisionados/aprovados pelo Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho ou pelos responsáveis locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).
3. O Hospital mantém registos da limpeza e desinfecção de áreas críticas (ex.: salas cirúrgicas, salas limpas, salas de emergência, salas de isolamento, etc.), incluindo os procedimentos utilizados e o pessoal envolvido.

## O Hospital garante a segurança alimentar e nutricional adequada às necessidades de saúde e hábitos culturais dos doentes.



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.14\_02**

**Propósito:** Garantir a segurança alimentar e nutricional adequada às necessidades de saúde e hábitos alimentares das pessoas. Oferecer variedade e rotação de ementas, horários regulares das refeições e temperaturas ideais dos pratos (quente-frio) no momento de serem servidos.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital ou empresa contratada para prestar o serviço de alimentação possui o sistema HACCP (Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controlo) e implementa ações para corrigir as não conformidades assinaladas.
2. O Hospital dispõe de um plano de dieta alimentar adaptado às necessidades de saúde dos doentes e à sua natureza cultural.
3. O Hospital possui e aplica procedimentos de prestação de serviços de alimentação, que incluem a distribuição de dietas hospitalares, horários, variedade e rotação de ementas, adaptação de acordo com a ordem cultural da pessoa, preservação da temperatura dos pratos, entre outros.



## O laboratório do Hospital implementa um procedimento para controlo, transporte, manipulação, conservação, armazenamento e eliminação de amostras e/ou espécimes.



### Grupo: I obrigatório

Código: S 2 06.15\_01

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

### Elementos avaliáveis:

1. O laboratório do Hospital possui e aplica um procedimento para o processo logístico intra-hospitalar e extra-hospitalar das amostras, que inclui o transporte, registo de roteiro, controlo de tempo, controlo de temperatura, manuseamento e conservação.
2. O laboratório analisa periodicamente os registos associados ao transporte das amostras (ficha de percurso, temperaturas e horários) e, caso haja algum incidente, verifica as ações realizadas.
3. O laboratório possui e aplica o procedimento que estabelece as normas para armazenamento e eliminação de amostras biológicas (ex.: repetição de testes, investigação, etc.).

## O laboratório do Hospital estabelece regras para utilização e envio de amostras para laboratórios externos.



### Grupo: II

Código: S 2 06.16\_00

**Propósito:** Definir e documentar as regras e procedimentos para seleção e utilização de serviços externos que possam afetar a qualidade da prestação do Hospital.

### Elementos avaliáveis:

1. O laboratório do Hospital dispõe de uma carteira de serviços de testes externalizados junto dos laboratórios para os quais esses testes são enviados e os respetivos prazos de resposta.
2. O laboratório do Hospital definiu as regras para o envio de amostras e receção de resultados dos laboratórios externos, sendo responsável por garanti-las.
3. O laboratório do Hospital realiza avaliações periódicas do serviço prestado pelos laboratórios externos (ex.: transporte de amostras, envio de resultados, tempos de resposta, etc.) e identifica melhorias em caso de necessidade.



**Grupo: I**

**Código: S 2 06.17\_01**

**Propósito:** Controlar os armazéns do Hospital acompanhando as entradas e saídas dos produtos necessários à prestação de cuidados, garantindo sempre a sua disponibilidade e perfeito estado. Estabelecer os mecanismos necessários para que as condições de segurança e o estado dos armazéns sejam adequados.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital definiu as responsabilidades necessárias para o controlo do estado e *stock* dos seus armazéns.
- 2.** O Hospital possui e aplica um procedimento de gestão dos seus armazéns, que lhe permite garantir que os produtos necessários estão sempre disponíveis (ex.: medicamentos, dispositivos médicos, consumíveis, reagentes, etc.) para os serviços que presta e que se encontram em condições ideais. Em caso de desvio no *stock* de algum produto, por causas internas ou alheias à vontade do Hospital, é efetuada uma análise e são implementadas as medidas adequadas para garantir os cuidados de saúde.
- 3.** Os armazéns do Hospital encontram-se em condições adequadas de segurança, temperatura, humidade, luminosidade e limpeza (ex.: prateleiras fixas de armazenamento, produtos inflamáveis controlados, disponibilidade de sistemas de proteção contra incêndios, controlo de pragas, correta identificação dos produtos armazenados, fichas de segurança, etc.).

