



Manual de Standards

Unidades de Saúde de Ambulatório



ME 28 1_02

ME 28 1_02

Março 2025

Edição e Adaptação

Departamento da Qualidade na Saúde
Direção-Ceral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 800
certifica@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

Revisão

Infofluxos – Edição e Comunicação, Lda.

Conceção e Paginação

Cempalavras – Comunicação Empresarial, Lda.

Adaptado de

Manual de Estándares Centros de atención sanitária sin internamento ME 28 1_02

Sob autorización 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

1. Introdução	5
2. Âmbito de aplicação do Manual	6
3. Estrutura de um standard	7
4. Estrutura do Manual	9
5. Fases do processo de certificação	11
Fase 1: Pedido de certificação	11
Fase 2: Autoavaliação	12
Recomendações para abordar a fase de autoavaliação	12
Em que consiste a autoavaliação?	12
Fase 3: Avaliação	13
Resultados da fase de avaliação	13
Fase 4: Acompanhamento	14
6. Standards do Manual	15
Bloco 1. Gestão da Unidade	16
Critério 1. Liderança e organização da Unidade	17
Critério 2. Gestão por processos assistenciais	25
Bloco 2. Atenção centrada no doente	30
Critério 3. Direitos do doente e continuidade assistencial	31
Critério 4. Qualidade técnico-científica	40
Bloco 3. Segurança	46
Critério 5. Segurança do doente	47
Critério 6. Suporte	57
7. Controlo de Modificações	73
8. Glossário de Termos	75
9. Comissão Técnica	82



1. INTRODUÇÃO

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

Os standards são elaborados no âmbito de Comités Técnicos integrados por profissionais especialistas do sistema de saúde português. As Unidades de Saúde de Ambulatório, 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 das Unidades de Saúde de Ambulatório que os cumprem e demonstram. Ao mesmo tempo, valoriza o compromisso das Unidades de Saúde de Ambulatório em melhorar os seus processos, a segurança e a qualidade do atendimento que prestam às pessoas.

Durante o processo de certificação, é fornecida informação às Unidades de Saúde de Ambulatório sobre os seus aspetos de qualidade, favorecendo e promovendo processos de avaliação e melhoria contínua.

8 BENEFÍCIOS DA CERTIFICAÇÃO



2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO DO MANUAL

Com este Manual de Standards poderão ser certificadas todas as Unidades de Saúde de Ambulatório pertencentes ao Sistema de Saúde Português onde sejam prestados serviços de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação por profissionais de saúde a pessoas que não necessitam de internamento.

Especificamente, este Manual aplica-se aos seguintes tipos de Unidades:

- Consultórios clínicos: unidades de saúde de ambulatório onde profissionais de saúde exercem a sua atividade.
- Unidades polivalentes: unidades de saúde onde profissionais de saúde de diferentes especialidades exercem a sua atividade atendendo utentes com patologias diversas.
- Clínicas dentárias: unidades de saúde onde se realizam atividades de saúde no âmbito da saúde oral.
- Centros cirúrgicos ambulatoriais: unidades de saúde dedicadas ao atendimento de processos subsidiários de cirurgias realizadas com anestesia geral, local, regional ou sedação, que requerem cuidados pós-operatório de curta duração sem necessitar de internamento hospitalar.
- Centros de diálise: unidades de saúde onde se realiza tratamento com diálise a doentes com patologia renal.
- Centros de diagnóstico por imagem: unidades de saúde dedicadas a prestar serviços de diagnóstico por imagem.
- Unidades e clínicas de tratamento da obesidade e perda de peso.
- Unidades de saúde para toxicodependência.
- Serviços de cuidados de saúde domiciliários que não pertençam a uma instituição de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- Serviços de saúde prestados em organizações não relacionadas com a saúde.
- Outros prestadores de cuidados de saúde sem internamento.

Ficam fora do âmbito deste Manual as unidades que, não dispendo de internamento, aplicam outros manuais de standards.



3. ESTRUTURA DE UM STANDARD

Um standard é um elemento de medida com o qual se avalia as diferentes dimensões da qualidade de uma Unidade de Saúde de Ambulatório. 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 a Unidade de Saúde de Ambulatório deve alcançar.

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



Obrigatório



Grupo I



Grupo II



Grupo III



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

- Standards do **Grupo I** contemplam, entre outros aspetos, os direitos das pessoas, os princípios éticos e a segurança de doentes e profissionais. Alguns standards do Grupo I são considerados obrigatórios e, portanto, têm de estar cumpridos para se alcançar qualquer nível de certificação.
- Standards do **Grupo II** incluem elementos associados a um maior desenvolvimento da instituição (sistemas de informação, novas tecnologias e redesenho de espaços organizativos).
- Standards do **Grupo III** demonstram que a Unidade de Saúde de Ambulatório 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 das Unidades de Saúde de Ambulatório (Manual número 28), que está localizado no critério 1 (“Liderança e organização da Unidade de Saúde de Ambulatório”), que é o primeiro standard desse critério e que não foi revisto.

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

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



4. ESTRUTURA DO MANUAL

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

BLOCO 1: GESTÃO DA UNIDADE



CRITÉRIO 1 LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

Assegurar uma organização eficiente da Unidade, 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.

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 nas Unidades de Saúde de Ambulatório. As 4 fases do processo são aqui descritas:



Fase 1: **Pedido de certificação**

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

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

Fase 2: **Autoavaliação**

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

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

Para que a equipa de autoavaliação realize uma autoavaliação produtiva, é importante que o responsável da Unidade conte com o apoio do gestor da DCS/DQS e tenha em consideração o referencial de 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 da Unidade. Em primeiro lugar, o responsável da Unidade deve planear a autoavaliação: definir os objetivos a alcançar, selecionar a equipa de autoavaliação, distribuir os standards entre os autoavaliadores de acordo com o seu nível de conhecimento e definir um plano de trabalho.

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

Em que consiste a autoavaliação?

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

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



Fase 3: **Avaliação**

Concluída a fase de autoavaliação, uma equipa de avaliadores visita a Unidade na data combinada e, seguindo a agenda de avaliação, reúne informação sobre os standards para tomar uma decisão sobre o seu cumprimento.

São utilizados diferentes métodos para a recolha de informação: estudo do plano da prestação do serviço (análise de processos, procedimentos, planos, objetivos, entrevistas com responsáveis da Unidade, etc.), estudo da prestação real do serviço (histórias clínicas, registos, entrevistas aos profissionais da Unidade, observação direta dos espaços, instalações e atividades realizadas por profissionais, etc.) e análise da experiência do doente (entrevista a doentes e familiares, análise de reclamações, inquéritos de satisfação, etc.). A triangulação entre estes métodos identificará se existe alguma lacuna entre eles. As informações recolhidas antes, durante e após a avaliação serão tratadas com absoluta confidencialidade.

Após a conclusão da visita de avaliação externa, a equipa de avaliação elabora um relatório em que especifica o grau de conformidade com os standards. Este relatório é enviado para a direção da Unidade e para o Comité de Certificação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*.

Resultados da fase de avaliação

- **Pendente de estabilização de standards obrigatórios**

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

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

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



Fase 4: Acompanhamento

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

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

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

Se durante o processo de certificação a DGS/DQS tiver conhecimento da ocorrência de um incidente de segurança na Unidade, 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 a Unidade faça uma Análise de Causa Raiz e envie o relatório resumido e um plano de ação. Caso uma resposta aceitável não seja apresentada dentro do prazo estabelecido, a certificação poderá ser retirada.



