

Universidade do Minho

Escola de Engenharia

Ana Sofia Teixeira da Silva

**Processo de Acreditação Hospitalar – O
caso do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica

Ramo Engenharia Clínica

Trabalho efetuado sob orientação de:

Dr. Rui Guimarães

Prof. Paula Veiga

Prof. Maria Olívia Pereira

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Sofia Teixeira da Silva

Endereço eletrónico: a68400@alunos.uminho.pt

Número do cartão de cidadão: 14157425

Título da Dissertação: Processo de Acreditação Hospitalar – O caso do Hospital Santa Maria
Maior, E.P.E.

Orientador:

Dr. Rui Guimarães

Prof. Paula Veiga

Prof. Maria Olívia Pereira

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica – Ramo Engenharia Clínica

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE
QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO

Universidade do Minho, ___ / ___ / _____

Assinatura: _____

***“É graça divina começar bem.
Graça maior persistir na caminhada certa.
Mas graça das graças é não desistir nunca.”***

Dom Hélder Câmara

Agradecimentos

Esta dissertação é o culminar de cinco longos anos de dedicação e aprendizagem, ao longo dos quais fui completando a minha formação académica e vivenciando experiências únicas, que contribuíram em muito para o meu desenvolvimento enquanto futura Engenheira Biomédica. Desta forma, não posso deixar de agradecer a todos os quantos, de uma forma ou de outra, estiveram presentes em todos os momentos desta caminhada e sem os quais a concretização deste projeto não seria possível.

Ao Dr. Rui Guimarães, meu orientador no Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos, pela ajuda prestada, assim como por todo o carinho e simpatia com que sempre me recebeu.

À professora Paula Veiga, minha orientadora na Universidade do Minho, por todo o auxílio dispensado, bem como pelo carinho e disponibilidade, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho e à professora Maria Olívia Pereira, minha coorientadora na Universidade do Minho, por todos os conselhos e contributos, assim como pela força com que acolheu este projeto desde o início.

Ao Conselho de Administração, nomeadamente ao Sr. Presidente, Dr. Joaquim Barbosa, por toda a ajuda prestada e pela confiança depositada em todo o meu trabalho.

A todos os profissionais do Hospital Santa Maria Maior, em especial à Enfermeira Maria Carreiras, à Dra. Rosa Barroso e à Dra. Ana Santos, pela forma com que me acolheram e por terem sido peças fundamentais na minha integração na instituição. Agradeço, ainda, à Dra. Cristina Pereira, ao Dr. Vasco Santos, à Dra. Adriana Cunha, à Dra. Catarina Gomes, ao José António Peres, ao Dr. José Carlos Matos e ao Enfermeiro Rui Gomes, por todo o apoio nesta minha caminhada, mas sobretudo pelo companheirismo e disponibilidade que sempre demonstraram ao longo destes meses. Sem vocês, nada disto seria possível.

A toda a equipa que me auxiliou no projeto de acreditação, o meu mais sincero agradecimento pela vossa persistência, dedicação e espírito de interajuda.

Às estagiárias, Élia Morcela e Cathy Marujo, do Instituto de Formação Profissional de Viana do Castelo, pela preciosa ajuda neste projeto, pois durante duas semanas de estágio sob minha orientação, contribuíram para o avanço do mesmo, demonstrando empenho e interesse por todas as tarefas que lhes propus. Obrigada, ainda

pelo companheirismo, espírito de equipa e por todas as palavras de incentivo que me foram dando ao longo desse período de tempo.

À Helena Osório, secretária do Gabinete de Acreditação e Qualidade do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, por toda a ajuda prestada durante a elaboração desta dissertação e por todos os conselhos que constantemente me foi dando e que contribuíram notoriamente para a minha motivação e confiança neste projeto.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram ao longo destes cinco anos, que estiveram sempre presentes em todos os momentos e que conseguiram enriquecer, ano após ano, o meu percurso académico. Em especial ao Nuno Ribeiro, pelo apoio, carinho, amizade, amor e cumplicidade com que sempre me acompanhou e pelas palavras de incentivo que infindavelmente me deu, particularmente nos momentos mais difíceis. Tenho um orgulho enorme em poder contar contigo, sempre. Obrigada.

Por fim, aos meus familiares, especialmente aos grandes pilares da minha vida: os meus pais e o meu irmão, por acreditarem sempre nas minhas capacidades e nunca me deixarem desistir nem desanimar perante as dificuldades e por me terem proporcionado a oportunidade de completar o Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica.

A todos vós, um grande Obrigada!

Resumo

A Implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade, assim como a sua monitorização são encaradas, quer por instituições privadas quer por instituições de saúde públicas, como uma prioridade que visa a garantia da melhoria contínua dos serviços prestados. Desta forma, é através desta ferramenta que as instituições de saúde procuram garantir que estão, de facto, a prestar cuidados de saúde que vão de encontro às necessidades e expectativas dos utentes e que estes são eficazes e, acima de tudo, eficientes.

Uma das estratégias utilizadas para o efeito é a Acreditação, que é, na verdade, uma das prioridades estratégicas do Ministério da Saúde e tem como principal objetivo fortificar a confiança dos utentes nas instituições de saúde e nos seus profissionais, incrementando, assim, a sua satisfação relativamente aos cuidados prestados. É, portanto, importante que se cultive nas instituições uma cultura de garantia da qualidade e de melhoria contínua, focando toda a sua atividade nos utentes. Neste sentido, a presente dissertação visou na aplicação de ferramentas e práticas de gestão da qualidade através da implementação de um modelo de Acreditação. Seguindo as orientações da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020, o modelo proposto é uma adaptação do modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia (ACSA)*.

O processo de implementação da acreditação levado a cabo pelo Hospital Santa Maria Maior, apesar de ainda não estar concluído, trouxe mais valias para os serviços envolvidos, nomeadamente no que diz respeito à sistematização e normalização dos procedimentos e à satisfação dos profissionais. No entanto, há, ainda, uma grande percentagem de padrões (*standards*) por cumprir na totalidade, embora se esteja a observar uma evolução bastante positiva do seu grau de cumprimento ao longo do tempo.

Abstract

The implementation and monitorization of Quality Management Systems are considered, both by private and public healthcare institutions, as a priority to ensure the continuous improvement of the services provided. In this way, it is through this tool that health institutions seek to ensure that they are, in fact, providing health care that meets the needs and expectations of the patients and that these are effective and mainly efficient.

One of the strategies used for this purpose is Accreditation. Indeed, health accreditation is one of the strategic priorities of the Portuguese Ministry of Health and its main objective is to strengthen the trust of patients in health institutions and their professionals, thus increasing their satisfaction with the care provided. It is therefore important to cultivate a culture of quality assurance and continuous improvement in the institutions, focusing all its activity on users. In this sense, the present dissertation focused on the application of quality management tools and practices through the implementation of an Accreditation model. Following the guidelines of the National Strategy for Health Quality 2015-2020, the proposed model is an adaptation of the model of the Health Quality Agency of Andalusia (ACSA).

In summary, the implementation of the accreditation process carried out by Santa Maria Maior Hospital, although not yet completed, has brought added value to the services involved, namely regarding systematization and standardization of procedures and professionals are satisfied with the project. However, there is still a large percentage of standards to be met in full, although there has been a positive evolution of compliance over time.

Índice

Capítulo 1 - Introdução	1
1.1. Motivação.....	2
1.2. Definição do Problema	2
1.3. Objetivos	3
1.4. Contribuição.....	3
1.5. Publicações.....	4
1.6. Estrutura.....	4
Capítulo 2 – Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos	5
2.1. Imunohemoterapia.....	7
2.2. Laboratório de Patologia Clínica.....	8
2.3. Bloco Operatório	9
2.4. Unidade de Cirurgia de Ambulatório	10
Capítulo 3 – A Qualidade na Saúde.....	11
3.1. Conceito de Qualidade.....	11
3.1.1. Conceito de Qualidade nos Cuidados de Saúde.....	15
3.2. Gestão da Qualidade.....	19
3.3. Avaliação da Qualidade	20
3.4. Estratégias Internacionais para a melhoria da Qualidade nas IS.....	22
3.4.1. Acreditação	22
3.4.2. Certificação.....	26
3.4.3. Normas de Orientação Clínica ou Guidelines	28
3.4.4. Auditorias Clínicas.....	28
3.5. Entidades promotoras da Qualidade na Saúde	29
3.6. Impacto da certificação e da acreditação nas IS.....	31
3.7. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.....	33
3.8. O Início da Acreditação das Unidades de Saúde em Portugal	35
Capítulo 4 – Processo de Acreditação do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos	37
4.1. Metodologia	38
4.1.1. Preparação	38

4.1.2. Enfoque Interno ou fase de autoavaliação.....	43
4.1.2.1. Auditorias de Diagnóstico.....	49
4.1.2.2. Implementação do Plano de Melhoria	50
4.1.2.3. Auditorias de Acompanhamento	52
4.1.2.4. Inquérito aos colaboradores envolvidos no processo	52
4.1.3. Enfoque Externo	55
4.1.4. Acompanhamento	55
4.2. Apresentação e Discussão dos Resultados Obtidos.....	56
4.2.1. Auditoria de Diagnóstico.....	56
4.2.2. Cumprimento dos Standards.....	57
4.2.1. Evolução da Homologação dos Documentos	61
4.2.2. Influência do Processo de Acreditação nos Serviços – Inquérito aos Colaboradores.....	64
Capítulo 5 – Conclusões e Trabalho Futuro.....	73
Bibliografia.....	75
Anexos	85
Anexo I – Normas, Procedimentos e Modelos criados para a Uniformização dos documentos elaborados.....	85
Anexo II – Checklists utilizadas nas Auditorias de Diagnóstico aos Serviços.....	137
Anexo III – Inquérito.....	149
Anexo IV – Guia de Informação para o Utente	157
Anexo V – Outras Atividades Desenvolvidas	185
Anexo VI – Inquérito de Satisfação aos Utentes Geral do HSMM	189

Índice de Figuras

Figura 1 – Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming (Adaptado de [18, 50]).....	12
Figura 2- Diagrama da Trilogia de Juran (Adaptado de [28]).....	14
Figura 3 – Sete Ferramentas da qualidade [106].	15
Figura 4 - Mortalidade associada a IACS Versus Mortalidade associada aos acidentes de viação [38].	16
Figura 5 – Evolução ao longo do tempo do CHKS [68].	24
Figura 6 – Fases do Processo de Acreditação ACSA [73].	38
Figura 7 – Fase de Candidatura ao Processo de Acreditação (Plataforma @Qredita). ..	39
Figura 8 – Ícones de identificação dos Grupos dos Standards [103].	41
Figura 9 – Tabela de Análise dos Standards do Manual.	45
Figura 10 – Mapa de distribuição dos Standards pelos diferentes serviços do HSMM.	51
Figura 11 – Evolução do Grau de Cumprimento dos Standards na Consulta Externa de Imunohemoterapia.	57
Figura 12 - Evolução do Grau de Cumprimento dos Standards no Laboratório de Imunohemoterapia.	58
Figura 13 - Evolução do Grau de Cumprimento dos Standards no Laboratório de Patologia Clínica.	59
Figura 14 - Evolução do Grau de Cumprimento dos Standards no Bloco Operatório. ..	60
Figura 15 - Evolução do Grau de Cumprimento dos Standards na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.....	60
Figura 16 – Evolução da homologação de documentos ao longo do processo de acreditação.....	62
Figura 17 – Faixa etária dos inquiridos.....	64
Figura 18 – Categoria Profissional dos Inquiridos.	65
Figura 19 – Serviços ao qual pertencem os inquiridos.	65
Figura 20 - Integração dos inquiridos nas equipas de trabalho.	66
Figura 21- Medianas das respostas dadas pelos inquiridos relativamente à implementação do processo de acreditação no HSMM.	68
Figura 22 – Mediana do grau de impacto de diferentes parâmetros na perspetiva dos colaboradores inquiridos.	69

Figura 23 – Mediana do grau de concordância dos inquiridos com a importância da acreditação.....	70
Figura V.I. – Fotografias tiradas no dia do simulacro.	185
Figura V.II. - Cartaz da II Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria do Hospital de Barcelos.	186

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Especialidades Médicas e Não Médicas que o HSMM oferece aos utentes [9]	7
Tabela 2 – 14 pontos de Deming (Adaptado de [26, 27]).....	13
Tabela 3 – Evolução, ao longo do tempo, do Conceito de Qualidade na Saúde.....	18
Tabela 4 - Entidades e projetos de impacto na promoção da qualidade na saúde.....	30
Tabela 5 - Aspetos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [102]	34
Tabela 6 – Estrutura do Modelo ACSA para unidades de gestão clínica (adaptado de [73])	40
Tabela 7 – Classificação dos <i>Standards</i> do Modelo ACSA (Adaptado de [103])	41
Tabela 8 – Níveis de Acreditação do Modelo ACSA [103].....	42
Tabela 9 – Normas, Procedimentos e Modelos criados para a Uniformização dos documentos elaborados	47
Tabela 10 – Resultados obtidos nas Auditorias de Diagnóstico realizadas aos serviços em processo de acreditação.....	56
Tabela 11 – Melhorias observadas com a Acreditação.....	63
Tabela 12 – Sugestões referidas pelos profissionais do HSMM	71

Lista de Acrónimos

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia*

ASTT – Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

BO – Bloco Operatório

CHKS - *Comparative Healthcare Knowledge Systems*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

GQT – Gestão da Qualidade Total

HSMM – Hospital Santa Maria Maior

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH - Imunohemoterapia

IOM – Institute of Medicine

IPAC – Instituto Português de Acreditação

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IS – Instituições de Saúde

ISQua - *International Society for Quality in Health Care*

JCI – *Joint Commission International*

NOC – Normas de Orientação Clínica

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIH – Serviço de Imunohemoterapia

SGQ – Sistemas de Gestão da Qualidade

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UM - Universidade do Minho

Capítulo 1 - Introdução

As instituições de saúde (IS) necessitam de ferramentas da qualidade e sistemas de gestão para melhorar o seu desempenho clínico e garantir a segurança e satisfação do utente, bem como para melhorar a eficiência na prestação de cuidados, garantindo, igualmente, o reconhecimento externo [1, 2]. A gestão da qualidade nas IS tem evoluído, essencialmente, através de processos de acreditação hospitalar, considerados como um investimento com reflexos estruturais para a gestão da qualidade, que implicam uma melhor organização das IS, assim como a implementação de uma política de qualidade, de gestores da qualidade e atividades de planeamento e controlo estatístico de melhoria [3]. Neste contexto, as IS têm vindo a adotar iniciativas voltadas para os processos de acreditação, que impõem exigências no que concerne às mudanças comportamentais, à mobilização constante dos profissionais de saúde na procura de metas e objetivos propostos, bem como ao progresso contínuo e permanente dos serviços prestados.

Não existe consenso sobre o conceito de qualidade. Existe, na literatura, uma grande diversidade de definições, dimensões e perspetivas associadas a este termo, estando este presente nas mais variadas áreas, particularmente na área da saúde [4]. De facto, a complexidade, polivalência e multidimensionalidade associadas ao conceito de qualidade na prestação de cuidados de saúde, assim como o seu modo de avaliação, têm sido alvo de estudo das mais variadas áreas [5]. De uma maneira geral, a qualidade em contexto de IS, tem sido entendida como o produto final de uma rede de trabalho, onde atuam diferentes prestadores, com distintos níveis de formação, mas que contribuem todos para o resultado final [6]. Ora, para muitos utentes, esse resultado final “tem qualidade” quando lhe são facultados os serviços mais seguros, em que o tratamento é mais eficaz e cujas melhorias são mais rápidas e notórias, sem ter demasiados custos associados.

A presente dissertação resulta do trabalho realizado no Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos (HSMM), durante um período de 10 meses (de 26 de setembro de 2016 a 31 de julho de 2017). Durante este período integrei uma equipa responsável pela acreditação dos serviços de Imunohemoterapia, Laboratório de Patologia Clínica, Bloco Operatório (BO) e Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), tendo sido

encarregue de liderar a equipa, sendo o ponto de ligação entre a Direção Geral de Saúde (DGS), o Conselho de Administração do HSMM e todo o grupo de trabalho.

1.1. Motivação

Cada vez mais os hospitais têm adotado medidas de Gestão da Qualidade. Hoje em dia, são poucas as IS que não têm um Gabinete da Qualidade e cuja atividade não se encontra acreditada ou certificada por pelo menos um dos mais variados modelos existentes em Portugal.

Apesar de haver vários estudos acerca da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade nas IS, há, ainda, várias questões pouco consensuais, nomeadamente no que concerne às vantagens e desvantagens económicas associadas a esta temática. Contudo, é notória a melhoria organizativa dos serviços prestados pelas IS acreditadas, bem como o aumento da satisfação dos seus profissionais [2].

A inexistência até à data de uma cultura sistematizada da qualidade, bem como a necessidade de implementar a Gestão da Qualidade no Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., foram as principais razões e a motivação para este trabalho. Além do mais, esta temática é bastante pertinente, não só pelo contexto atual de grandes desafios para o setor, que a podem pôr em causa, mas também por ser um tema incontornável e prioritário na gestão das organizações de saúde. Apesar da relevância, existem ainda poucos estudos que compilaram as experiências dos hospitais portugueses durante o período de implementação. Existe, igualmente, pouca discussão sobre as vantagens do processo.

Esta dissertação surge, portanto, do protocolo de colaboração entre a Universidade do Minho (UM) e o HSMM e centra-se na área da Qualidade como elemento fundamental e indissociável da prestação de cuidados de saúde.

1.2. Definição do Problema

Face à inexistência de um Gabinete de Gestão da Qualidade, bem como à necessidade de sistematização dos processos assistenciais prestados ao utente e tendo em conta o manual de *standards* do programa nacional de acreditação em saúde, este desafio consistiu na implementação do processo da qualidade e na realização de auditorias internas da qualidade para aferir a implementação e cumprimento dos respetivos *standards*, bem como a implementação de medidas de melhoria que daí possam resultar,

numa perspetiva de melhoria contínua. Para isso, foi crucial a interação com os serviços em processo de acreditação, motivando-os para as questões relacionadas com a qualidade e o envolvimento de outros serviços pertencentes ao hospital, tornando este projeto viável.

Assim, compreendeu a análise de cada *standard*, individualmente e em reuniões de trabalho de grupo, por forma a definir estratégias de melhoria contínua na atividade diária não só dos serviços em processo de acreditação, mas também da instituição em geral.

1.3. Objetivos

O principal objetivo do estágio realizado no HSMM foi a implementação de processos da qualidade nos serviços de Imunohemoterapia, Laboratório de Patologia Clínica, UCA e BO, de modo a cumprir todos os *standards* necessários para a obtenção da acreditação. Assim, pretendeu-se constituir uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde, tendo sempre em conta o reconhecimento e respeito pelo carácter único e dignidade de cada utente e, ao mesmo tempo, direcionando os serviços prestados para a excelência, sensibilizando ao aperfeiçoamento profissional e motivando o desenvolvimento das suas competências [6].

1.4. Contribuição

Com esta dissertação pretendeu-se dar contributos para a instituição de saúde em que se inseriu, nomeadamente:

- Processo de Acreditação de quatro serviços de extrema vitalidade para o utente, onde inúmeras melhorias foram introduzidas no sistema;
- Melhoria da qualidade do serviço hospitalar;
- Melhoria da organização dos serviços;
- Monitorização de indicadores de qualidade;
- Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde e dos utentes e utilização dos resultados como alvo de melhoria;
- Criação de um gabinete da qualidade no HSMM, onde a função principal foi comandar todas as operações do processo de acreditação, planificação de processos e tratamento de documentação essencial ao processo.

1.5. Publicações

O trabalho desenvolvido durante a permanência no HSMM permitiu a publicação e apresentação de um *poster* numa Conferência:

- Ana Sofia Silva, Rui Guimarães, Maria Olívia Pereira and Paula Veiga, *Healthcare Quality Management in Portugal: A Brief State of the Art*, Bioengineering (ENBENG), 2017 IEEE 5th Portuguese Meeting on, Coimbra, Portugal, 16th – 18th February 2017.

1.6. Estrutura

A dissertação está dividida em 5 capítulos. O primeiro capítulo faz uma apresentação sumária do trabalho realizado (Capítulo 1 – Introdução). O segundo capítulo (Capítulo 2 – Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos) tem como intuito apresentar a realidade da IS de forma a enquadrar todo o processo de acreditação onde foi inserida esta dissertação, bem como os diferentes serviços envolvidos. No terceiro capítulo (Capítulo 3 – Qualidade na Saúde), são aprofundados os conceitos de qualidade associada aos cuidados de saúde, assim como as suas dimensões e revisão bibliográfica dos modelos da qualidade existentes. O capítulo seguinte (Capítulo 4 – Processo de Acreditação do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos) abrange todo o trabalho prático e de investigação empírica desenvolvidos ao longo do projeto, nomeadamente toda a estratégia utilizada na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade com vista à obtenção do certificado de Acreditação ACSA.

Finalmente, no capítulo 5, são apresentadas as principais conclusões que se puderam retirar da realização deste projeto e as propostas de trabalho a realizar futuramente com o intuito de solucionar limitações associadas a este projeto ou até mesmo questões que não foram abordadas por este.

Estando esta dissertação inserida num estágio, todas as atividades extra tese realizadas ao longo do projeto, encontram-se relatadas em anexo (Anexo V).

Capítulo 2 – Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos

O HSMM, fundado em 1356, é uma Entidade pública empresarial (EPE), integrada na rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) [7]. É uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, que possui autonomia administrativa, financeira e patrimonial [8]. É um hospital de pequenas dimensões e, devido às suas infraestruturas demasiado antigas, o HSMM apresenta algumas limitações estruturais.

O HSMM localiza-se no centro da cidade de Barcelos, do mesmo concelho, distrito de Braga. A sua área de influência abrange os concelhos de Barcelos e de Esposende, servindo uma população de 153136 habitantes [8]. O HSMM é, ainda, o único hospital da rede do SNS existente nos municípios de Barcelos e de Esposende e tem como hospital de referência o Hospital de Braga. Articula-se, ao nível da rede de cuidados de saúde primários, com o ACES Cávado III – Barcelos / Esposende, que lhe referencia utentes. Articula-se, ainda, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), promovendo o ingresso e a referenciação de utentes para as unidades de saúde que integram a RNCCI através da equipa de gestão de altas do hospital, e, por fim, com o setor privado, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica [9]. Destaca-se como ponto fraco a necessidade de realização de alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica no exterior, nomeadamente quando se trata de doentes vulneráveis.

O HSMM tem como *missão* “prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e de eficácia” [7].

No desenvolvimento da sua atividade, o HSMM e os profissionais de saúde que dele fazem parte têm como suporte os seguintes *valores* fundamentais [7]:

- **Respeito** pela dignidade humana;
- **Qualidade**, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Atitude centrada no **doente** e na promoção da saúde na comunidade;
- Cultura de **excelência** técnica e do cuidar.

Para além disso, na sua atuação, o HSMM rege-se pelos seguintes *objetivos* [7]:

- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria contínua;
- Cumprimento das metas negociadas.

O HSMM desenvolve a sua atividade nas diferentes valências, repartidas pelas cinco linhas de atividades principais: Internamento, Consulta Externa, Urgência, Atividade Cirúrgica e Hospital de dia [8, 9]. Assim, oferece aos utentes a carteira de serviços apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Especialidades Médicas e Não Médicas que o HSMM oferece aos
utentes [9]**

Especialidades / Valências	Internamento	Consulta Externa	Urgência	Atividade Cirúrgica			Hospital de dia
				Programada Conv.	Amb.	Urg.	
Especialidades Médicas							
Anestesiologia		X	X	X	X	X	
Cardiologia		X					
Cirurgia Geral	X	X	X	X	X	X	
Ginecologia		X					
Imunohemoterapia		X					X
Medicina Interna	X	X	X				X
Medicina (Oncologia)		X					X
Oftalmologia		X			X		
Otorrinolaringologia	X	X		X	X		
Ortopedia	X	X	X	X	X	X	
Pediatria	X	X	X				X
Pneumologia		X					X
Psiquiatria		X					
Urologia		X		X	X		X
Especialidades Não Médicas							
Nutrição		X					
Psicologia		X					

2.1. Imunohemoterapia

A Imunohemoterapia (IH) é uma especialidade médica composta por duas grandes áreas: a imunohematologia e a hemoterapia ou medicina transfusional. No que concerne à primeira, esta dedica-se ao estudo e diagnóstico de estados imunológicos com fins terapêuticos. Já a segunda diz respeito ao tratamento de doenças através da utilização do sangue, dos seus componentes e derivados [10].

No HSMM, o Serviço de Imunohemoterapia (SIH), composto por três áreas individualizadas (área de medicina transfusional, área laboratorial e área assistencial, que contempla a Consulta Externa), encontra-se autorizado para exercício de funções pela Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASTT) e tem como principal missão assegurar a qualidade e segurança da medicina transfusional, garantindo a

preparação e administração de componentes sanguíneos com finalidades terapêuticas e intervir no diagnóstico e terapêutica de situações clínicas definidas como do âmbito da especialidade de IH [11].

O SIH conta, para a sua organização, com a articulação de outros Serviços como o Serviço de Patologia Clínica e Serviço de Instalações e Equipamentos, que permitem dar resposta à maioria das áreas da especialidade:

Serviço de Patologia Clínica – Exerce toda a atividade laboratorial desenvolvida no SIH, durante o período de Urgência (das 16h30 às 8h30, de segunda a sexta-feira, bem como todos os fins de semana e feriados).

Serviço de Instalações e Equipamentos - tem uma área de intervenção fundamental para a garantia de qualidade dos componentes e estão-lhe atribuídas as seguintes funções:

- Verificar de forma continuada as condições de funcionamento do equipamento necessário ao armazenamento de sangue e derivados.

Por fim, relativamente às instalações do serviço, é de salientar a existência de um Laboratório de IH, que partilha instalações com o Serviço de Patologia Clínica, onde está localizado o Coagulómetro automático BCS, para estudo da coagulação a todos os utentes da Instituição e para o período de urgência.

Já a área da Consulta de IH conta com:

- 1 Secretaria administrativa;
- Hospital de Dia, onde é realizada a análise para controlo de Terapêutica antitrombótica oral e administração de fármacos;
- 1 Gabinete de Enfermagem / Sala de Colheitas;
- 1 Consultório médico;
- 1 Casa de Banho.

2.2. Laboratório de Patologia Clínica

No que diz respeito à Patologia Clínica, esta é a especialidade médica que complementa o diagnóstico clínico presumível de alterações do estado de saúde e/ou monitorização de terapêuticas, a partir da realização de análises laboratoriais [12].

O Laboratório de Patologia Clínica do HSMM é responsável pelo diagnóstico de doenças através da análise laboratorial, garantindo procedimentos de carácter técnico

fiáveis, sensíveis e controlados de acordo com as normativas legais no que concerne a um conjunto de testes de controlo de qualidade.

O Laboratório de Patologia Clínica do HSMM é constituído por:

- Central de Colheitas;
- 1 Sala de Reuniões / Trabalho;
- 1 Sala de Microbiologia;
- 1 Sala de Imunoquímica;
- 1 Sala de Hematologia / Coagulação;
- 1 Sala de Lavagem e esterilização de material;
- 1 Sala Multifuncional;
- 2 casas de banho para profissionais no Laboratório;
- 1 casa de banho para utentes e outra para profissionais de saúde, na Central de Colheitas.

2.3. Bloco Operatório

O Bloco Operatório (BO) é o ponto de convergência de diversas atividades de um hospital, uma vez que se encontra ligado, direta ou indiretamente, a praticamente todos os serviços e especialidades médicas [13]. Enquanto serviço hospitalar, tem como principal função prestar cuidados de saúde diferenciados, num ambiente humanizado, clinicamente seguro e que promova as práticas clínicas de maior qualidade e excelência [14].

No HSMM, o BO está vocacionado para a realização de intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, de doentes provenientes quer dos Serviços de Internamento, da Urgência ou da Unidade de Cirurgia de Ambulatório e tem como finalidade prestar cuidados cirúrgicos, anestésicos e de recobro pós-operatório aos doentes do hospital, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde, bem como as melhores práticas e uma gestão adequada dos riscos clínicos. O BO do HSMM é composto por [14]:

- 2 salas operatórias (polivalentes e multidisciplinares) para a realização de cirurgia diferenciada;
- 1 Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) com capacidade para 5 camas;

- 1 sala para armazenamento de produtos farmacêuticos, instrumental e material cirúrgico esterilizado;
- 1 sala de pausa com área de registos clínicos;
- 1 sala de *stock* de material;
- 1 sala de apoio para acondicionamento de lixos e para lavagem de instrumental;
- 1 sala de sujos à saída do bloco;
- 1 armazém para equipamentos e receção de material cirúrgico;
- 2 casas de banho;
- 1 zona de vestiários.

2.4. Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A cirurgia de ambulatório é considerada uma cirurgia programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, apesar de ser habitualmente efetuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança em concordância com as atuais *legis artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia [14].

No HSMM, a unidade de cirurgia de ambulatório está localizada em instalações contíguas ao BO e ao Serviço de Anestesiologia e possui instalações próprias para os profissionais, para os utentes, assim como para os seus acompanhantes e para os profissionais, nomeadamente [14]:

- Posto Administrativo;
- Sala de Espera;
- Vestiários com casas de banho, masculinos e femininos;
- Sala de admissão/preparação dos utentes para cirurgia;
- Sala de recobro/ pós-operatório;
- Consultório Médico;
- Sala multiusos;
- Gabinetes de Intervenção em oftalmologia.

Capítulo 3 – A Qualidade na Saúde

“Fácil de reconhecer... difícil de definir”. É assim que inicia a explicação da Associação de Bibliotecas do Reino Unido à questão “O que é a qualidade?” [15].

De facto, apesar do conceito de qualidade ser, ainda, pouco consensual, a qualidade é vista cada vez mais como um fator de sucesso, de exigência e de inovação, pelo que as IS têm direcionado, gradualmente, a sua prestação de serviços neste sentido [16]. A implementação de um modelo de precisão, de controlo e de gestão da qualidade é necessária para garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, assegurando a satisfação dos utentes [17]. O erro médico, a variação das práticas, o controlo dos custos, assim como a problemática da escassez de recursos são as principais causas pelas quais a questão da qualidade tem sido intensamente debatida no setor da saúde [18].

3.1. Conceito de Qualidade

O termo “Qualidade”, do latim *Qualitate*, é um termo difícil de definir e tem sido interpretado de diversas maneiras, consoante a perspetiva considerada [19]. Apesar do conceito ser utilizado vezes sem conta, diariamente, por toda a sociedade, quando se fala, por exemplo, da qualidade de vida das pessoas, da qualidade da água que se bebe ou do ar que se respira, ou ainda da qualidade do serviço prestado por uma determinada empresa [15, 16], não é fácil a tarefa de o definir. Diferentes fatores, nomeadamente a cultura, o tipo de produto ou serviço prestados, assim como as necessidades e expectativas de cada pessoa, contribuem diretamente para a sua definição [20]. Observa-se, portanto, que o que se denomina de “qualidade”, em qualquer situação, depende constantemente de determinados fatores que, se alterados, podem modificar a perceção da qualidade [21]. A definição de “qualidade” depende, deste modo, de quem a está a procurar, sendo esta uma propriedade associada a um produto ou serviço [22]. A qualidade é, consensualmente, considerada como algo que afeta a vida das organizações e da sociedade de uma forma positiva [15].

O conceito de qualidade tem, de facto, uma multiplicidade de interpretações, resultantes de uma sociedade em constante evolução que cada vez mais procura adaptar o conceito de qualidade, inicialmente relacionado com a indústria, aos mais variados

setores de atividade [23]. Com efeito, este conceito tem levado a que diversos investigadores se interessem por esta temática, propondo distintas definições, cada uma com uma abordagem e perspectiva que vão de encontro aos ideais de cada autor.

William Deming [24], reconhecido precursor da gestão da qualidade, também conhecido como o “pai da qualidade”, defendeu que o conceito de qualidade é um conceito relativo, que varia com as necessidades atuais e futuras dos clientes e que apenas pode ser definido pelos mesmos [18, 25]. Deming estudou os sistemas de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, aperfeiçoando o ciclo PDCA (*Plan, Do Check, Action*), representado na Figura 1, definido anteriormente por Shewhart como método de abordagem sistemática para a resolução ágil de problemas pela gestão [18, 21]. Este processo é, ainda hoje, utilizado por empresas de diferentes sectores, como base para os programas de avaliação e de melhoria contínua. Todo este processo é cíclico e contínuo e tem por base ações corretivas, onde cada problema encontrado é visto como uma oportunidade de crescimento e melhoria [18]. Além do ciclo PDCA, Deming apresentou, ainda, um programa constituído por 14 pontos direcionados para a melhoria da gestão da qualidade, conhecidos como os “14 pontos de Deming” (Tabela 2)[26]. Segundo o autor, nos 14 pontos estão explicitadas as ações necessárias para combater as “doenças” da indústria e devem ser considerados para permitir às empresas resistirem e manterem-se competitivas. No seu conjunto, permitem modelar uma nova atitude em relação ao trabalho e ao ambiente de trabalho que favorece a melhoria contínua e o aumento da motivação dos trabalhadores [27].



Figura 1 – Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming (Adaptado de [18, 50]).

Tabela 2 – 14 pontos de Deming (Adaptado de [26, 27])

Os 14 pontos de Deming
1. Criar na organização uma constância de propósitos, em busca da melhoria de produtos e serviços.
2. Criar um clima organizacional, onde falhas e negativismo não são aceites, mas são encarados como oportunidades de melhoria.
3. Acabar com a dependência da inspeção em massa para garantir conformidade; desenhar produtos e processos com qualidade intrínseca.
4. Acabar com a prática de realizar negócios apenas com base nos preços e de decidir contratos com base no preço mais baixo. Em alternativa, deve-se minimizar o custo total no ciclo de vida do produto, trabalhando com um único fornecedor de cada item, estabelecendo um relacionamento de longo prazo, baseado na confiança e na verdade.
5. Procurar a melhoria contínua do processo produtivo, melhorando a qualidade e reduzindo os custos.
6. Instituir um programa de treino e formação nos locais de trabalho.
7. Substituir a supervisão pela liderança em todos os níveis hierárquicos. O objetivo da liderança deve ser o de ajudar pessoas, máquinas e equipamentos a executar um trabalho melhor.
8. Eliminar razões para medo e receios; criar um clima de confiança.
9. Eliminar barreiras entre departamentos. Todos devem trabalhar em equipa.
10. Eliminar <i>slogans</i> que exortam aumentos de produtividade; os verdadeiros problemas residem na estrutura do sistema e não podem ser resolvidos somente pelos trabalhadores.
11. Acabar com a prática de gestão por objetivos e quotas de trabalho; a liderança efetiva substitui estas práticas.
12. Eliminar barreiras que impeçam os colaboradores de sentirem orgulho no seu trabalho.
13. Implementar técnicas de controlo estatístico da qualidade ao nível dos operadores.
14. Envolver todos os colaboradores no processo de transformação da organização: ela é trabalho de todos.

No mesmo sentido, Juran definiu qualidade como “adequação ao uso”. De acordo com o autor, um produto de qualidade é aquele cujas características se adaptam às necessidades dos clientes e com “ausência de falhas” [28, 29]. Segundo o mesmo autor, a gestão da qualidade envolve três processos básicos, conhecidos por “Trilogia de Juran” [29]:

- **Planeamento da qualidade** – de acordo com as necessidades dos clientes, estabelece-se objetivos/metast e os meios para alcançar esses mesmos objetivos.

- **Controlo da qualidade** – definem-se as características a controlar e os meios para avaliar o desempenho, compara-se o desempenho com as metas propostas e implementam-se medidas corretivas.
- **Melhoria da qualidade** – propõem-se patamares da qualidade cada vez mais elevados: determinação das necessidades de melhoria e definição de projetos de melhoria.

Na Figura 2 está representado um diagrama que esquematiza todo o processo inerente à trilogia de Juran.