**O Hospital está envolvido na identificação dos riscos que podem afetar os profissionais em cada local de trabalho e na manutenção da sua saúde e segurança.**



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.18\_02**

**Propósito:** Garantir a saúde e o bem-estar dos profissionais do Hospital realizando avaliações do seu estado de saúde e das condições das diferentes tarefas. Incorporar as medidas corretivas e preventivas necessárias de forma priorizada. Facilitar a formação e informação dos profissionais nesta matéria.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital realiza uma avaliação dos riscos dos locais e postos de trabalho (riscos derivados das condições de segurança, ambientais, ergonómicas e psicossociais) e identifica as medidas corretivas adequadas.
2. O Hospital define e implementa as medidas corretivas identificadas.
3. O Hospital garante a entrega de equipamentos de proteção individual aos profissionais e fornece-lhes informações sobre a sua utilização.
4. Os profissionais do Hospital dispõem de informação suficiente e receberam a formação mínima necessária para conhecer os riscos do seu local de trabalho, bem como as medidas a implementar para a sua eliminação, mitigação ou controlo.
5. O Hospital cria os mecanismos necessários para oferecer vigilância em saúde aos profissionais.
6. O Hospital estabelece mecanismos para poder reportar os acidentes de trabalho ocorridos (ex.: perfurações acidentais, agressões, contacto com substâncias tóxicas, etc.) e monitoriza os acidentes identificados (número, tipo, etc.), a fim de poder identificar medidas preventivas em caso de necessidade.
7. Existe comunicação entre o serviço de prevenção de riscos profissionais e as diferentes unidades e serviços do Hospital, com o objetivo de divulgar as situações de risco identificadas na avaliação de riscos, as medidas necessárias para eliminar ou reduzir esses riscos, planear e acompanhar a implementação das referidas medidas, assim como os acidentes de trabalho ocorridos e as medidas preventivas, se necessário.





**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.19\_02**

**Propósito:** Estabelecer no Hospital, de acordo com a regulamentação em vigor, as ações a seguir em caso de situações de emergência internas e externas, as quais possam afetar os profissionais, as pessoas e o meio envolvente.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital dispõe de um plano interno de autoproteção ou de emergência atualizado (ex.: incêndio, explosão de tanques de gás, inundações, sismos, etc.), elaborado em coordenação com as autoridades competentes (ex.: bombeiros, proteção civil, etc.).
- 2.** O Hospital define um plano de emergência para catástrofes externas ou participou na sua elaboração em colaboração com as autoridades competentes.
- 3.** Os profissionais do Hospital recebem a formação necessária em relação às medidas de segurança em caso de emergências internas e externas.
- 4.** No Hospital são realizados simulacros para verificar o nível de conhecimento dos profissionais, sendo mantido um registo dos mesmos e das melhorias identificadas.
- 5.** Os equipamentos de proteção, a sinalização e os elementos de evacuação do Hospital estão operacionais e cumprem a função de facilitar e tornar segura a sua evacuação.



**O Hospital estabelece os procedimentos necessários ao controlo da produção, armazenamento e eliminação dos resíduos gerados, assim como ao controlo das descargas e emissões poluentes derivadas da sua atividade.**



**Grupo: I obrigatório**

**Código: S 2 06.20\_02**

**Propósito:** Estabelecer as medidas e procedimentos necessários ao controlo dos impactos ambientais produzidos pelo Hospital relativos à produção de resíduos, descargas e emissões para a atmosfera.

**Elementos avaliáveis:**

- 1.** O Hospital estabelece responsabilidades e funções em matéria ambiental (ex.: gestão de resíduos perigosos, controlo de incidentes causados por derrames ou emissões poluentes, etc.).
- 2.** O Hospital possui e aplica corretamente um procedimento de controlo da produção, armazenamento e eliminação dos resíduos que gera.
- 3.** No Hospital existe sinalização relativa ao manuseamento adequado dos resíduos gerados.
- 4.** O Hospital realiza auditorias periódicas à separação de resíduos, propondo medidas para reduzir as más práticas observadas.
- 5.** O Hospital analisa periodicamente a evolução da produção de resíduos e, se necessário, propõe medidas destinadas a minimizá-los (ex.: relocalização de contentores, alternativas de produtos ou técnicas que gerem menos resíduos, etc.).
- 6.** O Hospital possui e aplica procedimentos que definem as ações a seguir em caso de possíveis derrames e descargas de produtos tóxicos (ex.: citostáticos, líquidos inflamáveis, ácidos, combustíveis, etc.) e em caso de emissões poluentes para a atmosfera derivadas da sua atividade (gases de combustão, de esterilização ou refrigeração).