6. Standards do Manual





CRITÉRIO 1



LIDERANÇA
E ORGANIZAÇÃO
DA UNIDADE

CRITÉRIO 2



GESTÃO POR
PROCESSOS
ASSISTENCIAIS

BLOCO 1:
GESTÃO DA UNIDADE

CRITÉRIO 1: LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A liderança eficaz da Unidade é fundamental para que a sua organização seja eficiente e o atendimento que se oferece à pessoa seja excelente. Cabe à direção da Unidade 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.

Os responsáveis da Unidade devem desenvolver iniciativas que visem determinar o seu quadro de referência da qualidade e 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 da Unidade.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Definir um plano estratégico como ferramenta de gestão, que especifique as principais linhas de orientação do trabalho da Unidade 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 da Unidade e realizar um controlo eficiente e sistemático de toda a sua documentação.
- Selecionar os indicadores que devem fazer parte do painel de controlo da Unidade, para avaliar os dados e transformá-los em informação útil, bem como permitir a tomada de decisões baseadas em factos objetivos.
- Definir, planear e coordenar as atividades necessárias para melhorar a atenção oferecida aos utilizadores da Unidade a partir do conhecimento das necessidades e expectativas da pessoa, família e profissionais.
- Conhecer e resolver as sugestões e reclamações da pessoa e familiares em relação aos cuidados de saúde recebidos.



A Unidade possui uma estrutura da qualidade.



Grupo: I

Código: S 28 01.01_00

Propósito: Dispor de uma estrutura da qualidade para promover o desenvolvimento da estratégia da qualidade da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. Na Unidade 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. Existe uma comissão da qualidade que se reúne periodicamente para apoiar e avaliar o desenvolvimento da estratégia da qualidade da Unidade.
3. A comissão da qualidade comunica o desenvolvimento da estratégia à Direção.

A Unidade possui um sistema de gestão de documentos.



Grupo I obrigatório

Código: S 28 01.02_00

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

Elementos avaliáveis:

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



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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 01.03_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identificou os postos de trabalho que a compõem e definiu as suas funções e responsabilidades.
2. Os profissionais da Unidade conhecem as suas funções e responsabilidades.

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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 01.04_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 na Unidade.

Elementos avaliáveis:

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



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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 01.05_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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 na Unidade 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.

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



Grupo: II

Código: S 28 01.06_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de um procedimento que descreve o sistema de recolha de sugestões de pessoas, familiares e/ou cuidadores, os canais apropriados para o efeito e as responsabilidades, entre outros.
2. A Unidade 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.
3. A Unidade analisa semestralmente as sugestões recebidas e implementa as melhorias necessárias. A informação recebida por esses canais é representativa.



A Unidade implementa um sistema de gestão abrangente para todo o tipo de riscos que enfrenta.



Grupo: III

Código: S 28 01.07_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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.

A Unidade tem um plano estratégico.



Grupo: I

Código: S 28 01.08_01

Propósito: Planear a gestão da Unidade 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 ou outras instituições com as quais a Unidade tenha relacionamento. Esse planeamento deve estar refletido num documento (plano estratégico) que sirva de guia à Unidade no cumprimento dos objetivos definidos. O documento é atualizado periodicamente e dado a conhecer aos profissionais.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade definiu a sua missão, visão e valores.
2. A Unidade realizou uma análise ou diagnóstico prévio da situação através de uma ferramenta validada (ex.: análise SWOT, Matriz BCG, etc.).
3. A Unidade 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.



A Unidade avalia o seu plano estratégico.



Grupo: II

Código: S 28 01.09_00

Propósito: Avaliar o plano estratégico para fazer os ajustamentos necessários e melhorar o desempenho da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia periodicamente as linhas estratégicas e os objetivos do seu plano, realizando os ajustamentos necessários.
2. Os resultados da avaliação são dados a conhecer aos profissionais da Unidade.

A Unidade elaborou um plano da qualidade.



Grupo: I

Código: S 28 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 na Unidade 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. A Unidade define um plano da qualidade, que inclui o seu controlo, linhas de trabalho, objetivos, responsabilidades, cronograma e método de avaliação.
2. Os profissionais da Unidade 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 28 01.11_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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. A Unidade 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 da Unidade 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.

A direção da Unidade usa o clima laboral como um elemento de desenvolvimento organizacional.



Grupo: II

Código: S 28 01.12_01

Propósito: Analisar o clima laboral da Unidade e promover a sua melhoria, estabelecendo as respetivas medidas necessárias com a participação dos profissionais.

Elementos avaliáveis:

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





Grupo: I

Código: S 28 01.13_01

Propósito: Dispor dos indicadores relevantes que a Unidade 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. A Unidade dispõe de um painel de controlo que possui os indicadores relevantes para a tomada de decisões (ex.: indicadores da atividade, económico-financeiros, processos, segurança do doente, tempos de resposta, etc.). Para os indicadores em que seja possível, foi definido o seu objetivo ou padrão de referência.
2. A Unidade apresenta um plano de monitorização que contempla 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. A Unidade 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. A Unidade informa os profissionais envolvidos das melhorias identificadas.



Grupo: III

Código: S 28 01.14_01

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. A Unidade 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. A Unidade incorpora as práticas realizadas pelas instituições com as quais se compara, avaliando se as mesmas permitem a obtenção de melhores resultados.



CRITÉRIO 2: GESTÃO POR PROCESSOS ASSISTENCIAIS

OBJETIVO DO CRITÉRIO

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

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Identificar os seus principais processos assistenciais, organizar equipas responsáveis pelos mesmos e definir a sequência de atividades que compõem cada processo, tendo em conta as necessidades da pessoa, dos profissionais e os 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.



A Unidade tem definido o seu mapa de processos.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 02.01_00

Propósito: Dispor de um mapa de processos como ferramenta para melhorar a gestão da Unidade. Identificar os processos da Unidade (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. A Unidade identifica os seus processos estratégicos, assistenciais, operacionais e de suporte.
2. A Unidade 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 da Unidade.
4. Os profissionais da Unidade conhecem o mapa de processos.

A Unidade implementa a gestão por processos assistenciais ou operacionais.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 02.02_01

Propósito: Implementar os processos assistenciais ou operacionais identificados pela Unidade 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 ou operacional e selecionar os indicadores para a sua avaliação.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade designa um responsável pela implementação de cada processo assistencial ou operacional identificado.
2. A Unidade descreve o conjunto de atividades que compõem cada processo assistencial ou operacional, contemplando Quem, Como, Quando e Onde se realizam essas atividades.
3. Os profissionais da Unidade conhecem e aplicam os processos assistenciais ou operacionais implementados.
4. A Unidade definiu indicadores para avaliação dos processos assistenciais ou operacionais implementados, as suas fórmulas de cálculo, os objetivos ou standards de referência e a periodicidade da medição.