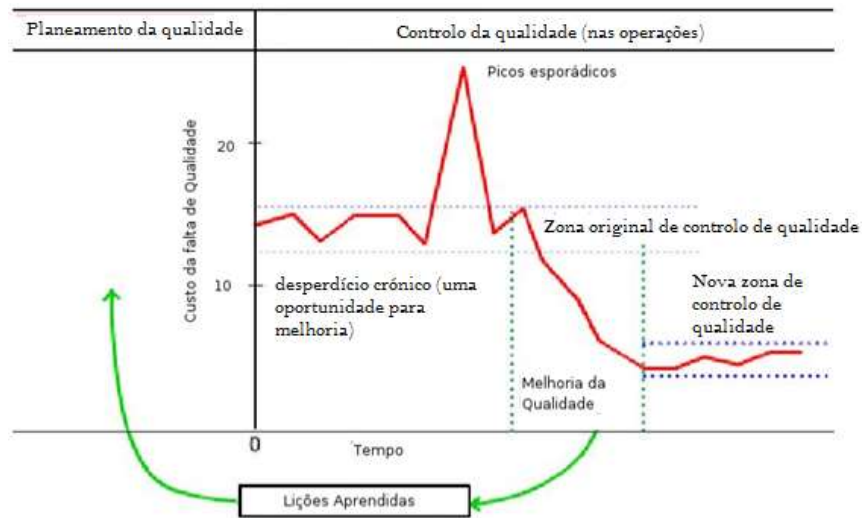


Figura 2- Diagrama da Trilogia de Juran (Adaptado de [28]).

Na mesma linha de Juran, Crosby, defendeu uma abordagem à qualidade baseada em Zero-Defeitos, apostando na prevenção das falhas e na ideia de “fazer bem à primeira”, evitando incorrer em custos de correção dos erros [18]. Assim, para Crosby, qualidade é a conformidade com as especificações, a qual é medida pelo custo da não-conformidade [30].

Muitos outros autores têm, na linha de Demming, defendido que o conceito de qualidade depende das perspectivas dos clientes e esta deve ser avaliada pelos mesmos. Ishikawa e Feigenbaum enfatizaram a ideia de que a qualidade depende apenas da satisfação total dos clientes [18]. Do mesmo modo, Imperatori definiu qualidade como “o que o cliente quer e como ele julga” [31]. É, segundo este autor, um conceito sistemático de busca da excelência. A qualidade de um mesmo produto/serviço pode ser diferente para diferentes clientes e pode ser diferente para o mesmo cliente em diferentes

tempos e condições [31]. Ishikawa integrou e expandiu, os conceitos de gestão, definidos anteriormente por Deming [26] e por Juran [28]. Segundo este autor, a melhoria da qualidade é um processo contínuo e pode ser sempre aperfeiçoada [2]. A Figura 3 apresenta as 7 ferramentas da qualidade apresentadas por Ishikawa [32]. Segundo este autor, estas ferramentas são métodos simples, utilizáveis por todos para resolver problemas, e aumentam o envolvimento das pessoas, bem como a eficácia da comunicação ascendente e descendente. São, portanto, essenciais para a resolução da maioria dos problemas da qualidade [33].

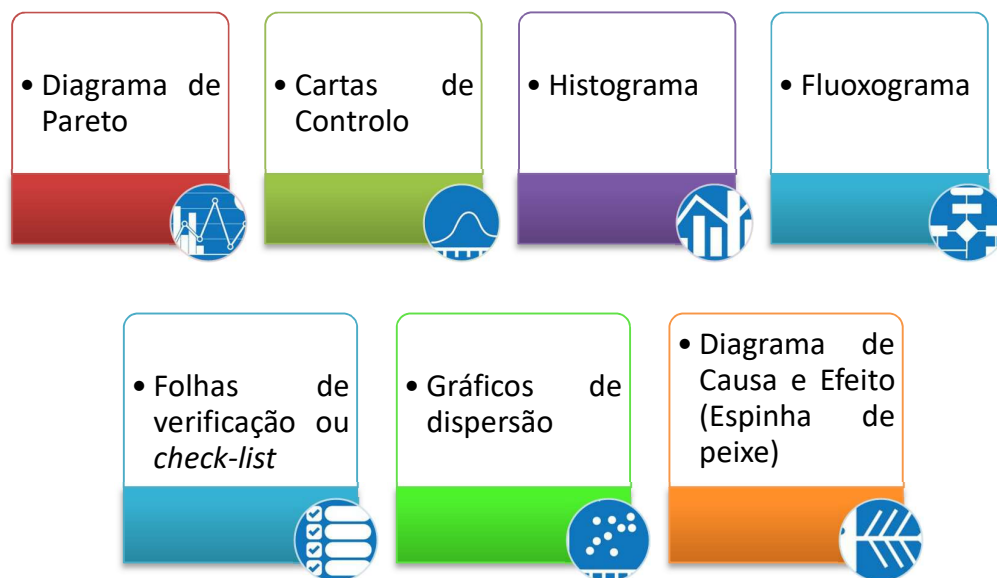


Figura 3 – Sete Ferramentas da qualidade [106].

Assim, ao longo dos tempos, foram-se destacando vários autores com ideias inovadoras e teorias sobre a qualidade e a importância da gestão da qualidade nas organizações, face a um ambiente cada vez mais competitivo. Para além dos nomes já mencionados, existem ainda outros que deixaram marcas que resumem, até hoje, a história da qualidade [21, 34].

3.1.1. Conceito de Qualidade nos Cuidados de Saúde

A qualidade é transversal a todas as atividades e serviços prestados. Tal como nas restantes áreas, não é fácil materializar uma ideia única do que se entende por Qualidade

em Saúde [19]. Para a maioria dos autores a definição passa pela satisfação das necessidades dos utentes e a equidade no acesso aos cuidados [19, 35]. McGlynn refere que a qualidade “está nos olhos de quem a vê”, o que implica equilibrar os pontos de vista das IS com as necessidades dos utentes, dos profissionais de saúde e dos diferentes *stakeholders* [36].

Efetivamente, nos últimos anos a sociedade tem vindo a aumentar os seus níveis de exigência acerca dos direitos ao acesso à saúde e à qualidade dos tratamentos recebidos [37]. Os utentes procuram IS com serviços mais seguros, que oferecem tratamentos mais eficazes e cuja utilização dos recursos é mais eficiente [5].

Um aspeto distintivo das IS é o elevado risco da prestação de cuidados de saúde [37, 38]. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) [39] uma das principais causas de morte dos doentes internados prende-se com erros médicos e infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), constituindo, atualmente, uma epidemia silenciosa [40]. Em toda a União Europeia, estimam-se, aproximadamente, 3 milhões de casos de IACS identificados anualmente, com 50000 mortes associadas [41]. A Direção-Geral da Saúde (DGS) (Figura 4) revelou que o número de óbitos associados a infeções em internamento se destacava claramente do número de vítimas dos acidentes de viação, sinistros que por norma despoletam uma elevada consternação geral [38]. Urge, portanto, o controlo destas situações e a melhoria da qualidade das IS. Para isso, todas as unidades de saúde devem apostar em modelos de gestão da qualidade que beneficiem o valor para o utente e que otimizem as suas próprias práticas clínicas [5].



Figura 4 - Mortalidade associada a IACS Versus Mortalidade associada aos acidentes de viação [38].

A adoção de uma política da qualidade traz distintas vantagens para as IS, particularmente no que concerne ao seu desempenho, contribuindo para a melhoria quer da eficiência e eficácia, quer do clima organizacional e da produtividade da própria instituição. Para além disso, há autores que defendem que leva a uma redução dos custos da IS, assim como melhora a motivação de todos os profissionais, o que, conseqüentemente, suporta o incremento da satisfação dos utentes [5].

Ora, a busca de novos métodos de avaliação, novas tecnologias e novos conhecimentos para melhorar os cuidados de saúde e a segurança dos utentes não é uma ideia recente, sendo que o conceito de Qualidade na Saúde já é debatido desde a antiguidade, tendo origem nos primeiros conceitos éticos que orientavam a prática da medicina (Tabela 3). Contudo, a preocupação com a temática da qualidade nos cuidados de saúde surgiu mais tarde, já no século XX, com o progresso da tecnologia e da ciência e conseqüente evolução da sociedade [42].

Tabela 3 – Evolução, ao longo do tempo, do Conceito de Qualidade na Saúde

Cronologia	Principal Contributo
<i>Juramento de Hipócrates (século V a.C.)</i>	Deveriam ser tomadas todas as medidas para que os doentes conseguissem ultrapassar a doença, incluindo medidas dietéticas [43].
<i>Juramento de Maimonides (século XII)</i>	Todos os médicos deviam procurar continuamente a melhoria dos seus conhecimentos e das suas práticas, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde praticados por eles [43].
<i>Avedis Donabedian (1980)</i>	Qualidade dos cuidados de saúde é o “tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes” [44, 45, 46].
<i>American Medical Association (1984)</i>	Definiu “Qualidade dos cuidados” como “cuidados que consistentemente contribuem para a melhoria e manutenção da qualidade e/ou duração de vida” [47]. Identificou atributos específicos dos cuidados que devem ser observados ao determinar a sua qualidade, como sejam a promoção da saúde e a prevenção da doença [47].
<i>Institute of Medicine (IOM) (1990)</i>	Definiu qualidade nos cuidados de saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados, de acordo com o conhecimento profissional corrente” [48]. Esta é, é porventura a definição mais aceite na literatura já que concentra uma ideia mais global da qualidade em saúde, envolvendo a relação direta entre os utentes e os prestadores dos cuidados de saúde, direcionando os serviços para a satisfação das necessidades e expectativas dos utentes [18, 49]. Não destaca apenas a melhoria do bem-estar total do doente, mas sim a melhoria dos resultados na saúde [50].
<i>Department of Health do UK (1997)</i>	Fazer certo (o quê?), à primeira, às pessoas certas (a quem?) e no momento certo (quando?) [51].
<i>Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006)</i>	Define cuidados de saúde de qualidade todos aqueles que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos para os utentes e com resultados positivos na saúde dos mesmos, com uma eficiente utilização dos recursos [52].
<i>José Luis Biscaia</i>	As instituições de saúde devem “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo, para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos” [53].

Numa primeira fase, a definição de qualidade nos cuidados de saúde estava, portanto, centrada na prestação dos cuidados de saúde, sendo que, mais tarde, este conceito foi, também, alargado para as práticas organizacionais e de gestão das IS e, posteriormente, passou a centrar-se no utente, direcionando a prestação dos cuidados de saúde para a satisfação dos doentes, valorizando-se, cada vez mais, as suas queixas e reclamações e até mesmo as suas opiniões e sugestões [54].

Em suma, têm sido cada vez mais frequentes os esforços e preocupações relativamente à caracterização do conceito de qualidade nos cuidados de saúde, na perspetiva do utente, com o intuito de satisfazer todas as suas necessidades e expectativas, primando pela excelência dos serviços prestados, sendo que este conceito tem sofrido bastantes alterações com a evolução da sociedade [45].

3.2. Gestão da Qualidade

A Gestão da Qualidade surgiu com a necessidade das organizações garantirem a excelência dos seus produtos e serviços [18]. Deste modo, incorpora um conjunto de atividades de gestão, planeamento, controlo e melhoria, que determinam a política da qualidade, os objetivos da instituição ou organização e as responsabilidades dos *stakeholders* [55].

Recentemente, o conceito de Gestão da Qualidade evoluiu para Gestão da Qualidade Total (GQT), focando-se na satisfação de todos os *stakeholders*. Assim, a qualidade deixa de ser vista como um atributo do produto sob a responsabilidade de um indivíduo e passa a abranger todos os processos da atividade das organizações e a ser encarada como um objetivo comum a todos os seus colaboradores [55].

A GQT é definida como o modo de gestão de uma organização, centrado na qualidade e focado na participação de todos os colaboradores, com vista ao sucesso, a longo prazo, da organização, através da satisfação dos utentes e dos benefícios para todos os membros da organização, assim como para a sociedade [56].

Na saúde, a Gestão da Qualidade fornece um modelo de referência para auxiliar os hospitais na organização, comunicação, monitorização e melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados [50, 57]. A Gestão da Qualidade na Saúde encara o próprio utente como um cliente, sendo este o elemento central num processo de prestação de cuidados de saúde [55].

Desta forma, promove o envolvimento de todos os profissionais para o cumprimento dos objetivos da organização e contribui para o incremento da autonomia e capacidade de decisão dos profissionais de saúde, assim como das IS. Para além disso, aumenta o comprometimento dos profissionais com os utentes e com a IS, visando a sustentabilidade desta (a longo, médio e curto prazo), o que promove uma mudança cultural interna das IS [18, 55, 58].

Apesar da habitual resistência inerente aos processos de mudança, os objetivos da qualidade e segurança dos utentes são cada vez mais vistos como uma responsabilidade que deve ser partilhada por todos os colaboradores da IS, desde os Assistentes Operacionais aos elementos do Conselho de Administração, sendo da responsabilidade de todos os profissionais a melhoria contínua e a garantia de elevados padrões de qualidade nos seus serviços [55].

3.3. Avaliação da Qualidade

Apesar de difícil, para ser possível melhorar a qualidade nos cuidados de saúde, é necessário ser-se capaz de a medir e avaliar [50].

A avaliação da qualidade é, de facto, uma atividade que é parte integrante de um processo de melhoria contínua, sendo fulcral para que se possa visualizar o que se passa dentro de uma organização e o nível de qualidade em que está a operar e, assim, verificar o que pode ser feito, no sentido de melhorar o seu desempenho [5].

A qualidade dos cuidados de saúde é analisada não unicamente em termos de boas práticas clínicas, mas também no que concerne à forma como os cuidados são prestados ao utente [23].

Na verdade, ir de encontro às necessidades e expectativas dos utentes obriga à manutenção de um nível organizacional de excelência, cujo sucesso depende, maioritariamente, do envolvimento e empenho de todos os colaboradores das IS, pelo que as organizações optam, tradicionalmente, pela implementação de sistemas de gestão da qualidade (SGQ). Para isso, estas têm que definir, previamente, metas a alcançar, isto é, os requisitos e padrões da qualidade desejados que vão definir o SGQ apropriado às atividades da instituição [23, 55].

Só após isso é que se parte para a etapa seguinte: sistematizar os procedimentos e fluxos de trabalho, “identificando os processos críticos e medir e avaliar o nível de qualidade atual, definindo indicadores para a análise e interpretação de resultados” [55].

Assim, dá-se início a um processo de melhoria contínua da qualidade, através da identificação, análise, monitorização, revisão e correção dos problemas identificados, sendo este processo cíclico e constante.

Existe pouco consenso relativamente à melhor medida de avaliação da qualidade. Há autores que defendem abordagens centradas na avaliação da estrutura e dos processos. Contudo, mais recentemente, começaram a surgir estudiosos que defendem a avaliação dos resultados e, ainda, há quem defenda que estes três não podem ser separados, tendo uma avaliação mais global da qualidade [49]. Em paralelo, têm sido desenvolvidas várias práticas e ferramentas estratégicas, utilizadas para avaliar e melhorar a qualidade na saúde [18]. Um exemplo, são os processos de acreditação e de certificação, que são frequentemente utilizados pelas IS para a avaliação da qualidade [59].

Existem, ainda, para a avaliação da qualidade clínica, as Normas de Orientação Clínica (NOC) e as auditorias clínicas, bem como os indicadores e os inquéritos de satisfação aos utentes e profissionais de saúde [18].

A avaliação da qualidade é preponderante, uma vez que a divulgação dos seus resultados pode contribuir para o incremento da confiança, motivação e responsabilidade de todos os colaboradores da IS, bem como dos cidadãos em geral [18].

Indicadores de Qualidade

Para a avaliação da qualidade, as IS definem e monitorizam, frequentemente, indicadores de qualidade. Um indicador de qualidade não é nada mais nada menos do que um parâmetro que mede, direta ou indiretamente, as variações de um determinado processo ou atividade e que permite monitorizar a qualidade organizacional e clínica das IS e conseqüente identificação de problemas e implementação de medidas necessárias para a melhoria da qualidade [60]. Estes indicadores devem ser válidos, fiáveis e fáceis de implementar [18].

Existem vários exemplos de indicadores de qualidade. Um dos mais relevantes para as organizações é a satisfação dos utentes. O nível de satisfação dos utentes é, em geral, obtido através da implementação e análise de inquéritos de satisfação. Na verdade, estes inquéritos são um instrumento essencial para reconhecer a qualidade percebida pelos utentes e, assim, facilitar a sua participação, dando valor às suas opiniões, necessidades e expectativas. Para além disso, atribui-lhes, também, a responsabilidade pela sua saúde, de forma informada [18]. É, portanto, uma maneira de tornar os utentes

codecísores e corresponsáveis pelas decisões e pelos serviços que as instituições proporcionam à comunidade [51].

3.4. Estratégias Internacionais para a melhoria da Qualidade nas IS

Nos dias de hoje, cada vez mais IS se preocupam em introduzir, na sua prática clínica, estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços que prestam aos seus utentes. De facto, inúmeras IS têm recorrido à implementação das mais variadas estratégias, quer nacionais quer internacionais, existentes na atualidade. Sendo elas focalizadas na avaliação externa da prestação de cuidados ou no desempenho dos profissionais e na autoavaliação, os seus principais objetivos são comuns. Ora, estas práticas têm como meta a simplificação e sistematização dos processos, a introdução de melhorias, assim como possibilitar o reconhecimento externo e interno da qualidade das IS [18].

Desta forma, na subsecção seguinte da dissertação serão apresentadas as estratégias mais utilizadas para a avaliação e melhoria da qualidade nas IS.

3.4.1. Acreditação

O conceito de acreditação é um dos assuntos mais discutidos pelos estudiosos da qualidade em Saúde. Segundo o Instituto Português de Acreditação (IPAC), entidade responsável pela acreditação em Portugal, esta “consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade (e.g. ensaios, calibrações, certificações e inspeções)” [61].

A *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), foca-se mais nos cuidados de saúde, fundamentando que a “acreditação é uma forma de assegurar que as organizações de avaliação externa de cuidados de saúde obedecem aos melhores requisitos internacionais em termos de gestão organizacional e serviços para o cliente” [62]. Segundo a ISQua, a acreditação é um processo formal de autoavaliação e auditoria externa por pares, maioritariamente voluntário e periódico, através do qual um organismo independente e reconhecido, avalia a conformidade da prestação de cuidados com padrões previamente determinados [63].

Este processo leva ao reconhecimento público das organizações de saúde, devido à prestação de cuidados de saúde baseada na evidência científica e em padrões de

qualidade elevados, que são reconhecidos por entidades de referência, nomeadamente pelo Ministério da Saúde [63]. Esses padrões são desenvolvidos a nível internacional, por especialistas da área, que os publicam, analisam e reveem periodicamente [18].

De facto, a definição portuguesa, do IPAC, não se centra em nenhum aspeto dos cuidados de saúde. Já a definição da ISQua vai de encontro a um conceito de acreditação em que se verifica todo o tipo de avaliação externa de cuidados de saúde (para além dos ensaios, calibrações, certificações e inspeções). Assim, a ISQua também desenvolve a “atividade de acreditadora de acreditadores” [5].

Um processo de acreditação é, geralmente, composto por várias fases. Neste sentido, é feita uma primeira visita da entidade acreditadora à instituição candidata, no sentido de verificar a conformidade dos seus procedimentos com os padrões predefinidos. Desta forma, caso o resultado desta primeira visita seja satisfatório, é entregue o certificado de acreditação à IS candidata. Este certificado não é vitalício. Tem uma validade de três a cinco anos, dependendo do modelo que é adotado e, após essa data, tem que ser renovado. Caso o resultado da visita não seja satisfatório, a entidade fará recomendações e realizará novas visitas, para novas avaliações daquilo que não estava conforme e que, entretanto, foi melhorado. É de salientar que o que é avaliado e os critérios considerados dependem do modelo de acreditação escolhido pela IS, sendo esse o principal tópico que distingue os diferentes modelos entre si, já que todos eles têm como principais objetivos comuns a maior uniformização das práticas, a promoção da mudança, o reforço do planeamento, a criação de sistemas integrados de gestão da qualidade e o aumento da transparência das organizações [64, 65].

Após a avaliação final da IS, os avaliadores comunicam as suas conclusões à entidade acreditadora. A esta cabe, então, decidir o nível de acreditação a atribuir, tendo em conta os níveis de qualidade, eficiência e eficácia da IS [66, 67].

Com efeito, de forma a implementar um modelo de acreditação, há diferentes modelos que podem ser adotados. Em Portugal, os que, maioritariamente, se têm implementado são os referenciais CHKS, JCI e ACSA.

3.4.1.1. *Comparative Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*

O CHKS surgiu em 1989 (Figura 5), tendo sido o primeiro referencial britânico de *benchmarking* no âmbito hospitalar. É, nos dias de hoje, um dos líderes na prestação

de serviços de melhoria da qualidade em saúde não apenas na Grã-Bretanha, mas também a nível internacional [68].

Tem como principal objetivo as boas práticas e a inovação em relação a todas as práticas de cuidados de saúde [69].

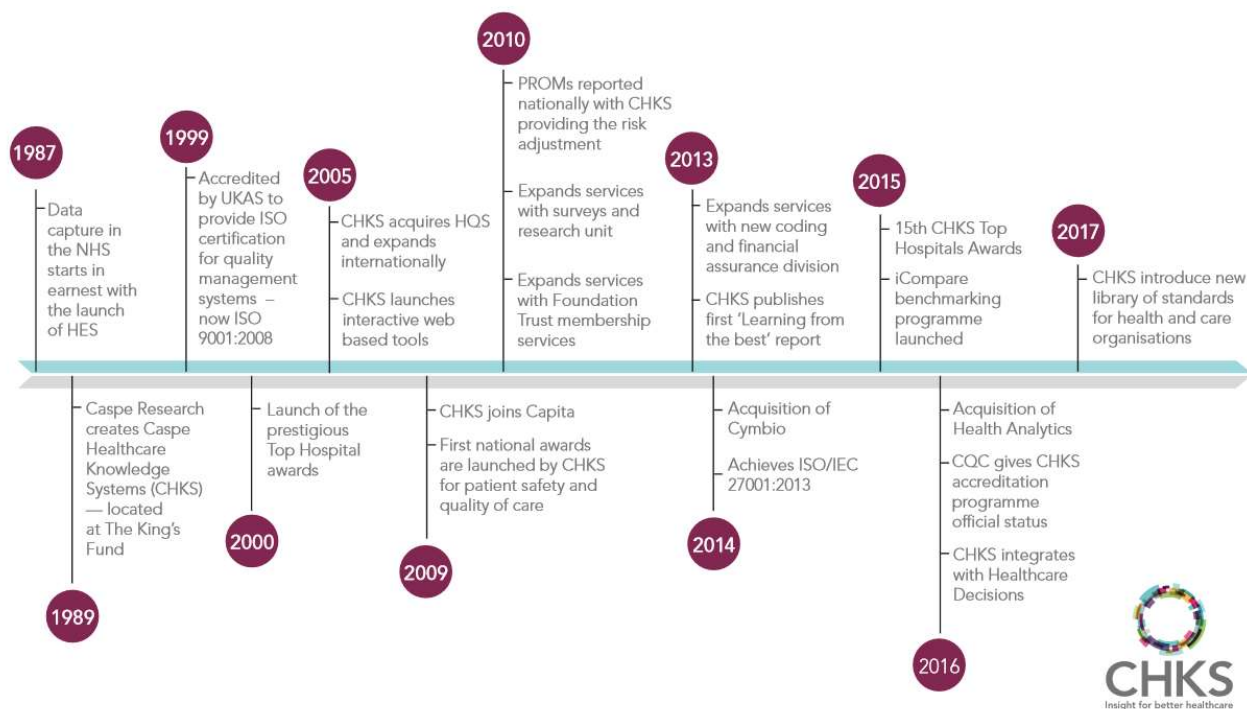


Figura 5 – Evolução ao longo do tempo do CHKS [68].

Segundo o Manual de Normas da CHKS, de 2016, o Programa de Acreditação do CHKS define 63 normas para avaliação, distribuídas por diferentes áreas para além dos serviços clínicos, entre as quais a Gestão e liderança das organizações, o Risco e a Segurança, bem como instalações e serviços [70].

Dentro de cada norma existem tanto padrões gerais como critérios específicos estando estes centrados, principalmente, em aspetos estruturais e processuais [64].

A estrutura normativa deste modelo permite a acreditação de determinados serviços. No entanto, é aconselhado que a IS opte por uma acreditação global da IS, de forma a maximizar as vantagens da mesma [5].

3.4.1.2. Joint Commission International (JCI)

Em 1951, foi criada nos Estados Unidos da América, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Esta era composta por médicos, enfermeiros,

administradores, especialistas em políticas públicas e outras entidades e tinha como propósito avaliar os hospitais. Contudo, com a expansão da sua atividade a nível mundial, em 1987 o nome da organização mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), passando a ser constituída por diversas associações médicas e outras instituições, assim como por representantes dos utentes e enfermeiros. Em 1994 foi criada a sua divisão *Joint Commision International* (JCI) [18, 71].

A acreditação pela JCI é um processo voluntário, aplicado globalmente às IS, que geralmente tem uma duração de 12 a 24 meses e que promove o envolvimento de todos os colaboradores da IS, bem como o seu compromisso com a melhoria contínua da segurança dos utentes. Desta forma, é apoiado por um conjunto de *standards* que se focam na qualidade dos cuidados de saúde, tendo em conta as especificidades legais, culturais e religiosas de cada país [5, 71].

Os *standards* estão agrupados por funções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. Esta divisão possibilita que os *standards* estejam adequados à IS como um todo, mas também a cada um dos serviços, unidades e departamentos. As normas deste modelo encontram-se divididas em quatro secções [72]:

- I. Exigências para participação na acreditação;
- II. Padrões centrados no paciente;
- III. Padrões de gestão da IS;
- IV. Padrões de hospital de centro médico académico.

3.4.1.3. ACSA

A *Agencia de Calidad Sanitaria de Andaluzia* (ACSA) foi fundada em 2002 com o intuito de promover o modelo de acreditação, do conhecimento e da investigação no domínio da qualidade na saúde no Serviço Público de Saúde da Andaluzia [5, 18], surgindo, assim, o modelo de acreditação ACSA [73].

Este modelo de Acreditação tem como foco os utentes, bem como as suas necessidades e expectativas e, ainda, o progresso dos profissionais na sua prática clínica, contribuindo para a maximização dos resultados. Esta mesma metodologia pode ser aplicada à totalidade da IS ou apenas a algum serviço específico [5, 73].

Em Portugal, optou-se por adaptar o modelo ACSA à realidade nacional. Assim, o Despacho n.º 69/2009 aprova o modelo ACSA como o modelo oficial de acreditação das instituições do SNS, devido aos critérios de sustentabilidade do modelo, transversalidade, assim como à facilidade de adaptação aos diferentes tipos de unidades do SNS (desde Hospitais e Centros Hospitalares aos serviços, unidades de gestão clínica, farmácias e laboratórios clínicos) [55]. Este modelo é coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) e tem um carácter progressivo, direccionado para a melhoria contínua das práticas clínicas e não clínicas das IS [74].

Segundo a DGS, a 30 de junho de 2017, existiam já, em Portugal, 114 unidades de saúde acreditadas segundo o modelo ACSA [75], valor substancialmente maior do que o levantamento anterior, de 30 de novembro de 2016, onde apenas existiam 72 unidades de saúde acreditadas pelo modelo adotado pelo Ministério da Saúde [76].

3.4.1.4. Outros

Para além dos modelos de acreditação supramencionados, existem outros com adesão crescente a nível internacional. Contudo, as IS portuguesas optam, maioritariamente, pelos referidos. Um outro exemplo é o modelo criado pela Organização dos Institutos de Cancro Europeu (OEIC), em 2002, que é vocacionado para os cuidados de saúde relacionados com oncologia e tem como foco a prestação de cuidados oncológicos de qualidade aos utentes, promovendo uma igualdade de acesso aos mesmos [77].

3.4.2. Certificação

A certificação é um método de avaliação externa pelo qual um organismo independente e credenciado avalia e reconhece, após uma auditoria, que um profissional ou uma instituição desempenha as suas atividades e funções de acordo com requisitos e normas nacionais e internacionais predeterminados [63], permitindo, ainda, que as organizações demonstrem que os seus produtos, processos, sistemas ou serviços estão em conformidade com esses mesmos requisitos [78]. Desta forma, é avaliada a conformidade dos processos com determinados padrões, nomeadamente com as boas práticas de gestão e com os princípios da melhoria contínua da qualidade, consoante o determinado nas normas ISO [18]. A certificação, tal como a acreditação, promove a garantia da qualidade das instituições, bem como o incremento do reconhecimento público dessas mesmas

instituições, sendo verificada, cada vez mais, a sua exigência por parte dos clientes das empresas e por diretivas comunitárias, assim como a sua introdução pela concorrência [79].

Na área da saúde, embora a certificação não seja tão comum como a acreditação, pode ser realizada ao nível de serviços, podendo desenvolver um sistema de gestão da qualidade certificado específico de cada serviço ou, então, ser transversal a toda a IS, passando esta a ter um sistema de gestão da qualidade certificado e transversal a todos os serviços [4, 21]. A variabilidade e o carácter imprevisível que caracterizam os serviços de saúde conduzem à necessidade de normalizar, definir procedimentos padrão e introduzir um maior rigor na definição dos objetivos da qualidade, bem como no planeamento e controlo dos processos [18, 79].

A certificação ISO é um processo voluntário, regulado quer a nível nacional, quer a nível europeu e internacional. Contudo, apesar de voluntário, a certificação pode, por vezes, ser indiretamente exigida. Um exemplo dessa exigência prende-se com o caso dos laboratórios clínicos, que necessitam de equipamentos e profissionais particularmente preparados para o exercício de tipos de diagnóstico específicos [80].

As normas ISO focam-se numa ampla gama de assuntos, envolvendo uma grande diversidade de especificações de produtos ou serviços [81].

A certificação dos serviços de saúde pode ser realizada segundo qualquer um dos vários referenciais normativos conhecidos. Contudo, para a certificação do Sistema de Gestão da Qualidade, entendido na sua generalidade, as normas mais conhecidas e mais utilizadas são as ISO 9000 [79].

A ISO 9001, norma da família da ISO 9000 e, atualmente, uma das mais utilizadas a nível internacional [5] foi delineada para demonstrar a conformidade de uma organização com uma série de requisitos, recorrendo a um organismo de certificação, que tem que estar acreditado por um organismo de acreditação internacionalmente reconhecido (em Portugal, é o IPAC) para poder certificar [33].

Apesar de haver, por vezes, alguma dificuldade em distinguir os conceitos de acreditação e certificação, há um aspeto que é importante realçar: a acreditação apenas é válida para organizações, ao passo que a certificação pode ser para pessoas, reconhecendo que estes receberam formação adicional para o desempenho das suas funções e que, portanto, demonstram competências que vão para além dos requisitos básicos [82]. Relativamente às organizações, a certificação pressupõe que esta possua serviços,

tecnologias ou capacidades para além das exigências básicas estabelecidas no regime de licenciamento [5].

3.4.3. Normas de Orientação Clínica ou *Guidelines*

As Normas de Orientação Clínica (NOC) são recomendações desenvolvidas de forma sistemática sobre uma situação clínica específica, uma doença, um diagnóstico ou até mesmo acerca de um determinado tratamento [18]. As NOC têm como finalidade auxiliar quer os profissionais de saúde quer os utentes a tomar a melhor decisão possível acerca dos cuidados de saúde que devem ser ou não prestados [83, 84]. Estas normas são elaboradas por entidades nacionais e internacionais, baseadas em evidências clínicas, e podem ser de carácter obrigatório ou não [18].

A necessidade de criar este tipo de normas surgiu com o aumento da dimensão e da complexidade científica, que começou a gerar obstáculos aos profissionais de saúde na gestão da sua prática clínica. Tal como já referido, são um modelo de apoio à decisão científica e são utilizadas como instrumento da qualidade na prática clínica, com o intuito de conduzir a uma melhoria de resultados, a uma minimização dos riscos e a um aumento da eficiência [69].

A construção de cada norma acarreta a sua validação pelo AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*), de um ponto de vista metodológico, conceptual e científico. O AGREE é um instrumento internacional que avalia estas normas [85].

3.4.4. Auditorias Clínicas

As auditorias clínicas consistem em avaliações, realizadas periodicamente, a determinados eventos clínicos, por forma a promover a melhoria contínua da qualidade clínica, avaliando o desempenho dos prestadores de cuidados de saúde por comparação com indicadores de desempenho pré-definidos [55] e, por conseguinte, aumentando a eficiência dos cuidados prestados, dado que tais normas foram desenhadas de modo a indicar as melhores e mais económicas opções diagnósticas e terapêuticas [86]. Podem ser realizadas por colaboradores internos da instituição ou por auditores externos.

A par da monitorização contínua das Normas de Orientação Clínica, cuja implementação permite o acompanhamento e a avaliação do seu impacto nos serviços prestados, a realização das auditorias clínicas toma um papel preponderante no auxílio à prática médica, incidindo sobre a execução do exercício das funções médicas,

nomeadamente sobre diagnósticos de procedimentos e os seus respetivos resultados [18, 86].

As auditorias clínicas são realizadas de acordo com as seguintes etapas [18]:

- i) identificação da área a ser auditada;
- ii) seleção dos auditores;
- iii) determinação dos objetivos da auditoria e dos padrões de referência;
- iv) recolha dos dados;
- v) análise dos resultados da auditoria;
- vi) elaboração do relatório da auditoria realizada;
- vii) identificação das melhorias ou ações corretivas;
- viii) desenvolvimento e implementação do plano de ação;
- ix) avaliação dos efeitos das ações realizadas.

Atualmente, é bastante frequente a realização de auditorias clínicas que incidem sobre as práticas médicas, de enfermagem e farmacêuticas, promovendo a discussão acerca dos problemas que se levantam e envolvendo todos os profissionais de saúde de determinado serviço ou instituição na resolução dos mesmos. Desta forma, são uma ferramenta importante para a minimização de falhas e erros clínicos, bem como para a melhoria e renovação contínua das práticas utilizadas, contribuindo para o aumento da segurança dos utentes [18].

3.5. Entidades promotoras da Qualidade na Saúde

O crescente interesse das IS em prestar cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, assim como o incremento da sua motivação para a implementação de sistemas de gestão da qualidade tem contribuído para o desenvolvimento de entidades promotoras da qualidade quer a nível nacional quer internacional, assim como de projetos que contribuem para a deteção das alterações nas práticas clínicas e para a implementação de medidas para a melhoria da qualidade das práticas clínicas [18].

A Tabela 4 apresenta as entidades promotoras da qualidade na saúde mais importantes e valorizadas internacionalmente e dois dos projetos de maior impacto realizados nesta temática [18, 87].

Tabela 4 - Entidades e projetos de impacto na promoção da qualidade na saúde

Entidades / Projetos

<p><i>Sociedade Internacional para a Qualidade em Saúde – ISQua</i> [88]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização independente, de renome mundial, constituída por membros de mais de 100 países. • A sua missão é melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, através da realização de atividades de formação e credenciamento de organizações. • Realiza serviços de consultoria para direcionar os profissionais de saúde e as IS a alcançarem a excelência na prestação de cuidados aos utentes.
<p><i>Organização Mundial de Saúde – OMS</i> [89]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição das Nações Unidas, que é formada por representantes de 150 países. • Assume um papel preponderante na investigação em saúde, definindo normas e padrões e fornecendo apoio técnico e acompanhamento às IS dos diferentes países. Para além disso, avalia a evolução da saúde global. • Promove programas para as prevenir e tratar surtos de doenças. • Elabora regularmente o Relatório Mundial de Saúde, onde é feita uma análise da saúde global e fornece as informações necessárias para as decisões políticas nos diversos países. • Emite alertas e sensibiliza para os problemas atuais na área da saúde, influenciando, desta forma, as políticas da qualidade dos sistemas de saúde mundiais.
<p><i>Sociedade Europeia para a Qualidade em Saúde – ESQH</i> [90]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização sem fins lucrativos. • Fundada numa conferência da ISQua. • Promove a comunicação e educação em qualidade, realizando estudos, promovendo a inovação e organizando conferências, <i>workshops</i> internacionais e programas de formação nessa temática.
<p><i>Federação Europeia dos Hospitais – HOPE</i> [91]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização sem fins lucrativos constituída por representantes de associações hospitalares, hospitais e outras IS da europa. • A sua missão é a melhoria da saúde dos cidadãos e a uniformização de padrões de cuidados hospitalares nos países europeus. • A qualidade dos cuidados é uma das suas prioridades, estando envolvida em projetos europeus, nomeadamente os projectos DUQuE e MARQuIS. • Organiza congressos, debates e seminários, no sentido da partilha de experiências entre as várias IS e do estabelecimento de protocolos de cooperação e parcerias entre as mesmas. • Atualmente, publica o Relatório anual com recomendações e divulgação da veracidade e realidade dos serviços hospitalares europeus, denominado por “Os cuidados de saúde hospitalares na Europa”.