## O Hospital implementa um sistema de gestão ambiental.

 I II III

### Grupo: I

**Código: S 2 06.21\_02**

**Propósito:** Implementar um sistema de gestão ambiental que estabeleça os procedimentos, recursos, objetivos e responsabilidades necessários ao desenvolvimento da política ambiental definida pelo Hospital. Garantir que sejam estabelecidas as medidas necessárias para responder aos principais impactos ambientais significativos com implicações técnico-jurídicas relevantes, evitando que profissionais, utilizadores e o ambiente sejam afetados por incidentes causados pela falta de rigor no controlo de aspetos que possam gerar um indesejado impacto ambiental.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital conhece os procedimentos, políticas e regulamentos que lhe são aplicáveis em matéria de gestão ambiental.
2. O Hospital estabelece e mantém atualizados os procedimentos de controlo, gestão e monitorização dos impactos produzidos pelas suas atividades, para que cumpram os parâmetros exigidos pela regulamentação em vigor.
3. O Hospital participa na melhoria do seu desempenho ambiental estabelecendo objetivos e monitorizando-os periodicamente.
4. O Hospital facilita a participação e formação dos seus profissionais em questões ambientais.

## O Hospital realiza ações para aumentar a eficiência energética e/ou promover o consumo de energias renováveis.

 I II III

### Grupo: II

**Código: S 2 06.22\_01**

**Propósito:** Avaliar o nível de eficiência energética das instalações e equipamentos do Hospital. Realizar os estudos necessários para controlar e otimizar o consumo de energia e recursos naturais e planear os investimentos necessários para adaptar as instalações e equipamentos do Hospital ao desenvolvimento tecnológico.

### Elementos avaliáveis:

1. O Hospital avalia a eficiência energética das suas instalações e equipamentos e define melhorias para otimizar o seu desempenho energético.
2. O Hospital tem por base sistemas de gestão de energia para melhorar o seu desempenho energético, incluindo eficiência, uso e consumo.
3. O Hospital tem em conta as características da eficiência energética das instalações e equipamentos que adquire.
4. O Hospital melhorou a sua eficiência energética (ex.: redução do consumo de eletricidade e gás, redução de emissões de CO<sub>2</sub>, etc.).



O Hospital garante padrões de consumo e produção no quadro da gestão sustentável e da utilização eficiente dos recursos naturais, incluindo a água, implementando estratégias que promovam a economia circular e a redução do desperdício alimentar, entre outras.



**Grupo: III**

**Código: S 2 06.23\_00**

**Propósito:** Promover modelos de produção que reduzam os resíduos e prolonguem o ciclo de vida dos produtos.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital desenvolve projetos de economia circular que visam o consumo responsável e sustentável dos recursos, reduzindo os resíduos gerados e prolongando o ciclo de vida dos produtos. A estratégia da economia circular abrange diferentes campos de aplicação, tais como aparelhos elétricos e eletrónicos, plásticos e embalagens, têxteis, resíduos alimentares, entre outros.
2. O Hospital incorpora a gestão sustentável dos recursos hídricos.
3. O Hospital identifica indicadores que permitem conhecer o grau de implementação da economia circular.
4. O Hospital realiza uma avaliação do impacto dos seus projetos de economia circular e, se necessário, identifica melhorias.
5. O Hospital divulga entre as partes interessadas as medidas de economia circular implementadas e o seu impacto.

O Hospital define como agir em caso de falha dos seus sistemas e tecnologias de informação.



**Grupo: I**

**Código: S 2 06.24\_02**

**Propósito:** Possuir um plano de contingência para poder aplicá-lo nas situações em que os sistemas e tecnologias de informação do Hospital não funcionem, de forma a evitar a perda de dados e manter a sua atividade.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital possui e aplica um plano de contingência atualizado, o qual tem definido o modo de agir em caso de falha dos seus sistemas e tecnologias de informação, bem como as responsabilidades.
2. O Hospital analisa periodicamente os incidentes ocorridos em relação à falha dos seus sistemas e tecnologias de informação para identificar as melhorias necessárias.