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



Grupo: I

Código: S 28 02.03_00

Propósito: Avaliar e melhorar progressivamente os indicadores dos processos assistenciais ou operacionais, introduzindo ações que melhorem os resultados dos mesmos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia os indicadores dos processos assistenciais ou operacionais implementados com a periodicidade definida, identifica possíveis melhorias e divulga os resultados aos profissionais envolvidos.
2. A Unidade define novos objetivos mínimos a serem alcançados para os seus indicadores de processos assistenciais ou operacionais e/ou seleciona novos indicadores.

A Unidade melhora a eficiência dos seus processos assistenciais ou operacionais.



Grupo: II

Código: S 28 02.04_00

Propósito: Otimizar o funcionamento dos processos assistenciais ou operacionais implementados na Unidade melhorando a qualidade da assistência prestada.

Elementos avaliáveis:

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



A Unidade tem implementada a gestão por processos nos seus serviços de suporte.



Grupo: II

Código: S 28 02.05_00

Propósito: Implementar os processos de suporte identificados pela Unidade 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. A Unidade designa um responsável para a implementação de cada processo de suporte identificado.
2. A Unidade descreveu a sequência das atividades que compõem cada processo de suporte, contemplando Quem, Como, Quando e Onde se realizam essas atividades.
3. A Unidade definiu indicadores para avaliar os processos de suporte, as suas fórmulas de cálculo, os objetivos ou padrões de referência e a periodicidade da medição.

A Unidade avalia os indicadores dos processos de suporte e estabelece novos objetivos focados na melhoria contínua.



Grupo: II

Código: S 28 02.06_00

Propósito: Avaliar e melhorar progressivamente os indicadores dos processos de suporte, introduzindo ações que melhorem os resultados dos mesmos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade avalia os indicadores dos processos de suporte com a periodicidade definida, identifica possíveis melhorias e divulga os resultados aos profissionais envolvidos.
2. A Unidade define novos objetivos mínimos a serem alcançados para os seus indicadores de processos de suporte e/ou seleciona novos indicadores.



A Unidade define os critérios de qualidade dos serviços de suporte e analisa os desvios ocorridos.



Grupo: II

Código: S 28 02.07_01

Propósito: Definir e divulgar os critérios de qualidade dos serviços de suporte que dão apoio à atividade assistencial da Unidade. Pôr à disposição dos profissionais da Unidade 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. A Unidade definiu os critérios de qualidade dos serviços de suporte (ex.: hotelaria, limpeza, manutenção, eletromedicina, informática, etc.) que prestam apoio à atividade assistencial.
2. A Unidade dispõe de ferramentas que permitem a comunicação e o registo dos desvios detetados de acordo com os critérios de qualidade definidos.
3. Os profissionais da Unidade, 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. A Unidade analisa os desvios comunicados com o objetivo de abordar a implementação de melhorias nos serviços de suporte.

A Unidade melhora a eficiência dos seus processos de suporte.



Grupo: III

Código: S 28 02.08_00

Propósito: Otimizar o funcionamento dos processos de suporte implementados na Unidade melhorando a qualidade da atenção que presta aos seus utilizadores.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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. A Unidade utiliza ferramentas da qualidade (ex.: diagrama de Ishikawa, 5s, etc.) para identificar as causas das ineficiências encontradas.
3. A Unidade 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

Facilitar a acessibilidade dos doentes, a divulgação da informação sobre o funcionamento da Unidade e garantir o respeito pela privacidade e confidencialidade são aspetos que contribuem para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade.

A coordenação e a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo assistencial permitem priorizar as ações clínicas, abreviar o processo de diagnóstico, melhorar o tratamento, proporcionar os recursos adequados às necessidades dos doentes 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 no processo clínico toda a informação que é gerada no âmbito do processo assistencial.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Respeitar os direitos de cada pessoa durante o processo assistencial.
- Desenvolver mecanismos que favoreçam o acesso das pessoas aos serviços de saúde.
- Assegurar a confidencialidade e proteção da informação clínica e pessoal.
- Garantir o acesso da pessoa à informação sobre os exames a realizar através de linguagem compreensível e aos seus resultados.
- Melhorar a gestão dos tempos de resposta.
- Conhecer os recursos de apoio existentes para realizar uma gestão eficaz e racional dos mesmos.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.01_01

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. A Unidade possui e aplica procedimentos ou normas para preservar a intimidade da pessoa e a confidencialidade da sua informação clínica e pessoal.
2. Durante o processo de atendimento, a Unidade 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 e 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.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.02_01

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

Elementos avaliáveis:

1. Os profissionais da Unidade informam a pessoa verbalmente, 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 e 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 da Unidade utilizam mecanismos para informar a pessoa de outras nacionalidades e/ou com problemas sensoriais.
3. A Unidade informa e entrega à pessoa a informação clínica 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.
5. O serviço de diagnóstico por imagem fornece à pessoa e/ou familiar informação sobre o tipo de exame a realizar, sua duração e possíveis complicações.
6. O serviço de diagnóstico por imagem fornece à pessoa informação sobre a técnica realizada, bem como as imagens. O relatório possui uma estrutura definida e inclui o procedimento realizado, as características técnicas, se houve comparação com estudos anteriores e a conclusão e/ou recomendação final.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.03_01

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

Elementos avaliáveis:

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





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.04_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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, etc.).
2. A Unidade 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.
3. O serviço de diagnóstico por imagem dispõe de uma carteira de serviços e tem os tempos de resposta definidos para a realização de exames e para a elaboração dos relatórios imagiológicos. Divulga essa informação aos doentes através de canais de comunicação estáveis.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.05_01

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 será registada no processo clínico da pessoa.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui normas para registo no processo clínico e os profissionais aplicam-nas.
2. A Unidade dispõe e aplica um procedimento para detetar duplicações de registos clínicos. Caso sejam detetadas duplicações ou outros erros de identificação, os profissionais comunicam-nos aos responsáveis para a sua fusão ou correção.
3. A Unidade selecionou os identificadores inequívocos a utilizar para identificar a informação clínica da pessoa e estes são utilizados corretamente pelos profissionais.
4. A informação gerada em cada episódio fica registada no processo clínico da pessoa.





Grupo: III

Código: S 28 03.06_00

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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 03.07_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade definiu critérios de qualidade e cumprimento a serem avaliados nos processos clínicos, 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. A Unidade divulga aos profissionais os resultados obtidos e as áreas de melhoria identificadas.



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



Grupo: I

Código: S 28 03.08_00

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. A Unidade informa sistematicamente as pessoas, familiares e cuidadores sobre quem são os seus profissionais de referência. Os profissionais estão devidamente identificados, com vista a que a pessoa conheça o profissional que a atende em cada momento.
2. Os profissionais responsáveis pelo doente realizam uma avaliação completa do mesmo (ex.: problemas de saúde, necessidades, situação social, etc.).
3. O plano de cuidados fica documentado no processo clínico do doente e é atualizado em função da evolução deste e de suas novas necessidades.
4. Os profissionais responsáveis informam o doente e/ou familiares sobre o plano de cuidados e suas atualizações.

A Unidade facilita o acesso aos recursos de apoio necessários ao doente e/ou seu cuidador.



Grupo: II

Código: S 28 03.09_01

Propósito: Garantir cuidados adequados aos doentes e seus cuidadores, especialmente aos mais vulneráveis e frágeis (ex.: múltiplas patologias, doentes altamente dependentes, 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. A Unidade 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. A Unidade identifica doentes e/ou cuidadores que necessitem de recursos de apoio (ex.: nutrição, material ortoprotésico, apoio domiciliário, apoio emocional, etc.).
3. A Unidade 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.