Entidades / Projetos

<p><i>DUQuE – Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe</i> [92, 93]</p>	<ul style="list-style-type: none">• Projeto financiado pela União Europeia que teve início em 2009 e terminou em 2014 e que teve como objetivo o estudo da efetividade dos sistemas de melhoria da qualidade dos hospitais europeus, bem como avaliar o impacto da implementação de sistemas diferentes e identificar fatores que influenciam a sua utilização.• Para isso, o projeto consistiu em “aferir se os esforços de melhoria da qualidade nos hospitais, em termos de cultura organizacional, de envolvimento dos profissionais e de capacitação dos pacientes, estão associados a melhores resultados de efetividade clínica e de segurança dos doentes” [18].
<p><i>MARQuIS - Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies</i> [94, 95]</p>	<ul style="list-style-type: none">• Projeto financiado pela União Europeia, que teve início em 2005 por seis centros de investigação europeus, sendo um deles a Federação Europeia dos Hospitais (HOPE).• O seu objetivo era investigar e comparar as diferentes estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados hospitalares, relacionando as mesmas com os requisitos da qualidade específicos para os cuidados de saúde transfronteiriços.• Com base na realização de inquéritos a diferentes hospitais e em auditorias a alguns desses hospitais, este projeto permitiu demonstrar a existência de diversas estratégias para a melhoria da qualidade, implementadas de diferentes maneiras. Devido à eficácia das estratégias observadas em cada país, concluiu que não seria necessário desenvolver um sistema de melhoria da qualidade único, mas sim apostar na combinação das estratégias já existentes.
<p><i>PATH – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i> [96, 97]</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de avaliação de desempenho, criada pela Organização Mundial de Saúde, em 2003, para auxiliar os hospitais na definição de estratégias de melhoria da qualidade, questionando os seus próprios resultados e traduzindo-os em ações de melhoria.• Fornece aos hospitais participantes uma análise dos seus indicadores e relatórios de <i>feedback</i> relativos ao seu desempenho, assim como indicando as áreas onde operam bem e onde precisam de melhorar.

3.6. Impacto da certificação e da acreditação nas IS

Apesar de cada vez mais IS estarem envolvidas em processos de certificação ou de acreditação, há, ainda, pouca evidência dos benefícios associados a este tipo de projetos [5].

De facto, a implementação de processos de certificação/acreditação traz diferentes vantagens para o desempenho das IS, contribuindo para a melhoria da eficiência e eficácia

dos serviços, do clima organizacional e da produtividade, bem como para a organização institucional. Além disso, melhora a motivação de todos os profissionais, o que, conseqüentemente, suporta maior satisfação do paciente [5, 98].

No entanto, embora não seja consensual, alguns estudiosos argumentam que pode consumir mais tempo para os profissionais e requer um grande investimento de recursos, quer financeiros, quer humanos [98, 99].

No que diz respeito à situação portuguesa, existem poucos estudos acerca do impacto da acreditação e da certificação nas IS nacionais. Boto et al. [64] realizaram um estudo onde compararam a taxa de mortalidade intra-hospitalar ajustada pelo risco entre os hospitais públicos portugueses envolvidos em processos de acreditação pelo HQS ou pela JCI, bem como no projeto de *benchmarking* IQIP e os não envolvidos nos mesmos. Para este estudo, foram utilizadas as bases de dados dos resumos de alta entre 2001 e 2006, ajustando os valores para a gravidade dos utentes. Verificaram, assim, que não existiam diferenças estatisticamente significativas nas taxas de mortalidade entre os diferentes hospitais analisados neste estudo.

Já a nível internacional, vários estudos têm sido realizados acerca desta temática [98]. Contudo, continua a haver uma significativa falta de evidências, pelo que continua por fundamentar a sua eficácia nos cuidados de saúde que são prestados ao utente [100]. Há estudos que, de facto, levam a crer que este tipo de processos é bastante crucial para a melhoria dos cuidados de saúde prestados pelas IS. No entanto, há outros que não comprovam qualquer evidência dessa mesma melhoria [98].

Shaw et al. [101] realizaram um estudo com o intuito de avaliar o impacto da acreditação e da certificação ISO nas IS e, nomeadamente, verificar se estas conduziam ou não a melhorias nos resultados das IS que as implementaram. Desta forma, analisaram a conformidade com determinados requisitos da qualidade em 89 hospitais de 6 países europeus, tendo verificado que os hospitais com acreditação ou certificação ISO tinham melhores desempenhos do que os hospitais sem qualquer referencial de avaliação da qualidade. Para além disso, constataram que os hospitais acreditados demonstravam uma maior conformidade quando comparados com os certificados pelas normas ISO, no que respeita à gestão hospitalar, segurança dos utentes e à prática clínica. Esta diferença pode ser devida ao facto de a acreditação ser especificamente voltada para a realidade hospitalar, ao passo que as normas de certificação foram desenvolvidas para a generalidade dos sistemas de gestão da qualidade, quer de hospitais, quer de empresas ou indústrias. Concluíram, ainda, que quando as IS optam pela utilização destes dois tipos

de referenciais em simultâneo, não há evidências do aumento das vantagens associadas aos mesmos.

Shaw et al. [80] realizaram um novo estudo, em que analisaram o efeito da acreditação e da certificação em diversas áreas, de 73 hospitais de 7 países. Assim, focando-se na liderança clínica, segurança dos utentes, revisão clínica e na prática clínica, decidiram estudar a sua influência em hospitais que lidam diariamente com o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a fratura da anca e com os cuidados obstétricos, nomeadamente o parto. Desta forma, verificaram que os hospitais acreditados ou certificados apresentavam melhores resultados relativamente aos três primeiros focos de estudo, mas não relativamente ao último. Tal pode ser justificado pelo facto destes modelos se basearem em estruturas e processos/procedimentos e não tão concretamente na prestação específica dos cuidados de saúde aos utentes. Verificou-se, também, que os hospitais acreditados e certificados simultaneamente apresentam um melhor desempenho nas áreas estudadas, podendo-se inferir que ambos os referenciais têm benefícios próprios e que não são comuns entre si. Para além disso, verificaram que ambos os sistemas promovem estruturas e processos que melhoram a segurança do utente e a organização clínica, mas têm um efeito limitado na transmissão de práticas baseadas em evidências.

Embora não haja conclusões precisas e confirmadas por diversos estudos, vários apontam para que os referenciais da acreditação e certificação promovem o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde, a melhoria do desempenho clínico e, sobretudo a mudança organizacional [5, 65, 67, 98].

3.7. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

De acordo com o Despacho n.º 14223/2009, que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, atualizado em 2015, pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, a acreditação das IS é uma das prioridades do Ministério da Saúde [69].

A ENQS tem como principal missão “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” [102].

A Tabela 5 apresenta as prioridades e ações previstas na ENQS.

Tabela 5 - Aspectos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [102]

Prioridades	Ações
Melhoria da qualidade Clínica e Organizacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzir a variabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas. 2. Assegurar e verificar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico. 3. Aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, por exemplo, orientações organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos doentes no nível de prestação de cuidados onde se encontram, assegurando, quando necessário, a sua referência adequada, informada e atempada. 4. Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que devem obedecer os serviços prestadores de cuidados de saúde. 5. Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, institucional e individualmente, com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente. 6. Identificar e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio. 7. Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade. 8. Promover a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.
Aumento da adesão a normas de orientação clínica	<ol style="list-style-type: none"> 9. Aumentar a clínica reflexiva, através do hábito de realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional. 10. Verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.
Reforço da segurança dos doentes	<ol style="list-style-type: none"> 11. Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente. 12. Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.
Monitorização permanente da qualidade e segurança	<ol style="list-style-type: none"> 13. Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores. 14. Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde. 15. Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.
Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 16. Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde.
Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.	<ol style="list-style-type: none"> 17. Divulgar informação comparável de desempenho com enfoque em indicadores internacionalmente reconhecidos. 18. Promover a educação e a literacia em saúde para que tenhamos cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão. 19. Promover uma cultura de uso adequado das reclamações na perspetiva do utilizador, enquanto reclamante, e do prestador, enquanto alvo da reclamação, através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.

3.8. O Início da Acreditação das Unidades de Saúde em Portugal

A primeira iniciativa do Ministério da Saúde para implementar um programa de acreditação no SNS foi realizada em 1999, tendo sido da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Na altura, foi escolhido e implementado o modelo inglês, denominado até então por *King's Fund* e hoje conhecido por CHKS [74].

Em 2004, por consequência da orientação estratégica da melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a Unidade de Missão dos Hospitais S.A., optou por implementar um modelo diferente: o modelo americano da *Joint Commission International* (JCI). Assim, durante alguns anos, as IS passaram a poder adotar um destes dois modelos de Acreditação, que, embora ambos focados em aspetos semelhantes da qualidade e segurança dos utentes, apresentam características bastante distintas [74].

Até 2009, vinte e sete hospitais portugueses tinham iniciado o processo de acreditação pelo *King's Fund* (CHKS), dos quais treze obtiveram a acreditação. Outros quinze iniciaram o processo de acreditação pelo JCI, mas apenas dois obtiveram o certificado de acreditação [55].

Estes processos eram financiados por fundos comunitários que existiam para apoiar estes programas, através do Programa Saúde XXI, tendo progredido substancialmente, e com uma taxa significativa de adesão.

Apesar da notável progressão relativamente à preocupação das IS na melhoria da qualidade dos serviços prestados, verificava-se que este desenvolvimento apenas se salientava nos centros hospitalares e nos hospitais recentes e de grandes dimensões, ao passo que os cuidados de saúde primários, os cuidados continuados e, sobretudo, as instituições de saúde com algumas dificuldades estruturais continuavam estagnadas no que concerne a esta temática, uma vez que “não tendo condições para obter uma acreditação de toda a estrutura, também não tinham nenhuma solução alternativa para avançar de forma institucional e consistente para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados” [74].

Assim, e devido à coexistência de vários programas de acreditação pouco adaptados à maior parte das instituições de saúde do SNS, surgiu a necessidade de adotar um modelo que fosse de encontro à realidade do SNS e das características das instituições de saúde portuguesas [74].

Neste sentido, alguns anos depois da extinção do IQS foi criado, na Direção-Geral da Saúde (DGS), o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) pela Portaria nº 155/2009, de 10 de fevereiro e, em junho de 2009, é publicado em Diário da República o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho), o qual determina que “o Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde português”. Assim, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, aprovou o modelo ACSA como modelo de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde [45, 74].

Atualmente, apesar de coexistirem no país mais do que um referencial de acreditação e certificação dos serviços prestadores de saúde, com a implementação do modelo ACSA, o Ministério da Saúde está a tentar recuperar de um atraso notável nesta temática [74, 103].

Capítulo 4 – Processo de Acreditação do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos

O reconhecimento da prestação de cuidados de saúde de qualidade, com segurança e profissionalismo, de acordo com padrões internacionais, é cada vez mais importante e tem como objetivo ganhar a confiança dos utentes, bem como aumentar a sua satisfação relativamente aos serviços que lhes são prestados. Por outro lado, promove o empenho voluntário de todos os profissionais da instituição na melhoria contínua dos cuidados que prestam [55, 90].

No HSMM não existia, até à data de setembro de 2016, nenhum serviço acreditado nem certificado. Tendo em conta que tanto a missão como os valores e objetivos do HSMM estão voltados para a qualidade dos serviços prestados aos utentes, a implementação de um projeto de Acreditação, bem como a monitorização de indicadores de qualidade e a análise da satisfação dos utentes tornaram-se, portanto, essenciais, tendo sido um dos principais motivos para a realização deste projeto. Para além disso, estava incluído num dos pontos do Plano de Atividades da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente do HSMM a acreditação dos serviços supramencionados até ao final de 2017.

O modelo escolhido pelo Conselho de Administração foi o modelo ACSA. O fator mais preponderante para a escolha do modelo ACSA foi o facto de este ser o adotado e recomendado pela DGS, para além de ser, também, um modelo mais económico e onde a Acreditação pode ser feita “serviço a serviço”, fazendo deste modelo o mais adequado para um hospital cujas limitações estruturais são bastante notórias. Outro aspeto que contribuiu para esta escolha incidiu numa das prioridades da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o “Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde”, que pressupõe “auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos pelo modelo de acreditação do Ministério da Saúde” [102].

Assim, no âmbito do presente trabalho, foi proposto ao HSMM a minha participação na sua atividade quotidiana durante o período de tempo necessário à recolha da informação e definição de uma estratégia de implementação do modelo de Acreditação e a colaboração para o desenvolvimento e implementação do sistema de gestão da

qualidade desta organização, dentro das competências e permissões concedidas pelo Conselho de Administração, com o intuito de conduzir eficazmente todo o processo de acreditação no tempo reservado para o efeito.

4.1. Metodologia

O modelo de qualidade no qual se baseia o modelo nacional e oficial de Acreditação das instituições de saúde (ACSA) é composto por quatro fases, tal como se observa na Figura 6.



Figura 6 – Fases do Processo de Acreditação ACSA [73].

4.1.1. Preparação

O processo de Acreditação inicia-se com o pedido de adesão e candidatura ao DQS, com a nomeação de um gestor de projeto (pelo DQS) e de um responsável interno do processo de acreditação, por parte da instituição candidata ao processo de acreditação pertencente a ela.

Desta forma, a primeira etapa desta fase consistiu na candidatura ao projeto, *online*, na plataforma @Qredita (Figura 7) para os quatro serviços a acreditar, descrevendo a atividade dos serviços, bem como do hospital e explicando o motivo que os levou a fazer esta candidatura, para que fosse avaliada pelo DQS a concessão ou não do referido projeto.

[Início](#) >> [Requisitos prévios](#) >> [Passo 1](#) >> [Passo 2](#) >> [Passo 3](#) >> [Passo 4](#) >> [Passo 5](#) >> [Fim do processo](#)

Para realizar a candidatura da sua unidade, terá de realizar os passos seguintes:

1. Preencha os dados identificativos da sua entidade, unidade de saúde ou serviço. Indique o âmbito para o qual solicita a certificação.
2. Indique o Manual de Standards aplicável segundo a tipologia da sua unidade de saúde.
3. Insira os dados das pessoas responsáveis pela candidatura.
4. Junte toda a documentação requerida na candidatura.
5. Efetue a revisão dos dados que foram inseridos nos passos anteriores e se estiverem corretos, confirme a sua candidatura ao processo de certificação.
6. A aplicação @Qredita mostrará um ecrã com uma mensagem de confirmação de receção da sua candidatura.

Relembramos que em qualquer momento pode guardar a informação e continuar mais tarde.
Enquanto não confirmar a candidatura, esta não será enviada.

Figura 7 – Fase de Candidatura ao Processo de Acreditação (Plataforma @Qredita).

Ainda nesta fase de candidatura, foi necessário selecionar o Manual de *Standards* aplicável aos serviços a acreditar. De entre as opções apresentadas, a que mais se enquadrava com as características das atividades dos diferentes serviços era o Manual “Unidades de Gestão Clínica”, tendo sido este o Manual escolhido.

Deste manual fazem, ainda, parte três anexos, com *standards* complementares, destinados a atividades específicas da carteira de serviços das Unidades de Gestão Clínica, sendo que o primeiro diz respeito a atividades específicas na área laboratorial. Desta forma, para o serviço de Patologia Clínica e para o Laboratório de Imunohemoterapia, foi, também, necessário analisar estes *standards*, implementando medidas no sentido do seu cumprimento.

De acordo com o Manual de Acreditação de Unidades de Saúde adotado, o Modelo ACSA contempla cinco dimensões da qualidade, apresentadas nos cinco diferentes capítulos do Manual, onde cada uma se encontra definida através de um conjunto de requisitos/*standards* sobre os quais recairá a avaliação para a acreditação (Tabela 6) [103].

Tabela 6 – Estrutura do Modelo ACSA para unidades de gestão clínica (adaptado de [73])

I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde:		
1. A pessoa como sujeito ativo	2. Acessibilidade e continuidade assistencial	3. Informação Clínica
II. Organização da Atividade Centrada na Pessoa		
4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde	5. Promoção da Saúde na Comunidade	6. Direção da Unidade de Gestão Clínica
III. Os Profissionais		
7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica		
IV. Processos de Suporte		
8. Estrutura, equipamento e fornecedores	9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação	10. Melhoria Contínua
V. Resultados		
11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica		

Dentro de cada um dos cinco capítulos, os requisitos que compõem o modelo encontram-se divididos em três grupos, de acordo com o seu nível de exigência e grau de complexidade, tal como se observa na Tabela 7.

Tabela 7 – Classificação dos *Standards* do Modelo ACSA (Adaptado de [103])

Grupo do <i>standard</i>	Descrição
Grupo I	<i>Standards</i> que contemplem direitos consolidados dos cidadãos, aspetos ligados à segurança de utentes e profissionais, princípios éticos que se devem contemplar em todas as atuações da Unidade de Gestão Clínica e todas as áreas prioritárias para a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. Dentro dos <i>standards</i> do Grupo I, existem alguns de cumprimento Obrigatório, sendo indispensáveis a qualquer grau de certificação.
Grupo II	<i>Standards</i> associados a um maior grau de desenvolvimento da qualidade na organização (sistemas de informação, novas tecnologias, redesenho de processos e de espaços organizativos, etc.).
Grupo III	<i>Standards</i> associados a elementos e critérios de qualidade que demonstram que a Unidade de Gestão Clínica gera inovação e desenvolvimento social e está capacitada ao nível da excelência organizacional.

Cada *standard* apresenta a sua definição detalhada no Manual [103] e está acompanhado de uma explicitação do propósito do seu cumprimento, assim como dos elementos avaliáveis. A cada *standard* está associado um ícone, que permite identificar se pertence ao Grupo I, Grupo I Obrigatórios, Grupo II ou Grupo III, conforme se observa na Figura 8 [73, 103].



Figura 8 – Ícones de identificação dos Grupos dos *Standards* [103].

Cada unidade de saúde pode atingir, de forma gradual, três níveis de acreditação (Bom, Ótimo e Excelente), de acordo com o grau de cumprimento dos *standards* incluídos em cada grupo (Tabela 8) [73, 103]. O HSMM definiu como meta inicial o nível de Acreditação “Bom”. Este objetivo reconhece as limitações ainda existentes em termos de gestão da qualidade, bem como a inexistência de uma cultura institucional voltada para os processos de qualidade até então.

Tabela 8 – Níveis de Acreditação do Modelo ACSA [103]

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

O processo de acreditação proposto no manual adotado coloca o utente no centro do sistema de saúde e põe a tónica na acreditação da gestão clínica, tendo sido criado para servir como uma ferramenta evolutiva de trabalho, que tem como intuito auxiliar os profissionais de saúde durante todo o processo de acreditação dos serviços onde prestam cuidados, orientando-os no sentido da procura da melhoria contínua, atravessando todas as dimensões da qualidade em saúde [103].

A etapa seguinte consistiu na nomeação do responsável interno pelo projeto de Acreditação e na inserção dos seus dados na plataforma. Concluiu-se, assim, a fase de Candidatura, após o envio da documentação requerida pelo DQS.

No final desta fase, e tendo sido aceite a candidatura efetuada, o gestor do projeto, nomeado pelo DQS, realizou uma visita ao HSM, onde reuniu com os colaboradores dos serviços candidatos ao processo de Acreditação e, ainda, com as chefias e diretores de serviço dos demais serviços do hospital que assim o pretenderam durante a qual foi feita uma apresentação mais detalhada dos *standards* e do modelo da qualidade subjacente ao processo de acreditação, bem como das ferramentas de trabalho e das fases inerentes a todo o processo. No final desta reunião, deu-se início à segunda fase do projeto de Acreditação.

4.1.2. Enfoque Interno ou fase de autoavaliação

O processo de autoavaliação é uma das fases mais importantes de todo o processo de acreditação segundo o modelo ACSA. Desta forma, o seu correto planeamento é fulcral para o bom desenrolar de todo o projeto. Esta fase é da inteira responsabilidade dos colaboradores dos serviços, uma vez que os profissionais de saúde são os principais e imprescindíveis agentes da mudança em busca da melhoria contínua dos procedimentos que gerem diariamente e aos quais se restringe a sua atividade diária enquanto prestadores de cuidados de saúde [74, 103].

A autoavaliação foi concebida como um espaço de partilha para os profissionais de saúde, sempre que possível multiprofissional, onde estes analisam e evidenciam, de forma permanente, o seu desempenho face a padrões de referência que estão descritos no manual e os avanços da organização na melhoria contínua da qualidade [103]. Assim, durante esta fase, que se desenvolve num período de um ano, os profissionais dos serviços afetos ao processo analisam o impacto de cada *standard* do manual na sua atividade diária, com base na definição do *standard* e do seu propósito e, tendo em conta cada um dos elementos avaliáveis, identificam as evidências que o serviço possui de que está a cumprir cada um dos *standards*. Caso contrário, identificam as possíveis falhas e áreas a melhorar, implementando essas melhorias. De facto, não existe ninguém melhor do que os profissionais dos respetivos serviços para entender as exigências e os padrões de qualidade com os quais lhes é pedido que comparem o seu desempenho atual e do respetivo serviço nem para implementar na sua prática diária as melhorias necessárias para reduzir o desvio entre o que realmente estão a fazer e o que deveriam estar a fazer [74].

Para a realização desta tarefa, os autoavaliadores tinham ao seu dispor uma ferramenta bastante importante: a plataforma informática @Qredita. Esta plataforma, de acesso reservado exclusivamente aos autoavaliadores, permite o acesso a exemplos de boas práticas e a legislação e regulamentação aplicáveis, bem como funciona como um canal de comunicação entre os autoavaliadores e os avaliadores DQS. Deste modo, os avaliadores do DQS prestavam apoio aos serviços afetos ao processo de Acreditação na clarificação de algum aspeto mais complexo do propósito dos *standards* que suscitassem alguma dúvida [74, 103].

O **início da fase de Autoavaliação** deu-se após a apresentação do projeto aos colaboradores do HSMM, por parte da DGS.

A primeira etapa consistiu na nomeação, pelo Conselho de Administração do HSMM e para cada Serviço em processo de Acreditação, da equipa de autoavaliadores que ficaria responsável pelo projeto, servindo de interlocutores para os restantes colaboradores do respetivo serviço. Para cada grupo foi, ainda, nomeado um coordenador, com a responsabilidade de orientar os elementos da sua equipa, articulando-os com os restantes serviços do hospital, bem como ser um elo de ligação entre eles, o Conselho de Administração e os demais responsáveis pelo projeto.

O foco principal do arranque desta fase é imprescindível para o sucesso de todo o projeto foi a leitura do manual e a análise detalhada de cada *standard*. Durante o processo houve a necessidade de realizar reuniões com os coordenadores dos grupos de trabalho, para discutir e analisar os *standards*.

A Figura 9 evidencia parte da tabela apresentada aos serviços, onde se sintetiza a análise de todos os *standards* do manual. Na tabela consta o Capítulo do Manual, a Referência ACSA de cada *standard* e a respetiva descrição e elementos avaliáveis. Para além disso, para cada *standard*, a tabela apresenta uma análise mais detalhada, onde é feita uma proposta dos responsáveis mais indicados para o seu tratamento, bem como as possíveis atividades a desenvolver no sentido do seu cumprimento. Os *standards* são classificados como “HSMM”, caso sejam aplicáveis em todos os serviços do hospital, ou “Serv.”, quando estes são específicos dos serviços a acreditar.

Apresenta, ainda, uma coluna (Grau de Cumprimento) que pode servir de *check-list* de avaliação do grau de cumprimento geral dos *standards* e que, a qualquer momento, os serviços poderão utilizar e atualizar à medida que vão implementando novas medidas, sendo-lhes possível, assim, monitorizar a evolução do processo e ter uma perceção mais visível daquilo que ainda falta implementar para atingir o cumprimento total de cada *standard*.

PROCESSO DE ACREDITAÇÃO - ANÁLISE DOS STANDARDS

Ref. ACSA	Descrição	Elementos Avaliáveis	C	D	I	HSMM/ Serv.	Responsáveis	N/R	O que fazer?	Documento(s) que cumpre(m)	Grau de cumprimento	Circuito
S 01.01	A unidade de Gestão clínica divulga o conteúdo da carta de direitos e deveres.	1 - A UGC garante que as pessoas conhecem os seus direitos. 2 - A Carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população atendida.	✓	✓	✓	HSMM	Ana Sofia, Drª Ana Santos; Comissão de ética; Gabinete do cidadão	R	Atualizar a CDD já existente no hospital, de acordo com a legislação em vigor; Colocar no site; Fazer Cartazes; Colocar no Guia Informativo do Utente; Criar política Questão a tratar: Fazemos em inglês?			*
S 01.02	Garante-se a intimidade e privacidade das pessoas.	1 - Existem normas e procedimentos para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados. 2 - Os profissionais conhecem e aplicam essas normas e procedimentos. 3 - São utilizados os meios necessários (estruturais e/ou físicos) para garantir o respeito pela privacidade do doente e da pessoa atendida. 4 - Estão disponíveis ferramentas que possibilitam à unidade conhecer a perceção e o grau de satisfação dos utentes em relação à forma como foi tratada a sua privacidade e intimidade.	✓	✓	✓	HSMM	Enfermagem - Pedir colaboração do enf. Diretor; Serviços Gerais	N	Criar normas e procedimentos e dar a conhecer aos profissionais; Verificar regulamento de visitas; Ver modelo que está disponibilizado na plataforma @Qredita; (E2) - Fazer formação (E4) - Inquéritos de satisfação do hospital / ver os da UCA	Código do procedimento; Inquéritos de Satisfação (E4) - CODIFICAR; Resultados dos Inquéritos (E4) - CODIFICAR		Assist.

Figura 9 – Tabela de Análise dos Standards do Manual.

Sem uma eficaz e eficiente “gestão da informação” não existe “gestão da qualidade” nas organizações [104]. De acordo com o Manual utilizado, é necessário haver normalização e controlo de processos e procedimentos de trabalho e estes deverão ser documentados e registados com o intuito de se aferir a sua conformidade face a um determinado referencial normativo ou *standard* [105].

Para promover a eficiente “gestão da informação” foram desenvolvidos normas e procedimentos de modo a que toda a informação e documentos criados fossem normalizados, uniformizados e que tivessem um percurso definido. Foram ainda criados, modelos de vários tipos de documentos utilizados, habitualmente, no hospital (Tabela 9), procurando solucionar os problemas levantados pela existência de modelos muito variados. A codificação dos mesmos passou a ser, também, procedimentada.

Tabela 9 – Normas, Procedimentos e Modelos criados para a Uniformização dos documentos elaborados

Código do Documento	Descrição
0001_Nor_PROS	Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação
0002_Mod_PROS	Modelo de Procedimento
0003_Mod_PROS	Modelo de Política
0004_Mod_PROS	Modelo de Norma
0005_Mod_PROS	Modelo de Instrução de Trabalho
0006_Mod_PROS	Modelo de Circular Informativa
0007_Mod_PROS	Modelo de Comunicação Interna
0008_Mod_PROS	Modelo de Instrução de Serviço
0009_Mod_PROS	Modelo de Ofício
0010_Mod_PROS	Modelo para Regulamento
0011_Mod_PROS	Modelo Genérico do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. (só cabeçalho)
0012_Pro_PROS	Procedimento para a Identificação e Seguimento da Documentação
0013_Pro_PROS	Procedimento para Manutenção / Retenção de Documentos
0014_Pro_PROS	Procedimento para Distribuição e Divulgação de Documentos
0015_Pro_PROS	Procedimento para Introdução / manutenção de conteúdos no portal
0016_Pro_PROS	Procedimento para Aprovação / Homologação de Documentos
0017_Pro_PROS	Procedimento para Organização e Controlo de Documentos Externos
0018_Pro_PROS	Procedimento para Retenção de Documentos Obsoletos
0019_Nor_PROS	Norma para Registo / Alterações no Portal Interno
0020_Mod_PROS	Modelo de Convocatória
0021_Mod_PROS	Modelo de Ata
0022_Mod_PROS	Modelo para homologação de Cartazes, Panfletos, Guias e Outros Documentos

Nota: Todos estes documentos podem ser consultados no Anexo I.

Para completar este processo de Uniformização e Normalização dos documentos e com o intuito de obter uma melhor gestão da informação e da documentação de todos os serviços, foi criada uma base de dados, com toda a informação relativa a cada documento elaborado, onde consta(m):

- A **designação do documento** (Título que o identifica);

- O **código do documento** (Este código é atribuído de acordo com o Procedimento 0012_Pro_PROS e todos os documentos, antes de seguirem para aprovação, foram previamente codificados pelos responsáveis pelo processo);
- O **grupo ACSA a que pertence** (siglas que identificam o capítulo do manual a que o *standard* ao qual o documento dá resposta pertence);
- A **referência dos standards** (código do *standard* a que o documento elaborado dá resposta);
- **Quem elaborou o documento;**
- Os **Anexos do documento** (código dos documentos anexos a cada documento);
- **Quem aprovou** o documento e respetiva **data de aprovação;**
- **Quem homologou** o documento e respetiva **data de homologação;**
- A **Data da próxima revisão** e **responsável** pela mesma;
- O **Local de Arquivo;**
- A data da **Última divulgação no portal.**

Consta, ainda, uma parte destinada às revisões seguintes, onde se colocará quem homologou e a respetiva data de homologação.

Esta base de dados permite, assim, gerir todos os documentos criados, assim como as suas revisões, uma vez que uma das funcionalidades da mesma é avisar o utilizador do término da validade dos respetivos documentos. Assim, três meses antes da data de revisão assinalada na base de dados, aparece um alerta a vermelho, sendo facilmente identificada, visualmente, a necessidade de revisão dos documentos.

Após várias reuniões com os coordenadores dos grupos de trabalho, a próxima etapa passou pela apresentação do projeto aos colaboradores dos serviços afetos ao processo de Acreditação. A apresentação, que consistiu numa formação base inicial aos autoavaliadores, cobriu os seguintes pontos:

- 1) Motivação para acreditação (vantagens) salientando as vantagens para a Instituição, pacientes, mas também para os profissionais;
- 2) Apresentação da estrutura do Manual e dos grupos de *standards* a trabalhar;
- 3) Apresentação dos documentos criados com o intuito de uniformizar toda a documentação criada e definir todo o circuito dos documentos;
- 4) Breve análise de cada *standard*, com o intuito de desmistificar o trabalho que havia a realizar.

4.1.2.1. Auditorias de Diagnóstico

As Auditorias de Diagnóstico foram levadas a cabo um mês após a reunião de apresentação, com o intuito de verificar quais os *standards* que estavam a ser cumpridos e detetar aquilo que ainda havia a fazer no sentido do cumprimento dos mesmos.

Optou-se por realizar as Auditoria de Diagnóstico aos quatro serviços considerando apenas, nesta fase, os *standards* de cumprimento obrigatório.

Desta forma, com base no Manual de *Standards* adotado e recorrendo a uma das ferramentas propostas por Ishikawa [106] para a resolução de problemas que surgem no âmbito da qualidade, foi elaborada uma *check-list* de verificação do cumprimento de cada um dos *standards* para cada um dos serviços (Anexo II).

4.1.2.2. Implementação do Plano de Melhoria

Após a realização das auditorias aos diferentes serviços e da análise dos respetivos resultados, em reunião com os coordenadores dos grupos, definiu-se uma estratégia para que se pudesse melhorar os resultados obtidos e, deste modo, garantir o cumprimento dos *standards*.

A análise permitiu constatar que, tal como se afirma na literatura [103], o percurso para a melhoria contínua implica o envolvimento de toda a organização, desde os responsáveis máximos a todos os outros colaboradores, incluindo serviços não afetos ao processo de acreditação. De facto, vários foram os *standards* identificados que necessitavam da colaboração de outros serviços da instituição, para além dos quatro serviços envolvidos no projeto. Assim sendo, o primeiro ponto estratégico do plano implementado foi a distribuição dos *standards* pelos diferentes serviços da instituição, cujo apoio, articulando-se com os demais serviços, se revelou crucial para o sucesso do projeto.

Nesse sentido, optou-se pela elaboração de mapas de distribuição dos *standards* (Figura 10) por esses mesmos serviços, que foram apresentados e explicados em reunião conjunta com os respetivos responsáveis de serviço.

O segundo ponto estratégico passou pela apresentação dos resultados das auditorias de diagnóstico a cada um dos serviços em processo de acreditação, bem como da estratégia da distribuição dos *standards*, definida pelos coordenadores e representada na Figura 10.

Definiram-se, ainda, reuniões semanais entre os coordenadores do projeto, com o objetivo de avaliar todo o trabalho que vai sendo desenvolvido, elaborar propostas de melhoria e esclarecer eventuais dúvidas que vão surgindo ao longo do projeto. Para além disso, também semanalmente, ficou determinada a realização de reuniões das equipas de trabalho do Bloco Operatório e Cirurgia de Ambulatório todas as sextas feiras, durante a manhã e do Laboratório de Patologia Clínica, todas as segundas, quartas e sextas-feiras, das 11 h às 12 h. No que respeita ao serviço de IH, a estratégia utilizada foi diferente.

Dada a realidade do serviço, optou-se por facilitar-lhes a possibilidade de realizarem um trabalho mais autónomo, tendo sido realizadas, apenas, reuniões pontuais para o acompanhamento do processo e esclarecimento de dúvidas.

Standard	Serviço	Gab. Cidadão	CCI	Comissão de ética	Gab. Jurídico	Farmácia	Enf. Diretor	DC	SPAG	Higiene e Seg.	SGD	CQSD	DEP	SIE	Gestão de Risco	Aprovis.
S01.01	█	█		█	█											
S01.02	█						█									
S01.03	█															
S01.04	█							█	█							
S01.06	█			█												
S01.07	█			█	█											
S01.09	█			█												
S01.10	█							█								
S01.11	█							█								
S02.01	█							█	█		█					
S02.02	█										█					
S03.01	█										█					
S03.02	█										█					
S03.03	█										█					
S03.06	█											█				
S03.07	█	█			█											
S04.01	█											█				
S04.06	█											█				
S05.01	█															
S05.05	█															
S06.04	█	█										█				
S06.05	█								█							
S07.01	█															
S07.06	█												█			
S08.01	█												█	█	█	
S08.02	█												█	█	█	█
S08.06	█						█						█	█	█	█
S08.07	█		█							█			█	█	█	█
S08.08	█									█			█	█	█	█
S09.08	█			█	█							█	█			
S10.06	█			█	█										█	
S10.07	█		█				█						█		█	

Figura 10 – Mapa de distribuição dos *Standards* pelos diferentes serviços do HSMM.

4.1.2.3. Auditorias de Acompanhamento

Para acompanhar a evolução de todo o processo, para além das reuniões realizadas semanalmente com os serviços, foram realizadas auditorias de acompanhamento, aproximadamente cinco meses após a auditoria de diagnóstico, a cada um dos serviços em processo de Acreditação. O que se espera destas auditorias de acompanhamento é que sejam conseguidas melhorias nos quatro serviços em processo de Acreditação, que essas melhorias sejam notórias quer para o serviço, quer para os utentes e profissionais de saúde e que se façam cumprir um número crescente de *standards*.

4.1.2.4. Inquérito aos colaboradores envolvidos no processo

Na fase final, optou-se pela aplicação de um inquérito por questionário a todos os colaboradores das equipas de trabalho e a todos os diretores ou responsáveis de serviço que, direta ou indiretamente, lidaram com o processo de acreditação, com o intuito de avaliar o impacto do processo de acreditação nos serviços hospitalares segundo a perspetiva dos profissionais de saúde e a metodologia utilizada ao longo do projeto.

Na verdade, o inquérito por questionário é uma técnica bastante utilizada para a realização de pesquisas e que, através de uma estrutura padronizada, prevê a análise quantitativa dos dados [107]. Este método permite estimar grandezas “relativas” e “absolutas”, descrever uma população ou subpopulação e, ainda, a verificação de hipóteses [108]. No entanto, apresenta algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito aos métodos de amostragem não aleatórios, uma vez que nestes casos não é possível garantir a representatividade dos indivíduos inquiridos, o que implica que as conclusões do estudo só se empregam à amostra. Para além disso, os possíveis níveis de não resposta ao questionário podem fazer com que não se alcance o tamanho mínimo da amostra, enviesando-a [108, 109, 110]. A possibilidade do questionário não ser adequado ao vocabulário do inquirido pode constituir, também, uma limitação deste método. Por fim, a impossibilidade de instituir relações causais entre as variáveis, pode limitar os resultados da investigação a uma descrição de dados.