**Grupo: III**

**Código: S 2 06.25\_01**

**Propósito:** Responder às necessidades dos sistemas de informação da instituição e dos seus profissionais através do estabelecimento de um plano estratégico estruturado.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital conhece os sistemas de informação que possui e analisa a sua adequação e suficiência para cumprir a sua atividade e os seus objetivos e metas estratégicos.
2. O Hospital analisa as necessidades dos seus profissionais em termos de sistemas de informação.
3. O Hospital elabora um plano de sistemas de informação que inclui projetos de melhoria dos seus sistemas de informação ou de incorporação de novos, por forma a responder às necessidades detetadas.





### Grupo: I obrigatório

Código: S 2 06.26\_02

**Propósito:** Estabelecer os mecanismos necessários para o cumprimento dos princípios da proteção de dados pessoais, garantindo e protegendo a honra e a privacidade das pessoas.

#### Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais do Hospital recebem formação sobre boas práticas de gestão da informação e medidas de segurança relacionadas com a proteção de dados pessoais.
2. São criados mecanismos para manter a confidencialidade dos dados acessíveis a pessoas alheias ao Hospital e que ali prestam serviços.
3. São realizadas as revisões periódicas estabelecidas pela regulamentação em vigor, identificando a relação de arquivos automatizados e não automatizados do Hospital. São aplicadas medidas corretivas aos possíveis incidentes detetados e os responsáveis pela gestão dos arquivos auditados são informados das medidas implementadas. O Hospital adota medidas destinadas a eliminar ou minimizar as quebras de segurança detetadas e prevenir a sua recorrência.
4. Os ficheiros com informação de cariz pessoal são tratados de acordo com a regulamentação em vigor quanto à sua gestão, registo, tratamento e conservação.
5. Os profissionais do Hospital dispõem de um mecanismo conhecido para denunciar possíveis violações das normas de proteção de dados ou falhas de segurança que afetem o tratamento de dados pessoais (ex.: uso indevido de senha, receção de *e-mails* com anexos suspeitos, comportamento estranho de dispositivos, perda/roubo de dispositivos de armazenamento ou computadores com informações, etc.).
6. O Hospital dispõe de mecanismos para informar e garantir o direito da pessoa ao acesso, retificação, supressão, oposição, limitação do tratamento e portabilidade dos seus dados.



**Grupo: I**

**Código: S 2 06.27\_02**

**Propósito:** Dispor de estrutura organizacional, procedimentos e recursos necessários à implementação e desenvolvimento de medidas de segurança que salvaguardem a informação clínica e os sistemas que a processam, garantindo assim a disponibilidade da informação crítica.

**Elementos avaliáveis:**

1. O Hospital identificou a informação crítica sobre a qual deve atuar para manter a sua integridade.
2. O Hospital ou grupo a que pertence dispõe de um plano de segurança de sistemas de informação, que estabelece os princípios organizacionais e funcionais da atividade de segurança informática, os riscos para os sistemas e a sua classificação de acordo com a criticidade, o plano de manutenção (preventivo e corretivo) e os procedimentos de segurança informática, entre outros.
3. O Hospital dispõe de equipamentos e sistemas seguros ou de um plano para a sua renovação.

## 7. Glossário de Termos



## 7. GLOSSÁRIO DE TERMOS

### – A –

#### **ACESSIBILIDADE**

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

#### **AMFE (ANÁLISE MODAL DE FALHAS E EFEITOS)**

Metodologia que permite identificar e priorizar possíveis riscos para um doente em processos assistenciais específicos. Esta metodologia analítica inclui a identificação de potenciais modos de falhas, causas e eventos adversos correlacionados, bem como a priorização de falhas como base para identificar ações destinadas a prevenir riscos ou minimizar o seu impacto.

#### **AMOSTRA**

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

#### **ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Serviços de saúde prestados às pessoas ou comunidades para promover, manter, vigiar ou restabelecer a saúde.

### – B –

#### **BOA PRÁTICA EM SEGURANÇA OU PRÁTICA SEGURA**

Aquilo que apresenta evidências sobre a sua eficácia em relação à segurança do doente e é possível de generalizar.

### – C –

#### **CARTEIRA DE SERVIÇOS**

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

#### **CONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO**

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

#### **CONFIDENCIALIDADE**

Direito da pessoa que recebe cuidados de saúde a que seja respeitada a confidencialidade dos dados relativos à sua saúde e que ninguém lhes possa aceder sem a autorização prévia de acordo com a legislação em vigor.