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



Grupo: I

Código: S 28 03.10_01

Propósito: Monitorizar e avaliar as desprogramações e interrupções de atividades programadas e as causas que as tenham ocasionado, a fim de estabelecer as ações de melhoria pertinentes na ótica dos doentes e da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade regista as desprogramações e interrupções da atividade programada (consultas, exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas) que ocorram e as causas que as originaram.
2. A Unidade analisa periodicamente as desprogramações e interrupções ocorridas (ex.: número, causas, etc.) para identificar áreas de melhoria, se necessário.

A Unidade controla a demora no atendimento dos seus serviços.



Grupo: I

Código: S 28 03.11_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de um sistema para monitorizar a demora no atendimento.
2. A Unidade analisa a demora no atendimento, suas causas e evolução.
3. A Unidade implementa as medidas de melhoria necessárias para manter a demora em níveis aceitáveis.





Grupo: II

Código: S 28 03.12_00

Propósito: Verificar se os tempos de resposta definidos pela legislação em vigor e demais processos da carteira de serviços da Unidade são alcançados e melhorados, implementando ações que melhorem os seus resultados.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre os tempos de resposta definidos pela regulamentação em vigor e na sua carteira de serviços (ex.: intervenções cirúrgicas, consultas, exames de diagnóstico, etc.).
2. A Unidade define novos objetivos mínimos a atingir em termos de tempos de resposta ou novos indicadores relacionados com os tempos de resposta.



CRITÉRIO 4: QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

OBJETIVO DO CRITÉRIO

A intenção do seguinte conjunto de standards é garantir que a Unidade possui e utiliza a melhor evidência científica, que lhe permite padronizar as atividades e dispor do nível mais avançado de conhecimento disponível na abordagem dos problemas de saúde. É também necessário, para otimizar o processo de atendimento, aplicar as decisões, recomendações e protocolos elaborados por peritos.

Deve ser desenvolvido um papel de agente de saúde, contribuindo para a implementação de hábitos saudáveis, prevenção de problemas de saúde ou acidentes, bem como redução de sequelas ou situações de incapacidade associadas a processos patológicos e à atividade da própria Unidade.

Detetar as necessidades formativas dos profissionais para traçar um plano de formação que os ajude a adquirir, atualizar ou desenvolver as suas competências e a atingir os objetivos estratégicos da Unidade.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Incorporar as evidências científicas e as recomendações de boas práticas mais recentes na prestação dos cuidados de saúde e conhecer a utilização que os profissionais da Unidade fazem delas, identificando áreas de melhoria para otimizar o atendimento ao doente.
- Padronizar os cuidados de saúde para reduzir a variabilidade, alcançando maior eficácia clínica e melhor atendimento ao doente.
- Promover estilos de vida saudáveis no doente e desenvolver estratégias de prevenção da doença e de educação em saúde.
- Proteger as pessoas e o ambiente contra os efeitos nocivos que possam advir da exposição às radiações ionizantes nos centros de radiodiagnóstico, através da proteção radiológica como atividade multidisciplinar e de carácter técnico-científico.



A Unidade garante cuidados de saúde de qualidade através de práticas baseadas em evidência.



Grupo: II

Código: S 28 04.01_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica anualmente os processos de cuidados de saúde em que existe maior variabilidade na prática clínica.
2. A Unidade 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 na Unidade e atualizadas periodicamente com base nas novas evidências disponíveis.

A Unidade avalia o nível de adesão dos profissionais às recomendações de prática clínica implementadas.



Grupo: III

Código: S 28 04.02_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade seleciona anualmente esses protocolos, planos de cuidados e guias de prática clínica, etc. 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.





Grupo: II

Código: S 28 04.03_01

Propósito: Trabalhar na promoção de hábitos saudáveis e em medidas de prevenção de acidentes e doenças, tanto ao nível da intervenção global como individual das pessoas que atende.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de materiais e canais de comunicação para a divulgação de bons hábitos de saúde (ex.: publicações próprias, participação regular nos meios de comunicação social, website, etc.).
2. A Unidade trabalha com os profissionais para que integrem sistematicamente recomendações e formação em hábitos saudáveis para as pessoas.
3. O serviço de diagnóstico por imagem implementa medidas de formação e sensibilização para garantir a proteção radioelétrica, tanto dos doentes como dos profissionais.
4. O serviço de diagnóstico por imagem informa os doentes sobre as medidas de proteção radiológica, tanto nos tratamentos como em casos de relevância específica, por exemplo, gravidez ou amamentação.
5. O serviço de diagnóstico por imagem realiza atividades junto dos profissionais prescritores a fim de os consciencializar sobre o uso racional das radiações ionizantes.



O serviço de diálise presta apoio nutricional aos seus doentes com doença renal crónica.



Grupo: II

Código: S 28 04.04_01

Propósito: Integrar a avaliação e monitorização da correta alimentação nas pessoas submetidas a diálise, bem como dispor de recursos próprios ou externos para corrigir situações de possível risco para a sua saúde e qualidade de vida.

Elementos avaliáveis:

1. O serviço de diálise realiza regularmente uma avaliação nutricional da pessoa em tratamento de diálise.
2. O serviço de diálise facilita o acesso a dietistas ou nutricionistas para darem apoio em caso de se identificarem problemas (reais ou potenciais) relacionados com a nutrição da pessoa em tratamento de diálise.
3. Os profissionais fornecem às pessoas informação dietética, de forma a dotá-las dos conhecimentos necessários para prevenirem problemas relacionados com a nutrição.

A Unidade realiza uma abordagem específica da dor.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 04.05_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 da Unidade 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. A Unidade possui e aplica protocolos ou guias de abordagem da dor.
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.



A Unidade elabora planos de formação para os seus profissionais atendendo às atualizações científicas.



Grupo: II

Código: S 28 04.06_01

Propósito: Conhecer as necessidades de formação dos profissionais, com o objetivo de definir planos de formação que os ajudem a adquirir e atualizar os conhecimentos e competências com base na atualização científica.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza uma ferramenta (ex.: entrevistas, questionários, etc.) para detetar periodicamente as necessidades de formação dos seus profissionais com base na atualização científica.
2. A Unidade analisa as necessidades formativas identificadas para desenvolver os planos de formação.
3. A Unidade dispõe de planos de formação que permitem aos profissionais adquirir e atualizar o conhecimento e desenvolver competências, nomeadamente competências técnico-científicas, de humanização e de comunicação, etc.

O serviço de diagnóstico por imagem regista a dose de radiação nos relatórios e dispõe dos registos de dose individualizados por pessoa.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 04.07_01

Propósito: Dar a conhecer as doses de radiação administradas à pessoa através do relatório e do seu registo no processo clínico.

Elementos avaliáveis:

1. Os dados dosimétricos são registados no processo clínico de cada pessoa e incluídos no relatório.
2. Os radiofármacos e/ou contrastes administrados à pessoa são registados no seu processo clínico, assim como a dose, esquema de injeção ou efeitos e reações adversas, caso ocorram.