Apesar destas possíveis limitações, é importante salientar que a tecnologia do inquérito por questionário é bastante fiável, desde que se respeitem os procedimentos metodológicos quanto à sua conceção, seleção dos inquiridos e administração no terreno [111].

É, por isso, importante ter consciência que a construção desta ferramenta de avaliação é um processo que envolve múltiplos passos, em que cada etapa está claramente definida. Assim, para se ter sucesso, deve-se planejar todas as etapas desde o processo de recolha dos dados até à análise e apresentação dos resultados obtidos [112]. Todos os inquéritos devem reunir as seguintes características, de modo a garantirem a sua eficácia [112]:

- Ser claros e com objetivos precisos;
- De resposta fácil, sendo que os inquiridos devem perceber facilmente o seu conteúdo;
- Ser fiáveis, pelo que os dados recolhidos devem traduzir a opinião do inquirido;
- Não conter erros;
- Realizados em tempo útil, ou seja, o tempo entre o seu planeamento e a obtenção de resultados deve ser o menor possível para que seja útil à decisão e/ou análise dos dados obtidos.

Por norma, os inquéritos por questionário são realizados em formulários impressos, que são entregues pessoalmente e colocados em urnas próprias e lacradas ou que podem ser enviados por correio [109]. No entanto, cada vez mais se tem recorrido, com a evolução da tecnologia, à elaboração de inquéritos digitais, que podem ser respondidos *online*. Assim sendo, optou-se por construir o questionário na plataforma “Google Formulários”, com o intuito de tornar o seu preenchimento mais fácil, rápido, cómodo e apelativo. Desta forma, para preencher o inquérito, os colaboradores apenas precisaram de aceder ao *link* e responder diretamente na plataforma *online*. Quando terminavam o preenchimento do inquérito, bastava “clique” no botão “Submeter” e os resultados ficavam automaticamente guardados na base de dados, podendo ser consultados a qualquer momento.

Na construção do inquérito, teve que se ter em conta que se pretendia um inquérito de fácil e rápida resposta e que permitisse, também, uma rápida análise estatística. Desta forma, não foram formuladas questões abertas de resposta longa. Elaboraram-se, apenas, questões fechadas (como se já participaram anteriormente num processo de acreditação), abertas de resposta curta (como a opção de dar possíveis sugestões) e semiabertas (como qual o referencial de acreditação que trabalharam anteriormente).

Tentou-se, também, estabelecer uma ordem para as questões de modo a que houvesse uma linha condutora, para poder orientar o inquirido na resposta ao inquérito sem que este perdesse o interesse pelo mesmo. Para além disso, tentou-se que o conteúdo das questões apresentadas fosse o mais claro e perceptível possível e que estas não fossem ambíguas, para permitir aos inquiridos uma rápida e fácil resposta. Para facilitar, também, o seu preenchimento, o inquérito foi dividido em secções com os temas devidamente separados e identificados.

Após elaboração de uma primeira proposta de inquérito, este foi sujeito a um pré-teste, que teve como principal finalidade garantir que o inquérito era aplicável, perceptível e que responde aos problemas colocados pelo investigador [108]. O pré-teste permite ter uma perceção de como as questões e respostas são compreendidas e, desta forma, evitar erros de vocabulário e/ou de sintaxe [108]. Assim, com o intuito de verificar se os inquiridos entendiam o objetivo do questionário e o sentido das perguntas, este foi aplicado, inicialmente, a um número reduzido de pessoas. Foi, então, primeiramente endereçado a 5 elementos do Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., que apesar de não terem estado envolvidos no processo de acreditação, estavam a par da sua realização e conheciam todas as fases do respetivo projeto, para que pudessem dar o seu contributo para a melhoria do mesmo, nomeadamente com sugestões e críticas acerca da sua estrutura e formulação das questões. Para além desses 5 elementos, pediu-se, ainda, a um elemento da Escola de Engenharia da Universidade do Minho para preencher o questionário, para que se avaliasse a viabilidade do mesmo em alguém que não está familiarizado com a temática da acreditação na saúde.

Por fim, e após terminado o pré-teste, foi possível obter a versão final do questionário, que pode ser consultada no Anexo III.

A população em estudo foram todos os elementos das equipas de trabalho dos 4 serviços em processo de acreditação, bem como todos os responsáveis de serviço que direta ou indiretamente estiveram em contacto com este projeto, uma vez que o que se pretendia estudar era o impacto que a acreditação tem para os serviços na perspetiva dos profissionais de saúde, bem como avaliar a metodologia utilizada ao longo deste processo.

Desta forma, foi enviado, via e-mail, o *link* para resposta ao questionário a 27 profissionais, tendo este estado disponível para preenchimento num prazo de uma semana.

4.1.3. Enfoque Externo

A terceira etapa do processo de Acreditação segundo o modelo ACSA consiste na realização de uma visita de avaliação externa. De facto, a avaliação externa é um passo fundamental e comum a todos os processos de acreditação e de certificação, sendo imprescindível para a avaliação de todo o processo [103].

A avaliação externa é realizada por equipas de avaliadores qualificados do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, que se dedicam à observação e reconhecimento das evidências apresentadas com o objetivo de as confirmar e, assim, verificar a conformidade com os requisitos do manual [103]. Desta forma, observam e avaliam, *in loco*, as provas documentais apresentadas, realizando entrevistas aos profissionais e aos utentes e analisando todos os aspetos relacionados com a gestão da segurança e a gestão da qualidade [103].

Por fim, em função do grau de cumprimento dos *standards* avaliados, é enviado um relatório de auditoria, no qual constam as conclusões retiradas pelos auditores após a visita à IS, onde será determinado o nível de certificação obtido e serão identificados os pontos fortes da unidade de saúde, as suas potencialidades, bem como as potenciais áreas de melhoria [5, 103].

No HSMM, esta fase do processo foi agendada, pela DGS, para os dias 6 e 7 de dezembro de 2017, pelo que, à data de entrega da presente dissertação, este não se encontrava, ainda, concluído.

4.1.4. Acompanhamento

A última fase do processo só se efetua caso seja conseguida a Acreditação e consiste na monitorização do desempenho da IS, por forma a manter o grau de conformidade com os requisitos e a conseguir implementar planos de melhoria, durante o período de validade do certificado de acreditação ACSA (5 anos) [73].

4.2. Apresentação e Discussão dos Resultados Obtidos

Articulando os dados obtidos nas diferentes auditorias realizadas aos serviços em processo de acreditação e a evolução da documentação criada com os resultados obtidos no inquérito realizado aos profissionais do HSMM, pretende-se, neste capítulo, evidenciar as propriedades da realidade em estudo, procedendo a uma análise crítica dos mesmos, tendo em consideração os objetivos traçados e a matriz teórica desenvolvida.

Desta forma e apesar de o processo de acreditação estar, ainda, por terminar, serão apresentados os resultados obtidos ao longo deste estágio, nomeadamente no que diz respeito à evolução da implementação do modelo de acreditação, bem como às perceções dos profissionais e seus respetivos posicionamentos relativamente à Acreditação na Saúde, identificando padrões de diferenciação com base em fatores de natureza sociodemográfica, profissional e organizacional.

4.2.1. Auditoria de Diagnóstico

No que diz respeito às Auditorias realizadas com o intuito de avaliar a situação inicial de cada serviço relativamente ao grau de cumprimento dos *standards*, antes da implementação do processo de acreditação, os resultados obtidos encontram-se representados na Tabela 10.

Tabela 10 – Resultados obtidos nas Auditorias de Diagnóstico realizadas aos serviços em processo de acreditação

Serviço / Grau de Cumprimento	Imunohemoterapia (Geral)	Imunohemoterapia (Anexo Laboratório)	Laboratório de Patologia Clínica	Bloco Operatório	U.C.A.
NC	31,58%	33,33%	38,89%	52,63%	39,47%
PC	57,89%	55,56%	50,0%	39,47%	55,26%
CT	10,53%	11,11%	11,11%	7,90%	5,26%

Nota: NC – Não Cumprido; PC – Parcialmente Cumprido; CT – Cumprido Totalmente

Observa-se, assim, que havia, inicialmente, uma grande percentagem de *standards* por cumprir na totalidade. De facto, tal era expectável dada a inexistência, até então, na

instituição, de uma cultura da qualidade e de não existir, ainda, nenhum serviço acreditado ou certificado no hospital. Contudo, verifica-se que, com exceção do Bloco Operatório, havia uma maior percentagem de *standards* parcialmente cumpridos do que não cumpridos nos serviços, o que traduz a falta de documentos escritos que evidenciam determinados procedimentos. Na verdade, uma das vantagens dos projetos de acreditação apontados na literatura prende-se com a sistematização e procedimentação dos cuidados prestados ao utente [113]. Efetivamente, foi possível constatar que o cumprimento da maioria dos *standards* poderia ser conseguido apenas com a criação de procedimentos escritos com o que já era feito na atividade diária dos serviços, mas adaptados aos requisitos exigidos pelo manual.

4.2.2. Cumprimento dos *Standards*

Nesta segunda fase do estudo realizado, apresenta-se a análise da evolução do cumprimento dos *standards* para os diferentes serviços em processo de acreditação. Assim, com esse intuito, foi efetuada uma auditoria de acompanhamento aos diferentes serviços, tendo-se obtido os resultados observados nas Figuras 11, 12, 13, 14 e 15.

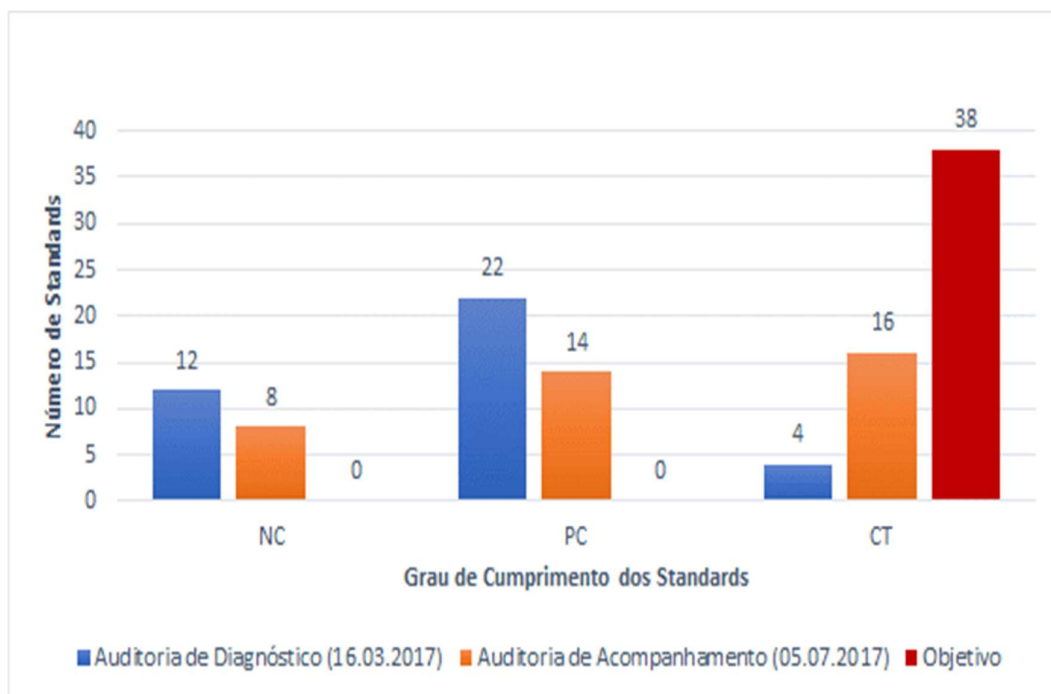


Figura 11 – Evolução do Grau de Cumprimento dos *Standards* na Consulta Externa de Imunohemoterapia.

Relativamente ao Serviço de Imunohemoterapia, foi possível verificar, com base nas Figura 11 e 12, um grau de cumprimento dos *standards* gerais, na auditoria realizada a 05.07.2017, de 42,11% (16 totalmente cumpridos, num total de 38 obrigatórios) e de 27,78% no que consta ao Laboratório de IH (5 totalmente cumpridos, em 18 obrigatórios). Apesar destas percentagens estarem, ainda, bastante aquém daquilo que é expectável (100% de cumprimento), foi possível observar um aumento do número de *standards* cumpridos e uma diminuição, em ambos os casos, do número de *standards* não cumpridos, sendo esta bastante acentuada no Laboratório de IH. Estes resultados vão de encontro ao esperado já que os processos de acreditação devem promover a melhoria contínua.

Relativamente ao número de *standards* parcialmente cumpridos, foi possível verificar, no primeiro caso, uma diminuição do seu número e no segundo caso um aumento da quantidade dos mesmos. Na primeira situação, apenas houve uma diminuição de 4 *standards* não cumpridos, mas observa-se um aumento de 12 *standards* cumpridos totalmente. Assim, o número de parcialmente cumpridos diminuiu, devido ao cumprimento de alguns dos *standards* que estavam parcialmente cumpridos aquando da auditoria de diagnóstico. Já no que diz respeito à segunda situação, é possível verificar que houve uma diminuição de 5 *standards* não cumpridos e um aumento de apenas 3 *standards* cumpridos, o que explica o aumento de 2 *standards* na parcela dos “parcialmente cumpridos”.

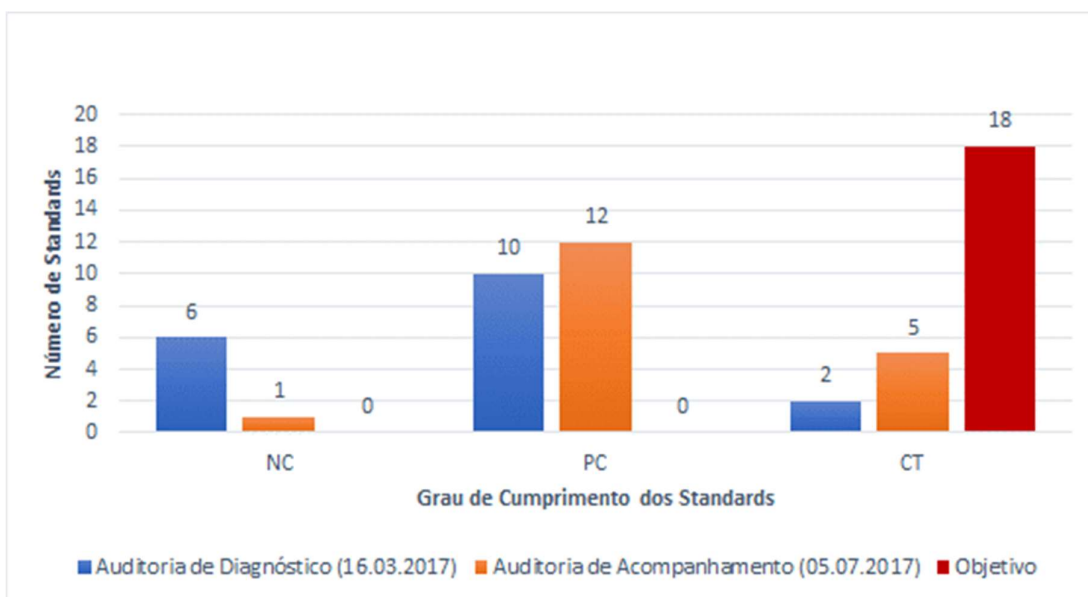


Figura 12 - Evolução do Grau de Cumprimento dos *Standards* no Laboratório de Imunohemoterapia.

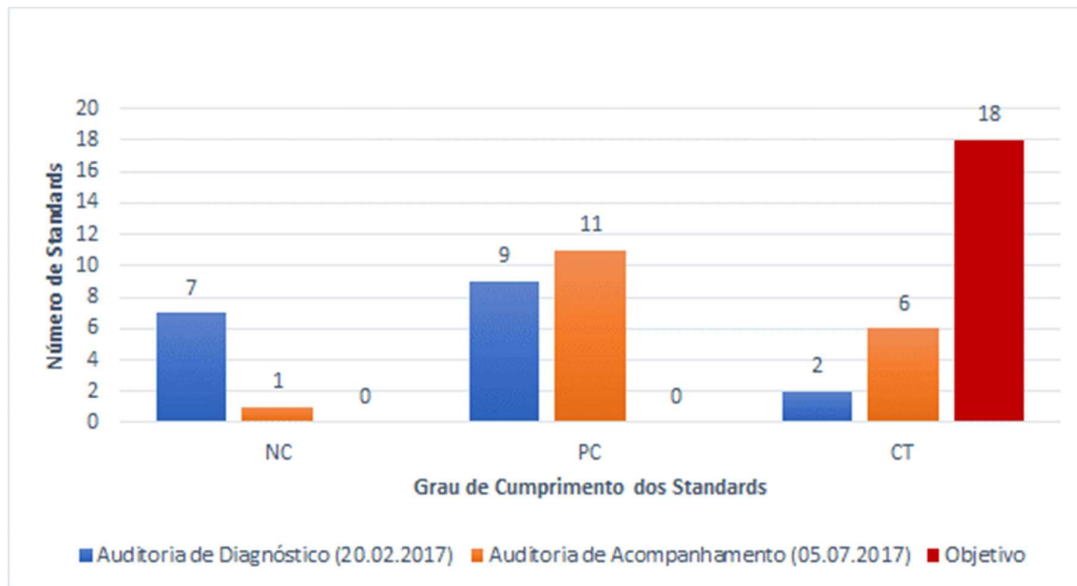


Figura 13 - Evolução do Grau de Cumprimento dos *Standards* no Laboratório de Patologia Clínica.

Relativamente ao Laboratório de Patologia Clínica, a situação observada na Auditoria de Acompanhamento é praticamente a mesma que a que se verificou no Laboratório de IH. De facto, com base na análise da Figura 13, é possível verificar, também, uma diminuição bastante acentuada do número de *standards* por cumprir. Dos 7 não cumpridos na auditoria de diagnóstico, apenas continuava, na auditoria de acompanhamento, 1 por cumprir. Ora, isto indica que o serviço está a implementar o plano de melhoria com sucesso e no sentido do cumprimento dos 18 *standards* obrigatórios. No entanto, continua a haver uma grande percentagem de *standards* parcialmente cumpridos (61,11%), devido ao processo de análise e implementação dos documentos criados estar, ainda, a decorrer.

O número de *standards* totalmente cumpridos aumentou 3 vezes face à Auditoria de Diagnóstico, o que, tal como já foi referido, era expectável. Contudo, estão, ainda, bastantes *standards* por cumprir na totalidade.

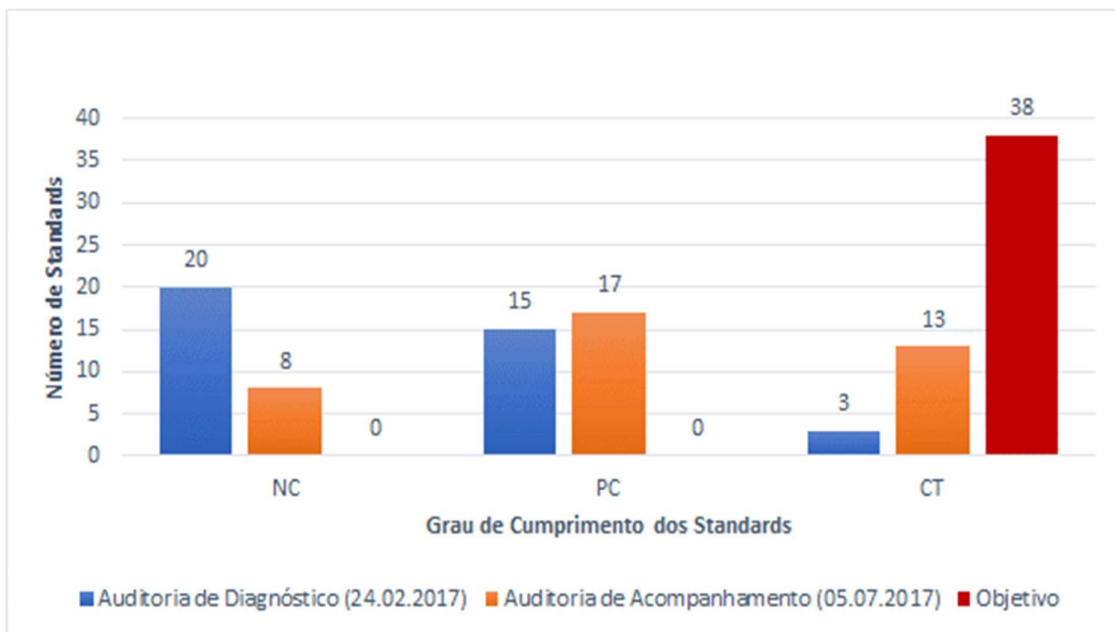


Figura 14 - Evolução do Grau de Cumprimento dos *Standards* no Bloco Operatório.

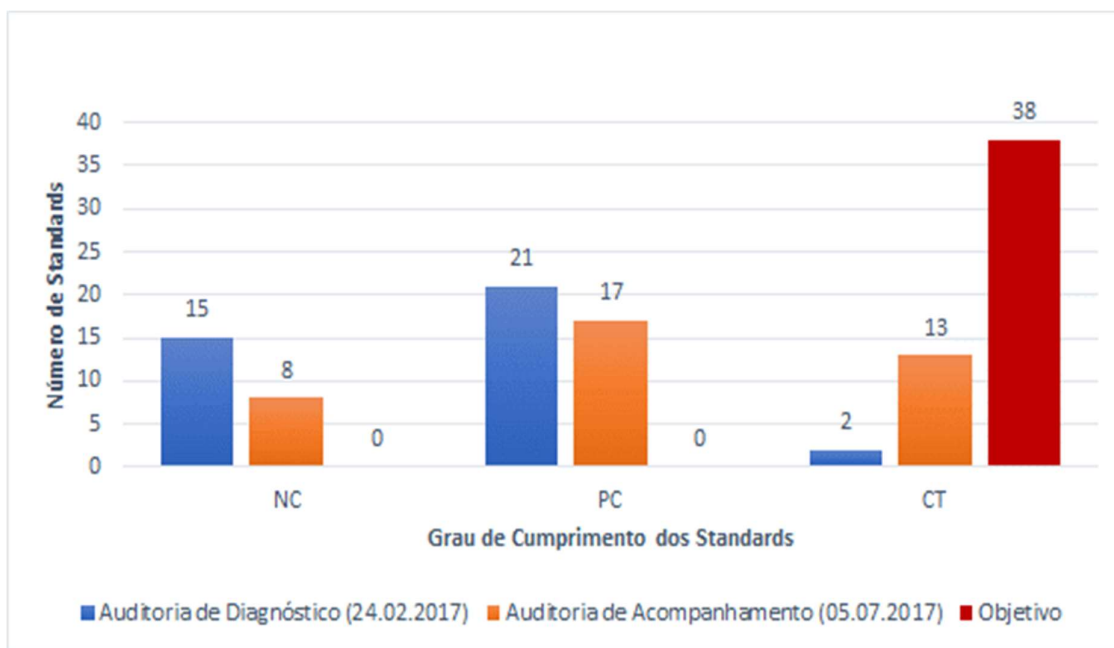


Figura 15 - Evolução do Grau de Cumprimento dos *Standards* na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

No que diz respeito ao Bloco Operatório e à Unidade de Cirurgia de Ambulatório, cuja evolução do processo se encontra representada nas Figuras 14 e 15, é possível observar que o grau de cumprimento dos *standards* verificado na auditoria de acompanhamento, é o mesmo para os dois serviços (34,21%), encontrando-se cumpridos na totalidade 13 dos 38 *standards* obrigatórios. Ambos os serviços apresentam um igual número, também, de *standards* não cumpridos e parcialmente cumpridos. Esta linearidade, que não se verifica nos restantes serviços, prende-se com o facto do grupo trabalhar simultaneamente todos os *standards*, pelo que o cumprimento dos *standards* dos dois serviços evolui de forma homóloga.

Em suma, foi possível observar uma melhoria significativa face aos resultados obtidos na auditoria de diagnóstico em todos os serviços em processo de acreditação. Contudo, verifica-se, ainda, uma elevada percentagem de *standards* parcialmente cumpridos, que precisam, ainda, de ser trabalhados para que se consiga atingir o grande objetivo do projeto – a obtenção da acreditação. A grande maioria destes *standards* precisa, apenas, de pequenos ajustes para se tornarem cumpridos na totalidade ou estão já numa fase final de elaboração e prontos para serem homologados os documentos que lhes dão evidência de cumprimento.

Após a Auditoria de Acompanhamento, o serviço que se encontrava com uma melhor percentagem de cumprimento de *standards* era o da Consulta Externa de IH, seguido do Bloco Operatório e UCA, do Laboratório de Patologia Clínica e, por fim, do Laboratório de IH. Contudo, apresentava o mesmo número de *standards* não cumpridos que os serviços que seguem o mesmo manual.

4.2.1. Evolução da Homologação dos Documentos

Durante os primeiros sete meses do processo de acreditação, foi necessária a criação de inúmeros documentos para dar cumprimento aos *standards* impostos pelo manual adotado. A Figura 16 representa a evolução da homologação dos documentos criados, pelo Conselho de Administração.

Assim, é possível observar que durante os dois primeiros meses do processo de acreditação, devido ao estado ainda prematuro de todo o projeto, apenas foram homologados 2 documentos que dão resposta a *standards* do manual. Contudo, verifica-se um aumento bastante significativo do número de documentos homologados no mês de

março. Este número é justificado pela necessidade de, numa primeira fase, ter sido necessária a criação de normas, procedimentos e modelos para normalizar e padronizar todos os documentos criados no âmbito da acreditação. De março a abril, no entanto, volta-se a observar uma estagnação na quantidade de documentos homologados, o que vai de encontro ao que seria esperado, já que os processos de criação de documentação, nomeadamente normas e procedimentos, são bastante morosos e o tempo decorrido desde a auditoria de diagnóstico, da qual resultou a estratégia definida para o plano de melhoria, até à data era, ainda, bastante curto. Em maio, esse número voltou a sofrer um aumento significativo, dada a evolução do processo, mas, contudo, é observável, novamente, uma diminuição de produção, em junho e julho. Esta estabilização verificou-se com o decorrer do período de férias dos colaboradores.



Figura 16 – Evolução da homologação de documentos ao longo do processo de acreditação.

Por fim, é importante salientar que, em julho de 2017, apesar de estarem, apenas, 47 documentos homologados pelo Conselho de Administração, existiam, ainda, 93 já elaborados e codificados, mas ainda em fase de análise pelos diferentes elementos dos serviços responsáveis pela sua elaboração.

De facto, esta foi uma evidência observada ao longo de todo o processo. Na realidade, todo o método de criação e análise da documentação que dá cumprimento aos *standards* é bastante detalhado e demorado e implica o envolvimento de vários profissionais, o que leva a um aumento do tempo de execução dos mesmos e, conseqüentemente, a um maior intervalo de tempo percorrido desde o início da sua elaboração até à sua homologação.

Fazendo uma análise geral do teor dos documentos criados durante o processo, assim como dos *standards* do manual que cada serviço tem que cumprir, é possível observar, na Tabela 11, alguns dos pontos positivos que a acreditação trouxe ou está a trazer para os serviços do HSMM.

Tabela 11 – Melhorias observadas com a Acreditação

Melhorias Verificadas	Descrição
<i>Mais e melhor informação dada ao utente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Consentimento informado - Toda e qualquer tratamento a que o doente é sujeito, tem de ser por ele consentido (ou por um representante legal), e devidamente explicado pelos profissionais de saúde; - Criação do Guia de Informação ao Utente (Anexo IV); - Elaboração de Folhetos Informativos; - Divulgação da Carta de Direitos e Deveres dos Utentes.
<i>Correta Identificação dos Doentes e dos profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos procedimentos de identificação dos utentes; - Elaboração de novos cartões de identificação dos profissionais; - Crachás para identificar responsáveis pelas colheitas.
<i>Diminuição do erro</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Os procedimentos estão protocolados, sendo mais fácil detetar em que fase do processo ocorreu o erro.
<i>Melhoria dos circuitos dos lixos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Foi revisto o procedimento para a triagem dos resíduos e redefinidos os horários do seu circuito.
<i>Garantia da privacidade e intimidade dos utentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um procedimento para garantir a privacidade e intimidade dos utentes, bem como da sua informação clínica.
<i>Notificação de Incidentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Foi dada formação e criado um procedimento para a notificação de incidentes.

4.2.2. Influência do Processo de Acreditação nos Serviços – Inquérito aos Colaboradores

Os dados obtidos no inquérito aplicado aos colaboradores foram tratados estatisticamente, recorrendo à ferramenta “Microsoft Excel 2016” e serão apresentados de seguida, maioritariamente sob a forma de gráfico de barras e/ou circular. Os resultados permitem, assim, uma análise da eficácia da metodologia escolhida, bem como do impacto do processo de acreditação nos serviços envolvidos.

A. Identificação do Profissional de Saúde / Dados Sociodemográficos

O inquérito teve uma taxa de resposta de 100%, tendo respondido ao mesmo todos os 27 colaboradores do HSMM que estiveram de alguma forma afetos ao processo de acreditação, dos quais 19 do sexo feminino, representando 70%, e 8 do sexo masculino, representando 30%, maioritariamente com idade superior a 50 anos (Figura 17), seguida das faixas etárias 31-40 anos, 41-50anos e 20-30 anos.

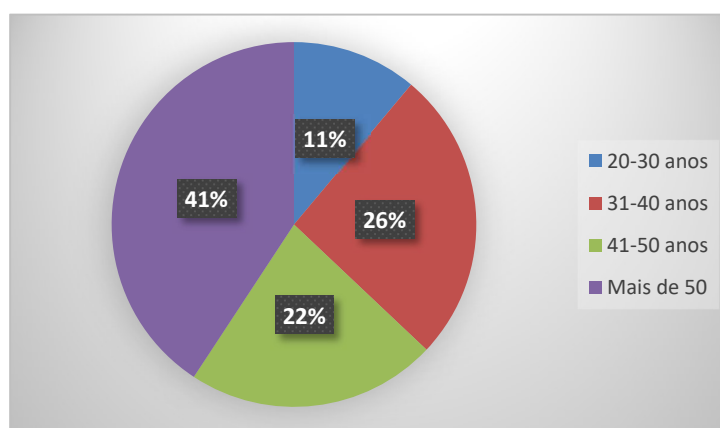


Figura 17 – Faixa etária dos inquiridos.

Quanto à Categoria Profissional (Figura 18), 8 dos inquiridos pertencem à carreira de Técnico Superior. Para além desses profissionais, responderam, ainda, 6 Enfermeiros, 4 médicos, 2 Técnicos Superiores de Saúde e 2 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. De todos os inquiridos, dois não pertencem a nenhuma das categorias profissionais apresentadas.

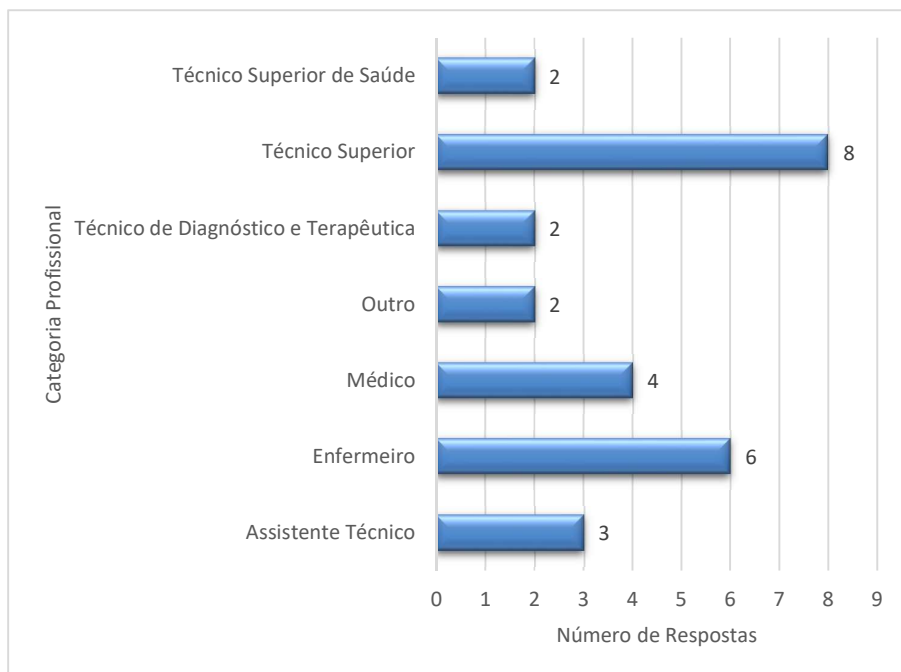


Figura 18 – Categoria Profissional dos Inquiridos.

Dos 27 inquiridos, 7 pertencem ao Serviço de IH / Patologia Clínica, 4 ao Bloco Operatório / UCA e os 16 restantes não pertencem diretamente a nenhum dos serviços (Figura 19).

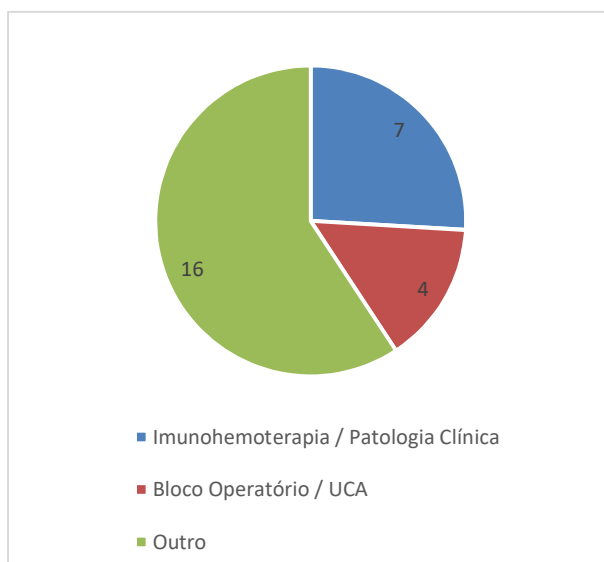


Figura 19 – Serviços ao qual pertencem os inquiridos.

B. O Hospital Santa Maria Maior em processo de Acreditação

Todos os inquiridos disseram ter conhecimento do processo de acreditação que está a decorrer no HSMM. Contudo, um dos inquiridos declarou não conhecer o modelo ACSA de acreditação.

A elevada taxa de conhecimento do processo e modelo adotado era esperada dado que apenas foram inquiridos os profissionais que, de algum modo, estiveram em contacto com o processo de acreditação. Sendo assim, era expectável que todos conhecessem o modelo adotado e estivessem familiarizados com todas as suas características. Tal resultado pode ser, contudo, explicado, pelo facto de ter sido utilizada a sigla “ACSA” e não a sua descrição ou pelo facto dos profissionais o conhecerem como “Programa Nacional de Acreditação em Saúde”.

Dos 27 inquiridos, 81% referiu ter participado ativamente no processo de acreditação e os restantes 19% afirmaram não ter participado ativamente nesse mesmo processo.

Tal como se pode observar na Figura 20, os 5 inquiridos (19%) que disseram não ter participado ativamente no projeto não pertencem a nenhum dos serviços em processo de acreditação. Ora, isto significa que, apesar de serem, provavelmente, responsáveis dos serviços que estiveram, indiretamente, envolvidos no processo de acreditação, consideram não ter tido um papel significativo para o desenvolvimento do mesmo. Para além disso, como responsáveis de serviço, podem ter delegado funções nos seus colaboradores, pelo que pensam não ter tido uma participação ativa no projeto.