### **CONFLITO ÉTICO**

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

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Concordância livre, voluntária e consciente de um doente, que é manifestada em pleno uso das suas faculdades após lhe ter sido fornecida a informação adequada perante uma ação que afeta a sua saúde.

### **CONSENTIMENTO INFORMADO ESCRITO**

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

– D –

### **DANOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

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

### **DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA**

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

– E –

### **EFETIVIDADE**

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

### **EFICIÊNCIA**

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

### **ENCAMINHAMENTO**

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

### **ERRO**

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

### **ERRO DE MEDICAÇÃO**

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

### **EVENTO ADVERSO**

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



### **EVENTO SENTINELA**

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

– F –

### **FASE PRÉ-ANALÍTICA**

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

### **FASE ANALÍTICA**

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

### **FASE PÓS-ANALÍTICA**

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

### **FERRAMENTA DE AJUDA À TOMADA DE DECISÃO**

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

– G –

### **GESTÃO POR PROCESSOS**

Sistema de gestão baseado nos princípios da qualidade total, que visa proporcionar aos profissionais o conhecimento dos aspetos que precisam de ser melhorados e as ferramentas para o conseguir. Procura garantir que os problemas de saúde sejam resolvidos de forma rápida, flexível e simples a partir de uma visão centrada no doente.

– I –

### **IDENTIFICADORES INEQUÍVOCOS**

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

### **INCIDENTE RELACIONADO COM A SEGURANÇA DO DOENTE**

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



### **INCIDENTE SEM DANO**

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

### **INDICADOR DA QUALIDADE**

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

### **INFEÇÃO ASSOCIADA À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

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

### **INFORMAÇÃO CLÍNICA**

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

### **INFORMAÇÃO DE ALTA MÉDICA**

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

### **INTERVENÇÕES COM CRITÉRIOS DE RISCO INTRÍNSECO**

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

### **INTIMIDADE**

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

– M –

### **MAPA DE RISCOS**

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

### **MEDICAMENTOS DE ALTO RISCO**

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

### **MISSÃO**

Descrição da razão de ser de uma entidade ou instituição.



– P –

**PROCEDIMENTO**

Forma específica de realizar uma atividade ou processo.

**PROCESSO**

Conjunto de atividades sequenciais, desenvolvidas por diferentes profissionais, para proporcionar serviços específicos aos doentes, com o objetivo de melhorar, prevenir e promover a saúde das pessoas e aumentar o seu grau de satisfação. Para gerir e melhorar um processo é necessário identificá-lo, descrevê-lo e representá-lo.

**PROCESSOS ASSISTENCIAIS**

Conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados de saúde (estratégias preventivas, provas diagnósticas e atividades terapêuticas), com vista a normalizar as práticas clínicas e diminuir a sua variabilidade, contribuindo para o aumento do grau de satisfação da população que recebe os cuidados.

**PROCESSOS ESTRATÉGICOS**

Permitem definir e implementar as estratégias e os objetivos do Hospital (ex.: planeamento e monitorização de objetivos, medição, análise e melhoria, análise de riscos, etc.).

**PROCESSOS DE SUPORTE**

Processos que geram recursos de que os processos assistenciais necessitam.

**PROM (PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES)**

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

**PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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

**PROTOCOLO**

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

– Q –

**QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA**

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

– R –

**RISCO**

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



– S –

### **SATISFAÇÃO**

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

### **SEGURANÇA**

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

### **SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO**

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

– T –

### **TESTAMENTO VITAL OU VONTADE ANTECIPADA**

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

### **TOMADA DE DECISÃO PARTILHADA**

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

– V –

### **VALORES**

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

## 8. Comissão Técnica



## 8. COMISSÃO TÉCNICA

### **Alexandre Manuel de Oliveira Duarte**

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

### **Cláudio Santos Correia**

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

### **Daniel Costa Pinto**

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

### **Maria Gorete de Freitas Lopes**

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

### **Maria João Dallot**

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

### **Maria José Victorino Nunes Branquinho**

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

### **Maria Laura Prazeres Marques**

Coordenadora do Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde de Portugal

### **Maria Teresa Preguiça Prata Massano**

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







ME 2 1\_06

MARÇO 2024