O serviço de diagnóstico por imagem realiza uma monitorização contínua das doses de radiação recebidas pelas pessoas e analisa desvios às doses definidas por organismos responsáveis pela proteção radiológica.



Grupo: II

Código: S 28 04.08_00

Propósito: Analisar e otimizar os índices de radiação das pessoas na sequência de exames de diagnóstico, com o objetivo de minimizar o seu impacto.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade monitoriza de forma contínua as doses de radiação recebidas pelas pessoas.
2. A Unidade avalia as discrepâncias entre as doses administradas e as doses definidas pelo órgão técnico responsável pela proteção radiológica, realizando os ajustamentos necessários com base nos protocolos estabelecidos na Unidade.

O serviço de diagnóstico por imagem dispõe de um Programa de Proteção Radiológica.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 04.09_01

Propósito: Garantir um nível adequado de proteção das pessoas e do ambiente sem limitar as práticas benéficas de exposição às radiações ionizantes, estabelecendo regras para a localização e funcionamento dos equipamentos, a adequação das áreas de risco, a formação dos profissionais, o controlo dosimétrico permanente e a proteção dos utilizadores.

Elementos avaliáveis:

1. O Programa de Proteção Radiológica da Unidade está estruturado de modo a abranger todos os aspetos necessários ao seu cumprimento, distribuindo as responsabilidades e funções dos diversos níveis envolvidos.





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, até um mínimo aceitável e, agora, em direção a uma visão mais ampla que equilibre os benefícios dos cuidados de saúde e os danos potenciais num ambiente cada vez mais técnico e complexo. Nesse sentido, a Unidade não pode ficar alheia aos danos associados à prestação dos cuidados de saúde e à alta probabilidade de os mesmos serem evitados por meio da implementação de boas práticas conducentes à minimização de riscos e aumento da segurança assistencial.

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 a Unidade 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 notificação 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.



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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.01_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade utiliza periodicamente ferramentas validadas (ex.: FMEA, mapas de risco, etc.) para identificar e priorizar os riscos para a segurança do doente.
2. A Unidade identifica as medidas preventivas a implementar.
3. A Unidade divulga aos profissionais os riscos identificados e as medidas preventivas identificadas.

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



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.02_01

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

Elementos avaliáveis:

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



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



Grupo: I

Código: S 28 05.03_01

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. A Unidade designa a(s) pessoa(s) responsável(eis) pela gestão dos riscos e incidentes reportados.
2. A Unidade analisa os riscos e incidentes reportados. Os eventos adversos graves são imediatamente analisados através de uma ferramenta validada (ex.: análise de causa raiz, análise de eventos significativos, etc.).
3. As medidas preventivas identificadas são implementadas e divulgadas aos profissionais, especialmente em casos de eventos adversos graves.

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



Grupo: II

Código: S 28 05.04_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui e aplica um plano de gestão de eventos adversos graves, que descreve como se realiza o atendimento e a comunicação com o doente/ou familiares que sofreram um evento adverso grave, bem como 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 a Unidade oferece no caso de sentirem-se emocionalmente afetados face à ocorrência de um evento adverso.
3. A Unidade possui e aplica o plano de comunicação interno e externo perante a ocorrência de um evento adverso grave.



A Unidade possui um procedimento destinado à identificação inequívoca dos doentes e das amostras biológicas.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.05_01

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. A Unidade 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 e como atuar no caso de doentes em situação de especial vulnerabilidade (ex.: nomes idênticos, incapacidades ou com limitações cognitivas, etc.).
2. A verificação verbal e/ou visual (através de pulseira de identificação ou fotografia no processo clínico) do doente é realizada em todos os momentos do atendimento e por todos os profissionais da Unidade que entram em contacto com este, sobretudo em procedimentos de risco.
3. A Unidade avalia periodicamente o processo de identificação de doentes (ex.: percentagem de doentes questionados, percentagem de notificações recebidas relacionadas com erros de identificação de doentes, etc.) e implementa melhorias no caso de detetar desvios ao resultado previsto.

A Unidade tem implementado um procedimento para garantir as condições de conservação e armazenamento dos medicamentos e materiais de consumo clínico.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.06_01

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. A Unidade 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 na Unidade (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 28 05.07_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de uma lista atualizada de medicamentos de alto risco que é do conhecimento dos profissionais. Estes 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.
3. 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.
4. 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/pilhas de substituição. Estas atividades são registadas e arquivadas na Unidade.
5. O serviço de diagnóstico por imagem possui e aplica um procedimento de armazenamento de radiofármacos e agentes de contraste, no qual estão descritas pelo menos as condições de exposição e proteção.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.08_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui e aplica um procedimento para a correta preparação e administração de medicamentos, que contempla, entre outros, local de preparação, limpeza da superfície, preparação da medicação, administração por diferentes vias, etc.
2. O serviço de diagnóstico por imagem dispõe e aplica um procedimento de preparação e controlo da qualidade dos radiofármacos e agentes de contraste, no qual estão descritas as condições higiénicas necessárias à sua preparação, as áreas de preparação (gabinete de fluxo laminar, gabinete de segurança biológica, etc.), materiais e reagentes utilizados na sua preparação, ensaios correspondentes ao controlo da qualidade de cada radiofármaco preparado, etc.
3. As seringas, os frascos ou bolsas, nos quais são adicionados medicamentos, são devidamente rotulados pela Unidade, identificando-se, pelo menos, o nome da substância ativa adicionada, dose, via de administração e dois identificadores válidos do doente a quem o medicamento é administrado.
4. São utilizadas práticas para garantir que a via de administração do medicamento é a correta (ex.: identificar os medicamentos com etiquetas de cor que indicam de forma destacada a via de administração, usar dispositivos que impeçam a administração do medicamento por uma via errada, verificar a via de administração do medicamento na ficha de tratamento, etc.).
5. A Unidade possui mecanismos que previnem situações potencialmente perigosas ou erróneas (ex.: alergias, doses máximas, interações, etc.) na hora da prescrição ou administração dos medicamentos.
6. 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, peso, alergias e outras condições. O doente é informado sobre a medicação que está a receber e fica registada no seu processo clínico a sua administração ou o motivo da sua não administração.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.09_01

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

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade 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.** A Unidade introduz pelo menos outra boa prática para a prevenção de infecções relacionadas com a assistência em saúde (ex.: bacteriemia associada ao cateter, flebite associada a cateter venoso de inserção periférica, etc.).
- 3.** Os profissionais conhecem e aplicam as recomendações relativas às boas práticas implementadas.
- 4.** A Unidade estabelece indicadores para avaliar falhas nas boas práticas introduzidas, analisa-os e compara-os periodicamente com os padrões disponíveis, bem como identifica as melhorias quando necessário e divulga-as junto dos profissionais.
- 5.** Serviços de diálise: O serviço de diálise dispõe de salas separadas para a diálise de doentes infecciosos ou potencialmente infecciosos, assim como de monitores independentes, se necessário.



A Unidade promove a implementação de práticas seguras no processo cirúrgico.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 28 05.10_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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. A Unidade 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. A Unidade possui e aplica um conjunto de medidas preventivas para diminuir o risco de infeções cirúrgicas (ex.: protocolos de profilaxia antibiótica, etc.).