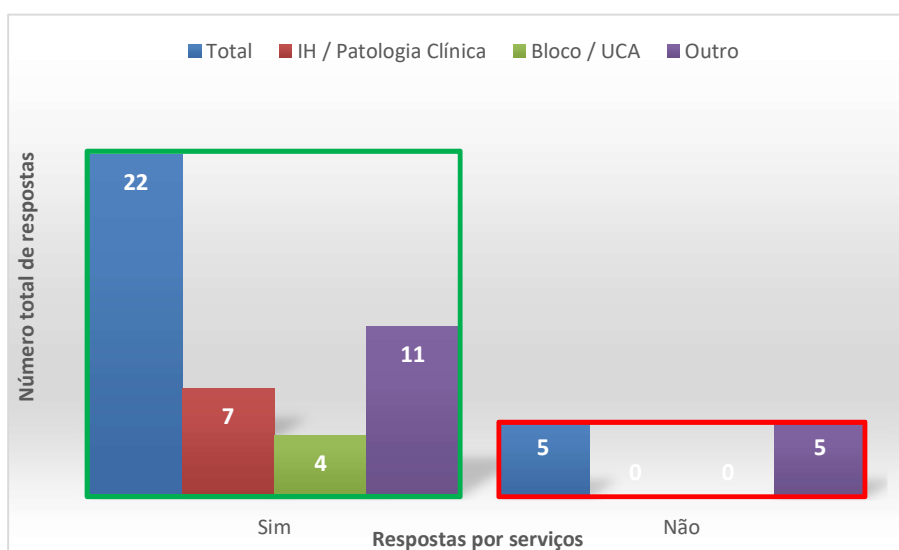


Figura 20 - Integração dos inquiridos nas equipas de trabalho.

De todos os inquiridos, 52% fizeram parte de um dos grupos de trabalho dos serviços em processo de acreditação e 48% não fez parte de nenhum desses grupos. Contudo, apenas 1 elemento dos 27 colaboradores já tinha estado envolvido, anteriormente, num processo de acreditação, o que tornou todo este projeto muito mais complexo e ambicioso. É de salientar que o processo em que esse colaborador participou não foi segundo o referencial ACSA, mas sim pelo da JCI.

A parte final desta segunda secção do inquérito aplicado aos colaboradores, pretendia analisar todo o processo de implementação da acreditação levado a cabo pelo Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos.

Desta forma, foram apresentadas aos inquiridos algumas afirmações, aos quais estes tiveram que, numa escala de 1 a 4, responder qual o grau de concordância que tinham com as mesmas (em que 1 correspondia a “Não Concordo” e 4 correspondia a “Concordo Totalmente”).

Conclui-se, assim que, na generalidade, os inquiridos estão satisfeitos com o processo de acreditação, considerando que este está a ser bem implementado e reconhecendo a existência de melhorias significativas nos serviços envolvidos no projeto (Figura 21). De uma maneira geral, concordam totalmente com a possibilidade de voltar a participar num processo de acreditação e consideram que as suas opiniões foram valorizadas ao longo de todo o processo. No entanto, não concordam com o tempo dado pela DGS para a realização do projeto e afirmam que o processo envolve a dispensa de bastante tempo de trabalho para além do normal horário de trabalho, influenciando a atividade diária do colaborador. Um número significativo de inquiridos refere que o processo de acreditação não envolveu todos os profissionais, o que não vai de encontro ao que teoricamente se pretende com este tipo de projetos. Por fim, é de salientar que alguns dos inquiridos estão satisfeitos com o referencial adotado, considerando que este é adequado à realidade dos serviços envolvidos no projeto. Contudo, há, ainda, uma percentagem de inquiridos que não concorda totalmente com a adoção do Modelo da DGS, não o considerando inteiramente adequado aos serviços que se encontram em processo de Acreditação.

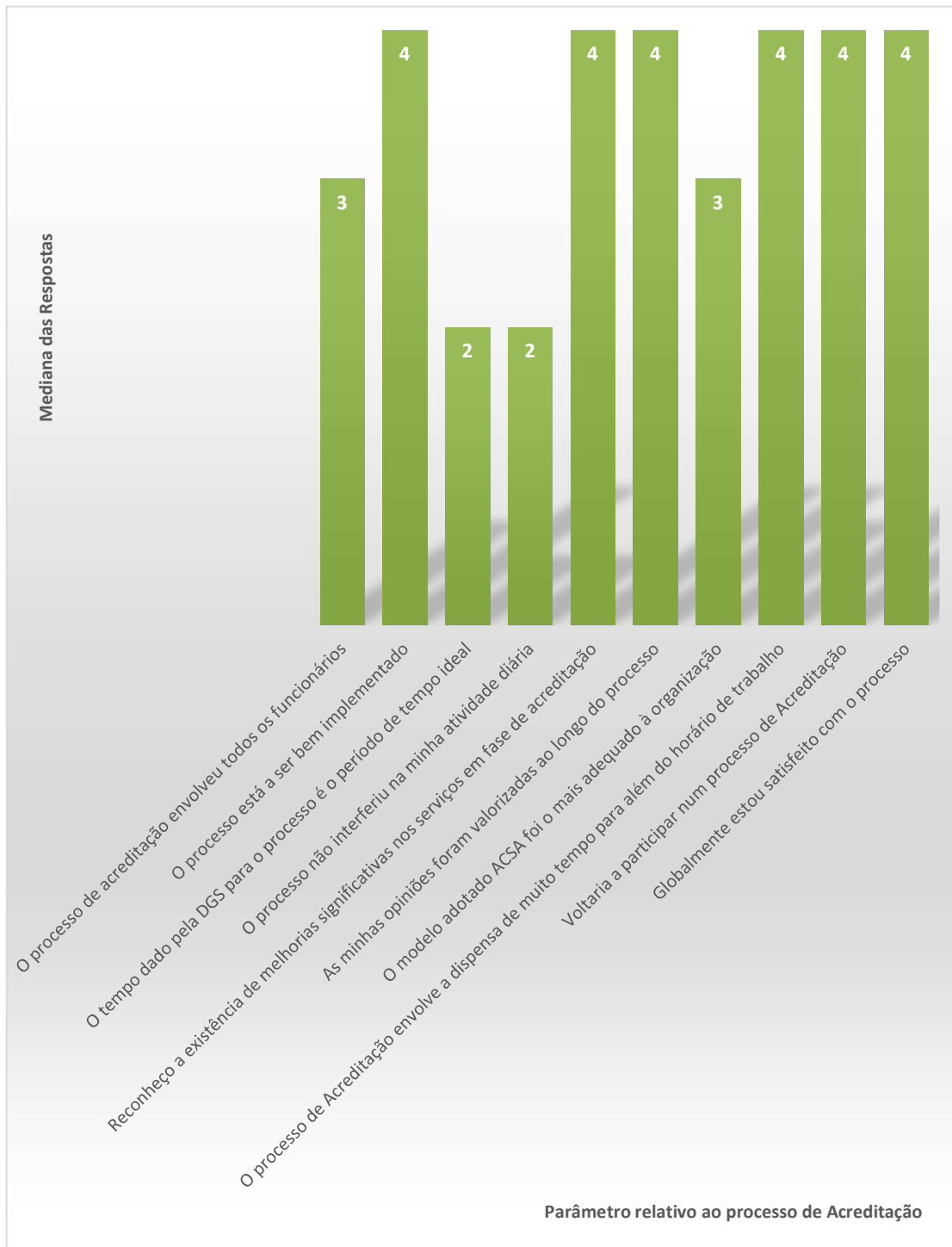


Figura 21- Medianas das respostas dadas pelos inquiridos relativamente à implementação do processo de acreditação no HSMM.

C. Impacto da Acreditação

Com a terceira secção do inquérito efetuado, pretendia-se estudar o impacto da acreditação pelo referencial ACSA em diferentes parâmetros que são considerados de elevada importância numa IS, numa escala, também, de 1 a 4, onde 1 representa um “Impacto muito negativo” e 4 um “Impacto muito positivo”. Em geral, os inquiridos consideram que o processo de Acreditação teve um impacto muito positivo nos parâmetros em análise. Os parâmetros que os profissionais inquiridos consideraram que a acreditação tem maior impacto foram os “Cuidados prestados aos utentes”, a “Imagem da organização”, a “Satisfação dos utentes” a “Sistematização e normalização dos processos”, a “Informação dada aos Utentes” e a “Perceção da qualidade pelos profissionais de saúde” (Figura 22).

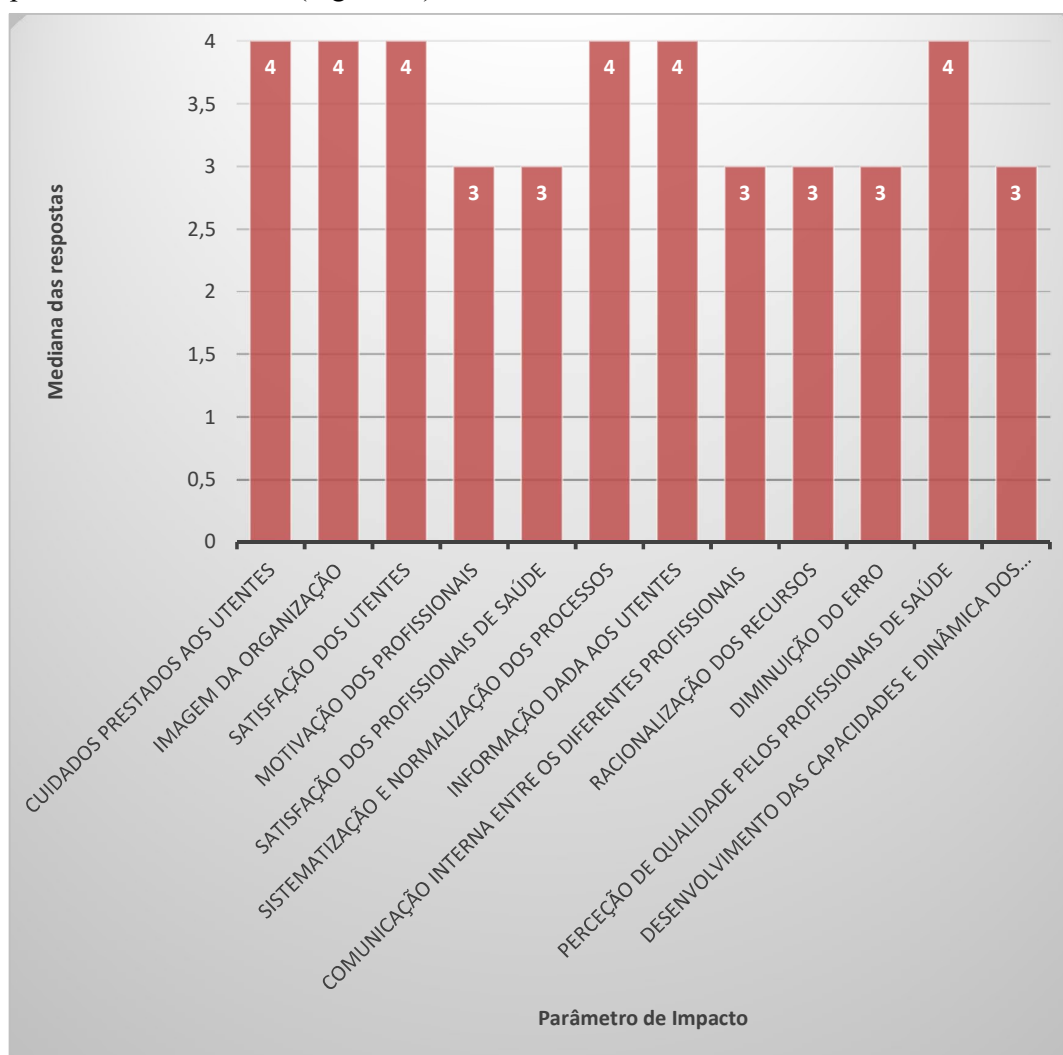


Figura 22 – Mediana do grau de impacto de diferentes parâmetros na perspetiva dos colaboradores inquiridos.

Ainda com base na análise feita à Figura 22, conclui-se que os inquiridos consideram que a acreditação não tem um impacto tão positivo sobre a “Motivação e Satisfação dos profissionais”, nem na “Racionalização dos recursos”, na “Comunicação interna entre os diferentes profissionais”, na “Diminuição do erro” e no “Desenvolvimento das Capacidades e Dinâmica dos Profissionais”.

Finalmente, resta salientar que todos os inquiridos consideram a Gestão da Qualidade como algo importante para a melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes e para o hospital, sendo que, na sua opinião, este processo deverá ser alargado a toda a instituição (Figura 23).

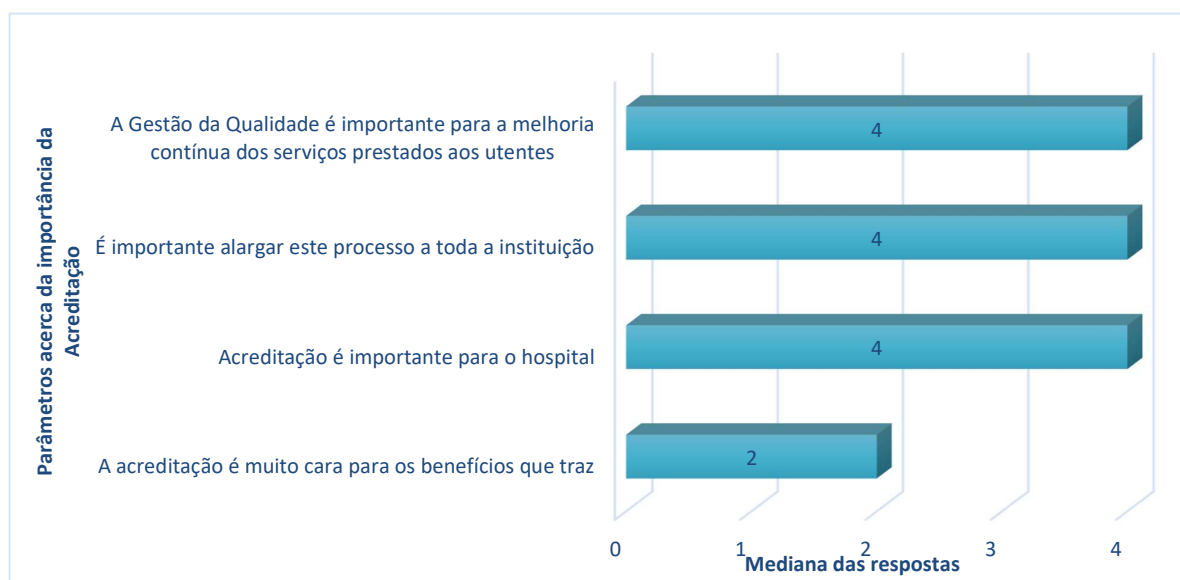


Figura 23 – Mediana do grau de concordância dos inquiridos com a importância da acreditação.

D. Sugestões

Por fim, o questionário continha uma secção, de preenchimento não obrigatório, onde os inquiridos puderam deixar as suas sugestões e comentários acerca do processo de acreditação no HSMM. Os resultados obtidos encontram-se reunidos na Tabela 12.

Tabela 12 – Sugestões referidas pelos profissionais do HSMM

Sugestões	
R1.	“Manter a pedalada!”
R2.	“É importante a informação e a discussão prévia com todos os profissionais da Instituição quando se pretende implementar um processo de Acreditação”
R3.	“Alargar os projetos da qualidade a todo o hospital”
R4.	“Trabalhar "Acreditação" à pressão é complicado: resulta muito em forma e menos em conteúdo”
R5.	“Estando o HSMM num processo de acreditação é essencial a constituição de um serviço da qualidade para dar continuidade ao processo.”
R6.	“Era bom alargar a acreditação ao hospital todo”
R7.	“O tempo dado para o projeto pela DGS é muito, mas muito pouco!”

Dos 27 inquiridos, apenas sete registaram sugestões. As propostas apresentadas prendem-se, sobretudo, com o alargamento dos projetos da qualidade a todos os serviços do hospital. Para além disso, um dos inquiridos sugere a constituição de um serviço da qualidade, de modo a dar continuidade a todo este processo de expansão a todo o hospital. No entanto, há dois profissionais que reforçam a ideia da escassez de tempo dado pela DGS para a realização do processo, sendo que um deles destaca, ainda, que não é viável “trabalhar à pressão”. Na verdade, um projeto desta dimensão levado a cabo num hospital onde apenas um dos colaboradores envolvidos no mesmo já participou anteriormente num processo de acreditação, torna bastante difícil a sua realização em apenas um ano de trabalho.

Capítulo 5 – Conclusões e Trabalho Futuro

Este projeto, realizado no âmbito de um estágio curricular levado a cabo no Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos, permitiu extrair diversas conclusões.

Verificou-se que a Acreditação é, de facto, um processo bastante trabalhoso e que requer a dispensa de muito tempo por parte dos profissionais envolvidos no projeto, por vezes fora do horário de trabalho. Contudo, o processo de acreditação no HSMM tem sido estruturante quer para os serviços, quer para o hospital, levando a que cada Serviço repense os processos que está a seguir e a definir procedimentos. A existência de um manual de *standards* permitiu começar a organizar esse processo.

Apesar de todos os envolvidos considerarem que é importante a garantia da qualidade na saúde e a implementação de sistemas de gestão da qualidade, nomeadamente a participação em programas de acreditação, muitas vezes este tipo de afirmações não tem efeitos práticos nas IS, dado que existem algumas deficiências organizacionais, quer a nível da comunicação entre os profissionais ou até mesmo da formação na temática da gestão da qualidade.

Uma das maiores dificuldades associadas a este projeto prendeu-se com a motivação dos profissionais, sobretudo da área clínica, para a gestão da qualidade, que na sua maioria olham para estes processos como ameaças, essencialmente à sua autonomia e hierarquias estabelecidas. Verificou-se, portanto, alguma resistência à mudança por parte de alguns colaboradores. Para além disso, foi difícil, por vezes, a tarefa de os elucidar acerca das vantagens destes processos e o porquê de ser necessário o envolvimento de todos os profissionais. Um dos aspetos negativos a salientar é o facto de não se ter conseguido, na verdade, envolver todos os profissionais neste processo, aliado à escassez de tempo dado pela DGS para a execução de todo o processo, principalmente numa IS que nunca participou anteriormente em nenhum processo da qualidade.

Por fim, resta salientar que, apesar da atualização e realização de procedimentos e elaboração de documentos, existe ainda uma grande percentagem de *standards* que não estão cumpridos totalmente. Verificou-se, no entanto, uma evolução significativa na percentagem de cumprimento dos mesmos desde a auditoria de diagnóstico até à auditoria

de acompanhamento, realizada em julho de 2017 e que existe já uma grande quantidade de documentos elaborados pelos serviços e prontos a ser homologados e implementados.

É de referir que durante o desenvolvimento dos procedimentos, alguns dos profissionais mostraram resistência à mudança e até mesmo alguma dificuldade na compreensão da importância da gestão qualidade para o bom funcionamento dos serviços. Na verdade, num ambiente em que prestar cuidados de saúde aos utentes é, de facto, a única prioridade, este tipo de processos é, por vezes, visto como acessório e com pouca relevância, o que constitui, também, uma dificuldade. Contudo, apesar disso, foi possível observar uma evolução crescente da consciencialização dos profissionais para a importância da qualidade ao longo de todo o processo.

Não se pode deixar de referir que todo o trabalho e esforços desenvolvidos foram bastante úteis e enriquecedores, havendo o sentimento de dever cumprido e o orgulho de ter pertencido a esta equipa e de ter colaborado com o HSMM, contribuindo para sucesso e melhoria contínua dos serviços prestados. Para além de todos os conhecimentos apreendidos, constatou-se que é possível existirem boas unidades públicas de saúde, com profissionais preocupados em prestar cuidados de saúde de qualidade aos seus utentes, apesar de estas, por vezes, não terem as melhores condições estruturais e económicas.

Com o projeto realizado, verificou-se que a Qualidade é, de facto, um bem essencial para a melhoria dos cuidados prestados nas IS. Contudo, não basta uma unidade ou serviço tornarem-se acreditados. É importante continuar a apostar na qualidade, realizando novas avaliações, periodicamente, e sempre com vista a melhoria de tudo aquilo que está implementado. A qualidade nunca poderá ser, de facto, um processo que estagna.

Assim, futuramente, seria importante alargar o processo de acreditação a todos os serviços do HSMM, assim como a criação de um Gabinete de Gestão da Qualidade para acompanhar e monitorizar todo esse processo não só para a realização das auditorias de avaliação externa, mas continuamente.

Relativamente ao processo de implementação da acreditação, que ainda não terminou, seria importante avaliar a sua influência na satisfação dos utentes, comparando os inquéritos de satisfação aplicados antes do referido projeto e depois de este ter terminado.

Bibliografia

- [1] B. F. Manzo, “O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde,” Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
- [2] B. F. Manzo, M. J. M. Brito, and A. dos R. Corrêa, “Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals,” *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 46, no. 2, pp. 388–94, Apr-2012.
- [3] M. S. Lopes, “A Gestão da Qualidade no Hospital: Impacto da Acreditação nas Práticas Clínicas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar,” Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007.
- [4] R. C. Pereira, “Qualidade e Certificação em Saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar,” Universidade do Porto, 2013.
- [5] G. Costa, “Acreditação e Certificação em Portugal - Retrato da situação portuguesa atual e comparação entre os referenciais CHKS, JCI, ACSA e ISO 9001,” Universidade do Minho, 2015.
- [6] O. Ribeiro, F. Carvalho, L. Ferreira, and P. Ferreira, “Qualidade dos Cuidados de Saúde,” vol. 8, no. 35. pp. 0–20, 2008.
- [7] “Hospital Santa Maria Maior, EPE -Barcelos.” [Online]. Available: <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/>. [Accessed: 13-Oct-2016].
- [8] “Relatório de Gestão e Contas.” Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, 2015.
- [9] “Plano de Atividades.” Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, 2016.
- [10] “Hospital de Braga.” [Online]. Available: <https://www.hospitaldebraga.pt/Especialidade/Imuno-Hemoterapia/39>. [Accessed: 19-Oct-2016].
- [11] “Regulamento do serviço de Imunohemoterapia.” Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, 2015.
- [12] “Portal: Hospital Garcia de Orta.” [Online]. Available: <http://www.hgo.pt/Servicos/AreasClinicas/PatologiaClinica.aspx>. [Accessed: 19-

Oct-2016].

- [13] N. Saadani, A. Guinet, S. Chaabane, O. Des, and B. O. Conf, “Ordonnancement des blocs operatoires,” 2009.
- [14] “Regulamento Bloco Operatório / UCA.” Hospital Santa Maria Maior, Barcelos, 2016.
- [15] P. J. P. Gomes, “A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação,” *Cadernos Bad 2*, vol. 24, no. 2, pp. 181–197, 2004.
- [16] C. A. P. de S. Lopes, “Qualidade em serviços de saúde : a óptica dos profissionais,” Universidade do Minho, 2010.
- [17] M. K. Omar and S. Murugan, “An improved model for the cost of quality,” *Int. J. Qual. Reliab. Manag.*, vol. 31, no. 4, pp. 395–418, 2014.
- [18] V. de M. P. Mendes, “Qualidade no Serviço Nacional de Saúde : Evolução recente e perspectivas futuras,” Universidade Nova de Lisboa, 2012.
- [19] J. Fragata *et al.*, *Risco clínico : complexidade e performance*. Almedina, 2006.
- [20] B. A. R. Cavalcante, J. A. Cunha, and E. Más, “Melhorar a Qualidade (QDE).” .
- [21] N. S. António, A. Teixeira, and Álvaro Rosa, *Gestão da Qualidade - De Deming ao modelo de excelência da EFQM*, 2ª. 2016.
- [22] P. Spath, *Inroduction to Healthcare Quality Management*. 2009.
- [23] L. Pisco and J. L. Biscaia, “Qualidade de cuidados de saúde primários,” *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, vol. 2, pp. 43–51, 2001.
- [24] M. Witzel and M. Warner, “Chapter 11 - W. Edwards Deming (1900 - 1993),” in *The Oxford handbook of management theorists*, 2013.
- [25] J. G. Suarez, *Three Experts on Quality Management: Philip B. Crosby, W. Edwards Deming; Joseph M. Juran*, no. 92. 1992.
- [26] W. E. Deming, *Out of the Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986.
- [27] J. T. de Oliveira, “Texto de Apoio às aulas de Elementos da Qualidade e Fiabilidade - Gurus da Qualidade.” Universidade do Minho, Braga.
- [28] J. M. Juran and A. B. Godfrey, *Juran’s Quality Control Handbook*, 5th ed. 1998.
- [29] J.M.Juran, *Managerial breakthrough : the classic book on improving management*

- performance*. McGraw-Hill, 1995.
- [30] P. B. Crosby, *Quality is free : the art of making quality certain*. New American Library, 1980.
- [31] E. Imperatori, *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário*. Lisboa: Edinova, 1999.
- [32] T. Bendell, R. Penson, and S. Carr, “The quality gurus – their approaches described and considered,” *Manag. Serv. Qual.*, vol. 5, no. 6, pp. 44–48, 1995.
- [33] C. Carapeto and F. Fonseca, *Administração Pública- Modernização, Qualidade e Inovação*, 3rd ed. Edições Sílabo, 2014.
- [34] F. B. Martinelli, *Gestão da qualidade total*. 2009.
- [35] D. Blumenthal, *Quality of Care — What is It?*, vol. 335, no. 12. Massachusetts Medical Society, 1996.
- [36] E. McGlynn, “Six challenges in measuring the quality of health care,” *Health Aff.*, vol. 16, no. 3, pp. 7–21, 1997.
- [37] J. Fragata, *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. 2011.
- [38] Direção-Geral da Saúde, “Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015,” pp. 1–43, 2016.
- [39] World Health Organization, “The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide: A Summary,” *World Health Organization*. p. 3, 2011.
- [40] D. Pittet *et al.*, “Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries,” *J. Hosp. Infect.*, vol. 68, no. 4, pp. 285–292, 2008.
- [41] D. Proux, F. Segond, S. Gerbier, and M. H. Metzger, “Addressing risk assessment for patient safety in hospitals through information extraction in medical reports,” *IFIP Int. Fed. Inf. Process.*, vol. 288, pp. 230–239, 2008.
- [42] M. de J. P. Alves, “O Serviço de Atendimento Permanente - Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem,” Universidade do Porto, 2007.
- [43] S. Warrier and B. McGillen, “Quality care and patient safety for the practicing physician,” *Med. Heal. Rhode Isl.*, vol. 94, no. 7, p. 211, 2011.
- [44] M. Best and D. Neuhauser, “Avedis Donabedian: father of quality assurance and

- poet,” *Qual. Saf. Health Care*, vol. 13, no. 6, pp. 472–473, 2004.
- [45] P. L. Ferreira, “Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saude,” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, pp. 93–112, 1991.
- [46] A. Donabedian, “Evaluating the quality of medical care.,” *Milbank Mem. Fund Q.*, vol. 44, no. 3, pp. 166–206, 1966.
- [47] P. Osório, “A relação entre a acreditação/certificação da qualidade e o controlo interno nas organizações. Estudo de caso em 30 unidades hospitalares públicas portuguesas.,” Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, 2014.
- [48] Institute of Medicine, *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I*. Washington, D.C.: National Academies Press, 1990.
- [49] H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte, and I. A. Glinos, *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action*. 2008.
- [50] Mercedes Gomes da Silva, *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. 2013.
- [51] L. Campos, P. Saturno, and A. V. Carneiro, “Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos cuidados e dos serviços.” 2010.
- [52] World Health Organization, “Quality of care: A process for making strategic choices in health systems,” *J. Am. Med. Assoc.*, vol. 267, pp. 1–50, 2006.
- [53] J. L. Biscaia, “Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual,” *Revista Qualidade em Saúde*, no. 0, pp. 6–10, 2000.
- [54] M. Serapioni, “Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional.,” *Rev. Crit. Cienc. Sociais*, no. 85, pp. 65–82, 2009.
- [55] S. Silva, “Modelo de Acreditação Integrada para Agrupamentos de Centros de Saúde: Estudo do Caso do ACeS Porto Ocidental,” Universidade Fernando Pessoa, 2014.
- [56] B. Dale, Dale, and Barrie, “Total Quality Management,” in *Wiley Encyclopedia of Management*, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2015, pp. 1–4.
- [57] B. James, *Quality Management for Health Care Delivery*, vol. 19, no. February 2014. 2013.
- [58] A. R. Pires, *Sistemas de Gestão da Qualidade - Ambiente, Segurança,*

Responsabilidade Social, Indústria e Serviços, 2nd ed., vol. 2000. 2016.

- [59] J. Veillard, F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, O. A. Arah, and A.-L. Guisset, “A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 17, no. 6, pp. 487–496, Jun. 2005.
- [60] O. Bittar, “Indicadores de qualidade e quantidade em saúde,” *Rev. Adm. em Saúde*, vol. 3, no. 12, 2001.
- [61] Instituto Português de Acreditação (IPAC), “A acreditação.” [Online]. Available: <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp>. [Accessed: 03-Feb-2017].
- [62] The International Society for Quality in Health Care (ISQua), *International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation*, no. December. 2007.
- [63] A. L. Rooney and P. van Ostenberg, *Licenciamento, Acreditação e Certificação : Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*. 1999.
- [64] P. Boto, C. Costa, and S. Lopes, “Acreditação, benchmarking e mortalidade,” *Rev. Port. Saúde Pública*, vol. 7, no. 9, pp. 103–115, 2008.
- [65] D. Greenfield and J. Braithwaite, “Health sector accreditation research: a systematic review,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 20, no. 3, pp. 172–183, 2008.
- [66] L. Bohigas *et al.*, “A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues,” *Int. J. Qual. Heal. care J. Int. Soc. Qual. Heal. Care*, vol. 10, no. 1, pp. 7–13, Feb. 1998.
- [67] W. Nicklin, “The Value and Impact of Health Care Accreditation : A Literature Review,” *Accredit. Canada*, no. July, pp. 1–11, 2011.
- [68] CHKS, “The CHKS Story.” [Online]. Available: <http://www.chks.co.uk/The-CHKS-Story>. [Accessed: 10-Jul-2017].
- [69] T. C. Novo, “Implementação e Integração do Modelo de Acreditação da Joint Commission International na Unidade de Imagiologia do Hospital Privado da Boavista,” 2013.
- [70] CHKS, “CHKS 2016 Standards for Health and Care Organisations.” [Online]. Available: <http://www.chks.co.uk/CHKS-General-Standards>. [Accessed: 18-Jul-

- 2017].
- [71] American Hospital Management Company, “JCI Accreditation and Specialized Consulting.”
- [72] Joint Commission International, “Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais,” p. 296, 2014.
- [73] A. Almuedo-Paz, D. Núñez-Garcia, V. Reyes-Alcázar, and A. Torres-Olivera, “The ACSA Accreditation Model: Self-Assessment as a Quality Improvement Tool,” *Qual. Assur. Manag.*, pp. 289–314, 2012.
- [74] DGS, “Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Programa Nacional de Acreditação em Saúde,” pp. 1–28, 2014.
- [75] DGS, “Unidades de Saúde Acreditadas segundo o Modelo ACSA 2010-2017 (junho de 2017),” no. 114. pp. 1–4, 2017.
- [76] DGS, “Unidades de Saúde Acreditadas pelo Modelo de Acreditação do Ministério da Saúde (novembro de 2016),” no. 72. pp. 7–9, 2016.
- [77] F. Boomsma, D. de Valeriola, W. van Harten, H. Hummel, R. Otter, and M. Saghatchian, *Organisation of European Cancer Institutes - Accreditation and Designation User Manual*. 2011.
- [78] SGS, “Certificação.” [Online]. Available: <http://www.sgs.pt/pt-PT/Service-by-Type-Path/Certification.aspx>. [Accessed: 18-Jul-2017].
- [79] F. H. Christo, “Certificação: Necessidade sim, moda não!,” *Qual. em Saúde*, no. 5, pp. 16–21, 2001.
- [80] C. D. Shaw, O. Groene, and D. Botje, “The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 26, no. suppl 1, pp. 100–107, Apr. 2014.
- [81] APCER, “Guia Do Utilizador: Iso 9001:2015,” p. 223, 2015.
- [82] RELACRE (Associação de Laboratórios Acreditados de Portugal), “Requisitos Gerais do Processo de Certificação de Pessoas.” pp. 1–11, 2016.
- [83] Marilyn J. Field and Kathleen N. Lohr, *Clinical Practice Guidelines*. Washington, D.C.: National Academies Press, 1990.
- [84] A. Carneiro, A. Roque, and A. Bugalho, “Manual de elaboração, disseminação e

- implementação de normas de orientação clínica,” *Cent. Estud. Med. Baseada ...*, pp. 0–116, 2007.
- [85] Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, “AGREE - Advancing the science of practice guidelines.” [Online]. Available: <http://www.agreetrust.org/>. [Accessed: 20-Jul-2017].
- [86] DGS: Departamento da Qualidade na Saúde, “Monitorização da Qualidade, Segurança e Inspeções - Auditorias Clínicas.” [Online]. Available: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/monitorizacao-da-qualidade-e-seguranca/auditorias-clinicas.aspx>. [Accessed: 22-Jul-2017].
- [87] E. Spencer and K. Walshe, “National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems,” *BMJ Qual. Saf.*, vol. 18, no. 1, pp. i22-27, Feb. 2009.
- [88] ISQua: The International Society for Quality in Health Care, “ISQua - Who we are?,” 2017. [Online]. Available: <http://www.isqua.org/who-we-are/who-we-are>. [Accessed: 22-Jul-2017].
- [89] World Health Organization, “WHO - Who we are, what we do,” *WHO*, 2017. [Online]. Available: <http://www.who.int/about/en/>. [Accessed: 22-Jul-2017].
- [90] C. D. Shaw, B. Kutryba, J. Braithwaite, M. Bedlicki, and A. Warunek, “Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 22, no. 5, pp. 341–350, Oct. 2010.
- [91] HOPE: European Hospital and Healthcare Federation, “Hope - About Us,” 2017. [Online]. Available: <http://www.hope.be/about-us/>. [Accessed: 22-Jul-2017].
- [92] DUQuE: Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe, “DUQuE - Quality in Hospitals in Europe.” [Online]. Available: <http://www.duque.eu/>. [Accessed: 23-Jul-2017].
- [93] O. Groene *et al.*, “Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the ‘Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)’ proje,” *Qual. Saf. Heal. Care*, vol. 18, no. Suppl 1, pp. i69–i74, Feb. 2010.

- [94] ESQH: European Society for Quality in Healthcare, “MARQuIS - Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies.” [Online]. Available: <http://esqh.net/node/115>. [Accessed: 23-Jul-2017].
- [95] P. Vallejo and R. Suñol, “MARQuIS: quality improvement strategies for European cross-border healthcare.,” *Qual. Saf. Health Care*, vol. 18 Suppl 1, no. Suppl_1, pp. i1-2, Feb. 2009.
- [96] PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, “What is PATH?” [Online]. Available: http://www.pathqualityproject.eu/what_is_path.html. [Accessed: 23-Jul-2017].
- [97] O. Groene, N. Klazinga, V. Kazandjian, P. Lombrail, and P. Bartels, “The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 20, no. 3, pp. 155–161, Mar. 2008.
- [98] A. Alkhenizan and C. Shaw, “Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature.,” *Ann. Saudi Med.*, vol. 31, no. 4, pp. 407–16, 2011.
- [99] A. Chatterjee, P. C. Awasthi, and S. Basukala, “Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature,” *Int. J. Sci. Res.*, vol. 5, no. 7, 2016.
- [100] K. Brubakk, G. E. Vist, G. Bukholm, P. Barach, and O. Tjomsland, “A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 15, p. 280, 2015.
- [101] C. Shaw, O. Groene, N. Mora, and R. Sunol, “Accreditation and ISO certification: Do they explain differences in quality management in European hospitals?,” *Int. J. Qual. Heal. Care*, vol. 22, no. 6, pp. 445–451, 2010.
- [102] DGS, “Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020,” *Departamento da Qualidade na Saúde*. 2015.
- [103] DGS, *Programa Nacional de Acreditação em Saúde - Manual de Standards: Unidades de Gestão Clínica*. 2014.
- [104] J. F. V. Leitão, “A Gestão Documental e a Gestão da Qualidade: O Município da Lourinhã,” p. 226, 2010.

- [105] A. Pinto and I. Soares, *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*, 1st ed. 2009.
- [106] S. H. Kan, *Metrics and Models in Software Quality Engineering*, 2nd Ed. Addison-Wesley, 2004.
- [107] M. D. Gall, J. P. Gall, and W. R. Borg, *Educational research : an introduction*. Pearson/Allyn & Bacon, 2007.
- [108] R. Ghiglione and B. Matalon, *O inquérito : teoria e prática*. Celta Editora, 2001.
- [109] C. M. P. Coutinho, *Metodologia de investigação em ciencias sociais e humanas : teoria e prática*. Almedina, 2013.
- [110] R. Quivy and L. van. Campenhoudt, *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva, 2008.
- [111] H. Carmo and M. M. Ferreira, *Metodologia da investigação : guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta, 2015.
- [112] N. Á. D. C. Alves, “Investigação por Inquérito,” Universidade dos Açores, 2006.
- [113] J. L. C. de Oliveira and L. M. Matsuda, “Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers,” *Esc. Anna Nery - Rev. Enferm.*, vol. 20, no. 1, pp. 63–69, 2016.