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

I

II

III

Grupo: I

Código: S 28 05.11_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A direção da Unidade identifica outras boas práticas a implementar para prevenir incidentes de segurança do doente (ex.: melhorias na comunicação entre profissionais, 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. A Unidade estabelece indicadores para avaliar falhas nas boas práticas introduzidas, analisa-as periodicamente, identifica melhorias caso seja necessário e difunde-as aos profissionais implicados.



A Unidade cumpre os indicadores de segurança do doente e define novos objetivos focados na melhoria contínua.



Grupo: II

Código: S 28 05.12_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade cumpre os objetivos propostos nos indicadores de segurança do doente para verificar a implementação de boas práticas que previnam incidentes de segurança (ex.: higiene das mãos e uso de luvas, melhorias na comunicação entre profissionais, processo cirúrgico, uso seguro de radiações ionizantes, prevenção de erros no diagnóstico, etc.).
2. A Unidade define novos objetivos mínimos a alcançar para os seus indicadores de segurança do doente ou seleciona novos indicadores de segurança do doente.

A Unidade promove o envolvimento dos doentes e das pessoas na prevenção de riscos associados aos seus cuidados de saúde.



Grupo: III

Código: S 28 05.13_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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. A Unidade 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. A Unidade 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.).



O serviço de diagnóstico por imagem cria os mecanismos necessários para a comunicação e atuação face a resultados críticos que exigem ação imediata.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 05.14_01

Propósito: Garantir um mecanismo de comunicação rápida aos solicitantes em caso de resultados urgentes ou inesperados nos exames de diagnóstico por imagem, os quais exigem uma atuação imediata.

Elementos avaliáveis:

1. No serviço de diagnóstico por imagem são definidos os parâmetros considerados de alarme (urgentes ou inesperados) segundo a sua carteira de serviços.
2. No serviço de diagnóstico por imagem criam-se os mecanismos necessários para comunicar aos profissionais envolvidos os resultados de um exame quando se encontram dentro dos intervalos alarmantes estabelecidos.
3. No serviço de diagnóstico por imagem 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 da Unidade para reduzir e controlar riscos, prevenir acidentes de trabalho e proporcionar condições seguras.

Os profissionais da Unidade 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 e em ótimas condições de manutenção, formar os profissionais na utilização correta dos equipamentos e envolvê-los na comunicação de incidentes relativos à sua manutenção, segurança e funcionamento, contribui para aumentar a segurança de doentes e profissionais, além de evitar desprogramações e/ou suspensões da atividade.

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

Estão igualmente incluídas regras destinadas a facilitar o desenvolvimento de sistemas de informação para dar resposta às necessidades da sua atividade e aos seus objetivos e metas.

A abordagem dos seguintes standards ajudará a Unidade a:

- Conhecer a todo o momento a situação estrutural da Unidade e suas instalações, dispondo da documentação necessária em termos de segurança e vigilância sanitária, com o objetivo de oferecer garantias a todos os profissionais, doentes e familiares.
- Estabelecer canais de comunicação eficazes entre os serviços de manutenção da Unidade para conhecer o estado das condições de manutenção e segurança das instalações que utiliza e, se necessário, poder adotar medidas para garantir um ambiente físico seguro.
- Gerir de forma eficaz e segura os equipamentos médicos usados pelos profissionais da Unidade, estabelecendo canais de comunicação e colaboração com o serviço de electromedicina.
- 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 e conhecer os 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 a proteção do ambiente e a saúde dos profissionais, doentes e familiares.
- Otimizar os recursos informáticos usados na gestão da sua atividade.
- Garantir a disponibilidade de toda a informação gerada durante o processo assistencial ao doente perante a falha dos sistemas de informação e proteger a confidencialidade e segurança da mesma.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.01_01

Propósito: Garantir, em todos os momentos, a segurança estrutural do edifício e a manutenção das suas instalações.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica as instalações que suportam o desempenho da sua atividade, os seus requisitos técnico-legais, autorizações e necessidades de manutenção.
2. A Unidade dispõe da documentação técnico-legal necessária ao funcionamento das suas instalações. Esta documentação encontra-se atualizada, em ordem e sem defeitos ou anomalias por resolver.
3. A Unidade possui e aplica um plano de manutenção das suas instalações e infraestruturas e não existem incidentes não resolvidos.
4. Os profissionais da Unidade 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 da Unidade (ex.: diálise, testes invasivos, áreas de esterilização, etc.) possuem espaços e circulação adequada em relação aos diferentes fluxos e processos da área.



A Unidade analisa os incidentes relacionados com as suas infraestruturas e instalações.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.02_01

Propósito: Analisar os incidentes ocorridos e introduzir medidas destinadas a reduzir o impacto daqueles que possam alterar a funcionalidade e/ou segurança da Unidade.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade dispõe de um sistema de comunicação de incidentes relacionados com o funcionamento, manutenção e segurança das instalações.
2. Os profissionais da Unidade utilizam o sistema de comunicação de incidentes em caso de necessidade.
3. Os incidentes reportados são monitorizados para determinar o seu estado (ex.: pendentes, em processo, concluídos, etc.) e são analisados periodicamente para identificar possíveis melhorias nas instalações da Unidade (ex.: devido a incidentes repetidos, tempos de resposta inadequados, etc.).

A Unidade aplica medidas de prevenção e controlo da legionela nas suas instalações.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.03_01

Propósito: Garantir o controlo e prevenção da proliferação e disseminação da legionela nas instalações hídricas da Unidade, com vista a reduzir o risco de legionelose, através da aplicação de procedimentos e da adoção de medidas higienossanitárias adequadas.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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 da Unidade ou empresas externas).
3. A Unidade 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 legionelose.
4. A Unidade tem registos da manutenção, com todas as atividades exercidas com base no cumprimento dos procedimentos estabelecidos e respetiva periodicidade.





Grupo: I

Código: S 28 06.04_00

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. A Unidade 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 para aceder a cada uma delas.
2. As áreas da Unidade com instalações críticas estão claramente identificadas e têm um acesso restrito.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.05_01

Propósito: Gerir todos os equipamentos eletromédicos utilizados na Unidade 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, conhecer as suas características e capacitar os profissionais quanto ao seu uso e riscos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade tem as funções de controlo do equipamento eletromédico atribuídas e descritas.
2. Todos os equipamentos utilizados na Unidade, incluindo os cedidos, estão inventariados (ex.: tipo, marca, modelo, número de série, vida útil, localização, etc.).
3. A manutenção preventiva e corretiva é realizada nos equipamentos utilizados pela Unidade, incluindo os cedidos, seguindo as recomendações do fabricante ou do serviço técnico correspondente. Os instrumentos utilizados são fiáveis em termos de calibração.
4. Os profissionais que utilizam os equipamentos da Unidade 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. A Unidade 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 antes do seu uso.
6. A Unidade 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. A Unidade 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. A Unidade 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.



A Unidade 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 28 06.06_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identifica os fornecimentos, equipamentos, instalações e comunicações essenciais ou críticos, cuja interrupção pode comprometer a sua atividade de cuidados e de apoio (ex.: EPI, eletricidade, água, combustível, gases medicinais, central telefônica, rádio móvel, etc.).
2. A Unidade possui e aplica um plano de contingência (ex.: possuir stock mínimo na Unidade, 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.

A Unidade gere com eficiência as compras e os fornecedores.



Grupo: II

Código: S 28 06.07_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade realiza as suas aquisições de bens e serviços com base num catálogo de fornecedores estabelecido.
2. A Unidade 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. A Unidade possui e aplica um procedimento de avaliação de fornecedores.



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



Grupo: II

Código: S 28 06.08_00

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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 como infraestruturas, instalações ou equipamentos, entre outras.
2. A Unidade planifica os investimentos a realizar, os recursos necessários e os respetivos prazos.
3. A Unidade monitoriza periodicamente esse planeamento e incorpora novas necessidades que possam surgir.

A Unidade garante a acessibilidade física a doentes e familiares.



Grupo: I

Código: S 28 06.09_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade analisa periodicamente as suas condições de acessibilidade (barreiras arquitetónicas ou sensoriais) e as condições de circulação no seu interior (ex.: casas de banho, salas de espera, consultas, etc.).
2. A Unidade 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 à Unidade e no seu interior é inequívoca, está atualizada e em bom estado.



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



Grupo: I

Código: S 28 06.10_01

Propósito: Aumentar com o conforto o grau de satisfação de doentes e familiares, adaptando a organização e instalações da Unidade 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.** A Unidade 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.** A unidade analisa periodicamente as suas condições de conforto (ex.: contacto telefónico com a Unidade, variáveis térmicas, conforto, descanso, estado e adequação das instalações e mobiliário, iluminação, limpeza, roupa de cama, tempos de espera para consultas, exames de diagnóstico, etc.).
- 3.** Com as informações obtidas através dos mecanismos anteriormente referidos, a Unidade 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 da Unidade são adaptados às características das pessoas atendidas (ex.: mobiliário seguro, etc.).



A Unidade adota medidas de limpeza e desinfeção que visam preservar as condições de higiene para o desempenho da sua atividade.



Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.11_00

Propósito: Garantir que a atividade da Unidade decorre num ambiente seguro para pessoas e profissionais do ponto de vista das condições de limpeza e desinfeção.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade possui e aplica procedimentos e produtos específicos de limpeza e desinfeção para responder a:
 - 1.1. Diferentes áreas da Unidade 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, máquinas de diálise, etc.).
2. A Unidade mantém registos da limpeza e desinfeção das áreas críticas, incluindo os procedimentos utilizados e o pessoal envolvido.

A Unidade gere adequadamente o conteúdo dos seus armazéns e garante o seu correto estado e segurança.



Grupo: I

Código: S 28 06.12_01

Propósito: Controlar os armazéns da Unidade 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. A Unidade definiu as responsabilidades necessárias para o controlo do estado e stock dos seus armazéns.
2. A Unidade 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 da Unidade, é efetuada uma análise e são implementadas as medidas adequadas para garantir os cuidados de saúde.
3. Os armazéns da Unidade 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.).





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.13_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade realiza uma avaliação dos riscos dos locais e postos de trabalho (riscos derivados das condições de segurança, ambientais, ergonômicas e psicossociais) e identifica as medidas corretivas adequadas.
2. A Unidade conhece o planeamento das medidas preventivas e/ou corretivas identificadas na avaliação dos riscos e acompanha a sua implementação.
3. Os profissionais da Unidade 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.
4. A Unidade cria os mecanismos necessários para oferecer vigilância em saúde aos profissionais.
5. A Unidade 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.





Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.14_01

Propósito: Estabelecer na Unidade, de acordo com a regulamentação em vigor, as ações a seguir em caso de situações de emergência internas que possam afetar profissionais, pessoas e o meio envolvente.

Elementos avaliáveis:

- 1.** A Unidade 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.** Os profissionais da Unidade recebem formação necessária em relação às medidas de segurança em caso de emergências internas.
- 3.** A Unidade verifica o nível de conhecimento dos profissionais em relação às medidas de segurança em caso de emergências internas e identifica melhorias, se necessário.
- 4.** Os equipamentos de proteção, a sinalização e os elementos de evacuação da Unidade estão operacionais e cumprem a função de facilitar e tornar segura a evacuação da mesma.



A Unidade 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 28 06.15_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade estabelece as responsabilidades e funções em matéria ambiental (ex.: gestão de resíduos perigosos, controlo de incidentes causados por derrames ou emissões poluentes, etc.).
2. A Unidade possui e aplica corretamente um procedimento de controlo da produção, armazenamento e eliminação dos resíduos que gera.
3. Na Unidade existe sinalização relativa ao manuseamento adequado dos resíduos gerados.
4. A Unidade realiza auditorias periódicas à separação de resíduos, propondo medidas para reduzir as más práticas observadas.
5. A Unidade analisa periodicamente a evolução da produção de resíduos e, se necessário, propõe medidas destinadas a minimizá-los (ex.: realocação de contentores, alternativas de produtos ou técnicas que gerem menos resíduos, etc.).
6. A Unidade possui e aplica procedimentos que definem as ações a seguir em caso de possíveis derrames e descargas de produtos tóxicos (ex.: 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).



A Unidade define como agir em caso de falha dos seus sistemas e tecnologias de informação.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 28 06.16_01

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

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade 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. A Unidade analisa periodicamente os incidentes ocorridos em relação à falha dos seus sistemas e tecnologias de informação para identificar as melhorias necessárias.

A Unidade dispõe de um plano de sistemas de informação.

I

II

III

Grupo: III

Código: S 28 06.17_00

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. A Unidade 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. A Unidade analisa as necessidades dos seus profissionais em termos de sistemas de informação.
3. A Unidade 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 28 06.18_01

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 da Unidade 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 garantir a confidencialidade dos dados acessíveis a pessoas alheias à Unidade e que nela prestam serviços.
3. Existe uma análise dos riscos derivados do tratamento de dados pessoais que a Unidade realiza ou pretende realizar e foram identificadas/implementadas as medidas técnicas e organizacionais mais adequadas para garantir a segurança dos dados pessoais em função dos riscos identificados.
4. Os profissionais da Unidade 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.).
5. A Unidade dispõe de mecanismos para informar e garantir o direito da pessoa ao acesso, retificação, supressão, oposição, limitação do tratamento e portabilidade dos seus dados.



A Unidade dispõe de um plano de segurança para sistemas de informação, contando com backups para os sistemas que gerem informação clínica.

I

II

III

Grupo: I

Código: S 28 06.19_01

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 a disponibilidade da informação crítica.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade identificou a informação crítica sobre a qual deve atuar para manter a sua integridade.
2. A Unidade 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. A Unidade dispõe de equipamentos e sistemas seguros ou de um plano para a sua renovação.

O serviço de diagnóstico por imagem definiu um Programa de Gestão da Qualidade em técnicas de imagem e remeteu-o à Entidade reguladora correspondente.

I

II

III

Grupo: I obrigatório

Código: S 28 06.20_01

Propósito: Estabelecer critérios da qualidade para assegurar a otimização na obtenção das imagens, a qualidade da informação radiológica e a proteção radiológica do doente e dos profissionais expostos. Garantir que o Programa de Gestão da Qualidade é conhecido de todos os profissionais da Unidade.

Elementos avaliáveis:

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



O serviço de diagnóstico por imagem realiza periodicamente auditorias ao Programa de Gestão da Qualidade em técnicas de imagem e os resultados são integrados na melhoria dos procedimentos de trabalho.