Anexos

Anexo I – Normas, Procedimentos e Modelos criados para a Uniformização dos documentos elaborados

Neste Anexo, serão apresentados todos os documentos criados com o intuito de uniformizar e sistematizar a elaboração de documentos no Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos.

Os documentos apresentados permitiram, ainda, definir um circuito para toda a documentação elaborada pelo HSMM.

É de salientar que todos os documentos apresentados nesta secção foram elaborados por mim, com a colaboração do Gabinete de Acreditação e Qualidade do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, mas assinados pela coordenadora da equipa de trabalho dos Serviços de Imunohemoterapia e de Patologia Clínica, devido ao facto de ser externa à instituição.

I.I. Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação (0001_Nor_PROS)

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

1. Referência ACSA

Transversal a todos os Standards.

2. Objetivo

Definir requisitos para a criação e manutenção de políticas, procedimentos e documentação em geral.
Uniformizar a documentação.

3. Destinatários

Todos os colaboradores.

4. Definições

O elevado número de normas, políticas, procedimentos e de todos os documentos em geral, existentes no Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM), assim como a sua diversidade, explica a criação desta norma, de forma a garantir o cumprimento de algumas regras relativas à sua uniformização e gestão. Deste modo, torna-se essencial clarificar, primeiramente, alguns termos básicos:

Processo – Série de ações ou atividades interrelacionadas e interatuantes que transformam *entradas* em *saídas*.

Norma – Conjunto de políticas e/ou procedimentos interrelacionadas.

Política – Utilizada para fazer o enquadramento, fornecer orientações, intenções e estabelecer estratégias relativas a determinado assunto.

Procedimento – Transmite, de forma clara e sequencial, instruções de como proceder para realizar determinada atividade. É solicitada a intervenção direta da pessoa.

Instrução de trabalho – Idêntico ao procedimento, mas para situações que requerem maior detalhe e cuja área de atuação é mais restrita. É solicitada a intervenção direta da pessoa.

Circular Informativa – Documento emitido pelo Conselho de Administração, visando informar os colaboradores

Comunicação Interna – Documento que pode ser emitido por qualquer serviço ou colaborador, visando comunicação / informação entre serviços ou órgãos.

Instrução de Serviço – Documento emitido por órgãos de gestão, visando a aplicação ou cumprimento de uma ordem ou política.

Ofício – Documento utilizado para comunicação externa pelos diferentes órgãos do HSMM.

Documento – Informação e respetivo meio de suporte.

Registo – Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das atividades realizadas.

Revisão – Atividade realizada para assegurar a pertinência, adequabilidade e eficácia do que estiver em causa, de forma a atingir os objetivos estabelecidos.

Indicador – Uma medida (valor estatístico, variável, fórmula ou característica) que serve para avaliar o desempenho ou o grau de cumprimento de determinado objetivo ao longo do tempo.

Protocolo – Acordo estabelecido entre e intra grupos profissionais ou serviços que definem práticas de atuação em determinados contextos.

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

5. Política

5.1. O sistema de gestão documental está assente nos seguintes pressupostos:

5.1.1 – A documentação produzida no HSMM será integrada no sistema de gestão da qualidade.

5.1.2. – Os documentos produzidos terão o formato e conteúdos definidos consoante os modelos aprovados, nomeadamente os seguintes:

1. Procedimento (0002_Mod_PROS)
2. Política (0003_Mod_PROS)
3. Norma (0004_Mod_PROS)
4. Instrução de trabalho (0005_Mod_PROS)
5. Circular Informativa (0006_Mod_PROS)
6. Comunicação Interna (0007_Mod_PROS)
7. Instrução de serviço (0008_Mod_PROS)
8. Ofício (0009_Mod_PROS)
9. Regulamento (0010_Mod_PROS)
10. Genérico do HSMM (0011_Mod_PROS)
11. Convocatória de Reunião (0020_Mod_PROS)
12. Ata (0021_Mod_PROS)

Sempre que não exista modelo próprio deve ser usado o modelo Genérico ou, caso não seja adequado, deve o interessado, de forma fundamentada, propor a criação de um novo modelo.

5.1.3. – A análise dos documentos, no âmbito da Acreditação ACSA, será efetuada pelo pelos Coordenadores do Projeto / Responsável pela Qualidade que, após verificarem a sua pertinência e conformidade com os requisitos, os enviam para o Secretariado de Administração, que determina a codificação dos mesmos, submetendo-os, de seguida, à aprovação pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente.

No caso de documentação (técnica / gestão) dos serviços será realizada uma validação formal pelo pelos Coordenadores do Projeto / Responsável pela Qualidade, sendo os conteúdos e a codificação da responsabilidade de tais serviços. Estes documentos devem ser assinados pelo respetivo Diretor / Responsável de Serviço ou Superior Hierárquico da área.

5.1.4 – A codificação far-se-á em conformidade com o procedimento 0012_Pro_PROS para a documentação transversal /institucional e para documentação dos serviços.

5.1.5. – Após aprovação pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, os documentos são enviados para homologação pelo CA. Depois da homologação são reenviados para o Secretariado do Conselho de Administração, onde os originais são arquivados nas respetivas pastas da gestão documental.

O Secretariado do Conselho de Administração tem, ainda, a responsabilidade de proceder à inserção dos documentos homologados no portal interno, em formato digital, com vista à divulgação dos mesmos por todos os colaboradores. Para além disso, enviará uma mensagem por correio eletrónico a todos eles, por forma a alertar a existência de um novo conteúdo no portal.

5.1.6. – A folha de cálculo da gestão documental (base de dados), está organizada da seguinte forma:

- a) Designação do documento
- b) Código do documento
- c) Grupo ACSA a que pertence
- d) Referência dos Standards que cumprem do Manual
- e) Quem elaborou o documento
- f) Anexos do documento
- g) Data da Próxima revisão
- h) Quem aprovou / homologou
- i) Data de Aprovação
- j) Data de Homologação
- l) Local de Arquivo
- m) Âmbito da aplicação
- n) Última divulgação no Portal
- o) Responsável pela revisão

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

Cada serviço deve usar este modelo de folha de cálculo e adaptá-lo, devendo este ser solicitado junto do Secretariado do Conselho de Administração.

5.1.7. – Em todos os documentos deverá constar o campo de “Edições / Revisões” para:

- a)** identificar o período máximo de revisão, sendo de 1 até 3 anos para documentos da área clínica (em função da evolução científica) e de 3 anos para os restantes;
- b)** registar o histórico de revisões / alterações - por tipo e responsável.

A revisão ou edição dos documentos está sujeita às mesmas regras descritas anteriormente e seguem o procedimento 0013_Pro_PROS.

5.1.8. – Considera-se também que os documentos têm sempre uma edição e revisão sequencial, à exceção dos documentos com a finalidade de registos ou impressos que só haverá edição.

Os documentos revistos só terão nova edição se houver lugar a profunda reestruturação do documento passando a revisão a zero sempre que haja uma nova edição.

5.1.9. – Deverão ser assinaladas no documento que vai ser sujeito à aprovação, as principais alterações ao mesmo, no ponto designado por “Alterações em relação à edição anterior”.

5.1.10. – O portal interno, através da ligação Qualidade, é o veículo por excelência de divulgação e manutenção atualizada das normas / documentação do sistema de gestão da qualidade, sendo da responsabilidade do Secretariado do Conselho de Administração assegurar a sua atualização. A inserção das normas / documentos no portal é, também, da responsabilidade do Secretariado do Conselho de Administração, devendo ser seguidos os procedimentos 0014_Pro_PROS e 0015_Pro_PROS, de acordo com a norma 0019_Nor_PROS.

5.1.11. – Os serviços e colaboradores do HSMM, devem evitar imprimir documentos e apenas consultá-los no portal, garantindo assim que o documento consultado está atual.

5.1.12. – A publicação / divulgação das normas / documentos no portal estabelece a entrada em vigor dos mesmos. Neste sentido, os colaboradores deverão consultar regularmente a sua caixa de correio eletrónico, bem como o portal interno e verificar se há documentos novos ou revistos. Esta prática é da responsabilidade individual de cada colaborador, não se admitindo o desconhecimento das regras de funcionamento do HSMM e dos procedimentos homologados.

5.1.13. – Constituem exceção ao ponto anterior os colaboradores que não disponham de computadores. Nestes casos, compete à chefia direta informar esses colaboradores quando for publicado algum documento que seja do interesse e de conhecimento obrigatório desses profissionais.

5.1.14. – Os documentos inseridos e publicados na ligação Qualidade, disponível no portal interno, são normas de natureza transversal a toda a organização em geral e decorrente de padrões / normas ACSA. No entanto, os serviços envolvidos poderão desenvolver documentação específica, desde que não colida com a documentação geral homologada pelo Conselho de Administração (CA). A documentação específica dos serviços, terá que obrigatoriamente ser aprovada pelo Diretor do Serviço respetivo, sendo que o Secretariado do Conselho de Administração disponibiliza uma folha de cálculo eletrónica (base de dados) para a gestão documental dos serviços.

5.1.16. – As normas / documentação específicas dos serviços poderão ser publicadas no portal do HSMM na área do respetivo serviço. O procedimento obedece às regras gerais, em conformidade com o procedimento 0016_Pro_PROS.

5.1.17. – Qualquer documento pode ser revisto antes do prazo definido, se para tal existir proposta fundamentada, podendo esta ter origem em qualquer colaborador.

5.2. – Documentos externos relacionados com políticas e procedimentos.

5.2.1. – Sempre que alguém (colaborador ou serviço) quiser adotar um procedimento ou política externa à instituição, estes documentos estão sujeitos aos mesmos mecanismos / procedimentos adotados para a aprovação / homologação de documentos novos.

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

Cada serviço deve usar este modelo de folha de cálculo e adaptá-lo, devendo este ser solicitado junto do Secretariado do Conselho de Administração.

- 5.1.7.** – Em todos os documentos deverá constar o campo de “Edições / Revisões” para:
- a)** identificar o período máximo de revisão, sendo de 1 até 3 anos para documentos da área clínica (em função da evolução científica) e de 3 anos para os restantes;
 - b)** registar o histórico de revisões / alterações - por tipo e responsável.

A revisão ou edição dos documentos está sujeita às mesmas regras descritas anteriormente e seguem o procedimento 0013_Pro_PROS.

- 5.1.8.** – Considera-se também que os documentos têm sempre uma edição e revisão sequencial, à exceção dos documentos com a finalidade de registos ou impressos que só haverá edição.

Os documentos revistos só terão nova edição se houver lugar a profunda reestruturação do documento passando a revisão a zero sempre que haja uma nova edição.

- 5.1.9.** – Deverão ser assinaladas no documento que vai ser sujeito à aprovação, as principais alterações ao mesmo, no ponto designado por “Alterações em relação à edição anterior”.

- 5.1.10.** – O portal interno, através da ligação Qualidade, é o veículo por excelência de divulgação e manutenção atualizada das normas / documentação do sistema de gestão da qualidade, sendo da responsabilidade do Secretariado do Conselho de Administração assegurar a sua atualização. A inserção das normas / documentos no portal é, também, da responsabilidade do Secretariado do Conselho de Administração, devendo ser seguidos os procedimentos 0014_Pro_PROS e 0015_Pro_PROS, de acordo com a norma 0019_Nor_PROS.

- 5.1.11.** – Os serviços e colaboradores do HSMM, devem evitar imprimir documentos e apenas consultá-los no portal, garantindo assim que o documento consultado está atual.

- 5.1.12.** – A publicação / divulgação das normas / documentos no portal estabelece a entrada em vigor dos mesmos. Neste sentido, os colaboradores deverão consultar regularmente a sua caixa de correio eletrónico, bem como o portal interno e verificar se há documentos novos ou revistos. Esta prática é da responsabilidade individual de cada colaborador, não se admitindo o desconhecimento das regras de funcionamento do HSMM e dos procedimentos homologados.

- 5.1.13.** – Constituem exceção ao ponto anterior os colaboradores que não disponham de computadores. Nestes casos, compete à chefia direta informar esses colaboradores quando for publicado algum documento que seja do interesse e de conhecimento obrigatório desses profissionais.

- 5.1.14.** – Os documentos inseridos e publicados na ligação Qualidade, disponível no portal interno, são normas de natureza transversal a toda a organização em geral e decorrente de padrões / normas ACSA. No entanto, os serviços envolvidos poderão desenvolver documentação específica, desde que não colida com a documentação geral homologada pelo Conselho de Administração (CA). A documentação específica dos serviços, terá que obrigatoriamente ser aprovada pelo Diretor do Serviço respetivo, sendo que o Secretariado do Conselho de Administração disponibiliza uma folha de cálculo eletrónica (base de dados) para a gestão documental dos serviços.

- 5.1.16.** – As normas / documentação específicas dos serviços poderão ser publicadas no portal do HSMM na área do respetivo serviço. O procedimento obedece às regras gerais, em conformidade com o procedimento 0016_Pro_PROS.

- 5.1.17.** – Qualquer documento pode ser revisto antes do prazo definido, se para tal existir proposta fundamentada, podendo esta ter origem em qualquer colaborador.

5.2. – Documentos externos relacionados com políticas e procedimentos.

- 5.2.1.** – Sempre que alguém (colaborador ou serviço) quiser adotar um procedimento ou política externa à instituição, estes documentos estão sujeitos aos mesmos mecanismos / procedimentos adotados para a aprovação / homologação de documentos novos.

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

5.2.2. – No caso de documento externo, deverá ser sempre referenciada a sua origem e se tal for necessário colocar em anexo a autorização da entidade externa para o seu uso ou adoção.

5.2.3. – Após análise e pertinência do documento externo, se a decisão for adotá-lo ou inseri-lo nas práticas institucionais, o documento passará pelas regras e procedimentos dos modelos instituídos no HSMM.

5.2.4. – Se tais procedimentos não forem possíveis (exemplo cartaz), o documento externo será no mínimo codificado à mão e constará na folha de cálculo da gestão documental (base de dados) e o respetivo arquivo de cópia ou original.

5.2.5. – Sempre que aplicável deve ser seguido o procedimento para Organização e Controlo de Documentos Externos (0017_Pro_PROS).

5.3. – Documentos Obsoletos

5.3.1. – O documento torna-se obsoleto, quando aparece um outro a revogá-lo ou quando é editado ou revisto e se produzem alterações, seguindo o procedimento 0018_Pro_PROS.

5.3.2. – Sempre que um documento está obsoleto deverá manter-se em suporte papel ou eletrónico, por um período até 3 anos. Devendo o documento indicar na 1ª página a palavra “Obsoleto” se em formato de papel ou ser colocado na pasta “Documentos Obsoletos” em formato eletrónico.

5.3.3. – Os períodos de retenção de documentos poderão ser alargados se a legislação respetiva assim o obrigar.

5.3.4. – A documentação indexada à prática clínica deve respeitar os prazos definidos na legislação respeitante à documentação do processo clínico.

5.4. – Segurança da documentação do Gabinete da Qualidade

5.4.1. – É efetuado um *backup* do registo eletrónico da documentação do Secretariado do Conselho de Administração, para um servidor existente no Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, sendo este serviço responsável pela gestão de backups.

6. Referências

Não Aplicável.

7. Anexos

- Modelo para Procedimento (0002_Mod_PROS)
- Modelo para Política (0003_Mod_PROS)
- Modelo Norma (0004_Mod_PROS)
- Modelo para Instrução de Trabalho (0005_Mod_PROS)
- Modelo para Boletim Informativo (0006_Mod_PROS)
- Modelo para Comunicação Interna (0007_Mod_PROS)
- Modelo para Instrução de Serviço (0008_Mod_PROS)
- Modelo para Ofício (0009_Mod_PROS)
- Modelo para Regulamento (0010_Mod_PROS)
- Modelo Genérico do HSMM (0011_Mod_PROS)
- Procedimento para identificação e seguimento da documentação (0012_Pro_PROS)
- Procedimento para manutenção / retenção de documentos (0013_Pro_PROS)
- Procedimento para distribuição e divulgação de documentos (0014_Pro_PROS)

Norma para Criação, Uniformização, Manutenção e Divulgação da Documentação

- Introdução / Manutenção de Conteúdos no Portal (0015_Pro_PROS)
- Procedimento para Aprovação/Homologação de documentos (0016_Pro_PROS)
- Procedimento para organização e controlo de documentos externos (0017_Pro_PROS)
- Procedimento para retenção de documentos obsoletos (0018_Pro_PROS)
- Norma para Registo / Alterações no Portal Interno (0019_Nor_PROS)
- Modelo de Convocatória de Reunião (0020_Mod_PROS)
- Modelo de Ata (0021_Mod_PROS)

8. Alterações em relação à última revisão

Não aplicável.

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.II. Modelo de Procedimento (0002_Mod_PROS)

Título do Procedimento

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

3. Destinatários

Indicar o(s) DESTINATÁRIO(S).

4. Definições

(se aplicável)

5. Procedimento

Poderá utilizar-se TEXTO LIVRE e/ou FLUXOGRAMAS e/ou TABELAS.

Nº	Ação	Responsável pela execução

6. Indicadores

(se aplicável)

Descrição	Quem avalia	Periodicidade

7. Referências

(se aplicável)

8. Anexos

(se aplicável)

9. Alterações em relação à última revisão

(referir na tabela abaixo as alterações)

Versão anterior	Versão Atual

10. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
X	Y	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Título do Procedimento

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.III. Modelo de Política (0003_Mod_PROS)

Título da Política

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

3. Destinatários

Indicar o(s) DESTINATÁRIO(S).

4. Definições

(se aplicável)

5. Política

Escrever Política

6. Referências

(se aplicável)

7. Anexos

(se aplicável)

8. Alterações em relação à última revisão

(referir na tabela abaixo as alterações)

Versão anterior	Versão Atual

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
X	Y	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Título da Política

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.IV. Modelo de Norma (0004_Mod_PROS)

Título da Norma

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

3. Destinatários

Indicar o(s) DESTINATÁRIO(S).

4. Definições

(se aplicável)

5. Política

(se aplicável)

6. Procedimento

Poderá utilizar-se TEXTO LIVRE e/ou FLUXOGRAMAS e/ou TABELAS.

Nº	Ação	Responsável pela execução

7. Referências

(se aplicável)

8. Anexos

(se aplicável)

9. Alterações em relação à última revisão

(referir na tabela abaixo as alterações)

Versão anterior	Versão Atual

10. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
X	Y	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Título da Norma

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.V. Modelo de Instrução de Trabalho (0005_Mod_PROS)

Título da Instrução de Trabalho

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

3. Destinatários

Indicar o(s) DESTINATÁRIO(S).

4. Definições

(se aplicável)

5. Descrição da Instrução de trabalho

Poderá utilizar-se TEXTO LIVRE e/ou TABELAS.

N.º	Tarefa

6. Referências

(se aplicável)

7. Anexos

(se aplicável)

8. Alterações em relação à última revisão

(referir na tabela abaixo as alterações)

Versão anterior	Versão Atual

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
X	Y	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Título da Instrução de Trabalho

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.VI. Modelo de Circular Informativa (0006_Mod_PROS)



CIRCULAR INFORMATIVA

Nº _____ | Data: _____

Assunto:

O Presidente do Conselho de Administração,

Nome

CIRCULAR INFORMATIVA

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.VII. Modelo de Comunicação Interna (0007_Mod_PROS)



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Hospital
Santa Maria Maior, E.P.E.

ACSA
Acreditação

Pág. 1 / 2
0007_Mod_PROS
E1.R0

Comunicação Interna

Nº:
Data:

De:	Despacho / Informação
Para:	
Assunto:	
[Escrever Comunicação]	
Nome	
Cargo	

Comunicação Interna

Nº:
Data:

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.VIII. Modelo de Instrução de Serviço (0008_Mod_PROS)

Título da Instrução de Serviço

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

3. Destinatários

Indicar o(s) DESTINATÁRIO(S).

4. Definições

(se aplicável)

5. Descrição da Instrução de serviço

Poderá utilizar-se TEXTO LIVRE e/ou TABELAS.

N.º	Tarefa

6. Referências

(se aplicável)

7. Anexos

(se aplicável)

8. Alterações em relação à última revisão

(referir na tabela abaixo as alterações)

Versão anterior	Versão Atual

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
X	Y	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Título da Instrução de Serviço

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.IX. Modelo de Ofício (0009_Mod_PROS)



Exmo (a). Senhor (a)

V/ Referência:

Data:

N/Referência:

ASSUNTO: [Escrever Assunto]

[Escrever Texto do Ofício]

Com os melhores Cumprimentos,

Cargo

Nome

0009_Mod_PROS | E1.RO

Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos
Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379
e-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt



MODELO DE OFÍCIO

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD - Rui Guimarães	26.02.2017	CA - Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.X. Modelo para Regulamento (0010_Mod_PROS)

[DESIGNAÇÃO]

Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	Assinatura Nome	Assinatura Nome		Assinatura Nome	
Próxima Revisão		[Escrever Data]				

[DESIGNAÇÃO]

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.XI. Modelo Genérico do HSMM (0011_Mod_PROS)



MODELO GENÉRICO DO HSMM

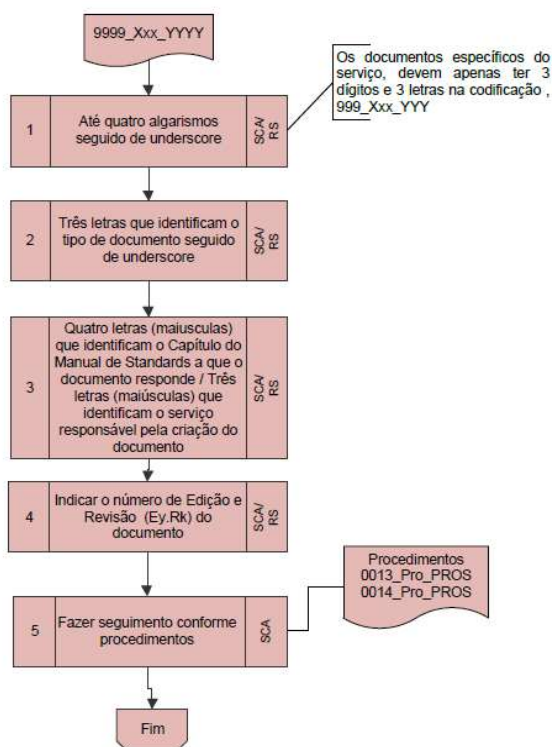
Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.XII. Procedimento para a Identificação e Seguimento da Documentação (0012_Pro_PROS)

Procedimento para Identificação e Seguimento da Documentação

1. Referência ACSA	Transversal a todos os Standards.
2. Objetivo	Identificar e seguir políticas, procedimentos e outra documentação (codificação de documentos)
3. Destinatários	Secretariado do Conselho de Administração / Responsáveis dos Serviços
4. Procedimento	Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:
SCA – Secretariado do Conselho de Administração
RS - Responsável Serviço

Notas	
1	O número é sequencial e independente do tipo e origem do documento.
2	Nor – Norma; Pro – Procedimento; Pro – Processo; Prot – Protocolo; Pol – Política; Ins - Instrução de Trabalho; Reg – Registo; Pla – Plano; Mod – Modelo; Doc – outros documentos.
3	CCSS - Capítulo 1 (O Cidadão, Centro de Sistema de Saúde); OACP - Capítulo 2 (Organização da Atividade Centrada na Pessoa); PROF - Capítulo 3 (Os Profissionais); PROS - Capítulo 4 (Processos de Suporte); RESU - Capítulo 5 (Resultados) No caso da documentação específica dos Serviços: BLO – Bloco Operatório; UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório; PAT - Laboratório de Patologia Clínica; IMU - Imunohemoterapia
5	A documentação é seguida conforme procedimento para distribuição e divulgação e procedimento para manutenção de documentos obsoletos.

5. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XIII. Procedimento para Manutenção / Retenção de Documentos (0013_Pro_PROS)

Procedimento para Manutenção / Retenção de Documentos

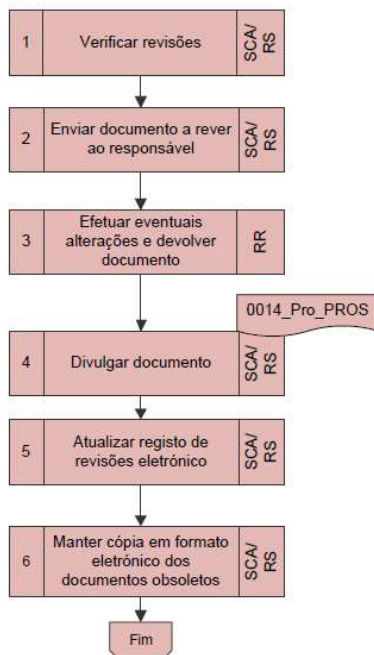
1. Referência ACSA Transversal a todos os Standards.

2. Objetivo Garantir a manutenção das políticas e procedimentos e outra documentação.
Garantir a retenção/eliminação das políticas e procedimentos obsoletos e outra documentação.

3. Destinatários Secretariado do Conselho de Administração / Responsáveis dos Serviços

4. Anexos Portaria nº 247/2000 de 8 de maio de 2000; Portaria nº 157/2014 de 19 de agosto de 2014

5. Procedimento Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:
SCA – Secretariado do Conselho de Administração
RR - Responsável pela Revisão
RS – Responsável do Serviço

Notas	
Actividades	1 Verificar necessidade de revisão da documentação (data/responsável), utilizando o registo eletrónico dos documentos existente.
	2 Enviar ao responsável uma cópia do documento a rever, com 1 mês de antecedência.
	3 Efetuar eventuais alterações e devolver ao Secretariado do Conselho de Administração no prazo de 15 dias.
	6 Verificar o período da retenção, conservação permanente ou eliminação conforme legislação em vigor.

6. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CGSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XIV. Procedimento para Distribuição e Divulgação de Documentos (0014_Pro_PROS)

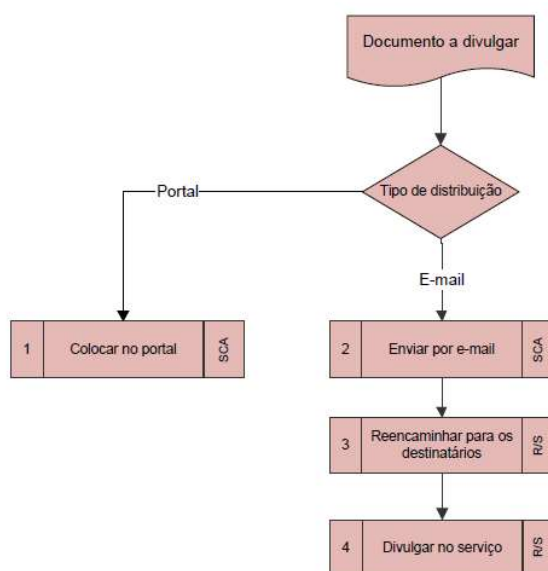
Procedimento para Distribuição e Divulgação de Documentos

1. Referência ACSA Transversal a todos os Standards.

2. Objetivo Definir as regras de distribuição da documentação.
Assegurar a melhor divulgação da documentação.

3. Destinatários Todos os colaboradores

4. Procedimento Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:
SCA – Secretariado do Conselho de Administração
R/S – Responsável/Secretária do Serviço

Notas		
Actividades	1	O SCA coloca no portal o documento a divulgar.
	2	O SCA envia por e-mail a documentação mediante os destinatários.
	3	O R/S reencaminha por e-mail o documento conforme destinatários

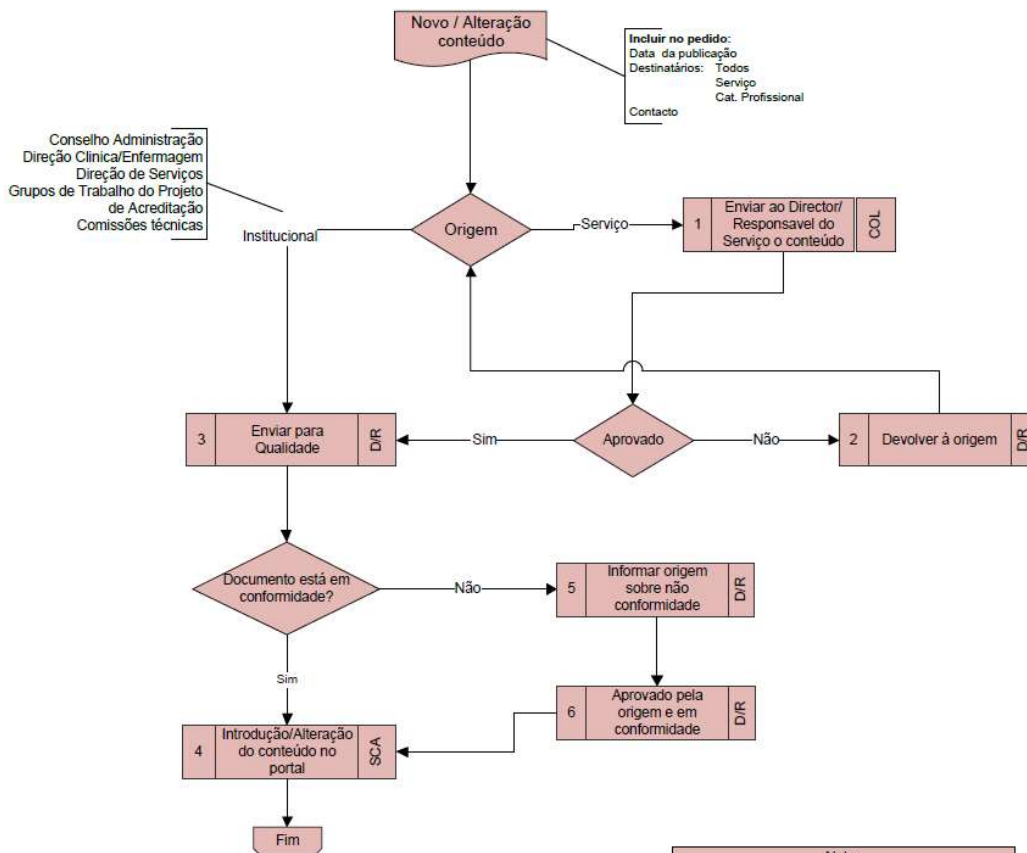
5. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	28.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XV. Procedimento para Introdução / manutenção de conteúdos no portal (0015_Pro_PROS)

Procedimento para Introdução / manutenção de conteúdos no portal

- 1. Referência ACSA** Transversal a todos os Standards.
- 2. Objectivo** Definir regras para introduzir/alterar conteúdos no portal.
- 3. Destinatários** Todos os colaboradores.
- 4. Procedimento** Siga os seguintes passos do fluxograma para executar o procedimento:



Legenda:
COL - Colaborador
D/R - Diretor / Responsável
SCA - Secretariado do Conselho de Administração

Notas		
Actividades	1	Os conteúdos devem ser enviados para o Diretor / Responsável do Serviço, sempre que possível em formato eletrónico (via e-mail)
	2	Devolver indicando motivo da devolução
	3	Os conteúdos devem ser enviados para o e-mail: qualidade@hbarcelos.min-saude.pt, sempre que possível em formato eletrónico. Quando não for possível, informar para o mesmo e-mail.

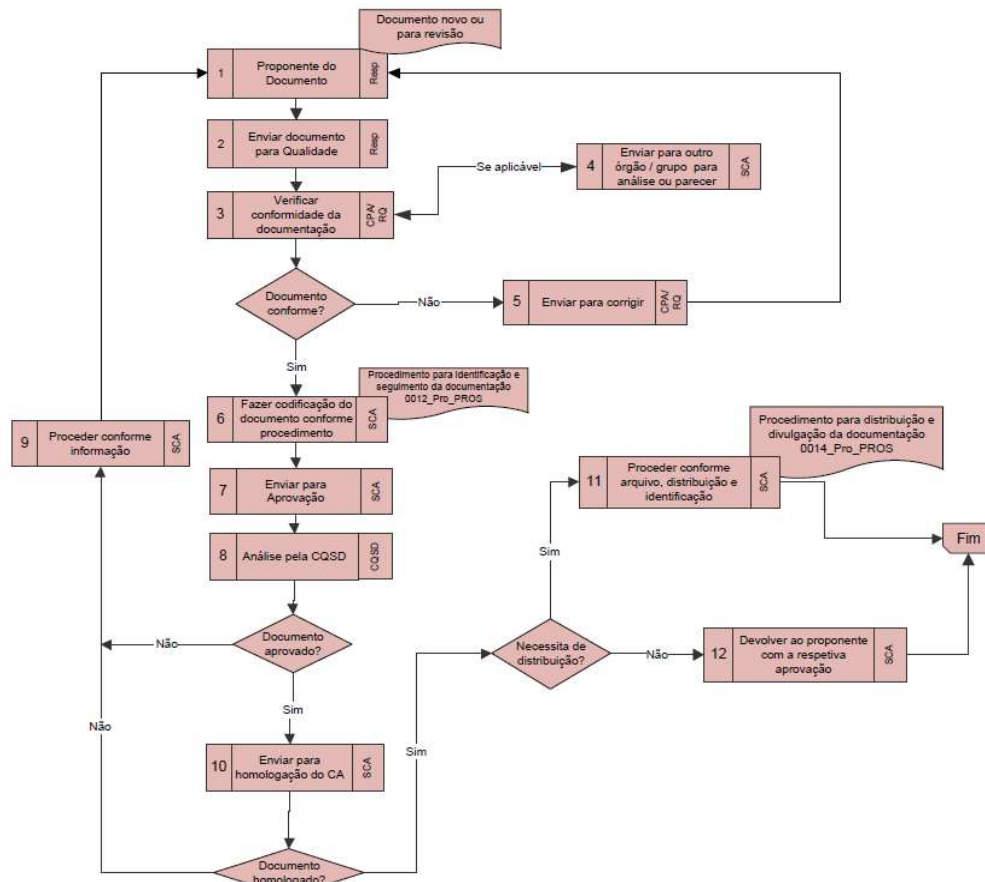
5. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD - Rui Guimarães	26.02.2017	CA - Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XVI. Procedimento para Aprovação / Homologação de Documentos (0016_Pro_PROS)

Procedimento para Aprovação / Homologação de Documentos

- 1. Referência ACSA** Transversal a todos os Standards.
- 2. Objetivo** Definir os requisitos necessários para a criação e revisão de políticas, de procedimentos e de outra documentação.
- 3. Destinatários** Todos os colaboradores
- 4. Procedimento** Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:
 CA – Conselho de Administração
 CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
 SCA – Secretariado do Conselho de Administração
 Resp – Responsável
 CPA – Coordenadores do Projeto de Acreditação
 RQ - Responsável pela Qualidade

Notas		
Atividades	3	Verificar se a documentação está conforme e corrigir se necessário.
	4	Sempre que se aplique a análise ou parecer de documentos deve ser remetida para qualidade@hbarcelos.min-saude.pt, por regra, no prazo de 15 dias úteis.
	6	Fazer codificação conforme procedimento para identificação e seguimento da documentação.
	8	O documento aprovado deverá mencionar a frequência da sua revisão, sendo no mínimo de 1 ano para a área clínica e de 3 anos para as restantes áreas.
	9	Se o documento não for aprovado/homologado devolver à origem para proceder conforme informação.
11	Se o documento for aprovado/homologado, proceder conforme procedimento existente de arquivo, distribuição e identificação. O portal é o principal meio de divulgação.	

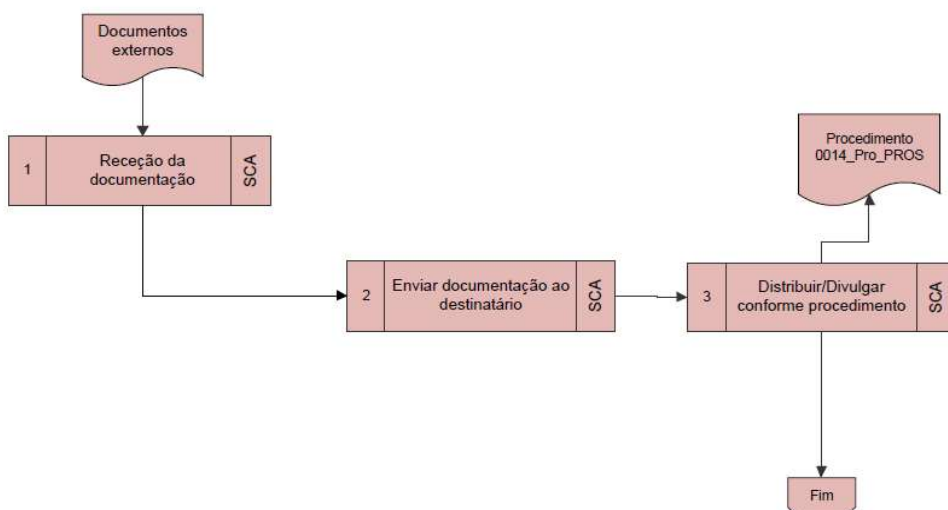
5. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XVII. Procedimento para Organização e Controlo de Documentos Externos (0017_Pro_PROS)

Procedimento para Organização e Controlo de Documentos Externos

1. Referência ACSA	Transversal a todos os Standards.
2. Objetivo	Definir regras de organização e controlo da documentação externa à organização. Centralização da receção das políticas e procedimentos criados fora da organização.
3. Destinatários	Secretariado da Administração.
4. Procedimento	Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:

SCA – Secretariado do Conselho de Administração

Notas	
1	O SCA recebe a documentação dirigida ao Hospital ou sem destinatário específico, quer seja por correio, fax ou e-mail.
2	O SCA reencaminha a documentação aos destinatários mediante o assunto e a delegação de competências

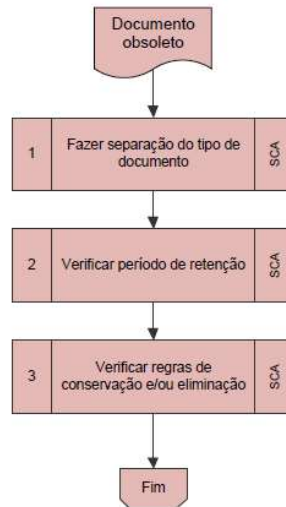
5. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XVIII. Procedimento para Retenção de Documentos Obsoletos (0018_Pro_PROS)

Procedimento para Retenção de Documentos Obsoletos

1. Referência ACSA	Transversal a todos os Standards.
2. Objetivo	Definir período mínimo de retenção de documentos obsoletos. Definir regras de arquivo e de eliminação de documentos.
3. Destinatários	Secretariado do Conselho de Administração
4. Anexos	Portaria nº 247/2000 de 8 de Maio de 2000; ; Portaria nº 157/2014 de 19 de agosto de 2014
5. Procedimento	Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Notas	
Actividades	1 Fazer separação do tipo de documento, para respetivo arquivo, mediante legislação em vigor.
	2 Verificar, conforme a respetiva legislação, o período de retenção em arquivo do documento em causa.
	3 Verificar as regras de conservação permanente ou eliminação, conforme a legislação referida.

Legenda:
SCA – Secretariado do Conselho de Administração

6. Edições / Revisões						
Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima revisão:		23.03.2020				

I.XIX. Norma para Registo / Alterações no Portal Interno (0019_Nor_PROS)

Norma para Registo / Alterações no Portal Interno

1. Referência ACSA

Transversal a todos os Standards.

2. Objetivo

- Garantir o fornecimento de dados e informações em tempo útil;
- Garantir a consistência dos dados, independentemente da data da obtenção dos mesmos;
- Definir regras para garantir que os registos nas diferentes aplicações informáticas sejam efetuados dentro dos prazos definidos.

3. Destinatários

Todos os colaboradores.

4. Definições

Não Aplicável.

5. Política

- 5.1 - Os registos (novos e/ou alterações) no portal interno devem ser obrigatoriamente efetuados até 10 dias úteis após o dia em que ocorreu a homologação dos mesmos.
- 5.2 - Caso surja a necessidade de efetuar registos (novos e/ou alterações) após o período definido no ponto 5.1, proceder da seguinte forma:
- 5.2.1 – Solicitar autorização ao Conselho de Administração, através do Secretariado do Conselho de Administração.
 - 5.2.2 – O Conselho de Administração deve comunicar a sua decisão ao serviço que a solicitou para este proceder em conformidade.

Nota: As comunicações devem ser feitas, preferencialmente por e-mail.

6. Referências

Não Aplicável.

7. Anexos

Não Aplicável.

8. Alterações em relação à última revisão

Não aplicável.

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.XX. Modelo de Convocatória (0020_Mod_PROS)

CONVOCATÓRIA

Assunto

[Escrever Assunto]

Destinatários

[Escrever Assunto]

Convocam-se todos os elementos em epígrafe para reunirem nos seguintes termos:

- **Dia:** dd-mm-aaaa
- **Hora:** xx:xx h
- **Local:** [Especificar local da Reunião]

➤ ORDEM DE TRABALHOS:

1. [Ponto 1]
2. [Ponto 2]
3. [Ponto 3]
4. [Ponto 4]
- 5.

Nome _____

Cargo

Barcelos, dd de mm de aaaa

CONVOCATÓRIA

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	26.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				



Ata da Reunião XXX

| XX de MÊS | Hora

Temas Analisados

Ponto 1. – Leitura e aprovação da ata da reunião anterior

DECISÃO / DECISÕES: Aprovada por unanimidade.

Ponto 2. –

2.1.

DECISÃO:

Ponto 3. –

DECISÃO:

Ponto 4. –

DECISÃO:

Ponto 5. –

DECISÃO: Adiado para a próxima reunião.

Ponto 6. – Aprovação de documentação

INSTITUCIONAIS	
0000_Mod_XXX	Modelo para XXX
0000_Mod_XXX	Modelo para XXX
0000_Mod_XXX	Modelo de XXX

DECISÃO: Aprovados por unanimidade.

Ata da Reunião XXX

| XX de MÊS | Hora

Pontos Extra

7.1 –

DECISÃO:

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, da qual foi lavrada a presente ata, que será assinada nos termos devidos.

Assinaturas

Edições / Revisões do Modelo

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	GCA - Cristina Pereira	CQSD – Rui Guimarães	28.02.2017	CA – Joaquim Barbosa	23.03.2017
Próxima Revisão		23.03.2020				

I.XXII. Modelo para homologação de Cartazes, Panfletos, Guias e Outros Documentos (0022_Mod_PROS)

Título do Cartaz / Panfleto / Guia / Outro Documento

1. Referência ACSA

Indicar o CÓDIGO do Standard do Manual.

2. Objetivo

Indicar o(s) OBJETIVO(S).

[Colocar Print do documento]

3. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
x	y	Assinatura	Assinatura		Assinatura	
		Nome	Nome		Nome	
Próxima Revisão		[Data da Próxima Revisão]				

Anexo II – *Checklists* utilizadas nas Auditorias de Diagnóstico aos Serviços

As *Checklists* utilizadas nas Auditorias de Diagnóstico realizadas aos quatro serviços são apresentadas no presente Anexo.

Anexo II.I. – *Checklist* utilizada na auditoria efetuada ao Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e Consulta Externa de Imunohemoterapia (IH).

Anexo II.I. – *Checklist* utilizada na auditoria efetuada ao Laboratório de Patologia Clínica e ao Laboratório de Imunohemoterapia.

Anexo II.I.



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ACSA
Acreditação

AUDITORIA DE DIAGNÓSTICO - Standards Obrigatórios

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 1. A pessoa como sujeito ativo						
1. É divulgada a carta de direitos e deveres dos Utentes.					Lei n.º 15/2014, de 21 de março	S 01.01
1.1. A carta de Direitos e Deveres está adaptada às características da população.						
2. Garante-se a intimidade e a privacidade das pessoas.						S 01.02
2.1. Existem normas e procedimentos para garantir a preservação da privacidade da pessoa durante o atendimento e a prestação de cuidados e os profissionais aplicam-nos.						
2.2. São utilizados os meios necessários (estruturais e/ou físicos) para garantir o respeito pela privacidade do doente e da pessoa atendida.						
2.3. Existem ferramentas para conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente à forma como foi tratada a sua privacidade e intimidade.						
3. É dada toda a informação acerca do problema de saúde.						S 01.03
3.1. A informação dada ao utente é toda registada no processo clínico.						
3.2. Existem ferramentas para conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente à informação dada sobre o seu estado de saúde.						
3.3. Estão previstos mecanismos para transmitir essa informação a pessoas estrangeiras ou com problemas sensoriais.						
4. Existe um consentimento informado de acordo com legislação em vigor.					NOC 015/2013	S 01.04
4.1. Existe uma relação dos processos da carteira de serviços que necessitam de consentimento informado.						

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
4.2. Realizam-se auditorias periódicas ao grau de cumprimento do consentimento informado escrito, assim como à sua adequação às diretrizes em vigor e determinam-se as medidas corretivas necessárias.						S 01.04
5. Garante-se o cumprimento das instruções prévias de cada cidadão em termos de testamento vital.						S 01.06
5.1. Existe um procedimento que permite aos profissionais da unidade conhecer as instruções prévias de cada cidadão e quem é o seu representante quando a pessoa não possa decidir.					(continuação ou interrupção de medidas de suporte de vida, destino dos seus órgãos, etc.)	
5.2. As pessoas são informadas sobre o direito que elas têm de realizar o seu testamento vital.						
6. Substituição na tomada de decisão						S 01.07
6.1. Está disponível um procedimento para a substituição na tomada de decisão nos casos previstos na lei em vigor.						
6.2. Tutor/Representante legal e decisões estão registados no processo clínico.						
7. Garante-se a resolução de conflitos éticos no decurso do processo assistencial.						S 01.09
7.1. Existe um procedimento para consulta e formulação de questões à Comissão de Ética.						
7.2. Estão disponíveis os mecanismos necessários para assegurar a divulgação dos protocolos de atuação da Comissão de Ética.						
8. Está determinado o mecanismo de afetação do profissional de saúde de referência nas diferentes áreas.						S 01.10
8.1. Existe um procedimento para a afetação do profissional de saúde de referência para cada utente.						
8.2. O utente é informado sobre qual o profissional responsável pelo seu processo assistencial (profissional de referência).						
8.3. Os profissionais de saúde estão todos identificados.						
9. Promove-se o desenvolvimento dos direitos de livre escolha de profissionais e de segunda opinião médica.						S 01.11
9.1. O Utente é informado sobre o direito de livre escolha do médico e sobre o direito de exercício da segunda opinião médica.						
9.2. Facilita-se o acesso a estes direitos.						
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 2. Acessibilidade e Continuidade Assistencial						
10. A unidade possui uma carteira de serviços autorizada.						S 02.01
10.1. A carteira de serviços é divulgada.						

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
11. E garantida a acessibilidade dos cidadãos e utentes aos serviços prestados pela unidade em condições ótimas.						S 02.02
11.1. A acessibilidade é avaliada e são tomadas as medidas necessárias para a melhorar.						
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 3. Informação Clínica						
12. Garante-se a existência de um processo clínico único por cidadão.						S 03.01
12.1. Efetuam-se revisões periódicas aos registos clínicos para evitar duplicações e dispõe dos resultados dessas revisões.						
12.2. Existe um procedimento a seguir para o preenchimento dos dados no processo clínico e para a deteção e correção de erros na atribuição do número de processo.						
13. Os profissionais têm acesso ao processo clínico durante a prestação dos cuidados de saúde.						S 03.02
13.1. Toda a informação clínica é integrada no processo clínico de cada pessoa.					Como se assegura isso?	
14. É preservada a segurança e a confidencialidade de toda a informação.						S 03.03
14.1. São aplicados os requisitos de confidencialidade da informação clínica em concordância com regulamentos ou diplomas legais aplicáveis.						
14.2. Existem meios para garantir o acesso restrito aos processos clínicos e outros documentos necessários aos processos assistenciais com dados do doente.						
15. Avalia-se periodicamente a qualidade e o grau de cumprimento dos registos clínicos.						S 03.06
15.1. Estão definidos indicadores de qualidade e critérios de cumprimento para avaliar os registos dos processos clínicos.						
15.2. São efetuadas auditorias aos registos clínicos e estabelecem-se áreas de melhoria. Os profissionais conhecem esses resultados.						
16. A obtenção, uso e transmissão da informação clínica é efetuada tendo em conta a dignidade, a autonomia e a privacidade da pessoa.						S 03.07
16.1. A obtenção, uso e transmissão de informação clínica é efetuada em condições de confidencialidade.						
16.2. São analisadas as reclamações por quebra da confidencialidade e estabelecem-se áreas de melhoria para as diminuir.						
16.3. Existem ferramentas para conhecer a perceção e satisfação das pessoas em relação à confidencialidade da informação clínica.						

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
II. Organização da Atividade Centrada na Pessoa - 4. Gestão dos Processos Assistenciais Integrados e Programas de Saúde						
17. São identificados os processos assistenciais em função da carteira de serviços autorizada e estabelece-se uma estratégia de implementação.						S 04.01
17.1. Está nomeado um responsável por cada processo assistencial.						
17.2. Os profissionais conhecem as suas responsabilidades e funções relativamente aos processos assistenciais implementados.						
18. Identificam-se os Programas de Saúde em função da carteira de serviços e estabelece-se uma estratégia de difusão dos mesmos.						S 04.06
18.1. Identificaram-se e priorizaram-se as linhas estratégicas de desenvolvimento dos Programas de Saúde que a unidade deve implementar tendo em conta a sua carteira de serviços.						
18.2. Foram divulgadas aos profissionais as linhas estratégicas dos programas de saúde a desenvolver.						
II. Organização da Atividade Centrada na Pessoa - 5. Promoção da Saúde na Comunidade						
19. Está disponível informação sobre as necessidades de saúde da sua população de referência.						S 05.01
19.1. São definidas prioridades para as intervenções a levar a cabo em termos de promoção da saúde.						
19.2. As intervenções em matéria de prevenção e promoção da saúde, relacionadas com os Programas de Saúde, são planificadas e priorizadas de acordo com as necessidades detetadas e são levadas a cabo.						
19.3. Existem f ferramentas necessárias para desenvolver e levar a cabo as atividades de promoção da saúde planificadas.						
20. São identificados os cuidadores das pessoas dependentes de forma sistemática.						S 05.05
20.1. São avaliadas as suas necessidades e é dada resposta com carácter prioritário e de forma planificada.						
20.2. São implementadas medidas para diminuir o risco de sobrecarga do cuidador.						
20.3. Existe uma estratégia definida para uma gestão otimizada dos materiais e recursos de apoio.						
II. Organização da Atividade Centrada na Pessoa - 6. Direção da Unidade de Gestão Clínica						
21. A unidade analisa e introduz melhorias perante reclamações sobre as condições de conforto que possam ter impacto nas pessoas durante a sua estadia ou hospitalização.					(estado da unidade, esperas, comunicação com os profissionais, etc.)	S 06.04

CHECKLIST - **BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH**

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
21.1. É analisado o grau de satisfação das pessoas com o conforto e os resultados são utilizados para ações de melhoria.					(inquérito, sugestões, queixas, etc.)	S 06.04
21.2. Existem condições de conforto adequadas na unidade.					(salas de espera, sanitários, internamento, locais apropriados para crianças, etc.)	
22. Existe um procedimento para a comunicação de resultados entre a Direção da unidade e a Direção da organização, no qual se define a periodicidade com que os mesmos são comunicados e as responsabilidades de cada um.						S 06.05
22.1. Estão estabelecidos canais de comunicação dos resultados da unidade aos seus profissionais e estes conhecem-nos.						
III. Os Profissionais - 7. Os profissionais da Unidade de Gestão Clínica						
23. Estão definidas as funções e responsabilidades de todos os postos de trabalho.					Verificar existência de um documento	S 07.01
23.1. Os profissionais conhecem as suas funções e responsabilidades.						
24. Realiza-se, de forma sistemática, a deteção das necessidades formativas dos profissionais.						S 07.06
24.1. Existe um procedimento para deteção das necessidades formativas.						
24.2. A formação contínua é planificada em função dos objetivos da unidade, das características da sua população e das necessidades de formação detetadas nos profissionais.						
24.3. Determinam-se os recursos necessários para responder às necessidades detetadas pela unidade e pelos profissionais.						
IV. Processos de Suporte - 8. Estrutura, Equipamentos e Fornecedores						
25. Existem procedimentos para garantir que o serviço dispõe do espaço, dos recursos e dos meios técnicos necessários à realização da sua atividade em condições de segurança.						S 08.01
25.1. Dispõe de autorização administrativa em vigor.						

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
25.2. Dispõe de informação periódica sobre o estado das instalações técnicas e assistenciais que a afetam e atua no caso de deficiências.					Inspeções periódicas às Instalações elétricas de baixa tensão e aos elevadores por entidades credenciadas; Manutenção periódica mensal de elevadores; Plano de manutenção e registo de revisões periódicas de equipamentos, nomeadamente equipamentos de produção de frio, instalações térmicas, de gases medicinais; Plano de prevenção e/ou procedimento de controlo da legionella e registos das atividades realizadas	S 08.01
26. Estão definidas e formalizadas as responsabilidades relativamente ao controlo do equipamento.						S 08.02
26.1. O equipamento da unidade encontra-se inventariado.						
26.2. Existe um procedimento de gestão de ocorrências em relação ao equipamento que permite a rastreabilidade de todas as intervenções corretivas efetuadas.						
26.3. Existe informação relevante sobre os equipamentos, como os manuais do operador, certificados, especificações técnicas, etc.						
26.4. Exigem-se aos fornecedores os requisitos necessários para assegurar a eficiência e segurança do equipamento.					(vida útil, informação dos profissionais, serviço técnico e de manutenção)	
26.5. Os profissionais da unidade recebem formação sobre a utilização do equipamento.						S 08.06
27. Existe um procedimento de controlo das condições de armazenamento e conservação e dos prazos de validade do material de uso clínico e medicação.						
27.1. Existem registos que permitem garantir uma rastreabilidade da correta aplicação dos procedimentos de controlo de armazenamento e prazos de validade.						
27.2. Os locais de armazenamento da medicação e do material de uso clínico são mantidos em adequadas condições de temperatura, luz, organização, limpeza, acesso e segurança e são seguidas as indicações de conservação definidas.						S 08.07
28. São identificados os riscos laborais que possam afetar os profissionais em cada posto de trabalho.						
28.1. Existe um Plano de Prevenção de Riscos Laborais.						
28.2. O Plano está de acordo com a legislação em vigor.					Decreto-Lei Nº 180 de 2002; Decreto-Lei Nº 165 de 2002 - Radiações Ionizantes	
28.3. É dada formação de forma sistemática sobre os riscos laborais aos profissionais.						

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
29. Existe um Plano de Emergência atualizado difundido por todos os profissionais.						S 08.08
29.1. Os profissionais têm formação nesta área.						
29.2. São realizados simulacros.						
29.3. Existem meios de proteção contra incêndios e vias de evacuação adequados, de acordo com a legislação em vigor e estes são mantidos plenamente operativos e são revistos.					Decreto-Lei Nº 225 de 2015; Circular Normativa DGS nº 15 de 2010	
IV. Processos de Suporte - 9. Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação						
30. São adotadas medidas para garantir a proteção de dados de caráter pessoal, de acordo com o estabelecido na legislação em vigor.					Lei Nº 26 de 2016; Lei Nº 67 de 1998	S 09.08
30.1. Promove-se a adesão dos profissionais à legislação em vigor sobre proteção de dados, mediante formação credível e formalização de compromissos explícitos de confidencialidade.						
30.2. As pessoas são informadas das medidas implementadas para garantir o cumprimento da legislação em vigor sobre proteção de dados.						
30.3. Os ficheiros que contêm informação de caráter pessoal são tratados de acordo com o estabelecido na legislação em vigor, relativamente à sua gestão, inscrição, manutenção, etc.						
30.4. Existe um documento de segurança de dados confidenciais aplicável à unidade e o mesmo está disponível e é conhecido por todos os profissionais da unidade.						
30.5. Realizam-se as revisões e auditorias periódicas estabelecidas pela legislação em vigor e aplicam-se as medidas corretivas perante desvios e incidentes detetados.						
IV. Processos de Suporte - 10. Melhoria Contínua						
31. São identificados os riscos para a segurança do doente.						S 10.06
31.1. Existe uma metodologia validada (matriz de riscos, AMFE, mapa de riscos, etc.) para a gestão de riscos, que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas.						
31.2. Os profissionais envolvem-se na identificação dos riscos.						

CHECKLIST - BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
32. São realizadas práticas seguras relacionadas com a preservação da segurança do doente.					(prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, práticas de cirurgia segura, práticas anestésicas seguras, práticas seguras relacionadas com cuidados de enfermagem, práticas seguras relacionadas com melhorias na comunicação, práticas seguras de identificação do doente, uso seguro dos medicamentos, etc.)	S 10.07
32.1. Existe uma metodologia adequada para a implementação das práticas seguras identificadas: formação dos profissionais, monitorização operacional da sua implementação e avaliação periódica.						
33. Existe um procedimento para a identificação das pessoas, que contempla a confirmação verbal da identidade e a verificação da utilização de meios de identificação seguros e redundantes.						
33.1. O procedimento é aplicado antes da realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de risco potencial, ou antes da administração de medicamentos e hemoderivados.						S 10.08
33.2. Os profissionais avaliam periodicamente os indicadores de controlo relativamente à identificação de pessoas e implementam áreas de melhoria.						
34. São notificados os riscos, incidentes e eventos adversos.						
34.1. É utilizado um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, que permite contabilizá-los e analisá-los.					(ex.: infeções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, cirurgia em localização incorreta, quedas de doentes, etc.)	S 10.09
34.2. Todos os profissionais são envolvidos no sistema de notificação.						
35. São implementadas boas práticas relativamente ao uso seguro do medicamento.					(conciliação da medicação na admissão, alta e transferência dentro do hospital; manuseamento da medicação de alto risco; utilização dos sistemas de prescrição eletrónica disponíveis na unidade; critérios de segurança na prescrição escrita; preparação, administração e registo da medicação administrada; práticas seguras no manuseamento de bombas de infusão; programas de formação em planos de acolhimento de novo pessoal; controlo de medicamentos com nome e/ou aparência semelhante, etc.)	S 10.11

CHECKLIST - **BLOCO OPERATÓRIO / UCA / CONSULTA EXTERNA DE IH**

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
35.1. Existe uma folha única de tratamento para cada pessoa.						S 10.11
35.2. São cumpridos os objetivos contratualizados ou estabelecidos no acordo de gestão relativamente ao consumo de medicamentos e desempenho da sua prestação farmacológica.						
V. Resultados - 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica						
36. Existe um quadro de indicadores ou outro sistema para o acompanhamento dos seus indicadores da qualidade e segurança.						S 11.01
36.1. É feita uma avaliação periódica dos resultados dos indicadores da qualidade e segurança, identificando-se áreas de melhoria.						
36.2. Os indicadores da qualidade e segurança apresentam melhores resultados após a implementação e áreas de melhoria identificadas.						
37. Existem mecanismos para promover a utilização de ferramentas de avaliação da satisfação das pessoas.						S 11.03
37.1. A análise periódica dos resultados de satisfação obtidos (inquéritos de satisfação e reclamações) por parte da unidade está sistematizada.						
37.2. São identificados os aspetos que proporcionam um menor grau de satisfação aos utentes e implementadas melhorias orientadas para aumentar a sua satisfação.						
37.3. Observa-se uma melhoria nos resultados de satisfação a partir da implementação de melhorias.						
38. Existem meios para controlar os desvios orçamentais detetados a fim de os corrigir.						S 11.07
38.1. Monitoriza-se periodicamente o orçamento da unidade.						
38.2. Caso sejam detetados desvios relativamente ao orçamento aprovado, estabelecem-se ações corretivas.						

Anexo II.II.



ACSA
Acreditação

AUDITORIA DE DIAGNÓSTICO - Standards Obrigatórios

CHECKLIST - LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA / LABORATÓRIO DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 1. A pessoa como sujeito ativo						
1. O laboratório identifica os profissionais de saúde responsáveis pela colheita e obtenção das amostras biológicas.						S 01.13
1.1. É facultada ao cidadão a possibilidade de identificar os profissionais responsáveis pela colheita das suas amostras.						
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 2. Acessibilidade e Continuidade Assistencial						
I. O Cidadão, Centro do Sistema de Saúde - 3. Informação Clínica						
2. Existe um procedimento destinado a garantir a identificação inequívoca dos utentes.						S 03.08
2.1. O Laboratório difunde as normas básicas de identificação das amostras biológicas dos utentes.						
2.2. O profissional responsável pelo atendimento/receção aplica o procedimento a seguir para a identificação inequívoca do utente.						
2.3. São realizadas revisões periódicas aos registos dos utentes no sistema informático para detetar e evitar eventuais duplicações. Estão disponíveis os resultados dessas revisões.						
3. Existe e é aplicado um procedimento no qual se define a metodologia utilizada para garantir que existe correspondência entre o pedido para o estudo laboratorial e as amostras recebidas no Laboratório.						S 03.09
4. Existe um procedimento que define a forma como é realizado o registo de pedidos, a verificação de critérios de aceitação e/ou rejeição dos pedidos, a atuação perante um pedido verbal de diversificação de estudos e a emissão do respetivo relatório.						S 03.10

CHECKLIST - LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA / LABORATÓRIO DE IH

	C.T.	P.C.	N.C.	N/A	OBSERVAÇÕES	CRITÉRIO (S)
IV. Processos de Suporte - 9. Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação						
IV. Processos de Suporte - 10. Melhoria Contínua						
15. Existe um procedimento no qual define e descreve o controlo da qualidade interno e externo que é aplicado aos ensaios nele realizados.						S 10.14
15.1. O Laboratório regista e analisa os resultados do controlo da qualidade, tanto interno como externo.						
16. Os relatórios do estudo laboratorial contêm os resultados dos estudos realizados às amostras de um utente, os dados identificativos do pedido e do Laboratório, além de qualquer outro tipo de informação que possa servir para complementar ou que facilite a interpretação dos resultados.						S 10.17
17. Existe um procedimento no qual se descrevem os critérios de validação de resultados (automáticos e manuais) e de envio e distribuição dos mesmos a quem os solicitou.						S 10.18
17.1. Os profissionais implicados na validação e distribuição dos relatórios conhecem os respetivos procedimento.						
18. O Laboratório Clínico tem definidos os parâmetros considerados de alarme (críticos) para os ensaios da sua carteira de serviços.						S 10.19
18.1. Existem procedimentos para comunicar os resultados ao profissional/utilizador que solicitou os ensaios, sempre que estes resultados se encontrem dentro de intervalos alarmantes.						
V. Resultados - 11. Resultados da Unidade de Gestão Clínica						

Anexo III – Inquérito

Nesta secção, apresenta-se o Inquérito enviado aos colaboradores que fizeram parte das equipas de trabalho, bem como a todos os responsáveis de serviço que, direta ou indiretamente, lidaram com o processo de Acreditação no Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos.

Acreditação Hospitalar - O caso do H.S.M.M., E.P.E.

Na sequência da celebração de um protocolo de colaboração entre a Universidade do Minho (UM) e o Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., encontro-me a realizar um estágio curricular no HSMM, o qual decorrerá no presente ano letivo, integrado no 5º Ano do Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica - Ramo de Engenharia Clínica.

De fácil leitura e de rápido preenchimento, o principal foco das questões colocadas é fazer uma análise do impacto da Acreditação ACSA nos serviços hospitalares, tendo em conta a perspetiva dos colaboradores dos serviços que colaboraram diretamente para o processo de Acreditação.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Agradeço desde já a disponibilidade para colaborar neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Sofia Silva

SEGUINTE

Página 1 de 5

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Ac creditação Hospitalar - O caso do H.S.M.M., E.P.E.

*Obrigatório

A. Identificação do Profissional de Saúde / Dados Socio – Demográficos

Esta secção apenas serve para caracterização da amostra em estudo. O seu anonimato será sempre garantido.

1. Sexo *

- Feminino
- Masculino

2. Faixa Etária *

- 20-30 anos
- 31-40 anos
- 41-50 anos
- Mais de 50

3. Categoria Profissional *

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- Técnico Superior
- Assistente Técnico
- Outro

4. Serviço ao qual pertence *

- Imunohemoterapia / Patologia Clínica
- Bloco Operatório / UCA
- Outro

ANTERIOR

SEGUINTE

Página 2 de 5

B. O Hospital Santa Maria Maior em processo de Acreditação

1. Sabe que no Hospital Santa Maria Maior, há 4 serviços que estão a ser alvo de um processo de acreditação? *

- Sim
- Não

2. Participou ativamente em alguma das fases deste processo? *

- Sim
- Não

3. Foi membro de alguma equipa de trabalho dos serviços em fase de acreditação? *

- Sim
- Não

4. Conhece o modelo ASCA de acreditação? *

- Sim
- Não

5. Já esteve envolvido em algum processo de Acreditação anteriormente? *

- Sim
- Não

5.1. Se respondeu "Sim", por que modelo?

A sua resposta

6. Relativamente ao processo de acreditação no HSMM, gostaríamos de saber o seu grau de concordância com as seguintes opiniões: *

Utilize a escala de 1 a 4, sendo que o nível 1 corresponde a "Não Concordo" e o nível 4 a "Concordo Totalmente". Caso não se aplique à sua situação, selecione "N/A"

	1	2	3	4	N/A
6.1. O processo de acreditação envolveu todos os funcionários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2. O processo está a ser bem implementado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3. O tempo dado pela DGS para o processo é o período de tempo ideal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4. O processo não interferiu na minha atividade diária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5. Reconheço a existência de melhorias significativas nos serviços em fase de acreditação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.6. As minhas opiniões foram valorizadas ao longo do processo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.7. O modelo adotado ACSA foi o mais adequado à organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.8. O processo de Acreditação envolve a dispensa de muito tempo para além do horário de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.9. Voltaria a participar num processo de Acreditação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.10. Globalmente estou satisfeito com o processo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANTERIOR

SEGUINTE

Página 3 de 5

C. Impacto da Acreditação

1. Qual o grau de impacto da acreditação que atribui, de 1 a 4, a cada um dos seguintes parâmetros? *

Utilize a escala de 1 a 4, sendo que o nível 1 corresponde a "Impacto muito negativo" e o nível 4 a "Impacto muito positivo". Caso não se aplique à sua situação, selecione "N/A"

	1	2	3	4	N/A
1.1. Cuidados prestados aos utentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. Imagem da organização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Satisfação dos utentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. Motivação dos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.5. Satisfação dos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6. Sistematização e normalização dos processos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7. Informação dada aos utentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8. Comunicação interna entre os diferentes profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.9. Racionalização dos recursos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.10. Diminuição do erro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.11. Perceção de qualidade pelos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.12. Desenvolvimento das capacidades e dinâmica dos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Relativamente ao processo geral de acreditação, gostaríamos de saber o seu grau de concordância com as seguintes opiniões: *

Utilize a escala de 1 a 4, sendo que o nível 1 corresponde a "Não Concordo" e o nível 4 a "Concordo Totalmente". Caso não se aplique à sua situação, selecione "N/A"

	1	2	3	4	N/A
2.1. A acreditação é muito cara para os benefícios que traz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Considero a Acreditação como algo importante para o hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Considero importante alargar este processo aos restantes serviços da instituição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4. A Gestão da Qualidade é importante para a melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes



ANTERIOR

SEGUINTE



Página 4 de 5

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Ac creditação Hospitalar - O caso do H.S.M.M., E.P.E.

D. Sugestões que considere pertinentes

Deixe, aqui, as suas sugestões:

A sua resposta

ANTERIOR

SUBMETER

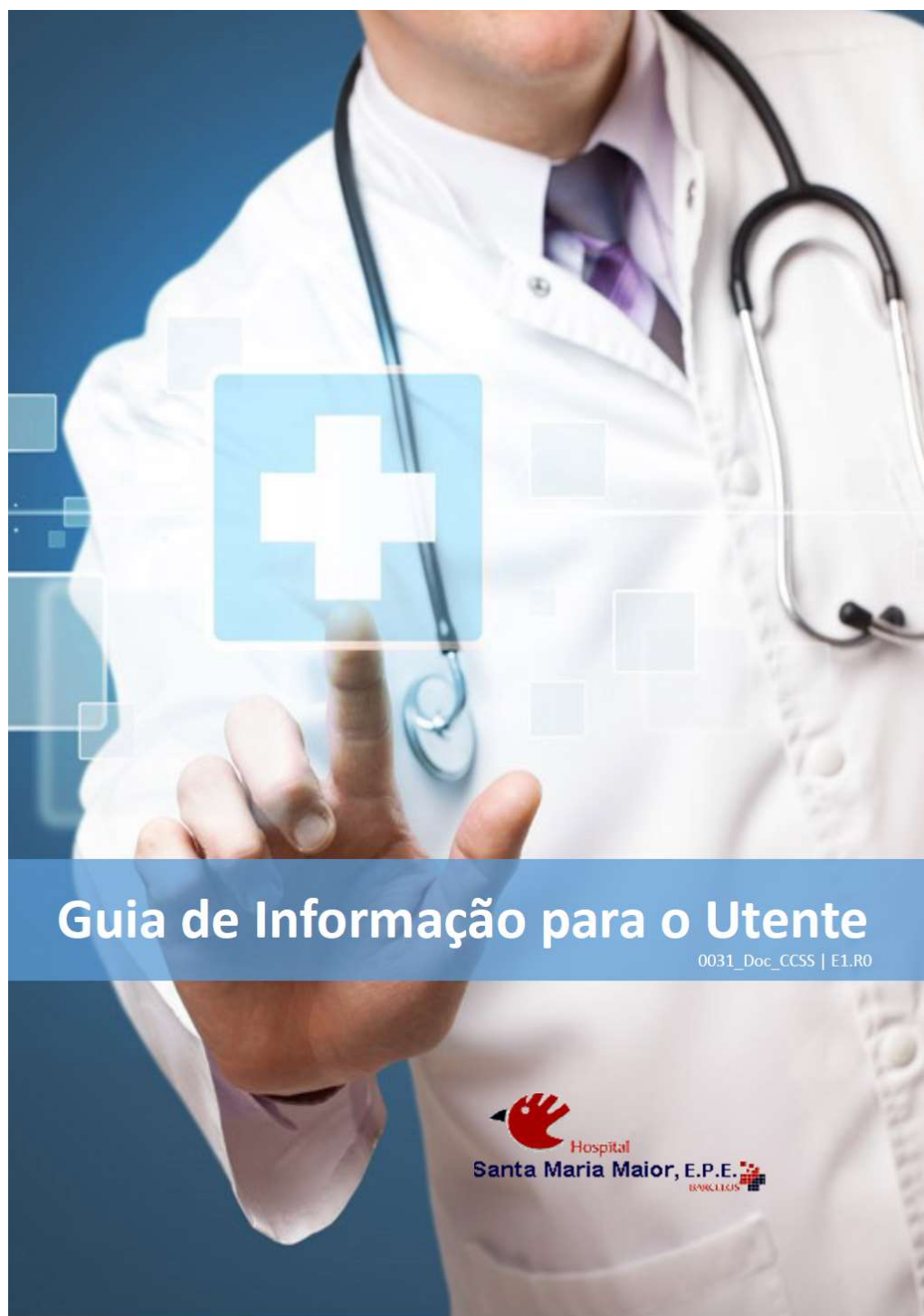


Página 5 de 5

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Anexo IV – Guia de Informação para o Utente

Por forma a informar os utentes acerca dos serviços e funcionamento do hospital, criei um Guia de Informação para o Utente, que pode ser consultado de seguida.







Bem-vindo ao Hospital Santa Maria Maior, EPE

*Queremos ajudá-lo a conhecer
melhor o nosso Hospital.*

Este Guia pretende dar, a todos os utilizadores desta Instituição, informações sobre a estrutura, organização e funcionamento dos serviços que lhes prestamos.

É preocupação da administração deste hospital e de todos os seus profissionais melhorar e adequar a atuação dos diferentes serviços para satisfazer as necessidades dos seus utentes.

As opiniões e sugestões dos utentes do Hospital são fundamentais para a melhoria de qualidade dos serviços, pelo que é do maior interesse de cada um, informar-se sobre as realidades do Hospital e participar, empenhadamente, na sua evolução.

*Desejamos que o seu contacto/estadia
seja o mais agradável e breve possível.*

*Solicite toda a ajuda e esclarecimentos
que necessitar junto dos profissionais de
saúde.*





O Hospital Santa Maria Maior, EPE

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM) foi fundado em 1356, e está integrado na rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. Localiza-se na cidade de Barcelos, distrito de Braga, com uma superfície de 379 km² e constituída por 61 freguesias.