Grupo: I

Código: S 28 06.21_01

Propósito: Realizar auditorias periódicas ao Programa de Gestão da Qualidade em técnicas de imagem, com o objetivo de promover a melhoria dos procedimentos de trabalho, ajudar a corrigir os erros e contribuir para a melhoria da qualidade das técnicas de imagem e dos relatórios radiológicos.

Elementos avaliáveis:

1. A Unidade realiza auditorias periódicas ao Programa de Gestão da Qualidade, analisa os resultados e implementa as melhorias necessárias.



7. Controlo de Modificações



CONTROLO DE MODIFICAÇÕES

De seguida descrevem-se as principais modificações realizadas nesta nova versão do Manual de Standards de Unidades de Saúde de Ambulatório, ME 28 1_02, comparativamente à anterior versão, ME 28 1_01.

Com carácter geral:

- O manual de standards passa a ter 78 standards em vez de 102 standards que tinha a versão anterior.
- O manual de standards está estruturado em 3 blocos e 6 critérios, nos quais se grupam todos os standards. A versão anterior estava estruturada em 5 blocos e 11 critérios.
- Foram eliminados os 2 anexos de standards que a anterior versão incluía (Anexo I. Centros de diálise privada; Anexo II. Centros de diagnóstico por imagem).
- Em resultado da revisão de cada standard da versão 1 do manual houve lugar na versão 2 à sua manutenção, modificação, divisão em 2 standards, transformação em elemento avaliável de outro standard ou à sua eliminação.

Com carácter específico:

Os standards da versão 1 que foram eliminados na versão 2 do manual e que, por conseguinte, não têm equivalência neste são:

S 28 01.01_00, S 28 01.03_00, S 28 01.05_00, S 28 01.06_00, S 28 01.09_00, S 28 02.01_00, S 28 02.03_00, S 28 02.05_00, S 28 02.06_00, S 28 02.08_00, S 28 02.09_00, S 28 02.11_00, S 28 02.12_00, S 28 03.02_00, S 28 03.04_00, S 28 03.05_00, S 28 03.06_00, S 28 03.07_00, S 28 04.02_00, S 28 04.03_00, S 28 04.04_00, S 28 04.05_00, S 28 04.06_00, S 28 05.01_00, S 28 05.03_00, S 28 05.04_00, S 28 05.05_00, S 28 05.07_00, S 28 05.10_00, S 28 05.12_00, S 28 06.02_00, S 28 06.03_00, S 28 06.04_00, S 28 06.05_00, S 28 06.06_00, S 28 06.07_00, S 28 06.08_00, S 28 07.01_00, S 28 07.02_00, S 28 07.04_00, S 28 07.05_00, S 28 07.07_00, S 28 07.08_00, S 28 08.12_00, S 28 08.15_00, S 28 08.16_00, S 28 08.18_00, S 28 08.20_00, S 28 08.21_00, S 28 09.01_00, S 28 09.04_00, S 28 09.05_00, S 28 09.07_00, S 28 09.08_00, S 28 09.09_00, S 28 10.01_00, S 28 10.09_00, S 28 10.11_00, S 28 11.02_00, S 28 11.04_00, S 28 11.06_00, S 28 11.07_00.

Os standards novos na versão 2 do manual são:

S 28 01.01_00, S 28 01.02_00, S 28 01.07_00, S 28 01.09_00, S 28 01.10_00, S 28 01.11_00, S 28 02.01_00, S 28 02.03_00, S 28 02.04_00, S 28 02.05_00, S 28 02.06_00, S 28 02.08_00, S 28 03.06_00, S 28 03.08_00, S 28 03.11_00, S 28 03.12_00, S 28 04.08_00, S 28 05.08_00, S 28 05.10_00, S 28 05.13_00, S 28 06.04_00, S 28 06.08_00, S 28 06.11_00, S 28 06.17_00.



8. 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 falha, 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.

CONTRASTES

Substâncias que são introduzidas no organismo antes da realização de um exame de imagem e que ajudam a diferenciar melhor os órgãos e os tecidos, permitindo ver com mais precisão se estão saudáveis ou se há alguma lesão ou doença.

- D -

DEMORA NA ASSISTÊNCIA

Atraso na prestação de cuidados de saúde relativamente ao tempo de resposta definido e esperado.

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

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

DOSES DE RADIAÇÃO

É uma variável que expressa a quantidade de energia que é absorvida quando uma pessoa ou objeto é exposto aos raios X.

- 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.



– F –

FERRAMENTA DE AJUDA À TOMADA DE DECISÃO

Materiais que proporcionam informação precisa e útil para potencializar 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.

INFECÇÃO 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.

MONITORIZAR

Medir indicadores de forma sistemática e planeada com o objetivo de identificar a existência de situações problemáticas que devem ser avaliadas ou sobre as quais há que intervir.

– 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) a doentes com uma determinada patologia ou problema de saúde, 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 DE SUPORTE

Processos que geram recursos de que os processos assistenciais necessitam.

PROCESSOS ESTRATÉGICOS

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

PROGRAMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Esforço organizado pelos profissionais para garantir que as imagens usadas para o diagnóstico e produzidas pelo respetivo equipamento sejam de qualidade suficientemente alta para fornecer constantemente informações de diagnóstico adequadas, ao menor custo possível e com a mínima exposição possível do doente à radiação.

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.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Atividade multidisciplinar, de carácter técnico-científico, que tem como finalidade proteger as pessoas e o ambiente contra os efeitos nocivos que podem resultar da exposição a radiações ionizantes.

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.

PROVA

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

– O –

QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

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

– R –

RADIAÇÕES IONIZANTES

Tipo de radiação de alta energia que possui energia suficiente para remover um eletrão (partícula negativa) de um átomo ou molécula e originar a sua ionização. Provém de fontes naturais, como o rádon e os raios cósmicos (raios que entram na atmosfera terrestre vindos do espaço sideral), e de dispositivos de imagiologia médica, como raios X, tomografia computadorizada (TC) ou tomografia por emissão de positrões.

RADIOFÁRMACOS

Medicamentos que contêm, entre outros ingredientes, formas radioativas de elementos químicos denominadas radioisótopos. Segundo o tipo de radiação que esses radioisótopos produzem, poderão usar-se para diagnosticar ou tratar vários problemas de saúde.

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 –

TEMPO DE RESPOSTA

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

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.

VISÃO

Refere-se a uma imagem de longo prazo que a organização apresenta sobre o que espera que seja o seu futuro, uma expectativa ideal daquilo que conta que ocorra.



9. Comissão Técnica



8. COMISSÃO TÉCNICA

Alexandre Manuel de Oliveira Duarte

Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
– Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, E.P.E.

Cláudio Santos Correia

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

Daniel Costa Pinto

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

Maria Gorete de Freitas Lopes

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

Maria João Dallot

Cestora da Qualidade, Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E.

Maria José Victorino Nunes Branquinho

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

Maria Teresa Preguiça Prata Massano

Enfermeira Coordenadora, Departamento Psiquiatria e Saúde Mental,
Gabinete da Qualidade, Unidade Local de Saúde da Lezíria, E.P.E.

Ricardo Veiga Carvalho

Gestor da Qualidade, MyClínica – Urcura - Clínica de Urgências Ambulatórias, Lda.





ME 28 1_02

MARÇO 2025