Para além da população do concelho de Barcelos, a área de influência do Hospital compreende ainda um elevado número de utentes a residir no concelho limítrofe de Esposende. O HSMM é o único hospital público existente nos municípios de Barcelos e de Esposende e tem como hospital de referência o Hospital de Braga. Articula-se, ao nível da rede de cuidados de saúde primários, com os centros de saúde que lhe referenciam utentes, nomeadamente os centros de saúde de Barcelos, Barcelinhos e Esposende. Articula-se, ainda, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), promovendo o ingresso e a referenciação de utentes para as unidades de saúde que integram a RNCCI através da equipa de gestão de altas do hospital, e, por fim, com o setor privado, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.



Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos



Missão

O Hospital Santa Maria Maior (HSMM) tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, promovendo e assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento dos seus profissionais, num quadro de eficiência e de eficácia, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo uma cultura de espírito de grupo com forte sentido de orgulho pela pertença à instituição.



Objetivos

Na sua atuação, o HSMM rege-se pelos seguintes objetivos:

- Tratar com zelo e equidade todos os utentes a quem presta serviços de saúde;
- Cumprimento das metas negociadas com a tutela;
- Eficácia técnica, eficiência e melhoria contínua, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Desenvolvimento profissional dos colaboradores, promovendo níveis de motivação e comprometimento com a instituição.

Valores

No desenvolvimento da sua atividade, o HSMM assume os seguintes valores:

- Respeito pela dignidade humana;
- **Qualidade**, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Atitude centrada no primado do doente;
- Cultura de excelência técnica e do cuidar;
- Cultura de valorização profissional assente na qualificação, inovação e responsabilização.





Estrutura do Hospital Santa Maria Maior

Bloco A: Consultas Externas / Urgências

Piso 1 - Serviço de Urgência Geral; Urgência Pediatria; Serviço de Imagiologia (RX); Morgue; Instalações do Grupo Gerador de Emergência ; Acesso à Consulta Externa | **Piso 2** - Consultas Externas; Sala de Tratamentos; Pequena Cirurgia; Imagiologia (Ecografia); Esterilização; Administração; Sala de Formação | **Piso 3** - Serviço de Gestão de Sistemas de Informação; Serviço de Planejamento e Apoio à Gestão; Serviço de Auditoria Interna; Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional; Biblioteca; Voluntariado; Arquivos.



Bloco B: Internamento

Piso 1 - Internamento de Pediatria; Patologia Clínica; Serviço de Alimentação e dietética (Cantina); Serviço Informativo/Portaria | **Piso 2** - Internamento de Pediatria; HDI Pediatria; Cirurgia de Ambulatório; Bloco Operatório; Serviço de Anestesiologia; Consulta Externa de Anestesiologia | **Piso 3** - Internamento de Especialidades Cirúrgicas (Cir. Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia) | **Piso 4** - Internamento de Medicina Interna | **Piso 5** - Internamento de Medicina Interna, de Cirurgia Geral e de Ortopedia | **Piso 6** - Bar.



Bloco C: Serviços Administrativos

Piso -1 - Armazém do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes; Armazém do Arquivo | **Piso 0** - Serviços Farmacêuticos; Gabinete do Serviço de Higiene e Saúde no Trabalho; Armazém do Serviço de Aprovisionamento; Oficinas do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes; Depósitos de Lixos | **Piso 1** - Serviço de Gestão Doentes; Arquivo; Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica; Serviço de Gestão de Recursos Humanos; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Aprovisionamento; Gabinete Jurídico; Gabinete do Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes.



Bloco D: Outras Consultas Externas

Armazém Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes; Serviços Sociais/Gabinete do Cidadão; Unidade de Psicologia; Unidade de Nutrição; Imunohemoterapia; Equipa de Gestão de Altas; PPCIRA.





Carteira de Serviços do HSMM

Com um total de 117 camas, o Hospital Santa Maria Maior Barcelos, E.P.E. é uma entidade hospitalar que presta cuidados de saúde às populações dos concelhos de Barcelos e de Esposende.



Assim, e com o intuito de satisfazer todas as necessidades ao nível dos cuidados de saúde prestados aos seus utentes, o HSMM desenvolve a sua atividade nas diferentes valências, repartidas pelas cinco linhas de atividades principais: Internamento, Consulta Externa, Urgência, Atividade Cirúrgica e Hospital de dia, oferecendo aos utentes as especialidades apresentadas na seguinte Tabela:

Especialidades / Valências	Consulta			Atividade Cirúrgica			Hospital de dia
	Internamento	Externa	Urgência	Programada		Urg.	
				Conv.	Amb.		
Especialidades Médicas							
Anestesiologia		x	x	x	x	x	
Cardiologia		x					
Cirurgia Geral	x	x	x	x	x	x	
Ginecologia		x					
Imunohemoterapia		x					x
Medicina Interna	x	x	x				x
Medicina (Oncologia)		x					x
Oftalmologia		x			x		
Otorrinolaringologia	x	x		x	x		
Ortopedia	x	x	x	x	x	x	
Pediatria	x	x	x				x
Pneumologia		x					x
Psiquiatria		x					
Urologia		x		x	x		x
Especialidades Não Médicas							
Nutrição		x					
Psicologia		x					



Documentos a não esquecer

O que deve trazer quando vem ao HSMM?



- Cartão de beneficiário do SNS (cartão de utente) e, se tiver, o cartão de beneficiário de subsistema (ADSE ou outro);
- Cartão de cidadão ou bilhete de identidade e cartão de contribuinte;
- Em caso de Consulta Externa, é necessário o documento comprovativo de marcação de consulta emitido pelo Hospital (Convocatória da Consulta);
- Exames ou análises recentes e úteis para a avaliação do médico;
- Medicação que está a tomar;
- Caso esteja isento de taxas moderadoras, não se esqueça do comprovativo de isenção válido.



O que NÃO deve trazer quando vem ao HSMM?

- No momento do internamento, quando vier à consulta externa, na realização de exames e tratamentos ou mesmo na entrada no Serviço de Urgência, não deve trazer objetos pessoais de valor, cheques, joias e dinheiro.
- Se estiver acompanhado, entregue os seus bens à pessoa que o acompanha. Caso contrário, avise o enfermeiro que o atende que tomará as diligências necessárias para que os seus bens fiquem guardados em local seguro.

O HOSPITAL NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS BENS QUE NÃO LHE FORAM CONFIADOS!



Carta dos Direitos e Deveres do Utente



Enquanto utente dos serviços de saúde e de acordo com a legislação em vigor em Portugal, nomeadamente a Lei n.º 15 / 2014, de 21 de março, tem uma série de direitos e deveres a cumprir. Conheça-os, por forma a aumentar a sua capacidade de atuação na melhoria dos cuidados e serviços de saúde prestados.

DIREITOS DO UTENTE

- 1 - **Direito de escolha:** O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de saúde, na medida dos recursos existentes.
- 2 - **Consentimento ou recusa:** O consentimento ou a recusa da prestação de cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei. O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde, revogar o consentimento.
- 3 - **Adequação da prestação de cuidados de saúde:** O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita. O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos, devendo os cuidados ser humanamente prestados e com respeito pelo utente.
- 4 - **Dados pessoais e proteção da vida privada:** O utente dos serviços de saúde é titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada. O tratamento dos dados de saúde deve obedecer ao disposto na lei devendo ser o adequado, pertinente e não excessivo. O utente tem o direito de acesso aos dados pessoais recolhidos e pode exigir a retificação de informações inexatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas, nos termos da Lei.
- 5 - **Sigilo:** O utente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais. Os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.
- 6 - **Direito à informação:** O utente dos serviços de saúde tem direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado. A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.
- 7 - **Assistência espiritual e religiosa:** O utente dos serviços de saúde tem direito à assistência religiosa, independentemente da religião que professe. Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS, que a solicitem, nos termos da Lei.



Carta dos Direitos e Deveres do Utente

8 - Queixas e Reclamações: O utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos. As reclamações e queixas podem ser apresentadas no livro de reclamações, no formulário online disponibilizado pela ERS, por carta, fax, ou e-mail, sendo obrigatória a sua resposta, nos termos da lei. Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

9 - Direito de Associação: O utente dos serviços de saúde tem direito a constituir entidades que o representem e que defendam os seus interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

10 - Menores e Incapazes: Os representantes legais dos menores e incapazes podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência com observância dos princípios constitucionais.

11 - Direito ao acompanhamento: Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada pelo doente, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço. Nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocados pelo acompanhante.

É, também, reconhecido e garantido o direito de acompanhamento:

- Quando se trata de mulher grávida internada em estabelecimentos de saúde, durante todas as fases do trabalho de parto.
- Quando se trata de crianças internadas em estabelecimentos de saúde, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.

Limites ao direito de acompanhamento - Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

Direitos do acompanhante – O acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções:

- Indicação expressa em contrário do doente;
- Matéria reservada por segredo clínico.





DEVERES DO UTENTE

1 - O utente dos serviços de saúde deve respeitar os direitos de outros utentes, bem como os dos profissionais de saúde com os quais se relacione.

2 - O utente dos serviços de saúde deve respeitar as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde.

3 - O utente dos serviços de saúde deve colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relativos à sua situação.

4 - O utente dos serviços de saúde deve pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.





Serviços do Hospital Santa Maria Maior



Horário de Atendimento:

Segunda e Quarta-feira: Das 08:00h às 19:30h

Terça, Quinta e Sexta-Feira: Das 08:00h às 18:30h

Consulta Externa

O acesso à Consulta Externa é sempre referenciado pelos Centros de Saúde da área de influência (médico de família) ou pelo próprio hospital (Urgência, Internamento e Consulta). Depois da recepção do pedido, o médico triador da especialidade efetua a triagem, atribuindo-lhe um grau de prioridade adequado à informação clínica.

Após a marcação da consulta, receberá na sua residência ou no seu telefone uma informação com a data, hora, especialidade, assim como com o local da consulta.

É essencial que os seguintes dados estejam corretos:

- Nome
- Data de Nascimento
- Morada
- Número de Telefone
- Número de Utente
- Caso esteja isento de taxas moderadoras, não se esqueça do comprovativo de isenção válido.



No dia da consulta deve apresentar-se junto dos serviços administrativos **15 minutos antes da hora agendada**.

Após a consulta: Dirija-se ao secretariado das consultas externas para ser orientado, caso seja necessária a marcação de exames complementares de diagnóstico.

As taxas moderadoras e as isenções são as constantes na lei.

Verifique no secretariado se tem taxas moderadoras em dívida.



Serviços do Hospital Santa Maria Maior



Horário de Atendimento:

Segunda e Quarta-feira: Das 08:00h às 19:30h

Terça, Quinta e Sexta-Feira: Das 08:00h às 18:30h

Consulta Externa

Marcação Primeira Consulta

O pedido de consulta é feito pelos Centros de Saúde. O Hospital de Santa Maria Maior Barcelos, EPE procede à integração e marcação do respetivo pedido e o utente recebe o aviso de marcação com indicação da data, hora e local.



Marcação Consulta Subsequente

Após a primeira consulta, o médico assistente procede à marcação das sucessivas consultas de acordo com os critérios clínicos.

O médico assistente, ou o secretariado da Consulta Externa, deve informar de imediato o utente da data da nova consulta. Na impossibilidade de marcação imediata, é posteriormente enviado, para a morada e/ou telemóvel constante da ficha de identificação do utente, um aviso de marcação.

Desmarcação/remarcação de Consultas

Sempre que um utente pretenda desmarcar/remarcar qualquer admissão programada, por motivo de força maior, deve contactar o Hospital de Santa Maria Maior, EPE, e manifestar essa vontade com um período mínimo de antecedência desejável de uma semana, de modo a que o Hospital possa preencher a vaga com outro utente que se encontre em Lista de Espera.



Serviços do Hospital Santa Maria Maior



Horário de Atendimento:

24 h por dia, todos os dias da semana

Serviço de Urgência

Antes de Recorrer ao Serviço de Urgência, dirija-se ao Centro de Saúde, caso a situação de doença possa ser tratada nesse local.

O Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria Maior, EPE funciona 24h por dia, durante os 7 dias da semana.

Traga Consigo:

- O Cartão de Cidadão ou o Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde;
- Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou do Sistema em que está abrangido;
- Carta de referência do médico que o referenciou (se aplicável);
- Medicamentos que esteja a tomar ou exames que tenha em sua posse.



Não Traga Consigo:

Objetos pessoais de valor ou dinheiro. Caso esteja acompanhado, entregue todos os seus objetos pessoais à pessoa que o acompanha. Se se encontrar sozinho e não tiver a oportunidade de entregar os seus bens a alguém da sua confiança, avise o enfermeiro que o atender, para que este tome as medidas necessárias para que fiquem guardados em lugar seguro.



Os tempos de atendimento podem ser visualizados no Portal do SNS
<http://tempos.min-saude.pt>



SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Serviço de Urgência

Ao chegar ao Serviço de Urgência, o utente deve dirigir-se ao Balcão de Admissão de modo a efetuar a sua inscrição, após a qual será chamado ao Gabinete de Triagem através de um sistema de som.

O atendimento médico na Urgência é feito pela gravidade da situação e não pela ordem de chegada, sendo atribuídas cores aos doentes correspondentes à prioridade de atendimento (Triagem de Manchester).

EMERGENTE	VERMELHO	(Atendimento imediato)
MUITO URGENTE	LARANJA	(Espera até 10 minutos)
URGENTE	AMARELO	(Espera até 1 hora)
POUCO URGENTE	VERDE	(Espera até 2 horas)
NÃO URGENTE	AZUL	(Espera até 4 horas)

Caso chegue ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria Maior, EPE com carta de recomendação do seu médico, terá prioridade dentro da cor que lhe for atribuída.

Em todos os casos de urgência, ligue para o **112**. A chamada será atendida pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, que disponibilizará o meio de socorro mais adequado, incluindo a viatura de emergência médica.

Pode, ainda, ligar para a linha de Saúde Pública (**808 211 311**) ou para a Linha de Saúde 24 (**808 24 24 24**), que o esclarecerão das medidas a tomar consoante a sua situação.





Bloco Operatório

Constituído por um conjunto de meios técnicos, físicos e humanos, vocacionados para o tratamento cirúrgico do doente, cujo funcionamento se articula com os serviços utilizadores e de apoio.

O HSMM dispõe de 2 salas operatórias (polivalentes e multidisciplinares) preparadas para a realização de cirurgia diferenciada. O funcionamento do Bloco Operatório é organizado de forma a satisfazer dois tipos de cirurgias: Cirurgia programada e Cirurgia de urgência.



Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Para intervenções cirúrgicas que não requerem internamento, o Hospital dispõe de Unidade de Cirurgia Ambulatória autónoma.

A cirurgia de ambulatório é considerada uma cirurgia planeada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local, em instalações próprias, com segurança e em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas.



Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Para realizar um meio complementar de diagnóstico e terapêutica (análise clínica, exame de imagiologia, endoscopia e fisioterapia) deve ser referenciado pelo seu médico assistente (do hospital ou centro de saúde). Vai ser-lhe indicada a hora e o local do exame.

Importante: Cumpra as indicações de preparação (jejum, etc...).



Serviços do Hospital Santa Maria Maior



Serviço de Imunohemoterapia

Todos os dias existem doentes com anemia, doentes que vão ser submetidos a cirurgias, doentes acidentados com hemorragias, doentes oncológicos que fazem quimioterapia, doentes transplantados e muitos outros que necessitam de fazer tratamento com componentes sanguíneos.

É de salientar que a prestação de cuidados de saúde com utilização de produtos terapêuticos biológicos de origem humana, depende do carácter generoso, humano, altruísta e gratuito dos dadores de sangue.



Hospital de Dia

Unidade equipada de modo a disponibilizar atendimento em ambulatório: hematologia, oncologia, assim como apoio polivalente a diversas especialidades.

Serviços Farmacêuticos



Efetuem a distribuição dos medicamentos nos diferentes serviços do Hospital, baseados em princípios de gestão racional e de qualidade.

Serviço de Esterilização

É responsável pela recolha, preparação, tratamento, armazenamento e distribuição de todo o material de acordo com as normas técnicas em vigor e em articulação com a Comissão de Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos.



17



Serviço Social

O Serviço Social faz parte integrante da equipa prestadora de cuidados de saúde, sendo um elo de ligação entre o utente, a família, a equipa terapêutica e a comunidade. Orientá-lo-á sobre os apoios disponíveis na comunidade, bem como ajudá-lo-á a adaptar-se à sua nova situação funcional.

Se estiver internado ou a ser seguido em consulta saiba que pode falar com a assistente social. Para isso, solicite ao Enfermeiro/Médico para providenciar a sua presença.



Gabinete do Cidadão



Horário de Funcionamento:
09h—16h

No Gabinete do Cidadão, pode obter informações acerca dos seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde.

Está Integrado no Serviço Social e é um meio de defesa dos cidadãos, servindo de mediador entre estes e o hospital. Presta informações sobre os direitos e deveres dos utentes assegurando o seu seguimento. Sempre que desejar pode apresentar reclamação ou dar sugestões para melhorar os serviços.

Equipa de Gestão de Altas

É uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades de convalescença, com as unidades de média duração e reabilitação e com as unidades de longa duração existentes na área de influência hospitalar.





Serviços do Hospital Santa Maria Maior

Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa



Qualquer que seja a sua Confissão ou Opção tem direito a Assistência Espiritual e Religiosa, mediante pedido. Solicite informação junto dos profissionais de saúde.

Voluntariado



A Associação de Voluntários do Hospital Santa Maria Maior, EPE é uma Instituição sem fins lucrativos, com estatutos próprios e tem como objetivos:

- Promover e apoiar iniciativas de caráter cultural e social que visem a criação de um melhor acolhimento de doentes e seus familiares;
- Colaborar com os serviços e os profissionais de saúde na ajuda aos doentes, nomeadamente nas áreas de ocupação de tempos livres e seu acompanhamento e de seus familiares, na Instituição e na Comunidade;
- Cooperar com entidades públicas, coletivas e singulares em tudo o que diga respeito à melhoria do atendimento e prestação de cuidados de saúde, tendo sempre em vista a dignificação da pessoa do doente e defesa dos seus direitos.

O Voluntariado no Hospital Santa Maria Maior existe desde o ano 1988 e é coordenado pelo Serviço Social.

Bar e Refeitório

O hospital dispõe de um bar, situado no 6º piso e de um Refeitório (Entrada do Bloco B—Edifício de Internamento). Possui, ainda, máquinas de venda automática.

Caixa Multibanco

O hospital dispõe de uma caixa multibanco na entrada do Bloco B—Edifício de Internamento.



Serviços de Gestão e Logística

- Serviço de Aprovisionamento;
- Gabinete Jurídico;
- Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão de Sistemas de Informação;
- Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Formação Desenvolvimento Profissional (incluindo Biblioteca)



Internamento

Admissão

A admissão ao internamento é realizada por indicação clínica, por duas vias:

- Via Serviço de Urgência (Internamento Urgente);
- Via Consulta Externa (Internamento Programado).



Internamento

Para uma adequada gestão da sua admissão é conveniente que siga alguns Conselhos deste guia.

O que deve trazer

Os documentos de identificação (cartão de cidadão, cartão de utente...), lista de medicamentos que toma, nome do médico assistente, escova de dentes, chinelos, pijama...

Valores como joias, dinheiro, televisão, rádio/despertador, bebidas alcoólicas, comida, cigarros...

Assistência hospitalar

A sua assistência é feita por uma equipa de saúde multidisciplinar, nomeadamente:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnicos de Saúde;
- Assistentes Técnicos;
- Assistentes Operacionais;
- Assistentes Sociais.

Os familiares deverão deixar no secretariado do respetivo piso o número de telefone para o qual poderão ser contactados.

Toda a informação que necessitar ser-lhe-á fornecida pelos profissionais de saúde em horário estipulado pelo serviço (informe-se no secretariado do serviço).

Fale sobre as questões ou preocupações que tem. Se não perceber, pergunte novamente. A sua saúde é demasiado importante para que se sinta embaraçado se não percebeu algo que o seu Médico, Enfermeiro ou outro profissional de saúde lhe disse. Não tenha medo de questionar.

Pergunte sobre o seu estado clínico. Conheça os cuidados e tratamentos planeados e participe em todas as decisões sobre o seu tratamento. Você é o centro da equipa de saúde.

Eduque-se acerca do seu diagnóstico, dos testes médicos a que irá ser submetido e do seu plano de tratamento.

Exija que os profissionais de saúde se apresentem quando entrarem no seu quarto e procure a sua identificação.

Se tem dúvidas, pergunte.





Funcionários

Todos os funcionários do hospital estão identificados com um cartão contendo o nome, fotografia e grupo profissional.

Visitas

Durante a sua permanência no hospital poderá receber visitas conforme o horário estipulado.

Horário das Visitas

Pediatria:

Acompanhante — 24h

Visitante—15:30h às 20h (com entrada até às 19:30h)

Pisos 3,4 e 5:

Acompanhante — 12h às 20h

Visitante—15:30h às 20h (com entrada até às 19:30h)

Atenção: O ambiente hospitalar não é favorável às crianças, por isso evite trazê-las.

Telemóvel

- Desligue o telemóvel sempre que lhe seja solicitado;
- Utilize sempre o modo de vibração ou toque no volume mínimo.

Fumar

É proibido fumar dentro das instalações do hospital.

Alimentação

O serviço de alimentação fornece todas as refeições necessárias, de acordo com as necessidades de cada utente.





Colabore no seu tratamento e segurança

- Partilhe informações importantes como: alergias, medicamentos que toma, consultas agendadas...
- Questione sobre o seu estado de saúde.
- Lembre-se que, para serem realizados determinados exames e cirurgias, é necessário receber informação do procedimento que vai ser sujeito. Ao assinar o **Consentimento Informado** deve fazê-lo de forma livre e esclarecida.
- Todas as camas têm grades de proteção. Não as mova sem pedir ajuda. Sempre que necessitar de ajuda, use a campainha.

Respeito pela Confidencialidade

O Hospital Santa Maria Maior, EPE garante a confidencialidade e privacidade da informação clínica e dos dados pessoais dos seus doentes.

O regresso a casa

Na momento da alta certifique-se que:

- leva as cartas de alta para o seu médico de família e enfermeiro;
- entendeu bem as recomendações do tratamento, os medicamentos que tem de tomar e como os deve tomar;
- confirmou a data e o local da próxima consulta externa, se for o caso;
- verificou a sua situação quanto às taxas moderadoras.

Não saia do serviço sem informar a equipa de enfermagem.

Consulte logo que possível o seu médico de família.

A alta a pedido e a recusa de qualquer tratamento é um direito que lhe assiste. Terá, para isso, que assinar o “termo de responsabilidade” que lhe será fornecido no serviço, assumindo as consequências desse ato.



Contactos úteis



Hospital Santa Maria Maior, EPE (Barcelos) - 253 809 200

Centro de Saúde de Barcelos /Barcelinhos (Unidade de Barcelos)
253 808 300

Centro de Saúde de Barcelos /Barcelinhos (Unidade de Barcelinhos)
253 830 400

Centro de Saúde Esposende—253 969 740

Guarda Nacional Republicana (Barcelos) - 253 830 180

Polícia de Segurança Pública (Barcelos) - 253 802 570

Bombeiros Voluntários de Barcelos - 253 802 050

Bombeiros Voluntários de Barcelinhos - 253 839 700

Bombeiros Voluntários de Viatodos - 252 960 800

Linhas de Emergência

Número Europeu de Emergência - 112

Intoxicações - INEM - 808 250 143

Saúde 24 - 808 24 24 24

Linhas de Apoio

Linha Rara (Doenças Raras) - 300 505 707

Linha Vida - SOS Droga - 14 14

Linha Cancro - 800 100 100

Linha do Medicamento - 800 222 444

Linha SOS SIDA - 800 201 040

Linha SOS Grávida - 808 201 309

Linha de Apoio à Vitima - 116 006 / 707 200 007

Sexualidade em linha - 808 222 003



Testamento Vital

O que é o Testamento Vital?

O Testamento Vital é um documento onde o cidadão pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde.

No âmbito do Testamento Vital, disponibilizamos, no site do HSMM, o Modelo de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), que poderá fazer download, imprimir, preencher e entregar no ACES/ULS da sua área de residência para registo na plataforma RENTEV (Registo Nacional do Testamento Vital).

www.hbarcelos.min-saude.pt

O registo do Testamento Vital, no RENTEV, permitirá a disponibilização atempada da informação constante no seu Testamento para consulta pelos médicos.



Informação Clínica

Sugere-se que a família centralize num dos seus elementos toda a informação acerca do tratamento ao doente, ou seja, que haja **um único interlocutor** entre a família e a equipa prestadora de cuidados de saúde. Para preservar a confidencialidade e a segurança da informação, **nunca solicite informação clínica por telefone.**

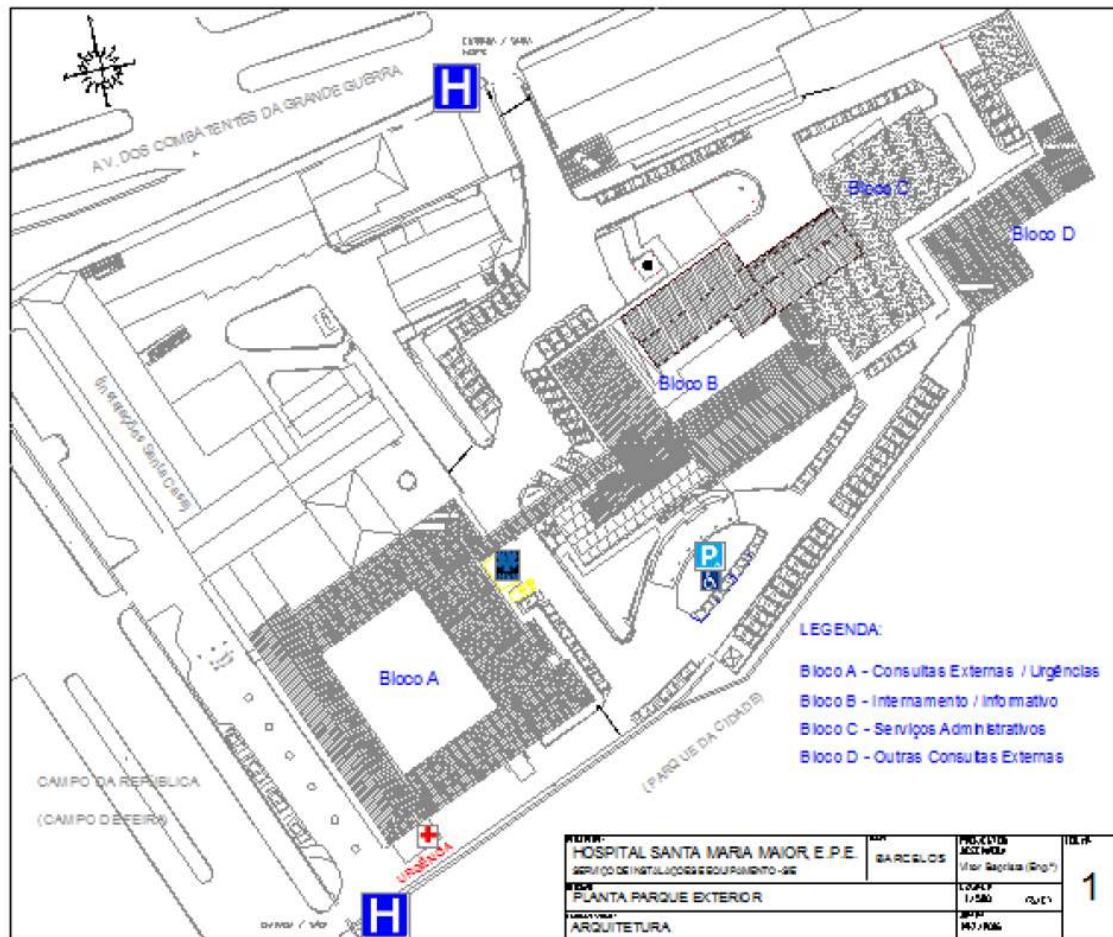
A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes consagra a todos os utentes o direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam, assim como, o direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.

Deste modo, os utentes podem requerer Relatórios Médicos ou informação relativa aos seus registos clínicos através do **preenchimento de um impresso** de Requerimento. Este pode ser obtido e preenchido no Gabinete Jurídico / Responsável pelo Acesso à Informação (Piso 1 do Edifício Administrativo).

25

Acessos ao Hospital

O acesso ao HSMM faz-se tanto pelo Campo da República, como pela Av. dos Combatentes da Grande Guerra.



Transportes públicos — O Hospital é servido por uma rede de transportes interurbanos.



Hospital Santa Maria Maior, EPE

Campo da República, Apartado 181

4754 – 909 Barcelos

Telefone: 253 809 200 | Fax: 253 817 379 | www.hbarcelos.min-saude.pt

Anexo V – Outras Atividades Desenvolvidas

Estando esta dissertação inserida num estágio realizado em ambiente hospitalar, foram desenvolvidas, ainda, outras atividades que contribuíram como pontos fortes para o hospital, assim como para a minha formação.

V.I. Organização de um *simulacro de incêndio*

Em novembro de 2016, integrei uma equipa responsável pela organização de um *simulacro de incêndio* no hospital (Figura V.I.).

Uma necessidade apontada pela autoridade nacional da proteção civil e que estava em falha pelo HSMM era a realização de simulacros de incêndio nos serviços para preparar os profissionais a agir perante uma situação de emergência deste tipo.

Desta forma, com base no plano de emergência interno do HSMM e com a colaboração dos Bombeiros Voluntários de Barcelos (B.V.B.), realizou-se, na rouparia do hospital, um simulacro de incêndio. Optou-se por esse local por ser o que, à partida, teria menos influência na prestação de cuidados aos utentes e cuja afluência destes é bastante mais reduzida, evitando, assim, o pânico. Para além disso, é um local que está rodeado de vários outros serviços e, portanto, permite a participação de um maior número de colaboradores.



Figura V.I. – Fotografias tiradas no dia do simulacro.

V.II. Colaboração na elaboração do Inquérito geral de Satisfação aos Utentes do HSMM.

A periódica avaliação da satisfação dos utentes e profissionais é, também, um parâmetro de extrema importância para a melhoria contínua da qualidade, dado que permite não só saber se as expectativas e necessidades dos utentes e profissionais estão a ser cumpridas, como também dar a conhecer à IS a evolução das diferentes expectativas e necessidades dos utentes a que presta cuidados.

Assim sendo, participei na elaboração do inquérito geral de satisfação aos utentes do HSMM (Anexo VI), na distribuição do mesmo pelos diferentes serviços, ao longo de um mês de aplicabilidade do mesmo, na análise dos resultados e na elaboração do respetivo relatório. Para além disso, criei um inquérito *online*, para facilitar as respostas por parte dos utentes que não quisessem responder em formato papel.

V.III. Apoio ao serviço de pediatria na elaboração da II Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria do Hospital de Barcelos (dezembro 2016)

Em dezembro de 2016, por consequência do levantamento de necessidades de formação do serviço de pediatria, realizou-se a “II Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria do Hospital de Barcelos” (Figura V.II.), onde dei, também, o meu contributo na organização e publicitação do respetivo evento e na criação de uma ficha de inscrição *online* para todos os participantes.



Figura V.II. - Cartaz da II Reunião de Enfermagem do Serviço de Pediatria do Hospital de Barcelos.

V.IV. Receção de duas estagiárias do Curso de “Técnico de Apoio à Gestão”, do Instituto do Emprego e Formação Profissional de Viana do Castelo

Uma das atividades com que tive maior privilégio de trabalhar foi orientar duas estagiárias do curso “Técnico de Apoio à Gestão”, do Instituto do Emprego e Formação Profissional, que percorreram vários serviços do hospital e, ao longo de uma semana cada uma, foram-me acompanhando neste projeto. Foi, sem dúvida, uma experiência bastante enriquecedora.

V.V. Auditoria aos Resíduos (SUCH)

Por fim, acompanhei, em julho de 2017, uma auditoria programada aos diversos serviços do Hospital Santa Maria Maior, EPE, com o objetivo de avaliar a conformidade da atividade desenvolvida na gestão de resíduos hospitalares no HSMM e de propor a implementação de ações corretivas e/ou de otimização de funcionamento no âmbito de uma melhoria contínua do processo, tendo em conta as não conformidades detetadas.

Na verdade, torna-se cada vez mais necessário acondicionar, recolher, transportar e tratar os resíduos hospitalares de forma específica, segura e eficaz, devido ao seu potencial risco de infeção pela presença de vírus e bactérias, ou ainda pelo risco mutagénico de alguns componentes químicos desses resíduos.

Esta auditoria foi realizada por uma Engenheira do SUCH, empresa que faz a Gestão dos Resíduos Hospitalares do HSMM e por alguns elementos do HSMM, nomeadamente a responsável pela Gestão do Risco, a responsável pelo Controlo de Infeção e a responsável pelos Serviços Hoteleiros do HSMM.

Anexo VI – Inquérito de Satisfação aos Utentes Geral do HSMM

Ao longo do meu estágio, participei na elaboração do Inquérito institucional de Satisfação aos utentes, com o apoio da seguinte equipa de trabalho:

Júlia Pogeira (Técnica SS)
Laurinda Miranda (Enf^a)
Maria Carreiras (Enf^a)

Nesta secção, será apresentado o inquérito elaborado.

Inquérito de Satisfação do Utente

Caro utente,

Conhecer a sua opinião acerca do atendimento e assistência que lhe foram prestados no Hospital Santa Maria Maior, EPE (HSMM) é importante para melhorar a qualidade dos nossos serviços.

Este questionário é **anónimo** e serve, apenas, para aferir a satisfação dos nossos utentes.

Pedimos que preencha este questionário, marcando, em cada questão, **apenas** a opção mais adequada ☒.

Use a escala de 10 pontos, onde 1 significa “Muito mau” e 10 “Excelente”. N/A significa “Não se aplica”.

No caso de doentes incapazes de se expressarem ou crianças com idade inferior a 14 anos, o inquérito deve ser preenchido pelo acompanhante.

Caso prefira, poderá responder a este inquérito *online*, através do seguinte endereço: <https://www.survio.com/survey/d/W1P5F5N8W1L6E2P1G>

1. A resposta a este questionário vem na sequência de:
(Selecione apenas uma opção)

- Episódio de Urgência Episódio de Internamento
 Consulta Externa Realização de Exames de diagnóstico

2. Como avalia o tempo de espera para o seu atendimento dentro do hospital?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

3. Como avalia a informação prestada pelos médicos relativa à sua condição de saúde?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

4. Como avalia a informação prestada pelos enfermeiros em relação às suas necessidades de cuidados?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

5. Como avalia as intervenções dos enfermeiros?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

6. Como avalia o atendimento prestado por outros profissionais?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Assistentes Operacionais (Auxiliares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funcionários Administrativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicos do Serviço Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voluntários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Destaca algum grupo profissional pela excelência do atendimento que lhe foi prestado? Qual?

8. Classifique a qualidade das refeições servidas no hospital relativamente a:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Apresentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperatura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Variedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio durante a refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Como avalia as nossas instalações?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Limpeza e higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade de se orientar no espaço físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conforto e Comodidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteção da privacidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Relativamente às visitas e acompanhamento de familiares, como avalia o:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Horário de visitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Número de visitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento permitido aos familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Como avalia o hospital relativamente:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N/A
Informação dada acerca da carta dos direitos e deveres do utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Funcionamento do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparação da alta clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação sobre as formas de reclamação, sugestões e elogios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento realizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Caso necessite, novamente, de cuidados de saúde, voltaria a este hospital?

Sim. Não.

13. Recomendaria o nosso hospital a familiares e amigos?

Sim. Não.

14. Em que podemos melhorar?

15. Sexo: Feminino. Masculino.

16. Idade:

Menos de 18 anos
 De 18 e 30 anos
 De 31 a 50 anos
 De 51 a 65 anos
 Mais de 65 anos

Agradecemos toda a sua disponibilidade!

Por favor, devolva o questionário ao hospital por correio e utilizando o envelope anexo (sem custos) ou introduza-o numa das caixas de reclamações/sugestões localizadas nas entradas do hospital: Sala de Espera do serviço de Urgência, Posto Administrativo da Consulta Externa e Entrada principal do hospital.